

مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۳، دوره ۱۷، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

ویراستار فارسی:

فاطمه سفیری

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا(س)

مدیر اجرایی:

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

دبیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه سفیری

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

ناشر:

دانشگاه الزهرا(س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

تهران، میدان ونک، خیابان ونک، دانشگاه الزهرا،

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، طبقه سوم

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+ ۹۸ (۲۱) ۸۸۰۴۱۴۶۳

وبگاه:

<http://journal.alzahra.ac.ir>

psychstudies@alzahra.ac.ir

پست الکترونیکی:

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا(س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز

استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین

استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

پهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

استاد دانشگاه شهید چمران

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا(س)

النی جی هیپیدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه روان‌پزشکی و

علوم اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا(س)

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فن‌آوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل‌نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا(س) به چاپ می‌رسد.

طی نامه شماره ۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹، در تاریخ ۱۳۸۳/۱۰/۸، بر اساس نظر کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور در وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، درجه علمی - پژوهشی به فصل نامه مطالعات روان‌شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان‌شناختی در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود.

www.sid.ir - پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com - پایگاه اطلاعات نشریات کشور

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

نویسندگان نباید بیش از دو مقاله در سال ارسال نمایند مگر اینکه مقاله غیرقابل پذیرش باشد.

مشخصات نویسندگان پس از پذیرش نهایی مقاله تغییر نخواهد کرد.

- موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات درمانی
 - کل مقاله حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.
 - سایز قلم چکیده فارسی و انگلیسی و منابع با فونت B lutos و سایز ۱۱ با فاصله خطوط ۱/۱۵، برای متن اصلی مقاله فاصله سطرها ۱/۵ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲، جداول و عنوان آن‌ها سایز ۱۱ و فاصله خطوط ۱/۱۵ تنظیم شده باشد.
 - اندازه قلم تیترها ۱۴ و بولد باشد.
 - عنوان کوتاه و متناسب با محتوا
 - آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، E-mail نویسنده (نویسندگان) و مشخص نمودن نویسنده مسئول در قسمت فایل با نام سامانه، به فارسی و انگلیسی و همچنین در فایل اصل مقاله الزامی است.
 - چکیده فارسی و انگلیسی منطبق با هم در حداکثر ۲۰۰ واژه، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی تهیه و تنظیم شود.
 - کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار) نوشته شود.
 - متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و در هر مرحله به صورت فایل با ساختار Word2007 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.
 - مقدمه شامل بیان مسئله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، فرضیه(های) پژوهش یا پرسش پژوهش.
- هنگام استناد به پژوهشگران قبلی، در بار اول نام نویسندگان (تا ۴ نفر، در صورتی که بیشتر از ۴ نفر باشند کلمه همکاران به آن اضافه شود) در متن ذکر شود و نام نویسندگان خارجی با شماره‌گذاری بر روی نفر آخر در پاورقی ذکر شود و کلمه نام این نویسندگان در یک سطر قرار گیرد و در بار دوم فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود و نیازی به زیرنویس ندارد.

- پانوشته‌ها: در پانوشته حرف اول نام خانوادگی پژوهشگران با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست.
- در پانوشته برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانوشته ها ۱۰ باشد).
- روش شامل نوع طرح پژوهش، توصیف کامل و تعداد جامعه، تعداد نمونه و دلیل روش نمونه‌گیری و شرح کامل ابزار اندازه‌گیری (نام ابزار دقیق به انگلیسی زیرنویس شود بجای کلماتی همچون عبارت، آیت، ماده و ... از کلمه گویه استفاده شود و تعداد آن‌ها ذکر شود. نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکاررفته است باشد و با زیرنویس هماهنگ باشد. نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس آن‌ها وارد شود. شیوه نمره گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل ذکر شود. دامنه نمرات قابل دریافت. کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است. ضرایب روایی و پایایی و روش کار آن‌ها در نسخه اصلی از تدوین کننده با ذکر منبع. ضرایب روایی
- و پایایی نسخه بومی سازی شده و روش کار با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است. همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی باروش آلفا کرانباخ درمورد نمونه خودتان، اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود برای زیرمقیاس‌ها را هم در پایان معرفی همان از مومن داشته باشند. از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی هم بنویسید. برنامه آموزشی از کجا برداشته شده و آیا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است). اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام اجرای پژوهش.
- یافته‌ها شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها و نمودارها (حداکثر ۵تا) با پیروی از راهنمای عمومی APA. توصیف جداول قبل از ارائه جدول بیاید و کلیه اعداد متن و جداول به فارسی و اعشار آن تا دو رقم با ممیز نوشته شود. کاما و نقطه به جای ممیز گذاشته نشود.
- بحث و نتیجه‌گیری تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح در مقدمه و مقایسه با پژوهش‌های قبلی مطرح در مقدمه، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.
- تشکر و قدردانی: از سازمان حمایتگر یا از شرکت کنندگان تقدیر و تشکر شود.
- نگارش فهرست منابع فارسی به زبان انگلیسی: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی مقالات) همراه با فهرست منابع انگلیسی، به ترتیب الفبایی مقاله درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود.
- منابع داخلی و خارجی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است باید روزآمد و ترجیحاً از منبع ۵ سال اخیر باشد در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند. به شرح زیر تنظیم شوند:
- کتاب (تألیف): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، محل چاپ، ناشر.
- کتاب (ترجمه): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار متن اصلی. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، نام و نام خانوادگی مترجم (مترجمان) سال ترجمه، محل چاپ، ناشر.

-مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان مقاله، نام نشریه به صورت /یتالیک، شماره (Issue) و دوره (Volume) شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰).

-پایان نامه: نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. عنوان پایان نامه به صورت /یتالیک، رشته، نام دانشگاه، کشور.

-پایگاه های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

-مقاله های رسیده نباید پیش تر در مجله های داخل یا خارج کشور چاپ شده باشد.

-بر اساس آئین نامه مجله های علمی کشور، مقالات پژوهشی اولویت دارند و دیگر مقالات تألیفی (مانند مقالاتی که به تبیین مبانی نظری علوم روان شناختی می پردازد) طبق ضوابط آئین نامه مذکور بررسی خواهد شد.

-مسئولیت درستی علمی مقاله و داده های آن به عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.

نویسندگان مقاله هنگام ثبت مقاله در سامانه ملزم به تکمیل تعهد نامه و فرم تعارض منافع هستند.

نویسندگان محترم پس از تایید داوران و سردبیر فصلنامه (بازنگری جزئی)، چکیده مبسوط را به شیوه زیر تنظیم نمایند.

چکیده گسترده به زبان انگلیسی

صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۲ سانتی متر از همه طرف بدون شماره گذاری باشد.

عنوان نباید بیش از دو سطر باشد، هرچه کوتاه تر بهتر، کلمات با فونت Times New Roman سایز ۱۴ و بولد و حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ باید باشد (style Title 1).

در یک سطر نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست (اندازه ۱۲ فونت)، برای هر نویسنده در سطر بعدی درجه علمی، سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک به ترتیب هر نویسنده در یک سطر زیر هم با سایز ۱۰ بیاید.

بخش های اصلی چکیده گسترده:

کل فایل چکیده گسترده باید برگرفته از فایل مقاله اصلی و شامل حداقل ۹۰۰ و حداکثر ۱۲۰۰ واژه باشد و بیش از ۳-۴ صفحه نشود. جداول و تصاویر و منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی شود اما در تعداد صفحات محسوب می شوند. چکیده گسترده شامل بخش های زیر باید باشد:

۱- خلاصه و کلمات کلیدی

۲- مقدمه، مرور کوتاهی از ادبیات و بیان مسئله

۳- روش

۴- نتایج

۵- نتیجه گیری ها و بحث ها

۶- ذکر منابع ضروری و روزآمد، صرفاً منابعی که در چکیده مبسوط به آنها استناد داده اید.

- خلاصه فقط با (۱۵۰ واژه) با فونت Times New Roman، فاصله تک خط و سایز ۱۰ نوشته شود، که یک پاراگراف، بدون عنوان بندی، هدف و روش و یافته را دربرگیرد و کلمات کلیدی (در حد ۳-۵ کلمه) با کاما جدا شود. باشد

- مقدمه (بررسی ادبیات و بیان مسئله) (۳۰۰ واژه)

- کلمه مقدمه با فونت Times New Roman، اندازه فونت ۱۴، پر رنگ Introduction

در بخش مقدمه باید: (۱) دامنه و هدف مقاله را بیان کنید و مشکل را مطرح کنید؛ (۲) خیلی خلاصه از ادبیات مربوطه؛ (۳) روش‌های موجود را توصیف کنید و (۴) یک بررسی کلی از یافته‌های اصلی و پیشینه کار را ارائه دهید. بررسی ادبیات باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با مراجع روزآمد کافی باشد. فرضیه‌ها در آخر ذکر شود (مقدمه چکیده مبسوط برگرفته از مقدمه مقاله اصلی است)، نقل قول‌های متن در صورت اشاره، خلاصه، نقل قول یا نقل قول از یک منبع دیگر گنجانده شود، کلیه استنادها در متن، باید یک لیست متناظر در فهرست منابع داشته باشد. سبک استناد APA در متن با استفاده از نام خانوادگی نویسنده و سال انتشار، به عنوان مثال: (Maddi، ۲۰۱۳). برای نویسندگان چندگانه، فقط از نام خانوادگی نویسنده اول به همراه علامت اختصار همکاران (et al.) استفاده شود، برای مثال: Ryan, et al.

– روش Method (۳۰۰ واژه)

روش‌شناسی باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با منابع کافی باشد. نویسنده باید سؤال پژوهش را توضیح دهد، چارچوب پژوهش و روش‌های مورد استفاده با جزئیات را توضیح دهد. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه ذکر شود. علاوه بر این باید مشخص شود چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه است یا کاربردی است و به همین دلیل روش انتخاب شده برای این مشکل مناسب است. ابزارها و روایی و پایایی آن‌ها ذکر شود.

– نتایج Result (۴۰۰ واژه)

استدلال‌ها و یافته‌ها در این بخش به‌طور کامل شرح داده شود. گردآوری داده‌ها و نحوه آنالیز آن‌ها، جداول و تصاویر حاصل از نتایج (حداکثر دوجداول یا دو تصویر) و توصیف نتایج بیان شود. تمام جداول، تصاویر و ارقام باید در مرکز باشند. (style Table) ارقام و تصاویر باید شماره داشته باشند (style Figure caption) و عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ برای جداول، آن‌ها نیز باید شماره‌گذاری شوند و در بالای جدول باید قرار گیرند. منابع جداول، ارقام و تصاویر (در صورت وجود) باید در زیر قرار گیرد که شامل نام نویسنده و تاریخ چاپ آن است.

– نتیجه‌گیری و بحث (۱۵۰ واژه)

نتیجه‌گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم‌های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت‌های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها. از منابع استفاده شده در مقدمه چکیده مبسوط در نتیجه‌گیری و بحث استفاده شود.

– منابع

منابع باید به ترتیب حروف الفبا لیست شده و در فرمت مطابق با سبک APA ارائه شوند؛ حداکثر ۸-۱۰ منبع ثبت شود. نام نویسندگان و عنوان مقاله یا کتاب فارسی مستقیماً از قسمت انگلیسی آن‌ها گرفته شود و دقیق باشد.

تشکر و قدر دانی

حمایت مالی

تضاد منافع

ملاحظات

– هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.

– مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.

- مقالات دریافت شده باز گردانده نخواهد شد.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.
- هزینه چاپ مقاله از سامانه مجله به صورت آنلاین پرداخت شود. هزینه بررسی اولیه ۱۵۰۰۰۰۰ و هزینه نهایی قبل از چاپ ۱۵۰۰۰۰۰ است.

فهرست

- ۱۱-۳۲ مدل‌یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن با توجه به نقش میانجی تحریف‌های شناختی بین فردی در دانش‌آموزان
کوثر عظیمی یانچشمه ، بتول احدی ، مهرانگیز پیوسته‌گر ، روشنگر خدابخش
- ۳۳-۵۴ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی با خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منش
عیسی حکمتی ، جلیل باباپور خیرالدین ، مهدی ایمانی
- ۵۵-۷۶ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای شدت‌های مختلف نوموفوبیا
محمدآقا دلاورپور ، فاطمه اکبری ، مهسا بقعی
- ۷۷-۹۶ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش با اختلالات طیف نوروتیک براساس DSM5:روایی و اعتبار خود گزارشی‌ها
غزال زندکریمی
- ۹۷-۱۱۶ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند
مریم توحیدی فر ، کبری کاظمیان مقدم ، همایون هارون رشیدی
- ۱۱۷-۱۳۸ نقش آزار کودکی و دل‌بستگی ناایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان به واسطه پردازش شناختی
زیبا شیرمحمدی ، مسعود صادقی ، فیروزه غضنفری
- ۱۳۹-۱۶۲ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی و بروز شکایات روان‌تنی
افروز افشاری ، زینب جندی
- ۱۶۳-۱۸۳ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس، افراد بهبودیافته و بهنجار
محمد مهدی حسن‌شاهی ، شیرین پولادی

مدل‌یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن با توجه به نقش میانجی تحریف‌های شناختی بین فردی در دانش‌آموزان

کوثر عظیمی یانچشمه*^۱، بتول احدی^۲، مهرانگیز پیوسته‌گر^۳، روشنگر خدابخش^۴

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن از طریق میانجی‌گری تحریف‌های شناختی بین فردی انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که از طریق تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۱۳۹۸ شهر تهران بود. تعداد ۳۶۴ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری - عملی ییل براون، مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی، شاخص احتمال پاداش، مقیاس قربانی شدن مرادی و خرده مقیاس سیستم بازداری رفتاری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد سیستم بازداری رفتاری، قربانی شدن و تحریف‌های شناختی بین فردی با بدشکلی بدن رابطه مستقیم و مثبت دارند. پاداش رابطه مستقیم و منفی با بدشکلی بدن داشت. همچنین نتایج نشان داد تحریف‌های شناختی بین فردی نقش واسطه‌ای معناداری بین سیستم بازداری رفتاری، قربانی شدن، پاداش و بدشکلی بدن دارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

الزهرا، تهران، ایران. kowsazimi@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

B.Ahadi@alzahra.ac.ir

^۳ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

mpaivastegar@alzahra.ac.ir

^۴ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

۱۲ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

گرفت که سیستم بازداری رفتاری، قربانی شدن، پاداش و تحریفات شناختی بین فردی در بدشکلی بدن دانش‌آموزان نقش دارند. این نتایج در طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای و درمانی برای دانش‌آموزان قابل استفاده است.
کلیدواژه‌ها: بدشکلی بدن، پاداش، تحریفات شناختی بین فردی، سیستم بازداری رفتاری، قربانی شدن

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن^۱، اختلالی روان‌شناختی است که با دل‌مشغولی فرد درباره‌ی نقص‌های خیالی یا جزئی در ظاهر مشخص می‌گردد. این افراد احساس عمیقی از زشتی دارند که با شرم و انزجار همراه است (براد^۲، ۲۰۱۷). آغاز این اختلال اغلب در نوجوانی است که با تغییرات رشدی تداخل پیدا می‌کند. افراد مبتلا اغلب نشانه‌های مرتبط با اختلال را به‌عنوان نشانه‌های ثانویه علاوه بر اضطراب و افسردگی‌شان می‌پندارند که ممکن است از این اختلال غافل شوند (سامرز، آلبرس، مک نالی و ویلهلم^۳، ۲۰۱۹). یکی از مؤلفه‌های زیستی رفتار، سیستم بازداری رفتاری^۴ است که با صفات شخصیت اضطرابی و دامنه‌ای از اختلالات روانی مرتبط است. این سیستم، انگیزه‌های آزاردهنده را تنظیم می‌کند و با موقعیت‌های تنبیهی، غیرپاداش‌دهنده و پاسخ‌های رفتاری انعطاف‌ناپذیر مانند اجتناب از آسیب همراه است (وود^۵، ۲۰۱۶). توجه به خطر و اجتناب از آسیب در اختلال بدشکلی بدن دیده می‌شود. چنانچه ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران و اجتناب اجتماعی از ویژگی‌های بارز مبتلایان بدشکلی بدن است. مطالعات نشان داده‌اند مبتلایان بدشکلی، سیستم بازداری رفتاری فعال‌تری دارند و سطوح بالاتری از اجتناب را نشان می‌دهند

-
1. body dysmorphic disorder
 2. Brohede
 3. Summers, Aalbers, McNally & Wilhelm
 4. behavioral inhibition system
 5. Wood

(جانسون، ویلیام سان و وادی^۱، ۲۰۱۸). افرادی که تجارب تمسخر مرتبط با ظاهر دارند و نمرات بالاتری در سیستم بازداری رفتاری کسب می‌کنند، مستعد ابتلا به اختلال بدشکلی بدن هستند (رشیدی، رحمتی، دنیوی و راه نجات، ۱۳۹۵). فعالیت بالای سیستم بازداری رفتاری با نگرانی‌های مربوط به ظاهر و وزن مرتبط است؛ افرادی که به محرک‌های آزاردهنده حساس‌ترند نگرانی‌های بیشتری درباره‌ی ظاهر و وزنشان دارند و رویدادهای پاداش‌دهنده‌ی کمتری را تجربه می‌کنند (وود، ۲۰۱۶). مطابق با دیدگاه رفتاری اختلالات روانی پیامد شکست در فرایند تقویت هستند. زمانی که برنامه‌های تقویت کم‌رنگ‌تر می‌شود، افراد درمی‌یابند در رفتارهای روزمره درگیر شده‌اند و به رفتارهای کمکی به‌منظور کسب پاداش روی می‌آورند. مطالعات نشان داد تجارب متعدد مسیرهای شکست خورده منتهی به کسب پاداش، به‌عنوان محرک‌های غیرشرطی عمل می‌کنند و باعث اختلالات روانی می‌شوند (هنسان، آلبرت و حریری، ۲۰۱۶).

تجارب بین فردی مانند مقایسه اجتماعی و کاهش پاداش محیطی موجب شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به‌ظاهر می‌گردد. مطالعات نشان داد کودکانی که دارای خواهر و برادر جذاب‌تر از خود بودند و مشاهده کردند خواهر و برادرانشان مقبولیت اجتماعی (پاداش) بیشتری نسبت به آن‌ها دارند، خودارزیابی منفی نسبت به‌ظاهر خود داشتند (براد، ۲۰۱۷). مطالعه دیگر بر روی مبتلایان به اختلال خوردن نشان داد افرادی که محیط خود را از لحاظ تقویت‌کنندگی پایین ارزشیابی کردند، اشتغال ذهنی بیشتری به ظاهر و اضافه‌وزن داشتند (وود، ۲۰۱۶). از سویی دیگر تجارب آزاردهنده مانند قربانی شدن^۲ می‌تواند باعث

۱۴ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

شکست در فرایند تقویت و پیش‌آهنگ اختلالات روانی گردند. مطالعات نشان داد بین کاهش پاداش و افسردگی ارتباط وجود دارد و محرک‌های آزاردهنده در شکل حوادث منفی باعث کاهش تقویت‌کننده‌های محیطی می‌شوند و در نتیجه موجب رشد نشانه‌های افسردگی می‌گردند (قائدی و شبانکاره مقدم و مجیدی، ۱۳۹۵). مطالعه دیگر نشان داد جوانانی که تجارب قربانی شدن ممتدی داشتند، پیامدهای پاداش‌دهنده‌ی کمتری را نسبت به گروه کنترل گزارش دادند (هنسان و همکاران، ۲۰۱۶). قربانی شدن متأثر از عوامل زیستی - محیطی از قبیل ویژگی‌های شخصیتی، محیط مدرسه و خانواده است (وین گاردن، کارلی و ویلهلم^۱، ۲۰۱۷). مطالعات در زمینه قربانی شدن و بدشکلی بدن نشان داد خاطرات مبتلایان بدشکلی دارای پس‌زمینه‌هایی از آزار و اذیت به‌ویژه قلدری مرتبط به‌ظاهر است و آن‌ها آزار و اذیت کلامی مرتبط به‌ظاهر را در دوران کودکی و نوجوانی با فراوانی بیشتر و آزاردهنده‌تر از افراد سالم گزارش کرده‌اند (توماس، کانر و اسکات^۲، ۲۰۱۸). قربانی شدن بر ایجاد و شدت نشانگان بدشکلی بدن تأثیر می‌گذارد و با تاریخچه‌ی تلاش‌های خودکشی در مبتلایان مرتبط است (نظیراوغلو، بوردا و پاتل^۳، ۲۰۱۸). از سویی دیگر قربانیان قلدری سوگیری‌های شناختی مبتنی به طرد اجتماعی را در خود شکل و پرورش داده و از استتار مانند آرایش زیاد و اجتناب اجتماعی به‌عنوان راهبردهای پیشگیری از قربانی شدن استفاده می‌کنند (توماس و همکاران، ۲۰۱۸). بدین‌صورت قربانی شدن باعث شکل‌گیری تحریفات شناختی بین فردی در مبتلایان بدشکلی می‌شود. تحریفات شناختی بین فردی^۴ باورهای اغراق‌آمیز، غیرمنطقی و مطلق

-
1. Weingarden, curley & Wilhelm
 2. Thomas, Connor, Scott
 3. Naziroglu, Borda & Patel
 4. interpersonal cognitive distortions

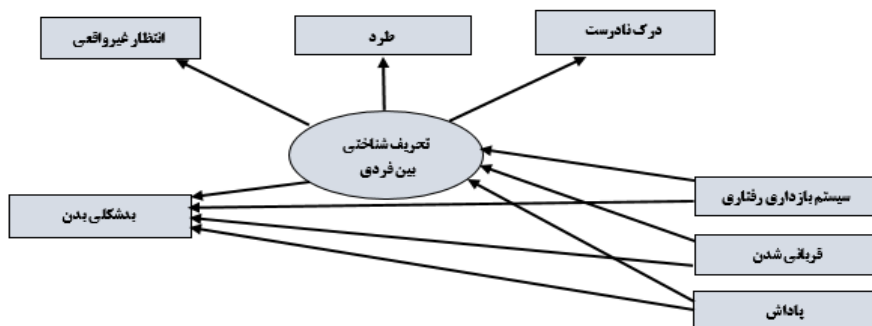
درباره‌ی ماهیت روابط خود و دیگران در روابط هستند که بر شیوه ارتباط افراد با دیگران تأثیر می‌گذارند. تحریفات شناختی بین فردی شامل انتظارات غیرواقعی، طرد و درک نادرست در روابط بین فردی است که زمینه را برای شکل‌گیری اختلالات روانی فراهم می‌کند (جعفرزاده، ۱۳۹۶). اختلال بدشکلی بدن با سوگیری‌های شناختی و ارزیابی منفی از تصویر بدن همراه است. این سوگیری‌ها تحت تأثیر به‌جریان انداختن‌ها از قبیل استرس، خلق منفی و اظهارنظر دیگران است (جانسون و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات صورت‌گرفته نشان دادند سوگیری‌های شناختی نقش کلیدی در سبب‌شناسی اختلال بدشکلی بدن دارد. آن‌ها افکار مرتبط به‌ظاهر از قبیل تفسیرهای خود شکننده و پریشانی هیجانی را در مبتلایان به جریان می‌اندازند که به‌نوبه‌ی خود مقابله‌های ناکارآمد مثل اجبارهای متمرکز بر بدن را تشدید می‌کنند. مبتلایان بدشکلی بدن، تحریفات شناختی و استانداردهای سخت‌گیرانه در مورد خود و روابط بین فردی دارند. درواقع سوگیری‌های شناختی در بدشکلی، ارزیابی‌های منفی از تصویر بدن است که باعث شکل‌گیری باورهای کمال‌گرایی ناسازگار نسبت به‌ظاهر می‌شوند (براد، ۲۰۱۷). مبتلایان بدشکلی، محرک‌های مبهم را به‌عنوان محرکی تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند. آن‌ها تجلیات چهره‌ای مبهم و سناریوهای اجتماعی مبهم و مرتبط به‌ظاهر را به‌صورت تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند (سامرز و همکاران، ۲۰۱۹). از سویی دیگر تحریف‌های شناختی تحت تأثیر سیستم بازداری رفتاری و پاداش و قربانی شدن قرار می‌گیرد. مطالعات نشان دادند سوگیری‌های شناختی مرتبط با اطلاعات اجتماعی تهدیدآمیز و منفی نقش واسطه‌ای در رابطه بین سیستم بازداری رفتاری و اختلال روان‌شناختی دارد. این سیستم از طریق ارزیابی خطر، واریاسی اطلاعات مرتبط با تهدید به موقعیت‌های تهدید برانگیز پاسخ می‌دهد و بدین‌صورت در سیستم پردازش اطلاعات

۱۶ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

و شناخت‌های افراد تأثیر می‌گذارد. در نتیجه سیستم بازداری رفتاری از طریق پردازش اطلاعات سوگیری شده بر واکنش‌های رفتاری و هیجانی مبتلایان بدشکلی به محرک‌های تهدید آور تأثیر می‌گذارد (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر قربانی شدن باعث می‌شود افراد رفتارهای اجتماعی و هیجانی را به صورت تحریف‌شده پردازش کنند و دلیل بذر رفتاری دیگران را به خود اسناد دهند و آن را نشانه معیوب بودن و جذاب نبودن خود بدانند و بدین ترتیب باعث شکل‌گیری سوگیری‌های شناختی مبتنی به طرد می‌شود (توماس و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که نبود یا کاهش حوادث پاداش‌دهنده با تحریف‌های شناختی ارتباط دارد. کاهش تقویت‌کننده‌ها منجر به سه نقص هیجانی، انگیزشی و شناختی می‌گردد که در بعد شناختی می‌تواند سبک تفکر فرد را تغییر دهد و در رفتار و حالات آدمی نمود یابد. آمادگی نسبت به دریافت پاداش و در معرض تنبیه بودن متغیرهای شخصیتی‌ای هستند که تفکر ارجاعی را پیش‌بینی می‌کنند. تفکر ارجاعی شامل خود-اسنادهای برگرفته از رویدادها و رفتارهایی است که مفهومی منفی برای شخص دارد؛ این نوع طرز تفکر به دلیل ویژگی‌های تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار می‌تواند زمینه را برای شکل‌گیری اختلالات روانی مهیا سازد (قائدی و همکاران، ۱۳۹۵).

اهمیت این مطالعه در نگاه چندبعدی آن است که ترکیبی از فرایندهای زیستی (سیستم بازداری رفتاری)، محیطی (پاداش و قربانی شدن) و شناختی (تحریفات شناختی بین فردی) را در اختلال بدشکلی بدن مدنظر قرار داده است تا به فهم عمیق‌تر آسیب‌شناسی این اختلال کمک کند. از سوی دیگر رشد روزافزون بدشکلی بدن در نوجوانان و کمبود مطالعات پژوهشی بخصوص در ادبیات داخلی، ضرورت انجام این مطالعه را نشان می‌دهد. با توجه به مطالب مطرح‌شده هدف پژوهش حاضر بررسی اثر مستقیم

و غیرمستقیم رابطه متغیرهای سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با واسطه‌گری تحریف شناختی بین فردی بر بدشکلی بدن است. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ترسیم شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

روش این مطالعه همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان مدارس متوسطه دولتی شهر تهران در آذرماه ۱۳۹۸ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه-ای انتخاب شدند. بدین صورت که از ۲۲ منطقه تهران مناطق ۱۷ و ۱۹ و در هر منطقه یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه و از هر مدرسه سه کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شدند. مطابق نظر کلاین هنگامی که متغیرهای مشهود مدل بین ۱۰-۱۵ باشد حجم نمونه بین ۲۰۰-۴۰۰ نفر مناسب است (قاسمی، ۱۳۹۵)؛ بدین جهت نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر انتخاب و از این تعداد، ۳۶۴ پرسشنامه کاملاً تکمیل شد. معیارهای ورود شامل اشتغال به تحصیل در مدرسه در زمان پژوهش و تمایل داشتن دانش‌آموز به شرکت در پژوهش بود. معیار خروج پاسخ ندادن به بیش از ۵ درصد سؤالات پژوهش بود.

۱۸ مدل یابی رابطه بین سیستم بازدارنده رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

ابزار پژوهش

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری - عملی ییل براون برای اختلال بدشکلی بدن^۱: این مقیاس را فیلیپس، هولندر و راسماسن^۲ (۱۹۹۷) طراحی و اعتباریابی کرده‌اند و دارای ۱۲ گویه و یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی شامل وسواس فکری^۳، وسواس عملی^۴ و دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب است. پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمرات این مقیاس بین ۱۲ تا ۶۰ است و نمرات ۲۰ به بالا به معنای اختلال بدشکلی بدن است. در مطالعه فیلیپس و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و همبستگی هر گویه و نمره‌ی کل با کسر نمره همان گویه، مثبت و معنادار و بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۷ بود. ریبیعی پایایی و روایی نسخه فارسی این مقیاس را بر روی ۱۰۰ دانشجوی دانشگاه اصفهان بررسی کرد. ضرایب پایایی از نوع آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد و ضریب روایی این مقیاس با پرسشنامه پادوا ۰/۵۸ گزارش شد (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس قربانی قلدری^۵: این مقیاس را مرادی (۱۳۸۸) ساخته و اعتباریابی کرده‌است. ۲۶ گویه دارد و قربانی شدن جسمانی^۶، کلامی^۷ و عاطفی^۸ را در یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از هرگز (۱) تا تقریباً

1. Yale- Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder

2. Phillips, Hollander & Rasmussen

3. obsession

4. compulsion

5. Bully Victimization Scale

6. physical victimization

7. verbal victimization

8. emotional victimization

هر روز (۶) می‌سنجد. دامنه‌ی نمرات از ۲۶ تا ۱۵۶ است. نمرات کل از جمع ۲۶ گویه به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی قربانی شدن است. در مطالعه مرادی ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۹۲ گزارش شد و برای سنجش روایی از روش روایی سازه استفاده گردید. نتایج نشان داد ضرایب همبستگی برای سؤالات خرده مقیاس کلامی از حداقل ۰/۷۵ تا حداکثر ۰/۹۰، برای خرده مقیاس جسمانی از حداقل ۰/۸۵ تا حداکثر ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس عاطفی از حداقل ۰/۸۷ تا حداکثر ۰/۹۳ است که نشان می‌دهد همه سؤالات خرده مقیاس‌ها موضوع مورد بررسی را می‌سنجد (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری^۱: این مقیاس را کارور و وایت^۲ (۱۹۹۴) طراحی و اعتباریابی

کرده‌اند و دارای ۲۴ گویه است. زیرمقیاس بازداری شامل هفت گویه است که پاسخ‌دهی به تهدید را هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید اندازه می‌گیرد. نمرات در یک لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمرات از ۷ تا ۲۸ است و نمرات ۱۴ به پایین نشان‌دهنده‌ی فعالیت بالای سیستم بازداری رفتاری است. کارور و وایت همسانی درونی خرده مقیاس بازداری را ۰/۷۴ گزارش کردند. رشیدی و همکاران (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازداری را ۰/۸۳ و ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۳۱ به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

1. behavioral activation /inhibition Scale
2. Carver & White

۲۰ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی^۱: این مقیاس را حمام سی^۲ (۲۰۰۴) ساخته است که ۱۹ گویه دارد و سه خرده مقیاس طرد^۳، انتظارات غیرواقع‌بینانه^۴ و سوء ادراک^۵ در روابط بین فردی را می‌سنجد. نمرات در یک لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات کل از جمع ۱۹ گویه به دست می‌آید. دامنه‌ی نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی تحریف‌های شناختی است. حمام سی همسانی درونی خرده مقیاس‌های طرد، انتظار غیرواقعی و سوء ادراک را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ و ضریب همبستگی هم‌زمان آن با پرسشنامه عقاید غیرمنطقی را ۰/۵۴ گزارش کرد. برای سنجش روایی سازه نسخه فارسی مقیاس، علاوه بر روایی عاملی، همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس محاسبه شد که این همبستگی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به دست آمد که از نظر روان‌سنجی مطلوب بود و همسانی درونی خرده مقیاس‌های طرد، انتظار غیرواقعی و سوء ادراک به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آمد (جعفرزاده، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده مقیاس‌های طرد، انتظار غیرواقعی و سوء ادراک به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۱ به دست آمد

-
1. interpersonal cognitive Distortions scale
 2. Hamamci
 3. rejection
 4. unrealistic expectations
 5. misunderstanding

شاخص احتمال پاداش^۱: این شاخص را کاروالو، هلماث، مک نالتی و هاپکو^۲ (۲۰۱۱) طراحی و اعتباریابی کرده‌اند و ۲۰ گویه با دو عامل دارد که خرده مقیاس‌های احتمال پاداش^۳ و سرکوبگرهای محیطی^۴ نام دارند. پاسخ‌ها در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) سنجیده می‌شود. دامنه‌ی نمرات از ۲۰ تا ۸۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجارب پاداش‌دهنده بیشتر و تجارب سرکوبی کمتر است. کاروالو و همکاران همسانی درونی این شاخص را برای نمره کل و خرده مقیاس پاداش و سرکوبی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۷ و همبستگی درونی آن را با پرسشنامه پاداش محیطی ۰/۵۵ گزارش کردند (وود، ۲۰۱۶). نسخه فارسی این شاخص را محقق بر روی ۲۰۰ دانش‌آموز مقطع متوسط شهر تهران با روش نمونه‌گیری در دسترس اجرا کرد. برای سنجش روایی از روش روایی سازه استفاده گردید. نتایج بیان می‌کند ضرایب همبستگی برای سؤالات خرده مقیاس احتمال پاداش از حداقل ۰/۵۳ تا حداکثر ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس سرکوبگرهای محیطی از حداقل ۰/۵۵ تا حداکثر ۰/۸۰ است و نشان می‌دهد همه سؤالات خرده مقیاس‌ها موضوع موردبررسی را می‌سنجد. سازگاری درونی برای نمره کل و خرده مقیاس‌های پاداش و سرکوبی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۳ به دست آمد.

-
1. reward Probability Index
 2. Carvalho, Hellmuth, McNulty & Hopko
 3. reward Probability
 4. environmental suppressors

۲۲ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداري رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

یافته‌های پژوهش

در نمونه پژوهش ۱۳۵ نفر در دامنه‌ی سنی ۱۵-۱۶ سال (۳۷/۱٪) و ۲۲۹ نفر در دامنه سنی ۱۷-۱۸ سال (۶۲/۹٪) قرار داشتند و از لحاظ وضعیت اقتصادی ۲۴/۷٪ وضعیت خوب، ۵۷/۱٪ وضعیت متوسط و ۱۸/۱٪ وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد بین تمام متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
بدشکلی بدن	۲۱/۶۳	۱۱/۱۹	۱	.			
سیستم بازداري رفتار	۱۶/۹۰	۴/۵۳	۰/۵۱**	۱			
پاداش	۵۰/۷۸	۱۰/۱۰	-۰/۴۶**	-۰/۴۲**	۱		
قربانی شدن	۳۴/۷۳	۱۷/۷۹	۰/۵۷**	۰/۳۵**	-۰/۴۰**	۱	
تحریف شناختی بین فردی	۵۷/۳۷	۱۳/۱۵	۰/۶۰**	۰/۲۷**	-۰/۲۰**	۰/۵۲**	۱

** $p < 0.01$

به منظور بررسی اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش از تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شد. بدین منظور مفروضه‌های معادلات ساختاری شامل بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن و هم‌خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی داده‌های پرت چند متغیری، فاصله ماه‌لانوویس برای متغیرها محاسبه شد و برای بررسی نرمال بودن متغیرها از چولگی و کشیدگی استفاده شد. طبق جدول ۲ مقادیر چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند. برای بررسی هم‌خطی چندگانه از آماره تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. میزان آماره تحمل متغیرها بالاتر از ۱۰ و میزان

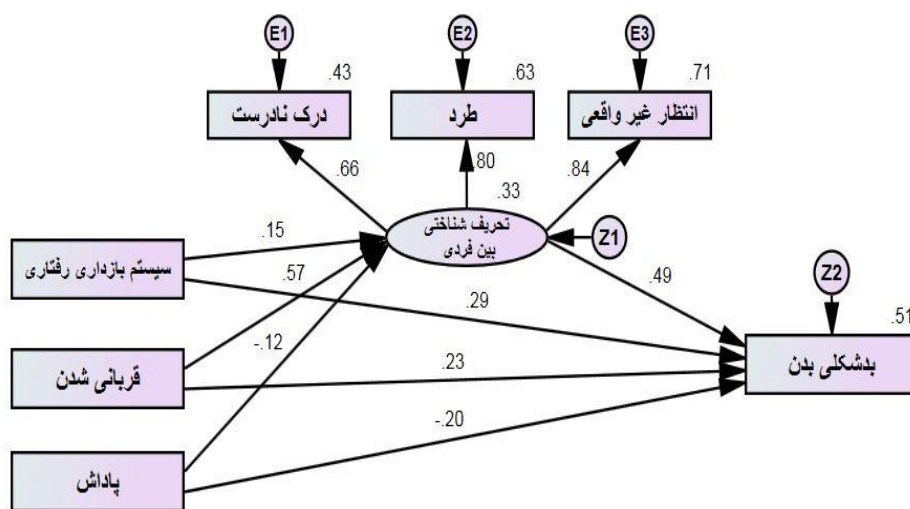
عامل تورم واریانس هریک از متغیرها کمتر از ۲ بود و نشان می‌دهد بین متغیرها هم‌خطی چندگانه وجود نداشت.

جدول ۲: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش و هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	جولگی	کشیدگی	آماره تحمل	عامل تورم واریانس
بدشکلی بدن	۱/۳۲	۰/۵۷	-	-
سیستم بازاری رفتاری	-۰/۱۰	-۰/۸۹	۰/۷۶	۱/۳۰
پاداش	-۰/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۴	۱/۳۳
قربانی	۰/۹۴	۱/۲۷	۰/۶۲	۱/۶۰
تحریف شناختی بین فردی	-۰/۵۲	-۰/۳۲	۰/۷۱	۱/۴۰

شکل (۲) مدل پژوهش بر اساس ضرایب استاندارد شده را نشان می‌دهد و در جدول (۳) شاخص‌های

برازش مدل گزارش شده است.



شکل ۲: مدل نهایی تحلیل مسیر

۲۴ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداري رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده درحد مطلوب است. مطلوب است یعنی مقدار خي ۲ تقسیم بر درجه آزادی بین ۲ و ۳ یا کمتر از ۵ باشد. شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برای مدل‌های خوب ۰/۰۵ و کمتر است، باین حال برازش از ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ نیز متوسط و از ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ برازش قابل قبول محسوب می‌شود. مقادیر بالای ۰/۹ برای (NFI) و (CFI) حاکی از برازش مناسب مدل طراحی شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

وضعیت شاخص	CMIN/DF	RMSEA	CFI	NFI	TLI	PCFI	PNFI
حد مطلوب	کوچک‌تر از ۵	کوچک‌تر از ۰/۰۸	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	بزرگ‌تر از ۰/۵۰	بزرگ‌تر از ۰/۵۰
وضعیت	۴/۴۶	۰/۰۶	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۵۳	۰/۵۲

همان‌طور که جدول (۴) نشان می‌دهد تمام مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها معنادار است. چون هر دو اثر مستقیم و غیرمستقیم در مدل فوق معنادار بودند و می‌توان استنباط نمود تحریف شناختی بین فردی در رابطه بین سیستم بازداري رفتار، قربانی شدن، پاداش و بدشکلی بدن نقش میانجی جزئی را دارد.

جدول ۴: اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها و سطوح معناداری آن‌ها

وضعیت شاخص	مقادیر استاندارد شده b	نقاط بحرانی	سطوح معناداری
تأثیر مستقیم سیستم بازداري رفتار بر بدشکلی بدن	۰/۲۹	۷/۴۷	۰/۰۰۰۱
تأثیر مستقیم سیستم بازداري رفتار بر تحریف شناختی بین فردی	۰/۱۵	۲/۱۸	۰/۰۳

۰/۰۰۰۱	۳/۳۱	۰/۲۳	تأثیر مستقیم قربانی شدن بر بدشکلی بدن
۰/۰۰۰۱	۹/۴۲	۰/۵۷	تأثیر مستقیم قربانی شدن بر تحریف شناختی بین فردی
۰/۰۰۰۱	-۵/۲۸	-۰/۲۰	تأثیر مستقیم پاداش بر بدشکلی بدن
۰/۰۰۴	-۲/۰۷	-۰/۱۲	تأثیر مستقیم پاداش بر تحریف شناختی بین فردی
۰/۰۰۰۱	۹/۱۳	۰/۴۹	تأثیر مستقیم تحریف شناختی بین فردی رفتار بر بدشکلی بدن
۰/۰۰۳	-	۰/۰۷	تأثیر غیرمستقیم سیستم بازدارنده رفتار بر بدشکلی بدن
۰/۰۰۰۱	-	۰/۲۸	تأثیر غیرمستقیم قربانی شدن بر بدشکلی بدن
۰/۰۰۴	-	-۰/۰۶	تأثیر غیرمستقیم پاداش بر بدشکلی بدن

برای بررسی معناداری یا غیر معناداری ضرایب تعیین از آزمون بوت استرپ استفاده شد. ضریب تعیین تحریفات شناختی و بدشکلی بدن به ترتیب برابر با ۰/۳۳ و ۰/۵۱ است. با توجه به خروجی آزمون بوت استرپ، چون مقدار سطوح معناداری در این آزمون از سطح خطای استاندارد ۰/۰۵ کوچک تر است و در بازه‌های حد پایین و حد بالا صفر واقع نشده است می‌توان استنباط نمود تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته معنادار است، پس می‌توان تحریف شناختی بین فردی و بدشکلی بدن را بر اساس متغیرهای مستقل (سیستم بازدارنده رفتار، قربانی شدن و پاداش) در جامعه آماری پیش‌بینی نمود.

جدول ۵: سطوح معناداری ضرایب تعیین R^2 (بوت استرپ)

وضعیت شاخص	مقادیر R^2	حد پایین	حد بالا	سطوح معناداری
تحریف شناختی بین فردی	۰/۳۳	۰/۲۳	۰/۴۹	۰/۰۰۱
بدشکلی بدن	۰/۵۱	۰/۴۳	۰/۵۶	۰/۰۰۲

۲۶ مدل یابی رابطه بین سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی بدشکلی بدن در دانش‌آموزان بر اساس سیستم بازداری رفتاری، پاداش و قربانی شدن با میانجی‌گری تحریفات شناختی بین فردی بود. نتایج پژوهش نشان داد سیستم بازداری رفتاری به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری تحریفات شناختی بین فردی، بر بدشکلی بدن اثرگذار است. این یافته با مطالعات وود (۲۰۱۶) و رشیدی و همکاران (۱۳۹۵) همخوان است. این مطالعات نشان دادند فعالیت بالای سیستم بازداری رفتاری با بدشکلی بدن مرتبط است و سیستم بازداری در شکل‌گیری سوگیری‌های شناختی نقش دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت سیستم بازداری رفتاری به‌عنوان یک عامل هشداردهنده عمل می‌کند و توجه فرد را به خطرهای احتمالی در اطراف جلب می‌کند و بدین‌صورت فرد را در رفتارهای پایش تهدید و اجتناب درگیر می‌سازد؛ در نتیجه، افراد با سیستم بازداری فعال در رفتارهای گرایشی و فعال‌شونده، احساس برانگیختگی بیشتری دارند و در تنظیم هیجانات خود ضعیف عمل می‌کنند (وود، ۲۰۱۶). توجه به خطر و رفتارهای اجتنابی که پیامد سیستم بازداری رفتاری اند از مشخصه‌های بارز بدشکلی بدن است. مبتلایان بدشکلی در سازمان‌دهی هیجانی خود کنترل کمتری دارند و در پاسخ به افکار تهدیدآور درگیر رفتارهای اجتنابی می‌شوند؛ بنابراین سیستم بازداری می‌تواند یک‌پایه زیستی برای فهم ویژگی‌های این اختلال مانند اجتناب از آسیب و حساسیت به تنبیه فراهم آورد. از سوی دیگر سیستم بازداری رفتاری، زیربنای بسیاری از اشکال سوگیری شناختی است. این سیستم از طریق ارزیابی خطر، واریاسی اطلاعات مرتبط با تهدید به موقعیت‌های تهدید برانگیز

پاسخ می‌دهد و بدین صورت در سیستم پردازش اطلاعات، شناخت‌های افراد و واکنش‌های رفتاری و هیجانی به محرک‌های تهدیدآور تأثیر می‌گذارد (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج نشان داد قربانی شدن در پیش‌بینی مستقیم و غیرمستقیم بدشکلی بدن با میانجی‌گری تحریفات شناختی بین فردی نقش دارد. نتایج این مطالعه با تحقیقات اوغلو و همکاران (۲۰۱۸)، توماس و همکاران (۲۰۱۸) و وینگاردن (۲۰۱۷) همخوان است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت تجارب آزار و اذیت از سوی هم‌سالان به‌ویژه آزارهای مرتبط به‌ظاهر، باورهای افراد درباره‌ی خود و ارتباط با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند و افراد احساس می‌کنند چون جذاب نیستند مورد آزار قرار می‌گیرند و طرد می‌شوند؛ در نتیجه، سوگیری‌های شناختی مبتنی به طرد شدن را در خود شکل و پرورش می‌دهند. بدین صورت قربانی شدن باعث می‌شود افراد رفتارهای اجتماعی و هیجانی را به‌صورت تحریف‌شده پردازش کنند. این تحریفات باعث شکل‌گیری تلاش‌هایی مانند تشریفات آیینی و اجتناب از موقعیت‌های راه‌انداز اضطراب می‌گردد. رفتارهای اجتنابی با برطرف شدن موقت احساسات منفی به حفظ اختلال بدشکلی بدن کمک می‌کند.

یافته‌ی دیگر نشان داد پاداش به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری تحریفات شناختی بین فردی بر بدشکلی بدن اثرگذار بوده و این تأثیر در جهت منفی است. این یافته با مطالعات براد (۲۰۱۷)، وود (۲۰۱۶) و قانیدی و همکاران (۱۳۹۵) همخوان است. مطالعات نشان دادند تجارب بین فردی مانند مقایسه اجتماعی و کاهش پاداش محیطی منجر به شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به‌ظاهر در مبتلایان بدشکلی می‌گردد (براد، ۲۰۱۷). در تبیین این نتایج می‌توان گفت زمانی که برنامه‌های تقویت، کم‌رنگ‌تر می‌شود،

۲۸ مدل یابی رابطه بین سیستم بازدارنده رفتاری، پاداش و قربانی شدن با بدشکلی بدن...

افراد درمی‌یابند که در رفتارهای روزمره درگیر شده‌اند و به رفتارهای کمکی برای کسب پاداش روی می‌آورند. در اکثر مواقع این رفتارهای کمکی، رفتارهای افراطی و تسکین‌دهنده‌های موقتی هستند که در اختلالات روانی دیده می‌شوند (وود، ۲۰۱۶). رفتارهای افراطی و تسکین‌دهنده‌های موقت را می‌توان در بسیاری از اختلالات روانی مانند اجبارها در بدشکلی بدن دید. از سوی دیگر ناتوانی در کسب موفقیت و پاداش، فرد را به سمت سوءتعبیر محرک‌های محیطی و ارزیابی منفی از خود، محیط و دیگران سوق می‌دهد و باعث شکل‌گیری نقص‌های شناختی و تفکر ارجاعی می‌گردد. تفکر ارجاعی شامل خود-اسنادهای برگرفته از رویدادها و رفتارهاست که مفهومی منفی برای شخص دارد و می‌تواند زمینه را برای شکل‌گیری اختلالات روانی مهیا سازد (فائدی و همکاران، ۱۳۹۵).

در آخر، بررسی رابطه بین تحریفات شناختی و بدشکلی بدن نشان داد تحریفات شناختی بین فردی به‌طور مستقیم و مثبت بر بدشکلی بدن اثر می‌گذارند. این یافته با نتایج پژوهش جانسون و همکاران (۲۰۱۸) و جعفرزاده (۱۳۹۶) همخوان است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، مبتلایان بدشکلی باورهای منفی از قبیل افکار منفی مرتبط به‌ظاهر دارند. این افکار از طریق پردازش اطلاعات سوگیری شده از قبیل تفسیر نقص‌های خود و جذابیت بیش‌ازحد بهاداده شده، شدت می‌یابد و بدین‌صورت ترس از ارزیابی منفی را به وجود می‌آورد که منجر به تحریفات شناختی از قبیل احساس طرد می‌گردد و مقابله‌های ناکارآمد یعنی تشریفات متمرکز بر بدن و اجتناب را فعال و تشدید می‌کند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. این پژوهش به‌صورت مقطعی و با روش توصیفی مبتنی بر معادلات ساختاری انجام شده است به این دلیل نتیجه‌گیری درباره‌ی علیت دشوار است. لذا پیشنهاد می‌گردد از پژوهش‌هایی با طرح طولی استفاده شود. این مطالعه بر پایه‌ی نمونه‌ی دانش‌آموزان متوسطه

دوم شهر تهران صورت گرفته است و قابلیت تعمیم‌دهی نتایج آن محدود است بنابراین انجام مطالعات در نمونه بالینی به‌ویژه در زیرگروه‌های چندگانه بدشکلی بدن مانند بدشکلی عضلانی پیشنهاد می‌گردد. نتایج پژوهش می‌تواند راهنمای آموزش مشاوران مدرسه و خانواده‌ها در جهت کاهش شیوع اختلال بدشکلی بدن در جامعه گردد.

تشکر: در پایان از همه‌ی دانش‌آموزان که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی

می‌کنیم.

منابع

- جعفرزاده، حسین. (۱۳۹۶). رابطه خودپنداری بدنی و تحریف‌های شناختی بین فردی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی*، ۲(۴)، ۸۳-۹۵.
- سلیمی، حسن، قدم پور، عزت اله و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۷). تدوین مدل ساختاری پیش‌بینی قربانی شدن قلدری از طریق عوامل محیطی و مهارت‌های ارتباطی با واسطه‌گری آشفتگی روان‌شناختی. *دو فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۱۴(۲)، ۷۱-۹۴.
- رشیدی، مهران، رحمتی، محمدرضا، دنیوی، وحید، راه نجات، امیر محسن و احمدی، محسن. (۱۳۹۵). رابطه مورد تمسخر قرار گرفتن به خاطر ظاهر و بازداری رفتاری با شدت نشانگان بدشکلی بدن: نقش واسطه‌ی کمال‌گرایی منفی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۳(۷)، ۱۹۶-۲۰۴.
- قاسمی، وحید. (۱۳۹۵). *مدل‌سازی معادلات ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphic*. تهران: جامعه‌شناسان.
- قائدی، فهیمه و شبانکاره، الهام. (۱۳۹۵). تمایز یافتگی و تفکر ارجاعی: نقش واسطه‌ای درماندگی آموخته‌شده. *فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۱۹(۲)، ۵۳-۷۲.
- Brohede, S. (2017). *Body dysmorphic disorder*. (Doctoral Dissertation), Linkoping University. Sweden.

- Ghasemi, V. (2017). *Structural Equation Modeling in social research with Amos Graphic Application*. Tehran: Sochiologists. [Text in Persian].
- Ghaedi, F., and Shabankareh, E. (2017). Differentiation of self and Repetitive negative thinking: The mediating role of learned helplessness. *Cognitive strategies in learning*, 19(2), 53-72. [Text in Persian].
- Johnson, S., Williamson, P., & Wade, T. D. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behaviour research and therapy*, 107, 83-94.
- Jafarzadeh, H. (2017). The Relationship between Body Image and Cognitive Distortions with Anorexia and Bulimia Nervosa in Patients with Depression. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 4 (2), 83-95. [Text in Persian].
- Hanson, J. L., Albert, D., Iselin, A. M. R., Carre, J. M., Dodge, K. A., & Hariri, A. R. (2016). Cumulative stress in childhood is associated with blunted reward-related brain activity in adulthood. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(3), 405-412. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv124>
- Neziroglu, F., Borda, T., Khemlani-Patel, S., & Bonasera, B. (2018). Prevalence of bullying in a pediatric sample of body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 87, 12-16.
- Rashidi M., Rahmati, M.R., Donyavi, V., Rahnedjat, A.M. and Ahmaditahour, M. (2017). Relationship between appearance- based victimization and, behavioral inhibition system and with body dysmorphic disorder: The mediator role of negative perfectionism. *Nurse and doctor in Razm*, 13(7), 196-204. [Text in Persian].
- Salimi, H., Ghadam Pour, E. and Rezaei, F.(2018). Developing a Structural Equation Modeling for Prediction of Bullying Victim by Environmental Factors and Communication Skills with Psychological Crisis Intermediation. *Social Cognition*, 14(2), 71-94. [Text in Persian].
- Summers, B.J., Aalbers, G., Jones, P.J., McNally, R.J., Phillips, K.A, Wilhelm, S.(2020) A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 262, 165-173. PMID 31733461. DOI: 10.1016/J.Jad.2019.11.011
- Thomas, H. J., Connor, J. P., & Scott, J. G. (2018). Why do children and adolescents bully their peers? A critical review of key theoretical frameworks. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(5), 437-451. doi: 10.1007/s00127-017-1462-1.

- Weingarden, H., Curley, E. E., Renshaw, K. D., & Wilhelm, S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body image*, 21, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.003>
- Wood, A.S. (2016). *Underlying Processes in the Development of Eating Disorder Symptoms*. (Doctoral Dissertation), Roosevelt University. Chicago.

تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی با خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منش

عیسی حکمتی*^۱، جلیل باباپور خیرالدین^۲، مهدی ایمانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت با خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منش انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود؛ بدین منظور ۲۶۱ دانشجوی دانشگاه تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و سیاهه شخصیت راهنمای آماری و تشخیصی و مقیاس خودشیفتگی مرضی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر با همه صفات شخصیتی نابهنجار همبسته بوده، ولی مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش، عمدتاً با صفات شخصیتی مخالفت‌ورزی و روانپریش‌خوبی همبستگی مناسب داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون خودشیفتگی آسیب‌پذیر نشان داد صفات شخصیتی عاطفه منفی، مخالفت‌ورزی، نابازداری و روانپریش‌خوبی پیش‌بین نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر بودند و در پیش‌بینی مؤلفه‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر نیز چهار صفت شخصیتی فوق پیش‌بین عزت نفس مشروط؛ صفات گسلس و روانپریش‌خوبی پیش‌بین پنهان‌سازی خود؛ روانپریش‌خوبی پیش‌بین نارزنده‌سازی؛ صفات عاطفه منفی، گسلس و نابازداری پیش‌بین خشم محقق‌بودن هستند. در زمینه خودشیفتگی آسیب‌پذیر نتایج رگرسیون نشان داد صفات مخالفت‌ورزی و روانپریش‌خوبی پیش‌بین نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش بودند و در زمینه مؤلفه‌های این نوع خودشیفتگی نیز صفات مخالفت‌ورزی پیش‌بین بهره‌کشی؛ صفت روانپریش‌خوبی پیش‌بین خود ارتقایی و همچنین پیش‌بین خیالبافی هستند. یافته‌ها همسو با مطالعات قبلی دلالت بر این دارند که برخلاف مدل پیشنهادی مدل جایگزین، اختلالات شخصیت

۱. * نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه مراغه، مراغه، ایران Iesa.Hekmati@gmail.com

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران babapurj@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شیراز dr.mahdiimani@gmail.com

۳۴ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

به غیر از صفت مخالفت‌ورزی برای ملاک B اختلال شخصیت خودشیفته، صفات شخصیتی نابهنجار دیگری نیز در اختلال خودشیفتگی دخیل اند و مدل جایگزین پیشنهادی به صورت نسبی برای خودشیفتگی بزرگ‌منش تناسب داشته و با خودشیفتگی آسیب‌پذیر تناسب ندارد.

کلیدواژه‌ها: خودشیفتگی آسیب‌پذیر، خودشیفتگی بزرگ‌منش، مدل جایگزین اختلالات شخصیت

مقدمه

پس از تحولات گسترده در زمینه مفهوم خودشیفتگی^۱ (مثل کوهات^۲، ۱۹۷۷) در دهه‌های اخیر، خودشیفتگی به عنوان اختلال شخصیت تعریف شده است. در نسخه چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۳، این اختلال جزء اختلالات شخصیت خوشه B طبقه‌بندی شده است، اما در نسخه پنجم تجدید نظر اساسی در زمینه اختلالات شخصیت صورت گرفته که شامل مدل جایگزین اختلالات شخصیت^۴ است (کروگر، ایتون، دینگر، مارکون^۵ و همکاران، ۲۰۱۱) که اختلالات شخصیت را به عنوان نقص‌های زیربنایی در کارکرد شخصیت (نقص در کارکرد خود و کارکرد بین فردی؛ ملاک A) و صفات شخصیتی نابهنجار ابعادی (ملاک B) توصیف کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳) که این صفات نابهنجار شامل پنج عامل درجه دوم عاطفه منفی، گسلس، مخالفت‌ورزی، نابازداری و روانپریش‌خویی است (مارکون، کوپلتی، باگبی^۷ و کروگر و همکاران، ۲۰۱۳). البته در تدوین نهایی

-
1. Narcissism
 2. Kohut
 3. DSM-IV-TR
 4. Alternative model of personality disorder (AMPD)
 5. Krueger, Eaton, Derringer, & Markon
 6. American Psychiatric Association (APA)
 7. Quilty, Bagby

نسخه پنجم، مدل جایگزین به دلیل پشتوانه پژوهشی کم به بخش سوم منتقل شده و الگوی نسخه قبلی در بخش اختلالات شخصیت استفاده شده است.

در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، اختلال شخصیت خودشیفته با علائم محقق بودن، خودبزرگ‌بینی، فقدان همدلی، خیالبافی بزرگ‌منشانه و مهم‌پنداری خود مورد سنجش قرار گرفته است که برخی پژوهشگران (میلر، جنتیل، ویلسون و کمپبل^۱، ۲۰۱۳؛ میلر، لینام^۲ و کمپبل، ۲۰۱۶) معتقدند این علائم به نوع محدودی از خودشیفتگی، یعنی بزرگ‌منش، متعلق است. چنین تعریف محدودی از خودشیفتگی، پدیده بالینی مورد نظر بالینگران را به صورت کامل پوشش نداده است (اگرودنیزوک^۳، ۲۰۱۳؛ پینکوس^۴، ۲۰۱۳) و پژوهش در زمینه اعتبار و کاربرد بالینی تشخیص را دچار مشکل می‌کند (پینکوس، ۲۰۱۱). با وجود تعریف خودشیفتگی به عنوان سازه واحد در راهنمای آماری و تشخیصی، دیدگاه‌های جدید خودشیفتگی حاکی از وجود دو مؤلفه اصلی بزرگ‌منشی^۵ و آسیب‌پذیری^۶ است (میلر، لینام، هیات و کمپبل، ۲۰۱۷؛ وایت و ادرشیل^۷، ۲۰۱۸؛ ایتون، رودریگوئیز-سیجاس^۸، کروگر، کمپبل و همکاران، ۲۰۱۷). خودشیفتگی بزرگ‌منش به عنوان برداشت بزرگ‌منشانه از خویش، احترام نگذاشتن به دیگران و محقق بودن تعریف شده و شامل صفاتی چون خودبزرگ‌بینی،

-
1. Miller, Gentile, Wilson, & Campbell
 2. Lynam
 3. Ogrudniczuk
 4. Pincus
 5. grandiosity
 6. vulnerability
 7. Wright, & Edershile
 8. Eaton, Rodriguez-Seijas

۳۶ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

پرمده‌عبودن و سلطه‌گری است (میلر و همکاران، ۲۰۱۷)، درحالی‌که خودشیفتگی آسیب‌پذیر به صورت اجتناب از شرم و خجالت تعریف شده است (ادرشیل، وودز، شارپ، کرو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹) و شامل صفاتی چون انزوای اجتماعی دفاعی، عزت نفس مشروط و عاطفه منفی است (میلر و همکاران، ۲۰۱۷).

با وجود اشتراک هر دو نوع خودشیفتگی مذکور در زمینه صفات محق‌بودن و مخالفت‌ورزی، اخیراً، برخی پژوهشگران اشاره کرده‌اند که ظاهراً تفاوت‌هایی در صفات مرضی این دو نوع خودشیفتگی وجود دارد به‌طوری‌که خودشیفتگی بزرگ‌منش دارای صفات نمایشگری، اغراق و توجه‌طلبی است، درحالی‌که نوع آسیب‌پذیر دارای صفاتی چون حقارت، حساسیت افراطی و اضطراب است (میلر و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایتون و همکاران، ۲۰۱۷). با این حال، مدل جایگزین دو صفت از بین صفات مخالفت‌ورزی، یعنی خودبزرگ‌بینی و توجه‌طلبی، را در ملاک B این اختلال معرفی کرده‌است. انتخاب دو صفت مذکور بر اساس پیشینه بوده و وراثت، پینکوس، توماس، هیوود^۲ و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند مدل جایگزین با دیدگاه آنان متناسب است. همچنین هیوود، توماس، مارکون، وراثت و همکاران (۲۰۱۲) رابطه نیرومندی بین این دو صفت و خودشیفتگی به دست آورده‌اند که متناسب با مدل جایگزین است. علی‌رغم این، هر دو مطالعه نشان داده‌اند صفات دیگری مثل تقلب، دست‌انداختن، خصومت، بدگمانی و بدتنظیمی ادراکی نیز با این اختلال تناسب دارند. با وجود یافته‌های نشانگر تناسب صفات نابهنجار دیگر با این اختلال، روشن نیست چرا فقط دو صفت مذکور در

-
1. Woods, Sharpe, Crowe
 2. Thomas, & Hopwood

ملاک‌های مربوط به این اختلال گنجانده شده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد اعتبار مدل جایگزین راهنمای آماری و تشخیصی درباره خودشیفتگی آسیب‌پذیر روشن نیست. گرچه عناصر مربوط به خودشیفتگی آسیب‌پذیر در توصیف DSM-5 در ملاک A لحاظ شده است، اما صفات پیشنهادی خودبزرگ‌بینی و توجه‌طلبی، متمرکز بر خودشیفتگی بزرگ‌منش بوده و چندان مناسب نوع آسیب‌پذیر نیست (داوگیلو، داود^۱ و پینکوس، ۲۰۱۶). شواهد منسجم نشانگر این است که تکیه صرف بر ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی، در تشخیص و درمان رضایت‌بخش نیست (پینکوس، کاین و وراثت، ۲۰۱۴) که دلیل اصلی آن تاکید بر خودشیفتگی بزرگ‌منش و نبود پوشش کامل پدیده بالینی خودشیفتگی است (فوساتی، سوما، بورونی^۲، پینکوسو همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، بایستی تناسب مدل جایگزین با انواع خودشیفتگی بررسی شده و صفات دخیل در انواع خودشیفتگی شناسایی شود.

در این راستا برخی پژوهش‌ها (میلر و همکاران، ۲۰۱۳، وراثت و همکاران، ۲۰۱۳؛ اندرسون، سلبوم، پیمونت، سمید^۳ و همکاران، ۲۰۱۵) رابطه بین صفات شخصیت نابهنجار مدل جایگزین را با دو نوع خودشیفتگی (بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر) بررسی کرده و نشان داده‌اند نوع بزرگ‌منش با صفت شخصیت نابهنجار همبستگی نیرومندی داشته‌است، ولی آسیب‌پذیری به صورت ضعیفی با آن تناسب دارد و روابط متوسط تا نیرومندی با گستره وسیعی از صفات شخصیت نابهنجار مربوط به عاطفه منفی، گسلس، نابازداری و روان‌پریش‌خویی داشته است. یکی از محدودیت‌های مطالعه میلر و

-
1. Dowgwillo, Dawood
 2. Fossati, Somma, Borroni,
 3. Anderson, Sellbom, Pymont, Smid

۳۸ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

همکاران (۲۰۱۳) استفاده از ابزار نامناسب برای سنجش انواع خودشیفتگی است، زیرا همسو با راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی برای سنجش خودشیفتگی از چندین پرسشنامه (مثل پرسشنامه شخصیت خودشیفته^۱؛ NPI) بهره گرفته‌اند، درحالی‌که این ابزار بیشتر بزرگ‌منشی را مورد سنجش قرار داده و برای سنجش نوع آسیب‌پذیر مناسب نیست (روچ، پینکوس، کونوری، هید و همکاران^۲، ۲۰۱۳؛ واتر، شرودر-آب، ریتز، تنبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین مطالعه حاضر، با استفاده از ابزار متناسب برای سنجش هر دو نوع خودشیفتگی، در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا صفات شخصیتی مدل پیشنهادی جایگزین با خودشیفتگی بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر در بین دانشجویان تناسب دارد؟

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. دانشجویان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ دانشگاه تبریز جامعه پژوهش بودند که ۳۰۰ دانشجو به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. درانتخاب نمونه، نخست لیست دانشکده‌ها تهیه و به چهارگروه علوم انسانی، پایه، فنی-مهندسی و کشاورزی تقسیم شد و به صورت تصادفی از هر گروه یک دانشکده انتخاب گردید که به ترتیب عبارت بودند از دانشکده علوم اجتماعی، شیمی، برق و کشاورزی. سپس در هر دانشکده به صورت تصادفی دو رشته تحصیلی و در هر رشته دو کلاس انتخاب گردید و دانشجویان در صورت

-
1. Narcissistic Personality Inventory (NPI)
 2. Roche, Pincus, Conroy, Hyde
 3. Vater, Schroder-Abe, Ritter, Tenneberg

داشتن رضایت، پرسشنامه‌ها را دریافت کردند. از کل شرکت‌کنندگان ۲۷۳ نفر پرسشنامه‌ها را برگرداندند که ۱۲ پرسشنامه ناقص کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های ۲۶۱ نفر تحلیل شد. جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

متغیر	شاخص میانگین (انحراف استاندارد)
سن	۲۰/۳۱±۷/۴۸
جنسیت	زن ۱۵۱ (۵۷/۸٪)
	مرد ۱۰۲ (۳۹٪)
	بدون پاسخ ۸ (۳٪)
رشته تحصیلی	علوم انسانی ۸۳ (۳۱/۸٪)
	فنی - مهندسی ۶۹ (۲۶/۴٪)
	علوم پایه ۶۰ (۲۲/۹٪)
	کشاورزی ۴۹ (۱۸/۷٪)

ابزارهای پژوهش

نسخه کوتاه سیاهه شخصیت **DSM-5**^۱: نسخه کوتاه سیاهه شخصیت **DSM-5** ابزاری ۲۵ گویه‌ای است که شامل پنج حیطه یا بعد نابهنجار شخصیت شامل عاطفه منفی (مثل اضطراب، ثبات هیجانی) گسلس^۲ (مثل انزوا، بی‌لذتی) مخالفت‌ورزی^۳ (مثل دست انداختن، تقلب)، نابازداری^۴ (مثل بی‌مسئولیتی،

1. Personality Inventory for DSM-5—Brief Form (PID-5-BF)
2. detachment
3. antagonism
4. disinhibition

۴۰ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

تکانشگری) و روان‌پریش‌خویی^۱ (مثل باورها و تجارب غیرعادی، گریز از جمع) است (اندرسون، سلبوم و سالکین^۲، ۲۰۱۷). پاسخ‌دهندگان به هر گویه در مقیاس چهار درجه‌ای (صفر=غالباً نادرست تا ۳=غالباً درست) پاسخ می‌دهند و دامنه نمره هر عامل بین صفر تا ۱۵ قرار دارد. مطالعات مختلف (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ فوساتی، سوما، بورونی، مارکون و کروگر، ۲۰۱۷) ویژگی‌های روانسنجی آن را بررسی و ساختار پنج عاملی درجه دوم و همچنین همسانی درونی مقیاس‌های آن را بالاتر از ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی نسخه کوتاه فارسی را امیری (۱۳۹۶) در بین دانشجویان بررسی کرده‌است و نتایج تحلیل عاملی نشان داد که دارای ساختار پنج عاملی بوده و اعتبار افتراقی و همزمان مطلوبی دارد. همچنین پایایی عامل‌ها به روش همسانی درونی بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز پایایی به روش کروباخ برای عامل‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس خودشیفتگی مرضی^۳ (PNI). پینکوس، آنسل، پیمنتال، کاین^۴ و همکاران (۲۰۰۹) برای سنجش دو بعد بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر خودشیفتگی این ابزار را تدوین کرده‌اند و شامل ۵۲ گویه است که در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای («اصلاً صحیح نیست»=صفر تا «غالباً صحیح است»=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار متشکل از ۷ خرده‌مقیاس خیالبافی بزرگ‌منشانه، بهره‌کشی، ارتقای خود با خودانتقادی، عزت‌نفس مشروط، پنهان‌سازی خود، ناآرزنده‌سازی و خشم محق‌بودن است که سه خرده‌مقیاس اول بزرگ‌منشی و چهار خرده‌مقیاس آخر آسیب‌پذیری را تشکیل می‌دهند که دامنه نمرات بعد نخست بین

1 . psychoticism
2. Salekin
3. Pathologic Narcissism Inventory
4. Ansell, Pimentel, Cain

صفر تا ۱۰۸ و بعد دوم صفر تا ۲۱۶ قرار دارد. مطالعات مختلف ساختار ۷ عاملی درجه اول و دو عاملی درجه دوم و همچنین روایی همگرایی آن را تایید کرده‌اند (جاکسیک، میلان، ایوزیک، ورتاگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ سلیمانی، پاست، مولایی، محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). پایایی این ابزار در مطالعه جاکسیک و همکاران (۲۰۱۴) بین ۰/۷۱ و ۰/۹۲ و در مطالعه سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. پایایی به روش کرونباخ در مطالعه حاضر نیز بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

شیوه اجرا: به منظور گردآوری اطلاعات، نخست پس از طی مراحل نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، پرسشنامه‌ها در اختیار ۳۰۰ دانشجو قرار گرفت و با توضیح هدف تحقیق و کسب رضایت از آنها خواسته شد که مطابق دستورالعمل به پرسش‌ها پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل جمع‌آوری و سپس نمره‌گذاری شدند و در نهایت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های ۲۶۱ نفر از آزمودنی‌ها به صورت کامل تکمیل شده بود که تجزیه و تحلیل بر روی آنها انجام گرفت.

نتایج

جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل برای بررسی پیش-فرض نرمال بودن نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاخص‌های کشیدگی و چولگی استفاده شد که نتایج آزمون نخست نشان داد برخی ابعاد صفات نابهنجار و مؤلفه‌های خودشیفتگی معنادار است که به دلیل سختگیری و معناداری آن در نمونه‌های با حجم بالا، از شاخص کشیدگی و

۴۲ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

چولگی برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها استفاده شد که طبق آن‌ها همه متغیرها به استثنای خودارتقای، در دامنه طبیعی ($0 \pm 1/50$) بوده و پیش فرض نرمال بودن رعایت شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه/صفت	میانگین	انحراف استاندارد
	عاطفه منفی	۵/۸۷	۲/۶۸
صفات نابهنجار شخصیت	گسلش	۴/۱۲	۲/۵۳
	مخالفت ورزی	۴/۶۵	۲/۷۷
	نابازداری	۴/۳۲	۲/۹۰
	روانپریش خوبی	۴/۷۱	۲/۷۲
	عزت نفس مشروط	۲۹/۲۷	۱۰/۷۹
	پنهان‌سازی خود	۱۹/۵۴	۶/۲۳
خودشیفتگی آسیب‌پذیر	نارزنده‌سازی	۱۵/۸۷	۶/۸۹
	خشم محقق بودن	۲۲/۱۴	۷/۷۱
	نمره کل	۸۶/۸۳	۲۶/۸۳
	بهره‌کشی	۱۱/۶۸	۴/۹۳
خودشیفتگی بزرگ‌منش	خودتحقیری خودارتقایی	۱۹/۵۲	۸/۲۵
	خیالبافی بزرگ‌منشانه	۱۷/۴۴	۸/۱۲
	نمره کل	۴۸/۶۶	۱۶/۱۳

جدول شماره ۳ همبستگی صفات نابهنجار و خودشیفتگی را نشان می‌دهد. همه مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر با صفات شخصیتی نابهنجار به صورت معناداری همبسته است که این همبستگی -ها با روانپریش خوبی نسبتاً بالا، با مخالفت‌ورزی و نابازداری متوسط، با عاطفه منفی پایین تراز متوسط و

با گسلش ضعیف است. در زمینه خودشیفتگی بزرگ‌منش، مؤلفه بهره‌کشی با مخالفت‌ورزی و روانپیش-خویی؛ مؤلفه خودارتقای به غیر از گسلش با بقیه صفات همبسته بوده است؛ و خیالبافی بزرگ‌منشانه و نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش با همه صفات شخصیتی همبستگی معناداری دارد و میزان همبستگی‌های مربوط به روانپیش‌خویی نسبتاً بالا، مخالفت‌ورزی بالاتر از متوسط، گسلش خیلی ضعیف، ولی دو مورد دیگر پایین‌تر از متوسط هستند.

جدول ۳: ماتریس همبستگی صفات ناپهنجار شخصیت و زیرمجموعه‌های خودشیفتگی

عاطفه	گسلش	مخالفت- ورزی	نابازداری	روانپیش- خویی	
عزت‌نفس مشروط	۰/۴۴**	۰/۱۶**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۵۱**
پنهان‌سازی خود	۰/۱۷**	۰/۲۴**	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۴۲**
نارزنده‌سازی	۰/۱۵*	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۲۸**	۰/۵۵**
خشم محق‌بودن	۰/۳۶**	-۰/۱۴*	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۵**
نمره کل	۰/۳۶**	۰/۱۲*	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۵۵**
بزرگ‌منش بهره‌کشی	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۳۱**	۰/۰۶	۰/۲۳**
خودارتقای	۰/۱۸**	۰/۱۱	۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۲۴**
خیالبافی	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۰/۳۸**	۰/۳۲**	۰/۶۰**
نمره کل	۰/۲۳**	۰/۱۸*	۰/۳۶**	۰/۲۷**	۰/۵۰**

** سطح معناداری $p < 0/01$; * سطح معناداری $p < 0/05$

۴۴ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

قبل از تحلیل رگرسیون، برای بررسی پیش‌فرض هم‌خطی و استقلال باقیمانده‌ها به ترتیب از آزمون عامل تورم واریانس (VIF) و آزمون دوربین-واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد VIF متغیرهای پیش‌بین بین ۱/۰۵ تا ۱/۴۱ قرار داشت و دوربین-واتسون رگرسیون‌ها بین ۱/۷۲ و ۲/۳۰ قرار دارد که حاکی از هم‌خط نبودن پیش‌بین‌ها و استقلال باقیمانده‌هاست. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش-بینی مؤلفه‌ها و دو بعد اصلی خودشیفتگی در جداول شماره ۴ و ۵ ارائه شده است که طبق جدول شماره ۴ میزان F تحلیل واریانس نمره کل و مؤلفه‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر معنادار ($P < 0/01$) است که نشان می‌دهد صفات شخصیتی نابهنجار توانایی پیش‌بینی مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر را دارد که سهم صفات شخصیتی در تبیین واریانس نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر و مؤلفه‌های عزت‌نفس مشروط، پنهان‌سازی خود، نارزنده‌سازی، خشم محقق‌بودن به ترتیب برابر ۴۰ درصد، ۴۴ درصد، ۲۲ درصد، ۳۴ درصد و ۳۰ درصد است. طبق این جدول صفات عاطفه منفی، مخالفت‌ورزی، نابازداری و روان‌پریش‌خویی در نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر ($p < 0/05$) نقش دارند. یافته‌های مؤلفه‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر نشان داد صفات عاطفه منفی، مخالفت‌ورزی، نابازداری و روان‌پریش‌خویی نقش معناداری در عزت‌نفس مشروط ($p < 0/01$)؛ صفات گسلس و روان‌پریش‌خویی نقش معناداری در پنهان-سازی خود ($P < 0/01$)؛ صفات گسلس، مخالفت‌ورزی و روان‌پریش‌خویی نقش معناداری در نارزنده‌سازی ($p < 0/05$) و صفات عاطفه منفی، گسلس، مخالفت‌ورزی، نابازداری و روان‌پریش‌خویی نقش معناداری در خشم محقق‌بودن ($p < 0/05$) دارند.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون خودشیفتگی آسیب‌پذیر بر اساس صفات شخصیتی نابهنجار

متغیر ملاک	خلاصه تحلیل واریانس و ضریب تبیین	پیش‌بین‌ها	β	t
عزت‌نفس مشروط	$R^2=0.44$; $F(5, 255)=40.07$; $p<0.01$	عاطفه منفی	۰/۲۵	۴/۹۴**
		مخالفت‌ورزی	۰/۱۵	۲/۸۷**
		نابازداری	۰/۲۳	۴/۳۹**
پنهان‌سازی خود	$R^2=0.22$; $F(5, 255)=14.52$; $p<0.01$	روانپریش‌خویی	۰/۲۸	۵/۱۴**
		گسلش	۰/۱۵	۲/۶۵**
		روانپریش‌خویی	۰/۳۴	۵/۱۸**
نارزنده‌سازی	$R^2=0.34$; $F(5, 255)=26.63$; $p<0.01$	گسلش	۰/۱۳	۲/۴۸**
		مخالفت‌ورزی	۰/۱۳	۲/۲۷*
		روانپریش‌خویی	۰/۴۶	۷/۶۷**
خشم محقق‌بودن	$R^2=0.30$; $F(5, 255)=22.61$; $p<0.01$	عاطفه منفی	۰/۲۴	۴/۳۳**
		گسلش	-۰/۲۷	۴/۹۹**
		مخالفت‌ورزی	۰/۱۳	۲/۲۳*
نمره کل	$R^2=0.40$; $F(5, 255)=34.47$; $p<0.01$	نابازداری	۰/۱۷	۲/۹۹**
		روانپریش‌خویی	۰/۱۱	۳/۴۹**
		عاطفه منفی	۰/۱۷	۳/۳۱**
		مخالفت‌ورزی	۰/۱۵	۲/۷۴**
		نابازداری	۰/۱۶	۲/۹۶**
		روانپریش‌خویی	۰/۳۷	۶/۵۳**

طبق جدول شماره ۵ میزان F تحلیل واریانس رگرسیون نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش و مؤلفه‌های

آن معنادار ($P<0/01$) است که نشان می‌دهد صفات شخصیتی نابهنجار توانایی پیش‌بینی نمره کل و

۴۶ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

مؤلفه‌های خودشیفتگی بزرگ‌منش را دارند که سهم صفات شخصیتی در تبیین واریانس نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش و مؤلفه‌های بهره‌کشی، خودارتقای، خیالبافی به ترتیب برابر با ۲۸ درصد، ۱۱درصد، ۸ درصد و ۴۰ درصد است. مطابق جدول فوق صفات مخالفت‌ورزی و روانپیش‌خویی نقش معناداری در نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش ($p < 0/01$) دارند و در زمینه مؤلفه‌ها صفت مخالفت‌ورزی نقش معناداری در بهره‌کشی ($p < 0/01$)؛ صفات عاطفه منفی و روانپیش‌خویی نقش معناداری در خودارتقای ($P < 0/01$) و عاطفه منفی و روانپیش‌خویی نقش معناداری در خیالبافی بزرگ‌منشانه دارند. ($p < 0/05$)

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون خودشیفتگی بزرگ‌منش بر اساس صفات شخصیتی نابهنجار

متغیر ملاک	خلاصه تحلیل واریانس و ضریب تبیین	پیش بین‌ها	β	t
بهره‌کشی	$R^2=0.11$; $F(5, 255)=15.85$; $p<0.01$	مخالفت‌جویی	۰/۲۶	۴/۰۰**
خودارتقای	$R^2=0.08$; $F(5, 255)=22.61$; $p<0.01$	عاطفه منفی	۰/۱۲	۱/۸۷*
		روانپیش‌خویی	۰/۱۸	۲/۶۰**
خیالبافی	$R^2=0.40$; $F(5, 255)=33.90$; $p<0.01$	عاطفه منفی	۰/۱۲	۲/۳۵*
		روانپیش‌خویی	۰/۴۹	۸/۵۸**
نمره کل	$R^2=0.28$; $F(5, 255)=20.38$; $p<0.01$	مخالفت‌جویی	۰/۱۵	۲/۵۰**
		روانپیش‌خویی	۰/۳۹	۶/۱۷**

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت با خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منش در بین دانشجویان بود. یافته‌ها نشان داد همه صفات نابهنجار شخصیت با مؤلفه‌ها و نمره کل

خودشیفتگی آسیب‌پذیر همبسته هستند که به‌ویژه روانپزش خویی، مخالفت‌ورزی و نابازداری همبستگی چشمگیری دارند. تحلیل رگرسیون حاکی از این بود که صفات شخصیتی مختلفی در پیش‌بینی مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی آسیب‌پذیر دخیل‌اند. روانپزش خویی، عاطفه منفی، مخالفت‌ورزی، نابازداری و گسلس به ترتیب دارای بیشترین سهم‌اند. این یافته‌ها تاحدودی با پژوهش‌های پیشین از جمله ورایت و همکاران (۲۰۱۳)، میلر و همکاران (۲۰۱۳) و هیوود و همکاران (۲۰۱۲) همسوست که از نظر دو پژوهش نخست صفات شخصیتی نابهنجار با مؤلفه‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر، به‌ویژه عاطفه منفی و روانپزش‌خویی همبسته هستند. هیوود و همکاران (۲۰۱۲) بدون تعیین نوع خودشیفتگی، روابط خودشیفتگی با صفات نابهنجار را بررسی کرده‌اند که یافته‌های آن‌ها نشانگر همبستگی صفات بزرگ‌منشی و توجه‌طلبی (خرده‌مقیاس‌های مخالفت‌ورزی) با خودشیفتگی است، گرچه صفات دیگری چون فریب، دستکاری، سنگدل‌بودن (خرده‌مقیاس‌های مخالفت‌جویی)، تردید (خرده‌مقیاس گسلس) و آشفتگی ادراکی (خرده‌مقیاس روانپزش‌خویی) نیز همبستگی زیادی با خودشیفتگی دارند. ابزار مورد استفاده پژوهش مذکور مؤلفه‌هایی مشابه خودشیفتگی آسیب‌پذیر، مثل محق‌بودن، دارد که همبستگی ناچیزی با مخالفت-ورزی و نابازداری نشان می‌دهد، در مورد سایر مؤلفه‌های مورد مطالعه پژوهش مذکور نیز همبستگی‌های معنادار، هرچند ضعیف، وجود دارد و الگوی روابطه خاصی بین صفات نابهنجار و خودشیفتگی وجود ندارد که دلیل آن‌را می‌توان به ابزار نسبت داد. پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند کاربرد NPI به عنوان ابزاری بالینی مورد تردید است، زیرا فاقد توانایی تفکیک افراد مبتلا به شخصیت خودشیفته و عادی است (واتر و همکاران، ۲۰۱۳) و خودشیفتگی بهنجار را می‌سنجد (روچ و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین، می‌توان

۴۸ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

نتیجه‌گیری کرد که طبق نتایج مطالعات قبلی و مطالعه حاضر درزمینه خودشیفتگی آسیب‌پذیر، صفات مختلفی در این نوع خودشیفتگی دخیل اند و برخلاف پیشنهاد بخش سوم DSM-5، صفت مخالفت-ورزی به تنهایی نمی‌تواند واریانس آن را تبیین کند. مثلاً میلر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند صفات مدل جایگزین برای اختلال شخصیت خودشیفته، ۱۵ درصد واریانس خودشیفتگی آسیب‌پذیر را تبیین می‌کنند، اما افزودن صفات نابهنجار دیگر میزان واریانس تبیین شده را به حدود ۶۰ درصد افزایش می‌دهد. هپوود و همکاران (۲۰۱۳) نیز به نتیجه مشابهی دست یافته‌اند. بنابراین، می‌توان گفت مدل جایگزین پیشنهادی DSM-5 با اختلال شخصیت خودشیفته، به‌ویژه نوع آسیب‌پذیر، تناسب کافی نداشته است و از این‌رو کارآیی تشخیصی مطلوبی نیز ندارد و صفات و ویژگی‌های نابهنجار مختلفی در آن سهیم اند.

یافته‌های دیگر نشان داد مخالفت‌ورزی و روان‌پریش‌خویی با مؤلفه‌ها و نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش همبسته هستند، اما دیگر صفات نابهنجار همبستگی چندانی با خودشیفتگی بزرگ‌منش ندارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشانگر توانایی روان‌پریش‌خویی و مخالفت‌ورزی در پیش‌بینی خودشیفتگی بزرگ‌منش است که البته عاطفه منفی نیز سهمی اندک در این نوع خودشیفتگی دارد. این نتایج با یافته‌های ورایت و همکاران (۲۰۱۳)، هپوود و همکاران (۲۰۱۳) و میلر و همکاران (۲۰۱۳) همسوست. مطابق نظر ورایت و همکاران (۲۰۱۳) مدل جایگزین پیشنهادی DSM-5 بیشتر متناسب با خودشیفتگی بزرگ‌منش است که در آن بیشتر مخالفت‌ورزی دخیل است، درحالی‌که یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات پیشین، حتی این مسئله را نیز به طور کامل تایید نمی‌کنند و تناسب مدل را با خودشیفتگی بزرگ‌منش نسبی می‌دانند. مثلاً یافته‌های ورایت و همکاران (۲۰۱۳) و هپوود و همکاران

(۲۰۱۳) حاکی از همبستگی خودشیفتگی بزرگ‌منش با صفات نابهنجار دیگری از جمله روان‌پریش-خوبی، عاطفه منفی و نابازداری است. میلر و همکاران (۲۰۱۳) نیز همانند مطالعه حاضر نشان داده‌اند که اکثر صفات شخصیتی نابهنجار، به غیر از گسلس با نمره کل خودشیفتگی بزرگ‌منش همبسته هستند که بیشترین میزان همبستگی با مخالفت‌ورزی و سپس روان‌پریش‌خوبی است. به صورت خلاصه، همسویی یافته‌ها با مطالعات پیشین نشانگر رابطه مخالفت‌ورزی و روان‌پریش‌خوبی با خودشیفتگی بزرگ‌منش است، هر چند دو مطالعه وراثت و همکاران (۲۰۱۳) و میلر و همکاران (۲۰۱۳) بیشترین همبستگی را با مخالفت‌ورزی و سپس روان‌پریش‌خوبی داشته‌اند، اما در مطالعه حاضر بیشترین همبستگی با روان‌پریش‌خوبی و در وهله بعدی با مخالفت‌ورزی بود.

در تبیین یافته‌های خودشیفتگی بزرگ‌منش می‌توان اشاره کرد گرچه صفات ارائه شده مدل جایگزین برای این نوع خودشیفتگی تناسب نسبتاً بهتری دارد، اما صفت شخصیتی نابهنجار مخالفت-ورزی به تنهایی قادر به بازنمایی بخش زیادی از واریانس این خودشیفتگی نیست و صفات نابهنجار دیگری از جمله روان‌پریش‌خوبی هم نقش چشمگیری دارند. علاوه بر این، یافته‌ها عمدتاً نشانگر نقش سایر صفات مدل جایگزین در این نوع خودشیفتگی نیز هستند. مثلاً گرچه دو مطالعه پیشین (میلر و همکاران، ۲۰۱۳؛ وراثت و همکاران، ۲۰۱۳) ذکر کرده‌اند مدل پیشنهادی جایگزین برای اختلال شخصیت خودشیفته تناسب بهتری با نوع بزرگ‌منش داشته و توانایی تبیین خودشیفتگی نوع بزرگ‌منش را دارد، ولی بررسی دقیق نتایج مطالعه آن‌ها (مثلاً وراثت و همکاران، ۲۰۱۳) نشان می‌دهد مخالفت-ورزی توانایی پیش‌بینی نمره کل را دارد، ولی قادر به پیش‌بینی اکثر مؤلفه‌های خودشیفتگی بزرگ‌منش

۵۰ تناسب مدل جایگزین اختلالات شخصیت نسخه پنجم...

نیست. بنابراین، نمی‌توان با اطمینان گفت مدل پیشنهادی DSM-5 درباره این اختلال شخصیت متناسب است و به نظر می‌رسد برای بررسی کارایی و تناسب مدل جایگزین پیشنهادی پژوهش‌های بیشتری لازم است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد گستره نقص‌ها و ویژگی‌های نابهنجار اختلال شخصیت خودشیفته وسیع‌تر از دو صفت معرفی شده مدل جایگزین است و بایستی مدل جایگزین به گونه‌ای گسترش یابد که شامل کل پدیده خودشیفتگی باشد. در این راستا بایستی همسو با پیشنهاد وراثت (۲۰۱۶) و پینکوس، داوگیلو و گرینبرگ (۲۰۱۶) با ایجاد تغییراتی در مدل جایگزین و افزودن صفات شخصیتی نابهنجار دیگری، به‌ویژه صفات همبسته با آسیب‌پذیری، این مدل را بهبود بخشید تا اختلال شخصیت خودشیفته را از نظر بالینی به صورت کامل‌تری پوشش دهد. این یافته‌ها دلالت بر این دارند که کاربست ملاک‌های تشخیصی این اختلال طبق مدل پیشنهادی از نظر بالینی و تشخیصی، بالینگران را در زمینه تشخیص این اختلال با دشواری مواجه خواهد ساخت، به‌طوری‌که مطالعات تاکنون نتوانسته‌اند الگوی خاص و پایداری از صفات نابهنجار شخصیت را شناسایی کنند، درحالی‌که هدف این مدل کمک به تشخیص اختلال شخصیت بر اساس صفات نابهنجار معین است. برحسب یافته‌های مطالعات مربوط به نقش صفات شخصیتی نابهنجار در خودشیفتگی، می‌توان گفت تاکید زیاد بر ملاک B (یعنی صفات شخصیتی نابهنجار) می‌تواند منجر به تشخیص‌های غیردقیق شود، ازاین‌رو، تاکید بر ملاک A مدل جایگزین ضروری بوده و بایستی پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شود. همچنین وراثت و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرده‌اند این مسئله به‌ویژه از آنجایی واجد اهمیت است که بخش مهمی از ویژگی‌های دخیل در اختلال شخصیت خودشیفته، خصوصاً نوع آسیب‌پذیر (مثل نقص

در همدلی و توانایی تشخیص احساسات و نیازهای دیگران، صمیمیت سطحی) با ملاک A بیشتر تناسب دارند، درحالی که تاکنون ابزاری برای سنجش این ملاک تدوین نشده و پژوهشی در این زمینه انجام نشده است. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی مثل نمونه غیربالینی بود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی گروه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال شخصیت نیز انجام گیرد. علاوه بر این بهتر است پژوهش‌هایی در زمینه تناسب ملاک A با زیرمجموعه‌های اختلال شخصیت خودشیفته نیز انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان محترم دانشگاه تبریز که در انجام پژوهش ما را یاری کردند سپاسگزاری می‌کنیم.

منابع

امیری، سهراب. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه شخصیت بزرگسال منطبق با DSM-5. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۴۶ (۱۲)، ۲۷-۳۶.

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابولفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکوس، آرون. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۰ (۱)، ۹۵-۱۱۰.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Amiri, S. (2017). Psychometric properties of adult Personality Inventory according DSM-5. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 46 (12), 27-36. [Text in Persian].

Anderson, J. L., Sellbom, M., Salekin, R.T. (2018). Utility of the Personality Inventory for DSM-5–Brief Form (PID-5-BF) in the Measurement of Maladaptive Personality and Psychopathology. *Assessment*, 25(5), 596-607.

- Anderson, J.L., Sellbom, M., Pymont, C., Smid, W., De Saeger, H., Kamphuis, J.H. (2015). Measurement of DSM-5 section II personality disorder constructs using the MMPI-2-RF in clinical and forensic samples. *Psychological Assessment*, 27(3),786-800.
- Dowgwillo, E. A., Dawood, S., & Pincus, A. L. (2016). The dark side of narcissism. In V. Zeigler-Hill & D. Marcus (Eds.), *The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology* (pp. 25–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eaton, N.R., Rodriguez-Seijas, C., Krueger, R.F., Campbell, W.K., Grant, B.F., Hasin, D.S. (2017). Narcissistic Personality Disorder and the Structure of Common Mental Disorders. *Journal of Personality Disorder*, 31(4),449-461.
- Edershile, E.A., Woods, W.C., Sharpe, B.M., Crowe, M.L., Miller, J.D., Wright, A.G.C. (2019). A day in the life of Narcissus: Measuring narcissistic grandiosity and vulnerability in daily life. *Psychological Assessment*, 31(7),913-924.
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Markon, K. E., Krueger, R. F. (2017). The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form: Evidence for Reliability and Construct Validity in a Sample of Community-Dwelling Italian Adolescents. *Assessment*, 24(5), 615-631.
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Pincus, A.L., Markon, K.E., Krueger, R.F. (2017). Profiling pathological narcissism according to DSM-5 domains and traits: A study on consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Psychological Assessment*, 29(11),1400-1411.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (2),424-432.
- Jakšić, N., Milas, G., Ivezić ., Wertag, A., Jokić-Begić ., N., & Pincus, A. L. (2014). The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in Transitional Post-War Croatia: Psychometric and Cultural Considerations. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 36 (4),640-652.
- Kohut, H. (1977). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press, Inc.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93 (4),325-331.

- Markon, K. E., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & Krueger, R. F. (2013). The development and psychometric properties of an informant-report form of the PID-5. *Assessment*, 20 (3),370-383.
- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L., & Campbell, W. K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of Personality Assessment*, 95 (3),284-290.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., & Campbell, W. K. (2016). Measures of Narcissism and Their Relations to DSM-5 Pathological Traits: A Critical Reappraisal. *Assessment*, 23 (1),3-9.
- Miller, J.D., Lynam, D.R., Hyatt, C.S., Campbell, W.K. (2017). Controversies in Narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244.
- Ogrudniczuk, J. S. (2013). *Understanding and treating pathological narcissism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2 (1),41-53.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory. In J. Ogrudniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 93-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3),365-379.
- Pincus, A. L., Drogwillo, E. A., & Greenberg, L. S. (2016). Three cases of narcissistic personality disorder through the lens of the DSM-5 alternative model for personality disorders. *Practice Innovations*, 1(3),164–177.
- Pincus, A.L., Cain, N.M., Wright, A.G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorder*, 5(4),439-43.
- Roche, M. J., Pincus, A. L., Conroy, D. E., Hyde, A. L., & Ram, N. (2013). Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 4 (4), 315-323.

- Soleimani, M., Past, N., Mowlaie, M., Mohammadi, A., Dashtipoor, M., Safa, Y., et al. (2015). Psychometric Properties of the Pathological Narcissism Inventory. *Contemporary Psychology*, 10 (1), 95-110. [Text in Persian].
- Vater, A., Schroder-Abe, M., Ritter, K., Tenneberg, B., Schulze, L., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). The narcissistic personality inventory: A useful tool for assessing pathological narcissism? Evidence from patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 95 (3), 301-308.
- Wright, A. G. C. (2016). On the Measure and Mismeasure of Narcissism: A Response to "Measures of Narcissism and Their Relations to DSM-5 Pathological Traits: A Critical Reappraisal". *Assessment*, 23(1), 3-9.
- Wright, A. G. C., & Edershile, E. A. (2018). Issues resolved and unresolved in pathological narcissism. *Current Opinion in Psychology*, DOI: 10.1177/1073191114522909.
- Wright, A. G. C., Pincus, A.L., Thomas, K.M., Hopwood, C.J., Markon, K.E., & Kruger, R. F. (2013). Conceptions of Narcissism and the DSM-5 Pathological Personality Trait. *Assessment*, 20 (3), 339-352.

شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای شدت‌های مختلف نوموفوبیا

محمدآقا دلاورپور^{۱*}، فاطمه اکبری^۲، مهسا بقیعی^۳

چکیده

نوموفوبیا به عنوان نوعی آسیب روانی، از پیامدهای استفاده افراطی از گوشی هوشمند است که وجوه آسیب‌شناختی آن هنوز چندان روشن نیست. هدف پژوهش حاضر شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای شدت‌های مختلف نوموفوبیا بود. این تحقیق به روش توصیفی - مقایسه‌ای انجام شد. برای نمونه ۳۲۳ نفر از بین دانشجویان دانشگاه سمنان و بر اساس نمره برش پرسشنامه نوموفوبیا انتخاب شدند و در سه گروه نوموفوبیای شدید، متوسط و خفیف قرارگرفتند. ابزارهای پژوهش شامل فهرست تجدیدنظر شده اختلالات روان‌شناختی و پرسشنامه نوموفوبیا بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج نشان داد که در هر ۹ نشانه آسیب روان‌شناختی، میانگین نمره افراد با نوموفوبیای شدید بالاتر از افراد با نوموفوبیای خفیف بود. در مقایسه گروه‌های با نوموفوبیای شدید و متوسط نیز، به استثنای دو نشانه علائم جسمانی و ترس مرضی، نتایج مشابهی به دست آمد. با بررسی نیمرخ روانی افراد با نوموفوبیای شدید، مشخص شد که شدت آسیب روان‌شناختی این گروه به ترتیب در نشانه‌های افکار پارانوئیدی، افسردگی، حساسیت بین فردی، وسواس و روان‌پریشی به طور معناداری بیشتر است. این نتایج تصویر

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. mdelavarpour@semnan.ac.ir

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. fatemehakbari7494@gmail.com

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. mahsaa1374@gmail.com

جامعی از نیمرخ آسیب‌های روانی مرتبط با نوموفوبیا را به دست می‌دهد، به نحوی که بر اساس آن می‌توان جهت‌گیری‌های پژوهشی یا مداخله‌ای این حوزه را به گونه‌ای اثربخش‌تر هدایت کرد.

واژه‌های کلیدی: گوشی هوشمند، نوموفوبیا، نیمرخ آسیب روانی

مقدمه

در دهه اخیر، استفاده از گوشی‌های هوشمند رشد چشمگیری پیدا کرده است. در سال ۲۰۲۰، تعداد استفاده‌کنندگان از این فناوری در سرتاسر دنیا حدوداً ۳/۶ میلیارد نفر گزارش شده و برآورد می‌شود که در سال ۲۰۲۳ این تعداد به ۴/۳ میلیارد نفر برسد (أدآ، ۲۰۲۱). تعامل هر روزه با گوشی‌های هوشمند موجب دگرگونی عظیمی در زندگی، عادت‌ها، افکار و رفتارهای افراد و جوامع شده است. براینده مطالعات دلالت بر آن دارد که نحوه استفاده برخی افراد از گوشی‌های هوشمند، نگران‌کننده و مشکل‌زاست و شواهد بیانگر بروز انواعی از مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در این افراد است (کاروالهو، سیتة و فراری، ۲۰۱۹). نوموفوبیا^۳ یکی از مشکلات روان‌شناختی است که در این زمینه شناسایی شده است. نوموفوبیا یا «هراس از بی موبایلی»^۴، به عنوان پیامد جانبی تعامل افراد با فناوری‌های ارتباطی مانند گوشی‌های هوشمند معرفی و به صورت ترس از دسترسی نداشتن به اطلاعات، نبود اتصال و ناتوانی در برقراری ارتباط و ترس از به سختی افتادن کاربران تعریف شده است (تامس، لگوکس و لگر، ۲۰۱۸). در چارچوب اختلالات روانی، نوموفوبیا به عنوان یک هراس موقعیتی مرتبط با آگروفوبیا شناخته می‌شود، چراکه به صورت یک واکنش شدید بدنی و عاطفی (اضطراب) برآمده از ترس‌های غیرمنطقی خاص

-
1. O'Dea
 2. Carvalho, Sette & Ferrari
 3. Nomophobia
 4. No Mobile Phobia
 5. Tams, Legoux & Leger

موقعیت تجربه می‌شود (ایلدیز دوراک^۱، ۲۰۱۸). شواهد موجود دلالت بر آن دارد که نوموفوبیا و عادات‌های مرضی توأم با آن، پیامدهای جسمی و روانی منفی و نامطلوبی را برای فرد به وجود می‌آورد. برای نمونه مشخص شده است که ترس از جدایی از گوشی‌های هوشمند باعث افزایش ضربان قلب، اضطراب، فشار خون بالا و احساسات ناخوشایند می‌شود و تظاهرات بالینی نوموفوبیا شامل اضطراب، تپش قلب، تعریق، ناراحتی تنفسی، لرزش، حملات وحشت‌زدگی و ترس است (باتاچاریا، بشار، استرواستاوا و سینگ^۲، ۲۰۱۹). مشکلات خواب (ویراپو، واسیردی، فیلیپ، گورالا^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ جاهرامی، عبدالعزیز، بینزاناد، آلاج^۴ و همکاران، ۲۰۲۱)، مشکلات جسمی (پانوا، کاربونل، چمر و پوئرتا-کورتس^۵، ۲۰۲۰) و تغذیه‌ای (مورنو - گوئرو، آنزار-دیاز، کاسرس-ریچه و رودریگز-گارسبیا^۶، ۲۰۲۰) در افراد نوموفوبیک گزارش شده است. سایر شواهد دلالت بر نقش نوموفوبیا در افسردگی و بسیاری از حالات احساسی منفی دیگر نظیر احساس تنهایی و طرد، احساس ناامنی، نگرانی و بی‌قراری دارد (باتاچاریا و همکاران، ۲۰۱۹؛ گالهارو، لوریرو، رایموندو، ماسانو-کاردوسو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پناهی قشه‌توتی، خسروی و فرح بیجاری، ۱۳۹۷). همچنین، افراد نوموفوبیک از تعاملات اجتماعی چهره به چهره اجتناب می‌کنند (جاهرامی و همکاران، ۲۰۲۱). تجربه هراس اجتماعی (کاسکو، گوماتاساس،

1. Yıldız Durak
2. Bhattacharya, Bashar, Srivastava & Singh
3. Veerapu, Philip, Vasireddy, Gurralla
4. Jahrami, Abdelaziz, Binsanad, Alhaj,
5. Panova, Carbonell, Chamarro & Puerta-Cortés
6. Moreno-Guerrero, Aznar-Díaz, Cáceres-Reche P, Rodríguez-García
7. Galhardo, Loureiro, Raimundo, Massano-Cardoso

۵۸ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

رودوپمان‌آرمان و گاکسو^۱، (۲۰۲۱)، ادراک تهدید اجتماعی (تامس و همکاران، ۲۰۱۸)، حساسیت بین‌فردی و افکار پارانوئیدی (ایلماز و بکاراغلو^۲، ۲۰۲۱) از دیگر مشکلات اجتماعی این افراد است.

مطابق با شواهد، افراد دارای نوموفوبیا به طور افراطی عادت دارند که پیام‌ها، اعلان‌ها و تماس‌های از دست رفته و شارژ خود را چک کنند و از همراه داشتن گوشی خود اطمینان یابند (باتاچاریا و همکاران، ۲۰۱۹). لی، کیم مندوزا و مک‌دوناف^۳ (۲۰۱۸) دریافتند که رابطه متوسطی بین نوموفوبیا و نشانه‌های اختلال وسواس جبری وجود دارد. افزون بر این‌ها، برخی حالات روان‌پریش‌گونه نظیر شنیدن صداهای خیالی مبنی بر به صدا درآمدن زنگ تلفن و سندرم توهم ویریه^۴ گزارش شده است (بایچکوف و یونگ^۵، ۲۰۱۸؛ کاتونی، سنیس، پیسانو، سسیلیانو^۶ و همکاران، ۲۰۲۰).

با مرور پیشینه پژوهش، می‌توان دریافت که نوموفوبیا یک عامل خطر جدی برای بهزیستی افراد است (لی و همکاران، ۲۰۱۸) که ضرورت دارد از منظر آسیب‌شناسی روانی و در چارچوب فهرست‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نظیر DSM-5) (کاتونی و همکاران، ۲۰۲۰) آن را مورد مطالعه قرار داد. با این حال در مورد مفهوم‌سازی و طبقه‌بندی دقیق‌تر نوموفوبیا هنوز اختلاف نظر و ابهامات زیادی وجود دارد. این موضوع شاید به دلیل نبود یک نیمرخ آسیب‌شناختی جامع در خصوص نوموفوبیاست. البته مرور پیشینه بیانگر برخی تلاش‌های صورت گرفته در این زمینه است. برای نمونه مطالعاتی که به مرور نظام‌مند پژوهش‌های این حوزه پرداخته‌اند (مانند روزالس-هومانی، گازمن-لوپز،

-
1. Kuscu, Gumustas, Rodopman Arman, & Goksu
 2. Yılmaz, & Bekaroğlu
 3. Lee, Kim, Mendoza & McDonough
 4. Phantom Vibration Syndrome
 5. Bychkov & Young
 6. Catone, Senese, Pisano, Siciliano

آرونی-ویلکا، ماتوس-آوالوس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹)، سه عامل نشانه‌شناختی «اضطراب»، «رفتارهای وسواسی» و «احساس وحشت‌زدگی» را برای نوموفوبیا شناسایی کرده‌اند. در مطالعه انشاری، آلاس و سلیمان^۲ (۲۰۱۹) الگوهای آسیب‌شناسانه نوموفوبیا به صورت خوشه‌های رفتاری شامل اضطراب اجتماعی، اعتماد به نفس پایین، درون‌گرایی و ناتوانی در بیان چهره به چهره احساسات، وسواس فکری عملی متمرکز بر گوشی همراه، مشکل در برقراری ارتباط و دوستی، احساس تنهایی و استرس مزمن شناسایی شده است. کینگ، گوئدزی، نتو، گویمارائس و ندری (۲۰۱۷)، نیز در بررسی نیمرخ آسیب‌شناختی افراد نوموفوبیک، گزارش کردند که اختلال اضطراب فراگیر، وحشت‌زدگی، آگروفوبیا، افسردگی، فوبیای اجتماعی، وسواس فکری، استرس پس از سانحه و بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب بیشترین فراوانی را دارند. پژوهش‌های یادشده به منظور احصای نیمرخ آسیب‌شناختی نوموفوبیا با نقص‌هایی مواجه است. مثلاً با توجه به محدود بودن و جوانی پژوهش در زمینه نوموفوبیا، مرور نظام‌مند پیشنهاد نمی‌تواند تصویر کاملی از آسیب‌های نوموفوبیا ارائه دهد. این پژوهش‌ها از حیث نحوه تعیین آسیب‌ها (هم از نظر دامنه مشکلات روان‌شناختی مورد مطالعه و هم ابزارهای سنجش) نیز با کاستی‌هایی مواجه‌اند. بنابراین، با توجه به این خلأهای پژوهشی و نیازی که در زمینه تعیین وضعیت آسیب‌شناسایی افراد نوموفوبیک وجود دارد و از طرفی نظر به اینکه دانشجویان به دلیل استفاده زیاد از گوشی‌های هوشمند، بیشترین گروه در معرض نوموفوبیا و آسیب‌های آن هستند (ایلدیز دوراک، ۲۰۱۸)، مسئله و هدف پژوهش

۶۰ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

حاضر شناسایی شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای شدت‌های مختلف نوموفوبیا است. با توجه به این مسئله در پژوهش حاضر فرضیه زیر مورد آزمون قرار می‌گیرد:

- افراد نوموفوبیک در مقایسه با افراد دارای نوموفوبیای خفیف بیشتر دچار آسیب‌های روان‌شناختی

می‌شوند

روش

این پژوهش با استفاده از روش تحقیق توصیفی - مقایسه‌ای انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی دانشجویان کارشناسی دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که تعداد آن برابر با ۹۲۷۰ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر با ۳۰۷ نفر تعیین شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین نحو که با اعلام فراخوان در شبکه‌های اجتماعی دانشجویی از افراد خواسته شد که در پژوهش شرکت کنند و به پرسشنامه‌های آنلاین پاسخ دهند. بر این اساس تعداد ۳۲۳ دانشجوی کارشناسی (۱۸۸ دختر و ۱۳۵ پسر) انتخاب شدند. دامنه سنی افراد نمونه بین ۱۸ تا ۲۹ سال و میانگین سنی آنان برابر با ۱۹/۸۷ بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نوموفوبیا (NMP-Q)^۱: این پرسشنامه را ایلدریم و کوریا در سال ۲۰۱۵ ساخته‌اند. پرسشنامه نوموفوبیا متشکل از ۲۰ گویه است که افراد بر اساس یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) به آن پاسخ می‌دهند. دامنه نمره افراد در این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر است.

نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر نوموفوبیاست. بر اساس نقاط برش تعیین شده، نمره ۲۰ بیانگر نداشتن نوموفوبیا، نمره ۲۱ تا ۵۹ نوموفوبیای خفیف، نمره ۶۰ تا ۹۹ نوموفوبیای متوسط و نمره ۱۰۰ تا ۱۴۰ بیانگر نوموفوبیای شدید است (ایلدریم و کوریا،^۱ ۲۰۱۵). سازندگان، روایی همزمان پرسشنامه نوموفوبیا را با «پرسشنامه درگیری با تلفن همراه»^۲ برابر با ۰/۷۱ و پایایی آن را با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند. دلاورپور، بهار و قدس (۱۳۹۹) روایی این پرسشنامه را در دانشجویان مورد تأیید قرار داده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

چک لیست تجدیدنظرشده علایم مرضی (SCL-90): این آزمون را اولین بار دروگاتیس، لیپمن و کووی^۴ در سال ۱۹۷۳ معرفی کردند و بر اساس تجربیات بالینی و روان‌سنجی بعدی، مورد تجدیدنظر قرار دادند (دروگاتیس، ریکلس و راک، ۱۹۷۶). پرسشنامه مشتمل بر ۹۰ گویه است که ۹ نشانه آسیب روان‌شناختی شامل شکایات جسمانی، وسواس جبری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از صفر برای هیچ تا ۴ برای بسیار زیاد) است. برای نمره‌گذاری این آزمون و مقایسه آن با نمره برش (برای هر مؤلفه برابر با ۲/۵) می‌توان از میانگین وزنی استفاده کرد. دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۶) در گروهی از افراد بهنجار، ضرایب روایی همزمان مؤلفه‌های این مقیاس

-
1. Yildirim & Correia
 2. Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ)
 3. Symptom CheckList-90- Revised (SCL-90-R)
 4. Derogatis, Lipman, & Covi

۶۲ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

را با پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا محاسبه کردند و ضرایب همبستگی بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ را گزارش کردند. دروگاتیس و ساویز (۱۹۹۹) ضرایب پایایی به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته را در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آوردند. اخوان عبیری و شعیری (۱۳۹۸) در گروهی از دانشجویان ایرانی ساختار نه عاملی این ابزار را مورد تأیید قرار دادند. روایی همگرایی ابزار نیز از طریق محاسبه همبستگی مولفه‌ها با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱، پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس عاطفه مثبت و منفی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ احراز شد. همچنین این پژوهشگران ضرایب بازآزمایی با فاصله دو هفته‌ای مولفه‌های نه گانه را در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۸ به دست آوردند.

در ادامه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با کمک نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای ملاک در گروه‌ها، مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های پژوهش

شدید (n=۷۲)		متوسط (n=۱۸۳)		خفیف (n=۶۸)		گروه‌ها
S.D	M	S.D	M	S.D	M	متغیر
۸/۳۹	۱۶/۵۷	۹/۴۱	۱۳/۰۹	۶/۴۵	۷/۹۲	علائم جسمانی
۷/۲۹	۱۷/۳۳	۷/۷۱	۱۲/۹۲	۶/۴۲	۸/۱۱	علائم وسواس

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

۶/۵۳	۱۶/۳۰	۶/۶۴	۱۰/۱۳	۵/۵۸	۶/۳۵	حساسیت بین فردی
۱۰/۷۶	۲۳/۷۰	۱۰/۵۸	۱۶/۰۵	۸/۶۸	۱۰/۷۷	افسردگی
۶/۹۴	۱۵/۳۶	۸/۱۸	۱۰/۸۷	۷/۱۵	۵/۱۹	اضطراب
۴/۲۴	۹/۱۵	۵/۰۰	۶/۳۱	۴/۲۱	۴/۰۸	پرخاشگری
۵/۷۷	۷/۴۵	۵/۶۴	۴/۸۳	۴/۶۲	۲/۱۴	ترس مرضی
۵/۰۱	۱۱/۷۰	۵/۱۷	۷/۹۶	۵/۳۰	۷/۳۸	افکار پارانوئیدی
۷/۹۴	۱۴/۵۱	۸/۳۶	۹/۹۲	۶/۱۲	۵/۸۰	روان پریشی

در ادامه و پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA)، مفروضه‌های اجرای این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. طبق جدول ۲ نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف بیانگر بهنجاری توزیع متغیرهاست. همچنین اجرای آزمون لون نیز نشان داد که به استثنای دو مؤلفه اضطراب و ترس مرضی، مفروضه همسانی واریانس‌ها برای سایر متغیرها برقرار است. نتیجه آزمون ام. باکس^۱ ($p=0/14$)، $(F=0/189)$ نیز بیانگر برقراری مفروضه همسانی ماتریس‌های کواریانس بود.

جدول ۲: نتایج بررسی مفروضه‌های بهنجاری و همسانی واریانس‌ها

گروه‌ها	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	آزمون لون		
متغیر	آماره	معناداری	F	معناداری
علائم جسمانی	۰/۱۰۵	۰/۲۰	۲/۴۵	۰/۰۶
علایم و سواس	۰/۱۴۰	۰/۱۰	۱/۸۰	۰/۱۶
حساسیت بین فردی	۰/۱۰۴	۰/۲۰	۰/۶۲	۰/۵۴
افسردگی	۰/۰۹۹	۰/۲۱	۰/۷۲	۰/۴۹
اضطراب	۰/۱۳۰	۰/۱۷	۳/۵۶	۰/۰۳

1. Box's M

۶۴ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

۰/۰۶	۲/۴۷	۰/۲۱	۰/۰۹	پرخاشگری
۰/۰۵	۲/۹۱	۰/۲۰	۰/۱۱۳	ترس مرضی
۰/۷۵	۰/۲۹۴	۰/۲۲	۰/۰۷۱	افکار پارانوئیدی
۰/۰۹	۲/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۲۱	روان پریشی

در ادامه، تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. مطابق با نتایج جدول ۳، این آزمون تفاوت معناداری را بین سه گروه با سطح نوموفوبیای خفیف، شدید و متوسط، از نظر ترکیب ۹ مؤلفه آسیب روان‌شناختی ($Wilks' \lambda = 0.076, F = 2.89, p < 0.0001$) نشان داد. معناداری این نتیجه، با اجرای تصحیح بن‌فرونی ($P = 0.0001$) تأیید شد.

جدول ۳: نتایج MANOVA برای بررسی اثر سطوح نوموفوبیا بر مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی

مقدار لامبدا (λ)	F	درجه آزادی	درجه آزادی	معناداری	مجذور اتای
		فرضی	خطا		سهمی
۰/۷۶	۲/۸۹	۱۸	۳۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۳

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در هر یک از مؤلفه‌های آسیب روانی، از آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

طبق جدول ۴، بین گروه‌ها از نظر مؤلفه‌های علائم جسمانی، علایم وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی، تفاوت معنادار وجود دارد.

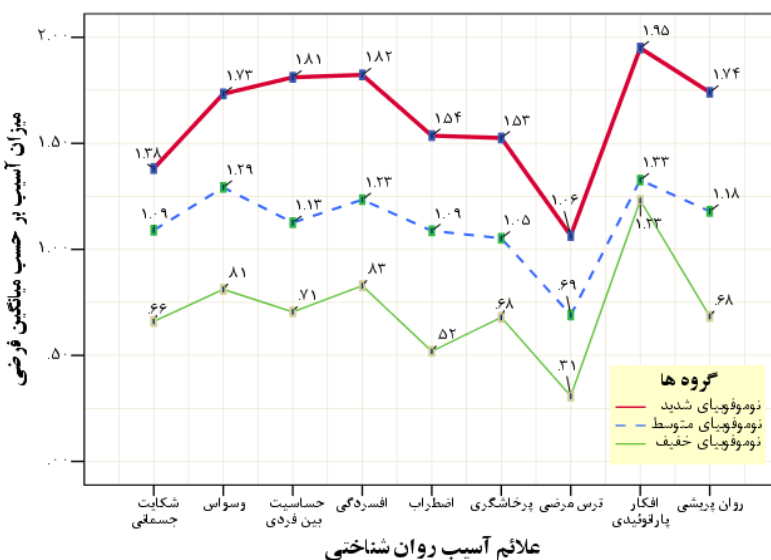
جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس ساده برای مقایسه گروه‌ها در مؤلفه‌های آسیب روان‌شناختی

متغیرها	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	مجذورات ایتای سهمی
علائم جسمانی	۱۰۹۲/۹۹	۲	۵۴۶/۴۹	۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷
علایم و سواس	۱۲۴۰/۶۱	۲	۶۲۰/۳۰	۱۱/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱
حساسیت بین فردی	۱۵۶۹/۵۶	۲	۷۸۴/۷۸	۱۸/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷
افسردگی	۲۵۸۴/۰۳	۲	۱۲۹۲/۰۲	۱۲/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۶
اضطراب	۱۵۰۴/۴۹	۲	۷۵۲/۲۴۸	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۲۶
پرخاشگری	۳۸۹/۰۱	۲	۱۹۴/۵۰	۸/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۸۸
ترس مرضی	۴۱۱/۸۵	۲	۲۰۵/۹۳	۷/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۷۱
افکار پارانوئیدی	۴۰۶/۲۳	۲	۲۰۳/۱۱	۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۷۷
روان پریشی	۱۱۲۵/۶۷	۲	۵۶۲/۸۳	۸/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۸۸

در ادامه تفاوت‌های دو به دو گروه‌ها با آزمون تعقیبی شفه بررسی شد. طبق نتایج، بین دو گروه نوموفوبیای شدید و خفیف در هر ۹ مؤلفه علائم جسمانی (۸/۶۵)، علایم و سواس (۹/۲۱)، حساسیت بین فردی (۹/۵۷)، افسردگی (۱۲/۹۳)، اضطراب (۱۰/۱۷)، پرخاشگری (۵/۰۷)، ترس مرضی (۵/۳۰)، افکار پارانوئیدی (۴/۳۱)، و روان‌پریشی (۸/۷۱) با سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین‌های جدول ۱ بیانگر بالاتر بودن نمرات گروه نوموفوبیای شدید است. در سایر مقایسه‌ها نیز بین دو گروه نوموفوبیای شدید و متوسط در مؤلفه‌های علایم و سواس (۴/۴۱)، حساسیت بین فردی (۶/۱۷)، افسردگی (۷/۶۴)، اضطراب (۴/۴۸)، پرخاشگری (۲/۸۳)، افکار پارانوئیدی (۳/۷۳)، و روان‌پریشی (۴/۵۹)

تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین‌های جدول ۱ حاکی از بالاتر بودن نمره گروه نوموفوبیای شدید نسبت به گروه متوسط است.

در نهایت برای دستیابی به تصویری واضح‌تر از وضعیت آسیب گروه‌ها، نیمرخ آسیب‌شناختی این گروه‌ها بر اساس میانگین وزنی ترسیم شد (به شکل ۱ نگاه کنید).



شکل ۱: نیمرخ آسیب‌شناختی گروه‌های با سطح نوموفوبیای شدید، متوسط و خفیف

مطابق با شکل ۱، میزان آسیب در تمام مؤلفه‌ها، برای گروه نوموفوبیای شدید، بیشتر است، اما به سطح نقطه برش بحرانی مقیاس (۲/۵) نمی‌رسد و نیمرخ علائم در هر سه گروه نیز نسبتاً مشابه است. در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی و سپس روان‌پریشی نیز نمرات این گروه، اختلاف بارزتری نسبت به دو گروه دیگر دارد. بیشترین میزان آسیب نیز در مؤلفه افکار پارانوئیدی و کمترین آسیب در مؤلفه ترس مرضی مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای شدت های مختلف نوموفوبیا انجام شد. پس از شناسایی افراد دارای سطح نوموفوبیای شدید (نوموفوبیک) از افراد با سطوح نوموفوبیای متوسط و خفیف (عادی)، شدت آسیب‌های روان‌شناختی در این گروه‌ها مقایسه شد و فرضیه پژوهش تأیید گردید.

مطابق با نتایج، افراد نوموفوبیک در مؤلفه افسردگی، بیشترین اختلاف را با سایر گروه‌ها دارند. نمره بالای افسردگی در افراد نوموفوبیک هم‌راستا با شواهد تحقیقاتی (مانند گالهاردو و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاسکو و همکاران، ۲۰۲۱) است. یافته اخیر تأکیدی بر این ایده است که افسردگی یکی از ویژگی‌های مرتبط با اختلالات اضطرابی است (کاسکو و همکاران، ۲۰۲۱). شاید علت اصلی نمره بالای افسردگی به بی‌ثباتی هیجانی و حالت خلقی شدیداً منفی (دلاورپور و همکاران، ۱۳۹۸) آنان مربوط باشد. البته نباید این موضوع را از نظر دور داشت که وجود روان رنجوری و مشکلات روان‌شناختی جدی نظیر افسردگی را نیز می‌توان علت نوموفوبیا قلمداد کرد و بنابراین، یک مسیر علیّت دو طرفه را در این زمینه می‌توان محتمل دانست.

با توجه به جنبه اضطرابی نوموفوبیا و تشخیص آن به عنوان یک اختلال اضطرابی (هراس موقعیتی)، بالاتر بودن میانگین نمره اضطراب افراد گروه دارای نوموفوبیای شدید، دور از انتظار نبود. در این خصوص نیز شواهد تأییدکننده زیادی وجود دارد که نشان داده‌اند افراد با نوموفوبیای شدید، شکل‌های مختلفی از اضطراب با شدت متفاوت را حس می‌کنند (کینگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاسکو و همکاران، ۲۰۲۱). براساس

۶۸ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

شواهد موجود (باتاچاریا و همکاران، ۲۰۱۹) به نظر می‌رسد که منشأ اضطرابی که افراد نوموفوبیک تجربه می‌کنند، احساس ناامنی باشد. در واقع احساس ناامنی و ترس از مواردی مثل ناتوانی در برقراری ارتباط، از دست دادن اتصال، ناتوان بودن در دسترسی به اطلاعات و از دست دادن راحتی (تامس و همکاران، ۲۰۱۸) و نگرانی‌هایی از این دست موجب بروز اضطراب در افراد نوموفوبیک می‌شود.

حساسیت بین فردی سومین مؤلفه‌ای بود که اختلاف زیاد آن بین گروه‌ها مشخص شد. این نتیجه نشان می‌دهد که افراد با سطح نوموفوبیای شدید در مقایسه با دیگران احساس حقارت و در تعاملات اجتماعی احساس بی‌کفایتی، ناراحتی و تشویش می‌کنند و با دیگران مشکل دارند. این یافته همسو با شواهد موجود (مانند ایلماز و بکاراغلو، ۲۰۲۱؛ جاهرامی و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاسکو و همکاران، ۲۰۲۱) است. در واقع، افراد نوموفوبیک با کمک دنیای آنلاین، از فعالیت‌ها، روابط و تماس‌های اجتماعی مستقیم فرار می‌کنند (جاهرامی و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، چون در تعاملات فضای مجازی احساس امنیت می‌کنند، در این فضا فعال‌تر می‌شوند. همچنین نوموفوبیا با تأثیرگذاری بر روابط و تعاملات بین افراد، فاصله و کناره‌گیری از دنیای فیزیکی را موجب می‌شود (رودریگز-گارسیا و همکاران، ۲۰۲۰) و احتمالاً به این دلیل نیز می‌تواند باعث ایجاد حساسیت‌هایی در زمینه روابط بین فردی محیط واقعی شود.

طبق نتایج، در مؤلفه علائم و سواس، نمره افراد گروه نوموفوبیک بیشتر از سایر گروه‌هاست. این نتیجه همخوان با پیشینه (کینگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ لی و همکاران، ۲۰۱۸) است. در تبیین این یافته باید توجه داشت که بروز برخی اعمال و سواسی از نشانه‌های نوموفوبیا محسوب می‌شود (باتاچاریا و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، افراد نوموفوبیک برای چک کردن پیام‌ها یا تماس‌های از دست‌رفته و رسانه‌های اجتماعی، عادت دارند که دائماً به گوشی خود نگاه کنند و آن را بیش از اندازه و به طور وسواسی چک

کنند (باتاچاریا و همکاران، ۲۰۱۹). البته در چارچوب اختلالات اضطرابی نیز وقوع اعمال وسواسی در نوموفوبیا محتمل است.

تحلیل تفاوت‌ها در زمینه مؤلفه شکایت جسمانی بیانگر این بود که فقط بین دو گروه نوموفوبیای شدید و خفیف تفاوت وجود دارد. شواهد زیادی تأثیرات نوموفوبیا بر سلامت جسمانی را گزارش کرده‌اند (مانند ویراپو و همکاران، ۲۰۱۹؛ جاهرامی و همکاران، ۲۰۲۱). نوموفوبیا باعث ایجاد تغییرات رفتاری از قبیل تخصیص زمان استراحت کمتر به خود، تغذیه ضعیف‌تر (مورنو-گوئرو و همکاران، ۲۰۲۰)، مصرف فست فود، بی‌حرکی، ثابت ماندن وضعیت بدنی برای ساعات طولانی، شرکت نکردن در فعالیت‌های ورزشی، بیداری‌های شبانه و ساعات کم خواب (باکتوت، کیم و کیم^۱، ۲۰۲۰) در زندگی افراد می‌شود. طبعاً چنین الگوهای رفتاری‌ای اثرات جسمی و روان - تنی زیان باری نظیر افزایش وزن و توده بدن، اختلالات خواب، دردهای عضلانی و اسکلتی و ... را به بار می‌آورد و شکایت‌های جسمانی را افزایش می‌دهد.

نمره بالای افراد نوموفوبیک در مؤلفه روان‌پریشی قدری تأمل برانگیز است. شنیدن صداهاى خیالی مبنی بر به صدا درآمدن زنگ تلفن، سندرم توهم و بیره و پاریدولیای^۲ شنیدن آهنگ زنگ یا لرزش تلفن از ویژگی‌های مشاهده شده در افراد نوموفوبیک است (بایچکوف و یونگ، ۲۰۱۸؛ کاتونی و همکاران، ۲۰۲۰)، اما باید توجه داشت که این وضعیت‌ها هرچند توهمی هستند، اما تجربیاتی شبه روان‌پریشانه

-
1. Buctot, Kim & Kim
 2. Pareidolia

۷۰ شناسایی و مقایسه نیمرخ آسیب‌شناسی روانی دانشجویان دارای...

محسوب می‌شوند و بنابراین، به عنوان نوعی سایکوز تلقی نمی‌شود (کاتونی و همکاران، ۲۰۲۰). میانگین وزنی نمره کمتر از ۲/۵ افراد نوموفوبیک در مؤلفه روان‌پریشی نیز به نوعی تأییدکننده این استدلال است. در شاخص ترس مرضی نیز نمره افراد با نوموفوبیای شدید صرفاً از گروه خفیف بالاتر بود. این نتیجه همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند که نوموفوبیا با اختلالات اضطرابی نظیر آگروفوبیا و اختلال وحشت‌زدگی (کینگ و همکاران، ۲۰۱۷) رابطه دارد. بنابراین، نتیجه به دست آمده بر این موضوع صحه می‌گذارد که نوموفوبیا یک ترس غیرمنطقی است (مورنو-گوئرو و همکاران، ۲۰۲۰). البته علی‌رغم برجسته شدن ارتباط اختلالاتی مثل آگروفوبیا و اختلال وحشت‌زدگی با نوموفوبیا، اما در پژوهش حاضر در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها، افراد نوموفوبیک، کمترین نمره را در این مؤلفه داشتند. از این موضوع شاید بتوان استنتاج کرد که نوموفوبیا را باید بیشتر به عنوان یک هراس موقعیتی در نظر گرفت و مترادف دانستن آن با آگروفوبیا و یا هراس اجتماعی (ایلدیز دوراک، ۲۰۱۸)، صحیح نیست.

سایر نتایج بیانگر بالا بودن نمره پرخاشگری گروه نوموفوبیای شدید نسبت به دو گروه دیگر بود. این نتیجه همسو با پژوهش‌هایی است که وجود مشکلات سلوک و زورگویی اینترنتی (کاتونی و همکاران، ۲۰۲۰) را در افراد نوموفوبیک مورد تأیید قرار داده‌اند. اگر بپذیریم که جدایی از گوشی هوشمند و امکاناتی که فراهم می‌کند یک ناکامی است، بنابراین، ترس از احتمال وقوع آن به معنی ترس از وقوع ناکامی می‌تواند موجب پرخاشگری افراد نوموفوبیک شود. با توجه به میزان همدلی پایین افراد نوموفوبیک (پناهی قشه‌توتی و همکاران، ۱۳۹۷) می‌توان این ادعا را نیز مطرح کرد که ناتوانی در ایجاد همدلی، علت بالاتر بودن نمره پرخاشگری این گروه است. سطح خودکنترلی پایین در افراد نوموفوبیک (تامس و همکاران، ۲۰۱۸) را می‌توان دلیل احتمالی دیگر این نتیجه دانست.

در افکار پارانوئیدی نیز میانگین نمرات افراد با نوموفوبیای شدید بیشتر از دو گروه دیگر بود. این یافته با یافته‌های پیشین (ایلماز و بکاراغلو؛ ۲۰۲۱؛ تامس و همکاران، ۲۰۱۸) همسوست. نکته مشترک این نتیجه و یافته‌های ایلماز و بکاراغلو (۲۰۲۱) این است که افکار پارانوئیدی می‌تواند یک نشانه با شدت نسبتاً بالا در نوموفوبیا باشد. با توجه به نبود پژوهش در این حوزه بررسی ارتباط بین نوموفوبیا و اختلالات یا مشکلاتی با سویه پارانوئیدی می‌تواند روشنگرانه باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر وجه آسیب‌شناسانه نوموفوبیا را به خوبی نمایان می‌سازد. در واقع نیمرخی که نتایج این پژوهش به تصویر می‌کشد می‌تواند به متخصصان و تصمیم‌گیرندگان عرصه سلامت روان کمک کند تا بتوانند مداخلاتی با هدف از بین بردن مشکلات افراد نوموفوبیک طراحی کنند. به تبعیت از کل جریان سبب‌شناسی در حوزه استفاده آسیب‌زا از گوشی هوشمند، ماهیت و جهت علیت بین متغیرها هنوز چندان روشن نیست. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهش طولی یا آزمایشی استفاده شود. پژوهش حاضر صرفاً روی یک گروه دانشجویی انجام شد، شواهد موجود خصوصاً با شیوع کوید ۱۹ نشان می‌دهد که هم گروه‌های دانش‌آموزی و هم سایر اقشار به شدت درگیر فضای مجازی شده‌اند، بنابراین، تکرار این پژوهش در سایر گروه‌های کاربران پیشنهاد می‌شود. این پژوهش یک گام ابتدایی برای شناخت وجوه آسیب‌زای نوموفوبیا به حساب می‌آید و پیشنهاد می‌شود که وجوه دیگر آسیب‌شناسی نوموفوبیا نظیر ارتباط آن با اختلالات شخصیتی و نقش روش‌های درمانی مختلف در کاهش نوموفوبیا مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش یاریگر ما بودند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- اخوان عبیری، فاطمه و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۸). رواسازی و اعتباریابی سیاهه نشانه‌های بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI-53). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۲)، ۱۶۹-۱۹۵.
- پناهی قشه‌توتی، زکیه؛ خسروی؛ زهره و فرح بیجاری، اعظم. (۱۳۹۷). رابطه بین احساس تنهایی و نوموفوبیا به واسطه‌گری بهزیستی معنوی درمیان دانشجویان دختر دانشگاه الزهرا. *مطالعات روانشناختی*. ۱۴(۴)، ۷۳-۹۰.
- دلاورپور، محمدآقا؛ بهار، مهسا و قدس، فاطمه. (۱۳۹۸). پیش‌بینی نوموفوبیا بر اساس وضعیت خلقی و حساسیت اضطرابی: تحلیل نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۱(۲)، ۵۲-۶۶.
- Akhavan Abiri, F., & Shairi, M. R. (2020). Validity and Reliability of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53). *Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 169-195 [Text in Persian].
- Anshari, M., Alas, Y., & Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 14(3), 242-247.
- Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., & Singh, A. (2019). Nomophobia: No mobile phone phobia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 1297-1300.
- Buctot, D. B., Kim, N., & Kim, J. J. (2020). Factors associated with smartphone addiction prevalence and its predictive capacity for health-related quality of life among Filipino adolescents. *Children and Youth Services Review*, DOI: 10.1016/j.childyouth.2020.104758.
- Bychkov, D., & Young, S. D. (2018). Facing up to nomophobia: a systematic review of mobile phone apps that reduce Smartphone usage. *Big Data in Engineering Applications*, 161-171. DOI: 10.1007/978-981-10-8476-8_8.
- Carvalho, L. F., Sette, C. P., & Ferrari, B. L. (2018). Problematic smartphone use relationship with pathological personality traits: Systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(3), 242-7.

- Catone, G., Senese, V. P., Pisano, S., Siciliano, M., Russo, K., Muratori, P., & Broome, M. R. (2020). The drawbacks of Information and Communication Technologies: Interplay and psychopathological risk of nomophobia and cyber-bullying, results from the bullying and youth mental health Naples study (BYMHNS). *Computers in Human Behavior, 113*, 106496. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106496.
- Delavarpour, M., Bahar, M., & Ghods, F. (2019). Predicting Nomophobia According to Mood Status and Anxiety Sensitivity: Analyzing the Moderating Role of Gender. *Journal of Clinical Psychology, 11*(2), 52-66. [Text in Persian].
- Derogatis, L. R., & Spitzer, R. L. (1982). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* (pp679-724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry, 128*(3), 280-289.
- Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020). Assessing Nomophobia: Validation Study of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire. *Community Mental Health Journal, 56*(8), 1521-1530.
- Jahrami, H., Abdelaziz, A., Binsanad, L., Alhaj, O. A., Buheji, M., Bragazzi, N. L., ... & Vitiello, M. V. (2021). The Association between Symptoms of Nomophobia, Insomnia and Food Addiction among Young Adults: Findings of an Exploratory Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), 711. DOI: 10.3390/ijerph18020711.
- King, A., Guedes, E., Pedro Neto, J., Guimarães, F., & Nardi, A. (2017). Nomophobia: Clinical and demographic profile of social network excessive users. *Journal of Addiction Research and Therapy, 8*(339). DOI: 10.4172/2155-6105.1000339.
- Kuscu, T. D., Gumustas, F., Rodopman Arman, A., & Goksu, M. (2021). The relationship between nomophobia and psychiatric symptoms in adolescents. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 25*(1), 56-61.
- Lee, S., Kim, M., Mendoza, J. S., & McDonough, I. M. (2018). Addicted to cellphones: Exploring the psychometric properties between the nomophobia

questionnaire and obsessiveness in college students. *Heliyon*, 4(11), e00895. DOI: 10.1016/j.heliyon.2018.e00895.

Moreno-Guerrero, A. J., Aznar-Díaz, I., Cáceres-Reche, P., & Rodríguez-García, A. M. (2020). Do age, gender and poor diet influence the higher prevalence of nomophobia among young people? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3697. DOI: 10.3390/ijerph17103697.

O'Dea S. (2021). Number of smartphone users worldwide from 2016 to 2023. *Statista Research Department*. <https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide>. Accessed April 25th 2021.

Panahi Ghashe Tuti, Z., Khosravi, Z., & Farah Bijari, A. (2019). Relationship Between loneliness and Nomophobia ith the Intermediating Role of Spiritual Well-Being among Students of Alzakra University. *Journal of Psychological Studies*, 14(4), 73-90. [Text in Persian].

Panova, T., Carbonell, X., Chamarro, A., & Puerta-Cortés, D. X. (2020). Specific smartphone uses and how they relate to anxiety and depression in university students: a cross-cultural perspective. *Behavior and Information Technology*, 39(9), 944-956.

Rodríguez-García, A. M., Moreno-Guerrero, A. J., & Lopez Belmonte, J. (2020). Nomophobia: An individual's growing fear of being without a smartphone—a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 580. DOI: 10.3390/ijerph17020580.

Rosales-Huamani, J. A., Guzman-Lopez, R. R., Aroni-Vilca, E. E., Matos-Avalos, C. R., & Castillo-Sequera, J. L. (2019). Determining symptomatic factors of nomophobia in peruvian students from the national university of engineering. *Applied Sciences*, 9(9), 1814. DOI: 10.20944/preprints201901.0331.v1.

Tams, S., Legoux, R., & Léger, P. M. (2018). Smartphone withdrawal creates stress: A moderated mediation model of nomophobia, social threat, and phone withdrawal context. *Computers in Human Behavior*, 81, 1-9. DOI: 10.1016/j.chb.2017.11.026.

Veerapu, N., Philip, R. K. B., Vasireddy, H., Gurralla, S., & Kanna, S. T. (2019). A study on nomophobia and its correlation with sleeping difficulty and anxiety among medical students in a medical college, Telangana. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(5), 2074-2076.

- Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130-137. DOI: 10.1016/j.chb.2015.02.059.
- Yıldız Durak, H. (2018). What would you do without your smartphone? Adolescents' social media usage, locus of control, and loneliness as a predictor of nomophobia. *Addicta*, 5(2), 1-5.
- Yıldız Durak, H. Y. (2019). Investigation of nomophobia and smartphone addiction predictors among adolescents in Turkey: Demographic variables and academic performance. *The Social Science Journal*, 56(4), 492-517.
- Yılmaz, T., & Bekaroğlu, E. (2021). Does interpersonal sensitivity and paranoid ideation predict nomophobia: an analysis with a young adult sample. *Current Psychology*, 1-7. DOI:10.1007/s12144-021-01501-4.

ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش با اختلالات طیف نوروتیک بر اساس DSM5: روایی و اعتبار خود گزارشی‌ها

غزال زندکریمی^۱

چکیده

هدف از مطالعه حاضر شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. روش این مطالعه همبستگی بوده و بدین منظور ۳۰۰ نفر از مبتلایان دارای تشخیص اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس-اجباری (۱۸ تا ۴۰ ساله) به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به شش مرکز سلامت روان در شهر تهران دعوت شدند تا در این مطالعه شرکت کنند. ابزارهای بررسی، پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی، افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مادزلی بودند. نتایج همبستگی بین نمره کل پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های فوق، معنی‌دار بود که با استناد به مفاهیم سازه‌های نظری، نشان‌دهنده روایی سازه و همگرایی بالای این پرسشنامه است. همبستگی بین زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی نیز، معنی‌دار بود. همچنین نتایج همبستگی بین زیر مقیاس‌های پرسشنامه اختلالات هیجانی با نمره کل (به استثنای خرده مقیاس اجتناب فعال) نیز معنی‌داری قابل قبولی داشت. یافته‌های حاصل از همبستگی پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های مربوط به اختلالات نوروتیک، روایی و اعتبار قابل قبولی را در جامعه بیماران ایرانی نشان می‌دهد. هرچند ارزیابی بالینی با پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی، قادر خواهد بود ده حوزه از ابعاد بدکارکردی هیجانی را در مبتلایان مورد بررسی قرار دهد، مطالعات وسیع‌تری در زمینه تشخیص اختلالات هیجانی با این ابزار پیشنهاد می‌شود.

^۱ هیئت علمی گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده رفاه. zandkarimi@refah.ac.ir

۷۸ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش ...

کلید واژه: اختلالات طیف نوروتیک، پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی، رویکرد ابعادی، معیارهای حوزه

پژوهش

مقدمه

بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش (RDoC)^۱ اختلالات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس اجباری، اختلالات خوردن، اختلالات ناشی از تروما، اختلال شکلی بدن و مشابه این، به جای تفاوت، شباهت‌های زیادی با هم دارند (کازانو، راسکیو و فاربس^۲، ۲۰۲۰). در درجه اول، همبودی زیادی در نشانگان این اختلالات دیده می‌شود که یکی از مسائل موجود در زمینه تشخیص است (تائو، وانگ، گوئو و گوئو^۳، ۲۰۲۰). طبق مطالعات در حیطه عصب شناسی هیجان^۴، افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی، ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی مشابهی در پردازش عواطف منفی در نواحی مختلف مغزی نشان می‌دهند. طبق نتایج این مطالعات، فعالیت بیش از حدی در نواحی اینسولا و آمیگدال این افراد وجود دارد (پلانا‌ریپول، پدرسون و هولتز^۵، ۲۰۱۹؛ لوس و وازکیویچز^۶، ۲۰۲۱؛ نوییز، زالوسکی و وازکیویچز^۷، ۲۰۲۰). در نهایت اینکه، عوامل نوروتیک همچون افزایش ظرفیت عواطف منفی، ابراز نکردن عواطف مثبت و ناتوانی در مقابله با استرس در این اختلالات مشترک اند (نوییز و همکاران، ۲۰۲۰؛ بارلو، الارد، سوززاوالا، بولیس و کارل^۸، ۲۰۱۴). در نتیجه افرادی که به اختلالات هیجانی مبتلا

-
1. Research Domain Criteria
 2. Kazanov, Rascio, & Farbes
 3. Tao, Wang, & Guo
 4. Emotional Neuroscience
 5. Plana-Ripoll, Pedersen, & Holtz
 6. Los & Waszkiewicz
 7. Nobis & Zalewski
 8. Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis & Carl

هستند، درگیر تلاش برای سرکوب یا اجتناب از تجربیات هیجانی خود می‌شوند (ماسکت، هانسن و واکر^۱، ۲۰۲۱) و این مسئله موجب باقی ماندن و ثبات پریشانی آنان می‌گردد (اوسما، مارتینزگارسیا، کوئیلزاوردن، پریسباکوئرو^۲، ۲۰۲۱).

چارچوب نظری در نظام تشخیصی ابعادی RDoC برای بررسی اختلالات روانی، اطلاعات را از سطح ژنتیک تا رفتارها، ابعاد کارکردی و روانشناختی و وضعیت شیمیایی مغز مورد بررسی قرار می‌دهد. در این راستا برای اصلاح مسئله همبودی و شباهت نشانگان در تشخیص اختلالات روانی پیشنهاد می‌کند که قلمروها و حوزه‌های جدیدی مورد بررسی قرار بگیرند که عبارت اند از ظرفیت عاطفی منفی، ظرفیت عاطفی مثبت، سیستم‌های شناختی، سیستم‌های پردازش اطلاعات، سیستم‌های تنظیم برانگیختگی و سیستم‌های حسی/حرکتی (کازانو و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا، منظور از ظرفیت عاطفی منفی عبارت از ترس‌ها، اضطراب‌ها، گوش به زنگی شدید، ناامیدی و تجربه فقدان است. ظرفیت عاطفی مثبت دارای ساختار ارزش گذاری تقویت، انتظار تقویت و یادگیری تقویت است. سیستم‌های شناختی شامل توجه، ادراک، حافظه اخباری، زبان و حافظه کاری می‌شوند. سیستم‌های پردازش اجتماعی میزان دلبستگی، تعاملات اجتماعی و درک خود و دیگران در موقعیت را در بر می‌گیرد. سیستم تنظیم برانگیختگی، میزان برانگیختگی خودکار، خواب و بیداری و چرخه‌های شبانه روزی را بررسی می‌نماید. در نهایت سیستم

۸۰ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش ...

حسی/حرکتی، میزان فعالیت حرکتی، حس تمامیت فیزیکی، عادات و الگوهای حرکتی فرد را دربرمی‌گیرد (گاربر و بردشاو^۱، ۲۰۲۰).

پیش از این، بارلو و همکاران (۲۰۱۴) برای دسته‌بندی اختلالات هیجانی، رویکرد معیارهای حوزه پژوهش را پیشنهاد نمودند. آن‌ها مدل ابعادی خلقی/منش شناختی (افسردگی و مانیا)، برانگیختگی (جسمانی، بی‌نظمی دستگاه خودمختار، باورهای ناکارآمد، قضاوت اجتماعی و تروما) و اجتناب (رفتاری، شناختی و هیجانی) را مشخص کردند و نشان دادند که این ابعاد، ویژگی‌های مشترک در مقوله‌های تشخیصی DSM هستند. این مدل، ابعاد مهمی از رشد و همپوشی اختلالات هیجانی را نشان می‌دهد. در این مدل، ظرفیت عاطفی منفی^۲ هم برای اختلالات اضطرابی و هم اختلالات خلقی در نظر گرفته شده است. باور بر این است که ظرفیت عاطفی مثبت^۳ و برانگیختگی خودکار^۴ نیز هر دو به اختلالات خلقی و اضطرابی وابسته اند. در واقع، شباهت‌های بین ظرفیت عاطفی مثبت و منفی و نوروتیک/برون‌گرایی^۵، و سیستم بازداری/فعالسازی رفتاری^۶ به عنوان یک مدل سه بعدی مطرح می‌شود. بارلو و همکاران (۲۰۱۴) نیز قبلاً مطرح کرده بودند که رگه‌های ظرفیت عاطفی منفی/نوروتیک/بازداری رفتاری و ظرفیت عاطفی مثبت/برون‌گرایی/فعالسازی رفتاری احتمالاً عوامل آسیب‌پذیری بیولوژیکی در رشد اختلالات هیجانی هستند. مبتلایان به اختلالات اضطرابی و خلقی، همبستگی‌های معنی‌داری بین سه بعد ظرفیت عاطفی

-
1. Garber & Bradshaw
 2. Negative Affect Valence (NA)
 3. Positive Affect Valence (PA)
 4. Automatic Arousal (AA)
 5. Neuroticism/Extraversion (N/E)
 6. Behavior Inhibition System/Behavior Activation System (BIS/BAS)

منفی، ظرفیت عاطفی مثبت و برانگیختگی خودکار در اختلالات هیجانی (افسردگی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، وسواس اجباری و آگرافوبیا) نشان می‌دهند (گراس^۱، ۲۰۱۵). در واقع، بالا بودن ظرفیت عاطفی منفی همه اختلالات هیجانی را با شدت بالایی پیش‌بینی می‌کند. همچنین، پایین بودن ظرفیت عاطفی مثبت اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی را پیش‌بینی می‌نماید و این نتایج، نشان دهنده اهمیت این ساختارها در همپوشانی و همبودی بین اختلالات هیجانی است (نویز و همکاران، ۲۰۲۰). همسو با نظریات قبلی، پیش‌بینی شد که سطح بالای ظرفیت عاطفی منفی/نوروتیک/بازداری رفتاری با رشد بالای اختلالات همراه است و سطوح پایین ظرفیت عاطفی مثبت/برونگرایی/فعال سازی با بروز این اختلالات همراه خواهد بود (ارفایی، شفیع خانلو، بخشی پور رودسری، فرنام و شفیع خانجانی، ۲۰۱۸). طبق یافته های سان، لو، چانگ، زانگ^۲ و دیگران (۲۰۲۰)، آسیب‌پذیری در اختلالات هیجانی احتمالاً با بدکارکردی سطح خلقی رابطه دارد و در واقع، بعد شخصیت/خلق می‌تواند دوره‌های اختلالات خلقی و اضطرابی متعددی را پیش‌بینی کند. برای مثال، رگه نوروتیک/بازداری رفتاری آسیب‌پذیری به ابتلای افسردگی و اضطراب، رگه ظرفیت عاطفی منفی/بازداری رفتاری افزایش پریشانی در افسردگی و اضطراب اجتماعی و ظرفیت عاطفی مثبت/فعال‌سازی رفتاری کاهش پریشانی در همه اختلالات روانی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، ضعف در رگه برون‌گرایی/فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش شدت آگرافوبیا می‌شود (هام، ریچتر، پنفار، وستفال، ویچن، ۲۰۱۶^۳).

-
1. Gross
 2. Sun, Luo, Chang, & Zhang
 3. Hamm, Richter, Pane-Farr, Westfal, & Witchen

۸۲ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

بسیاری از اختلالات روانی، نشانگان مشابهی دارند که گاهی به عنوان نشانه اصلی مورد توجه واقع نمی‌شود. مثلا، اضطراب بیماری و نگرانی در مورد سلامتی کلید اختلالات شکلی بدن است (آرگاوال، ساکسونا، داجا و کودهاری^۱، ۲۰۱۸؛ اسمیت و آلت^۲، ۲۰۲۰) که در اختلالات پنیک، آگرافوبیا، وسواس اجباری و اضطراب فراگیر نیز دیده می‌شود (هام و همکاران، ۲۰۱۶). بارلو و همکاران (۲۰۱۴) نیز قبلا خاطر نشان کرده بودند که اختلال اضطراب بیماری، یکی از عوامل آسیب‌پذیری در اختلال آگرافوبیا نیز هست؛ ولی در عین حال در وسواس اجباری و اختلال استرس ناشی از تروما نیز دیده می‌شود. علاوه بر این، عامل نگرانی از مورد قضاوت واقع شدن نیز در تمام اختلالات هیجانی دیده می‌شود. آخرین عامل ابعادی که در اکثر اختلالات هیجانی دیده می‌شود، اجتناب است. در واقع DSM5 نقش اجتناب را در اکثر اختلالات هیجانی (مانند افسردگی، آگرافوبیا، اضطراب اجتماعی، وسواس و استرس ناشی از تروما) تشخیص داده است. رفتارهای اجتنابی ممکن است در اختلالات هیجانی و همچنین در هر اختلال روانی دیگری دیده شوند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۴). اجتناب فعال^۳ زمانی است که فرد سعی می‌کند در مقابل محرک آزارنده، عملا واکنش اجتنابی نشان بدهد. مثلا کاری که به وی استرس می‌دهد را به تعویق می‌اندازد. اما اجتناب منفعل^۴ زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تدارک می‌بیند تا با محرک آزارنده روبرو نشود. مثلا هرگز وارد محیط‌های شلوغ نمی‌شود. هر دو مدل اجتناب، در انواع اختلالات هیجانی دیده می‌شوند.

-
1. Agarwal, Saxena, Dahuja & Choudhary
 2. Smith & Alt
 3. Active Avoidance (AAV)
 4. Passive Avoidance (PAV)

در این مطالعه، بررسی همبستگی پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای RDوC با اختلالات طیف نوروتیک بر اساس DSM5 در ایران مد نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه بر اساس رویکرد ابعادی بارلو و همکاران (۲۰۱۴) (ابعاد خلقی/شخصیتی، برانگیختگی و اجتناب) به اختلالات روانی و بررسی این اختلالات در حوزه اختلالات هیجانی به دلیل همپوشی آن‌ها، ساخته شده است. پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی هنوز در ایران مورد بررسی ویژگی‌های روانسنجی قرار نگرفته و روایی و اعتبار ایرانی آن در دست نیست. با توجه به اینکه این پرسشنامه یکی از قوی‌ترین مقیاس‌های سنجش ابعاد اختلالات هیجانی است، لذا بررسی اعتبار و روایی داخلی آن یکی از ضرورت‌های این مطالعه بوده است. بررسی همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های مربوط به اختلالات نوروتیک برای هر جامعه‌ای می‌تواند آن را به وسیله‌ای کاربردی برای استفاده بالینگران در انواع درمان‌های روانی قرارداد و اطلاعات مفیدی در زمینه کاهش یا افزایش نشانگان اختلال هیجانی به دست دهد. متن پرسشنامه را زندکریمی و بهاء الدینی (۱۳۹۷) در کتاب پروتکل واحد در درمان اختلالات هیجانی ترجمه کردند و تایید روایی محتوا را به دست آوردند. هدف از این مطالعه، شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. فرضیه اول: بین ابزارهای سنجش نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس بر اساس نظام تشخیصی DSM5 روایی سازه همگرا وجود دارد. فرضیه دوم: ابعاد هشت‌گانه نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی معیارهای حوزه پژوهش با هم، سازه مشترک و همسانی درونی دارند.

۸۴ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

روش

در این مطالعه برای بررسی رابطه بین پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر اساس شاخص‌های معیارهای حوزه پژوهش و پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب و وسواس بر اساس DSM5 روش توصیفی همبستگی به کار گرفته شده است. بدین منظور از ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی (۱۰۰ نفر)، اضطراب (۱۰۰ نفر) و وسواس (۱۰۰ نفر)، از فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۹ در شش مرکز سلامت روان در شهر تهران دعوت شد تا در این مطالعه شرکت کنند. شرکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و هرکدام، پرسشنامه‌های مربوط به اختلال خود و همچنین پرسشنامه اختلالات هیجانی را پر کردند. ملاک‌های ورود برای این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطرابی، افسردگی یا وسواس توسط متخصصان بالینی در مراکز درمانی، ابتلا نبودن به اختلالات همبود، سنین بین ۱۸ تا ۴۰ سال از هر دو جنس، دریافت نکردن درمان دارویی یا روانی پیش از پر کردن حضوری پرسشنامه‌ها و نمره به‌دست آمده در هر پرسشنامه باید بالاتر از نمره برش می‌بود (نمره برش ۱۹ در آزمون افسردگی بک در بیماران افسرده، نمره ۳۰ در هر یک از خرد مقیاس‌های آزمون اسپیلبرگر در بیماران اضطرابی و نمره ۱۵۰ در آزمون وسواس مادزلی در بیماران مبتلا به وسواس) از پرسشنامه‌های مربوط به گروه بیماران افسرده ۹۸ پرسشنامه، گروه اضطراب ۹۳ پرسشنامه و گروه وسواس ۹۳ پرسشنامه برای بررسی مناسب بودند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای بررسی روایی همگرا با پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی از سه پرسشنامه استفاده شد.

الف) پرسشنامه‌های افسردگی بک: این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد و نمره حداقل صفر و حداکثر ۶۳ و نمره برش ۱۹ است. بک، استیز و گاربین (۱۹۸۸)، ضریب روایی همگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی همیلتون ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران طاهری و همکاران (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی را ۰/۹۳ و روایی همزمان با پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۸۰ گزارش کردند.

ب) پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر: این پرسشنامه را اسپیلبرگر، گروساچ، لوشن، ویگ و جیکویز^۱ (۱۹۸۳) طراحی کرده‌اند و دارای ۴۰ گویه و دو خرده‌مقیاس اضطراب حالت و رگه است. نمره حداقل ۴۰ و حداکثر ۱۶۰ و نمره برش ۳۱ برای اضطراب حالت و ۳۴ برای اضطراب رگه است. طبق گزارش اسپیلبرگز و همکاران (۱۹۸۳) پرسشنامه روایی محتوای قابل قبولی داشت و ضریب همسانی درونی مقیاس‌های رگه و حالت ۰/۹۶ و ۰/۹۵ بود. در ایران، ضریب همسانی درونی ۰/۹۳ برای اضطراب حالت و ۰/۹۰ برای اضطراب صفت و روایی همزمان با پرسشنامه استرس ۰/۹۳ است (امیری، قاسمی و یعقوبی، ۱۳۹۵).

1. Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs

۸۶ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

ج) پرسشنامه وسواس فکری-عملی: فرم بلند این پرسشنامه را هادسون و راجمن^۱ (۱۹۷۷) ساخته اند و به پرسشنامه وسواس مادزلی معروف است که دارای ۱۵۰ گویه با نمره حداقل صفر و حداکثر ۳۰۰ و نمره برش ۱۵۰ است. سازندگان پرسشنامه روایی محتوای قابل استناد و ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند. در ایران، ضریب پایایی ۰/۸۴ و روایی همگرا با مقیاس وسواس اجباری ییل - براون ۰/۸۷ اعلام شده است (ایمانی، علیلو، بخشپور، فرنام و قلی زاده، ۱۳۸۸).

د) پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی (MEDI): این پرسشنامه خودگزارشی ۵۵ گویه‌ای را روسیلینی (۲۰۱۴) ساخته است و ابعاد متعددی از اختلالات هیجانی را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه دارای هشت مقیاس اصلی است که یکی از مقیاس‌های آن دارای دو زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌های اصلی و فرعی پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی عبارت‌اند از: ظرفیت عاطفی منفی (NA)، ظرفیت عاطفی مثبت (PA)، خلق افسرده (DM)، برانگیختگی خودکار (AA)، اضطراب جسمانی^۱ (SOM)، افکار اجباری^۱ (IC)، قضاوت اجتماعی^۱ (SEC)، اجتناب (AVD) (دارای دو زیر مقیاس اجتناب فعال (AAV) و اجتناب منفعل (PAV)). که با روش تحلیل عامل پرسشنامه از طریق چرخش واریمکس، مشخص شد دامنه نمرات بین صفر تا ۴۴۰ با نمره برش ۲۲۰ طراحی گردیده است. ضرایب همبستگی عوامل بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ به دست آمد که در آن ظرفیت عاطفی منفی و مثبت پایین‌ترین ضرایب همبستگی (به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۷) و خلق افسرده بالاترین همبستگی (به ترتیب، ۰/۹۰ و ۰/۹۳) را با نمره کل نشان دادند. همبستگی همه عوامل با هم نیز بالای ۰/۶۰ بوده است. در بررسی روایی

پرسشنامه، روایی همگرا بین کلیه مقیاس‌ها با پرسشنامه نشانگان اختلالات روانی بر اساس DSM5 و پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با زیر مقیاس افسردگی برابر ۰/۶۳ و با زیر مقیاس اضطراب فراگیر برابر با ۰/۶۷ و با زیر مقیاس وسواس برابر با ۰/۴۳ بود. این پرسشنامه هنوز در ایران مورد بررسی روایی و پایایی قرار نگرفته است. یکی از اهداف این مطالعه بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات هیجانی بود.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد افسردگی بیماران ۳۱/۰۰ و ۸/۳۷، اضطراب ۱۰۲/۸۰ و ۱۵/۸۱ و وسواس ۲۱۷/۳۷ و ۳۸/۸۵ بود. در جدول ۱، نتایج توصیفی به تفکیک اختلال ارائه گردیده است. نتایج اطلاعات دموگرافیک در مورد سن و نوع اختلال بیماران در جدول مشخص گردیده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، فراوانی افسردگی در سن ۱۸ تا ۲۵ سال از بقیه سنین بیشتر بود.

جدول ۱: داده‌های دموگرافیک به تفکیک سن، تعداد و نوع اختلال هیجانی

سن	فراوانی	افسردگی	اضطراب	وسواس
۲۵-۱۸	٪۳۷	۳۷	۳۵	۳۴
۳۰-۲۵	٪۲۸	۲۷	۲۶	۲۴
۳۵-۳۰	٪۲۳	۲۲	۲۱	۲۱
۴۰-۳۵	٪۱۲	۱۲	۱۱	۱۳

۸۸ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

همان‌طور که در بالا دیده می‌شود، میانگین اختلال هیجانی در افراد مبتلا به وسواس، نسبت به مبتلایان به افسردگی و اضطراب بیشتر است. به منظور سهولت در طراحی جداول ۲ و ۳، مقیاس‌ها با حروف اختصاری‌شان نوشته شده‌اند. نام کامل هر مقیاس در بخش ابزار ذکر گردیده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی به تفکیک بیماری

متغیر	افسردگی		اضطراب		وسواس	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
NA	۲۸/۴۲	۸/۰۸	۳۰/۸۰	۸/۳۳	۳۳/۳۳	۱۰/۲۳
PA	۲۸/۰۰	۹/۶۰	۲۷/۹۰	۸/۴۷	۲۸/۷۷	۱۰/۱۱
DM	۳۱/۶۴	۷/۷۲	۵۶/۸۸	۱۶/۲۷	۶۳/۳۵	۱۷/۶۷
AA	۲۱/۸۹	۹/۱۵	۲۸/۰۰	۱۱/۶۰	۳۱/۵۶	۱۳/۴۷
SOM	۲۰/۴۰	۸/۲۲	۲۶/۰۳	۱۲/۹۴	۳۰/۲۱	۱۲/۷۴
IC	۲۸/۷۲	۸/۲۶	۱۹/۸۰	۸/۲۴	۲۲/۷۷	۱۰/۸۰
SEC	۳۱/۷۸	۱۰/۶۸	۱۷/۸۲	۹/۹۶	۲۲/۱۲	۱۱/۱۹
AVD	۳۱/۶۴	۷/۷۲	۲۳/۰۶	۱۱/۴۶	۲۸/۵۸	۱۱/۵۴
AAV	۳۰/۸۱	۱۲/۰۲	۳۳/۴۶	۱۱/۶۰	۳۳/۳۳	۱۲/۲۶
PAV	۲۹/۹۲	۶/۹۰	۲۷/۰۰	۷/۶۰	۲۷/۹۱	۹/۹۰
Total	۲۸۳/۰۶	۴۵/۷۵	۲۹۰/۷۷	۶۶/۸۰	۳۲۱/۹۵	۹۰/۱۴

مفروضات به‌کارگیری طرح همبستگی، شرط نرمال بودن داده‌هاست که در مطالعه فوق، کلیه کجی و

کشیدگی‌ها بین -۱ و +۱ بودند. جدول ۳ همبستگی زیر مقیاس‌های پرسشنامه چند بعدی اختلالات

هیجانی با نمره کل و نتایج پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مادزلی برای

بررسی روایی سازه همگرا و همچنین مقادیر آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیر مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. روایی همگرا بین نمره کل پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی با نمرات افسردگی بک ۰/۷۲، با نمرات اضطراب اسپیلبرگر ۰/۷۵ و با نمرات وسواس مادزلی ۰/۷۸ است. از طرفی، همبستگی بین زیر مقیاس‌ها با نمره کل، بجز در زیر مقیاس اجتناب منفعل بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۶ است. برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه از ضریب همسانی درونی استفاده گردید.

جدول ۳: ضرایب همبستگی مقیاس‌های پرسشنامه چند بعدی اختلالات هیجانی با نمرات افسردگی بک،

اضطراب اسپیلبرگر، وسواس مادزلی

مقیاس (تعداد)	NA	PA	DM	AA	SOM	IC	SEC	AVD	AAV	PAV	Total
افسردگی (۹۸)	۰/۲۸°	۰/۰۶	۰/۲۲°	۰/۳۵	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۲۲°	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۳۲	۰/۷۲
اضطراب (۹۳)	۰/۲۴°	۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۳۹	۰/۴۷	۰/۳۱°	۰/۳۸	۰/۷۵
وسواس (۹۳)	۰/۴۰	-۰/۳۸	۰/۴۴	۰/۳۰°	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۴۴	۰/۳۴°	۰/۱۱	۰/۵۱	۰/۷۸
نمره کل	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۷۰	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۳۲	۰/۷۳	۱/۰۰
ضرایب آلفای کرونباخ	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۸۳

نکته: اعداد ستاره دار نشان دهنده معنی داری در سطح ۰/۰۵ و اعداد پررنگ شده معنی داری در سطح ۰/۰۱ را نشان می‌دهند.

بحث

هدف از این مطالعه، شناسایی رابطه بین نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام ابعادی معیارهای حوزه پژوهش و شاخص‌های اختلالات نوروتیک بر اساس DSM5 بود. با عنایت به فرضیه اول تایید شده در مطالعه حاضر و طبق یافته‌های به دست آمده، همبستگی بین اختلال افسردگی با مقیاس اصلی و زیر

۹۰ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی معنی‌دار بود. این نشان می‌دهد که علائم هیجانی در اختلال افسردگی، همبودی بسیار بالایی با نشانگان هیجانی دارند. از بین زیر مقیاس‌های اختلالات هیجانی، ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، علائم جسمانی، اجتناب منفعل و قضاوت‌های اجتماعی بیشترین همبستگی را با افسردگی داشتند. نشانگان مطرح شده، در اکثر اختلالات افسردگی رایج اند و افراد مبتلا از آن‌ها رنج می‌برند. ظرفیت عاطفی منفی، یکی از مهم‌ترین نشانگان افسردگی است. فرد افسرده علائمی مانند غم، احساس تنهایی، ناامیدی و اندوه را دارد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳) و در عین حال همواره درگیر نشخوارهای ذهنی درباره قضاوت و افکار دیگران در مورد خود است؛ افکاری که تحریف‌های شناختی وی در مورد خود و دیگران را رقم می‌زند. علائم جسمانی مانند درد و بدکارکردی اعضای بدن، خصوصاً سردرد و دردهای بدنی نامشخص و همچنین مشکلات خواب در افسردگی بسیار شایع هستند (نوبیز و همکاران، ۲۰۲۰؛ آرگاوال و همکاران، ۲۰۱۸؛ اسمیت و آلت، ۲۰۲۰). از طرفی اجتناب منفعل با افسردگی همبستگی بالایی داشت. این نوع اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تدارک می‌بیند تا با محرک آزارنده روبرو نشود. مثلاً وارد محیط‌های اجتماعی نمی‌شود یا در جمع توجه خود را بر روی صفحه تلفن همراه، روزنامه یا تلویزیون معطوف می‌کند. این نوع اجتناب دقیقاً در افراد افسرده بسیار شایع است. عاطفه منفی و خلق افسرده آن‌ها را از تمایل به در جمع بودن باز می‌دارد. عامل بعدی برانگیختگی خودکار بود که نبود کنترل هیجانی و به طور ناگهانی وارد سرایشی عواطف منفی شدن را نشان می‌دهد و با افسردگی همبستگی معنی‌داری دارد. بر خلاف آنکه اعتقاد بر این است که علائم برانگیختگی خودکار بیشتر در اضطراب‌ها شایع است، ولی این عامل در افسردگی نیز به خوبی

نشان دهنده ناتوانی مبتلایان در کنترل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک حاصل از نگرانی، از جا پریدن و منتظر واقعه بد بودن است (آرگول و همکاران، ۲۰۱۸).

همبستگی بین ظرفیت عاطفی مثبت، افکار و شناخت‌های اجباری و اجتناب فعال در افراد افسرده معنی دار نبود. این نشان می‌دهد افسردگی بیشتر به ظرفیت عاطفی منفی مرتبط است تا ظرفیت عاطفی مثبت (گاربر و بردشاو، ۲۰۲۰). احتمال می‌رود اثری که عواطفی مانند غم، ناامیدی و احساس یاس و تنهایی روی ذهن افسرده می‌گذارند، به راحتی با عواطفی مانند شادی و امیدواری اصلاح نشوند (کازانو و همکاران، ۲۰۲۰). در عین حال، در این مطالعه، افکار اجباری که در وسواس بیشتر شایع اند و همچنین اجتناب فعال که بیشتر در اضطراب و وسواس شیوع دارند با افسردگی رابطه معنی‌داری نداشتند. در واقع افسردگی بیشترین همبستگی را با علائم جسمانی و اجتناب منفعل نشان داد.

همبستگی بین اضطراب، مقیاس اصلی و زیر مقیاس‌های پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی معنی دار بود. زیرمقیاس‌هایی که با اضطراب رابطه معنی‌دار داشتند: ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، علائم جسمانی، قضاوت‌های اجتماعی و اجتناب مشابه با افسردگی بودند. تنها زیر مقیاسی که فقط با اضطراب همبستگی بالایی داشت عامل اجتناب فعال بود. به نظر می‌رسد افراد اضطرابی در کنار علائم هیجانی مشابه با افسردگی، اجتناب فعال نیز دارند که به دلیل ترس و نگرانی شدید در آنان است و فعالانه منجر به گریز و دوری از عامل ترس می‌شود، ولی در افسردگی فقط اجتناب منفعل دیده شد. از طرفی مؤلفه‌هایی مانند ظرفیت عاطفی مثبت و افکار اجباری، در اضطراب نیز نقش جدی‌ای نداشتند که باز هم نشان دهنده این مسئله است که ظرفیت‌های منفی در بروز و پایایی اختلالات هیجانی نقش

۹۲ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

جدی‌تری نسبت به ظرفیت‌های مثبت ایفا می‌کنند (هام و همکاران، ۲۰۱۶). زیرمقیاس خلق افسرده که یکی از عوامل اصلی در افسردگی است و افکار اجباری که عامل اصلی در سواس است نیز با اضطراب رابطه قوی و معنی‌داری نداشتند و بیشترین همبستگی مربوط به برانگیختگی خودکار و اجتناب بود. همه زیرمقیاس‌های اختلالات هیجانی به جز اجتناب فعال، با سواس همبستگی معنی‌داری داشتند. به نظر می‌رسد افراد سواسی علائم هیجانی شدیدتری نسبت به افسردگی و اضطراب دارند. اختلال سواس با افکار مزاحم و آزاردهنده شروع می‌شود و فرد برای رهایی از این افکار آزاردهنده رفتارها و آداب و رسوم کلیشه‌ای مانند شستن، چک کردن، شمردن و را انجام می‌دهد؛ اما این رفتارهای اجباری و کلیشه‌ای، فشار افکار آزارنده را در اختلال سواس کاهش نمی‌دهند و به تدریج فرد متوجه می‌شود، تمام دفاع‌های شناختی و فراشناختی او علیه سواس، خود به بخشی از بیماری تبدیل شده‌اند (اوسما و همکاران، ۲۰۲۱). در نتیجه، این نزاع درونی، خلق کاهش یافته و مشکلات برانگیختگی و گوش به زنگی و همچنین دردهای جسمانی در مبتلایان افزایش می‌یابد (ماسکت و همکاران، ۲۰۲۱). همان‌طور که در نتایج دیده شد، یکی از بالاترین مقادیر همبستگی مربوط به نشانگان جسمانی بود و این موید همین مطلب است که نشانگان جسمانی در افراد مبتلا به سواس بالاست. از طرفی اجتناب منفعل نیز با سواس رابطه معنی‌داری نشان داد که بیانگر این مطلب است که سواسی‌ها به صورت مداوم در حال پرت کردن حواس خود از موضوعات استرس‌زا هستند، اما سرکوب مدام و منفعلانه افکار استرس‌زا، بیشتر آنان را درگیر آن افکار می‌کند و منجر به افت خلق و تداوم اختلال می‌گردد.

از هشت مقیاس اصلی در پرسشنامه اختلالات هیجانی، ۵ مقیاس در هر سه اختلال افسردگی، اضطراب و سواس (عوامل ظرفیت عاطفی منفی، برانگیختگی خودکار، ترس از قضاوت اجتماعی،

اضطراب جسمانی و اجتناب و اجتناب منفعل)، مشترک بودند. ظرفیت عاطفی مثبت و افکار اجباری فقط در وسواس و اجتناب فعال فقط با اضطراب همبستگی معنی‌دار داشتند و خلق افسرده با افسردگی و وسواس رابطه معنی‌دار داشته و با اضطراب همبستگی معنی‌داری نداشت. این یافته با یافته‌های ارفایی و همکاران (۲۰۱۸)، نویز و همکاران، (۲۰۲۰)؛ و اوسما و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. روایی سازه پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی با پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب اسپیلبرگر و وسواس مازولی معنی‌دار و قابل قبول بود.

در نهایت اینکه همبستگی بین همه زیر مقیاس‌های پرسشنامه به استثنای اجتناب فعال با مقیاس کل، معنی‌دار و قابل قبول بود که نشان دهنده روایی بالا در رابطه بین زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل بود. نتایج ضریب همسانی درونی بین سوالات و نمره کل و زیر مقیاس‌ها نیز نشان داد که پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی پایایی مناسبی دارد. لذا فرضیه دوم پژوهش که همبستگی معنی‌دار ابعاد هشت‌گانه نشانگان اختلالات هیجانی بر اساس نظام تشخیصی RDoC را مطرح کرد تایید شد و نتایج نشان داد، پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی دارای همسانی درون بالایی است. یافته‌ها بیانگر این مطلب اند که پرسشنامه فوق قابلیت کاربردی در تشخیص بالینی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش دارد که رویکرد جدیدتری بر اساس نظام ابعادی است؛ گرچه مطالعات تکمیلی و تطبیقی در این خصوص، مؤید دعوی یافته‌های فوق خواهند بود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر نبود تفکیک انواع افسردگی، وسواس و اضطراب و دسترسی نداشتن به اختلالات خوردن و اختلالات ناشی از تروما به دلیل مشکلات دسترسی به حجم گسترده‌تر

۹۴ ارتباط اختلالات هیجانی بر اساس معیارهای حوزه پژوهش...

بیماران بود. در این رابطه، پیشنهاد می‌شود پرسشنامه چندبعدی اختلالات هیجانی بر روی حجم بزرگتر، در سایر شهرها و با تفکیک اختلالات هیجانی انجام شود. از آنجاکه این ابزار توانایی بالینگران را در تشخیص و درمان بر اساس معیارهای حوزه پژوهش (RDoC) افزایش می‌دهد، توجه به تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه اختلالات هیجانی در ایران بر روی گروه نمونه بزرگ نیز از پیشنهادهای دیگر پژوهش حاضر است.

تشکر و قدردانی

از کلیه مراکز درمانی، متخصصان بالینی و مراجعینی که در این مطالعه ما را همراهی نمودند، تشکر می‌کنیم.

منابع

- امیری، سعید؛ قاسمی میناب، علی و یعقوبی، احمد. (۱۳۹۵). پایایی، روایی و تحلیل عاملی پرسشنامه استرس. *فصلنامه ارزیابی‌های تربیتی*، ۲۵(۳)، ۸۹-۱۱۶.
- ایمانی، محمد؛ علیلو، مهدی؛ بخشی پور، محمد؛ فرنام، ابراهیم و قلی زاده، حسین. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، بازداری از پاسخ و فلوکسیتین در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *فصلنامه دانش رفتار*؛ ۱۶(۳۴)، ۳۹-۵۰.
- زندکریمی، غزال و بهاء‌الدینی، حمیده. (۱۳۹۷). *راهنمای گام به گام کنترل استرس و هیجان: پروتوکل واحد در درمان اختلالات هیجانی*. تهران: انتشارات دانشکده رفاه.
- طاهری تنجانی، پریسا؛ گرما رودی، غلامرضا؛ آزاد بخت، مجتبی؛ فکری زاده، زهره؛ حمیدی، رزگار؛ فتحی زاده شادی و قیسوند، الهام. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سالمندان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*؛ ۲۲(۱)، ۱۸۹-۱۹۸.

Agarwal, S., Saxena, K., Dahuja, M., & Choudhary, S. (2018). Chronic pain, substance abuse and depression: Unfolding the common linkage. *Indian Journal of Pain*, 32(1), 51-65.

- Amiri, S., Ghaseminavab, A., & Yaghoobi, A. (2015). Reliability, validity and factor analysis of adolescents stress questionnaire. *Journal of Educational Assessment*; 25(3), 89-116. [Text in Persian]
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Garber, G., & Bradshaw, C. P. (2020). Developmental psychopathology and the research domain criteria: Friend or foe?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 341-352.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
- Hamm, A. O., Richter, J., Pane-Farr C., Westfal, D., & Witchen, H. (2016). Panic disorder with agoraphobia from a behavioral neuroscience perspective: Applying the research principles formulated by the Research Domain Criteria (RDoC) initiative. *Psychophysiology*, 53(5), 312-322.
- Hodgson, R. J. & Rachman, S. (1977). Obsession-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15(5), 389-395.
- Imani, M., Alilou, M., Bakhshipour, M., Farnam, A., & Qolizadeh, H. (2008). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, exposure and response prevention and fluoxetine in the recovery of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Knowledge Behavior*; 16(34), 39-50. [Text in Persian]
- Khazanov, G. K., Ruscio, A. M., & Forbes, C. N. (2020). The positive valence systems scale: Development and validation. *Journal of Assessment*, 27(5), 1045-1069.
- Łos, K., & Waszkiewicz, N. (2021). Biological markers in anxiety disorders. *Journal of Biological Medicine*, 10(1744), 1-18.
- Musket, C. W., Hansen, N. S., & Welker, K. M. (2021). A pilot investigation of emotional regulation difficulties and mindfulness-based strategies in manic and remitted bipolar I disorder and major depressive disorder. *International Journal of Bipolar Disorder*, 9(2), 1-8.
- Nobis A, Zalewski D, Waszkiewicz N. (2020). Peripheral markers of depression. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3793-3800.

- Osma, L., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, O. (2021). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic review Jorge. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5077), 1-19.
- Pedersen, C. B., & Holtz, Y. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270.
- Rosellini, A. J. (2013). *Initial development and validation of a dimensional classification system for the emotional disorders* (Doctoral dissertation). Boston: Boston University.
- Smith, K. A., & Alt, J. A. (2020). The relationship of chronic rhino sinusitis and depression. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 28(1), 1–5.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in china. *Psychological Researches & Behavioral Management*, 13, 939-948. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S269874>
- Taheritanjani, P., Ghamaroodi, G., Azadbakht, M., Fekri, Z., Fathizadeh, S., & Ghisvand, E. (2015). Investigating the validity and reliability of second version of Beck depression inventory in Iranian elders. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 189-198. [Text in Persian]
- Tao, H., Wang, C., Guo, G., & Guo, M. (2020). Comorbidity between neurotic depression and post-traumatic stress disorder (PTSD). *World Journal of Neuroscience*, 10(3), 135-140.
- Zandkarimi, G., & Bahaodini, H. (2018). *Step-by-step manual of stress and emotion control: Unified protocol in emotional disorders treatment*. Tehran: Refah College Publishing. [Text in Persian]

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند

مریم توحیدی فرا^۱، کبری کاظمیان مقدم^{۲*}، همایون هارون رشیدی^۳

چکیده

پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود. با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان دچار کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی می‌شوند؛ بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مردان سالمند شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر مرد سالمند (۶۰ تا ۷۰ سال) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله درمانی را طی ۸ هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال و احساس تنهایی راسل بود. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت

^۱. کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

mehditohidi77@yahoo.com

^۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

k.kazemian@yahoo.com

^۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

haroon_rashidi2003@yahoo.com

۹۸ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان شد. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان درمان مبتنی بر شفقت را به عنوان یک روش کارا برای کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان پیشنهاد داد.

کلید واژگان: احساس تنهایی، انعطاف‌پذیری شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان

مقدمه

سالمندان از یک سو به دلیل کهولت سن و کاهش توانایی‌های عملکردی و از سوی دیگر به این دلیل که یکی از آسیب‌پذیرترین قشرهای جامعه هستند، باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شود. طبق گزارش سازمان آمار کشورمان، جمعیت ایران در سال ۹۸ به حدود ۸۳ میلیون نفر رسیده و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۰۰ سهم سالمندی جمعیت از مرز ۱۰ درصد و در سال ۱۴۲۰ از مرز ۱۹/۴ درصد و در سال ۱۴۳۰ از مرز ۲۶/۱ درصد عبور کند، یعنی در آن زمان یک چهارم جمعیت کشور، سالمند خواهند بود.

یکی از عواملی که با سلامت روانی سالمندان ارتباط دارد، احساس تنهایی^۱ است. احساس تنهایی به عنوان یک حالت هیجانی منفی تعریف شده است که ناشی از ارضا نشدن نیازهای اجتماعی است. احساس تنهایی ادراک ذهنی انزوای اجتماعی است و تأثیر عمیقی بر فرایندهای روان‌شناختی و رفتاری از جمله سلامت روان دارد (کانلی، وین، وانگ و میخیلیلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). تنهایی تجربه ناخوشایندی است و در مواقعی ایجاد می‌شود که شبکه روابط اجتماعی فرد در برخی جنبه‌های بااهمیت هم در بعد کمی و هم در بعد کیفی دچار نواقص و کمبودهایی باشد (گتینا و چن^۳، ۲۰۱۹). ایزدپناه

-
1. Loneliness
 2. Canli, Wen, Wang and Mikhailik
 3. Gentina & Chen

کاخک، ثمری و توزنده‌جانی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که بین احساس تنهایی با امید به زندگی سالمندان مرد رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین احساس تنهایی با افسردگی (سانتینی، فیوری، فینی، تیرووالاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ احمد، التاف و جان^۲، ۲۰۱۶) و خواب آشفته (کریستیانسن، لارسن و لاسگارد^۳، ۲۰۱۶) مرتبط است.

شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده و مرتبط با احساس تنهایی در سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد. یکی از این عوامل، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ است. میزان ارزیابی فرد در مورد کنترل‌پذیری شرایط را انعطاف‌پذیری شناختی تعریف کرده‌اند، که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (دنيس و واندروال^۵، ۲۰۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری شناختی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون احساس تنهایی (امینی، دهقانی‌چم‌پیری، صالحی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۸)، اضطراب مرگ (بشرپور، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۸)، رابطه منفی و با سلامت اجتماعی (آقاجانی و صمدی‌فر، ۱۳۹۷) و بهزیستی هیجانی (مارشال و بروکمن^۶، ۲۰۱۶) رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. بنابراین، با شناخت این قابلیت‌ها در دوره سالمندی می‌تواند کمک شایانی به توسعه و افزایش کارایی آن‌ها کرد.

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش احساس

تنهایی سالمندان مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر شفقت^۷

-
1. Santini, Fiori, Feeney and Tyrovolas
 2. Altaf and Jan
 3. Christiansen, Larsen and Lasgaard
 4. psychological flexibility
 5. Dennis and Vanderwal
 6. Marshall and Brockman
 7. mindfulness-based stress reduction

۱۰۰ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

است. درمان مبتنی بر شفقت شیوه‌ای التقاطی است که از روان‌شناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی و همچنین از دیگر الگوهای درمانی با مداخله مؤثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روانی برآمده است (نفا، ۲۰۱۳). شفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود است زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود (بکر، کاسول و اکلز، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هر چه انسان به لحاظ تکاملی پیشرفته‌تر باشد، بیشتر و بهتر می‌تواند با خود و دیگران مشفق باشد، مهربانی کند، رأفت نشان دهد، نوازش کند، دلبسته شود و در این راه حتی خطر کند. آدم‌ها هرچه رشد یافته‌تر باشند، بهتر همدلی می‌کنند، با خود مهربان‌ترند و انسانی‌تر رفتار می‌کنند (نیسمیت، ۲۰۱۶). زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هوشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد. در شفقت درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خود ارزیابی» افراد، رابطه افراد با خود ارزیابی آن‌ها تغییر می‌یابد (بل، مونتاقو، الندر و گیلبرت، ۲۰۲۰). بiber و آلیس^۵ (۲۰۱۹) در پژوهشی گزارش کردند که رفتارهای خودشفقتی نقش موثری در ارتقای رفتارهای سلامتی داشت. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب و افسردگی و حس تنهایی را در سالمندان کاهش دهد (کالینز، گلیگان و پوز، ۲۰۱۷). علاوه

-
- 1.Neff
 - 2.Baker, Caswell and Eccles
 3. Naismith
 4. Bell, Montague, Elander and Gilbert
 - 5.Biber and Ellis
 - 6.Collins, Gilligan and Poz

بر این، یافته‌های برخی از مطالعات تاییدی بر رابطه بین خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روانشناختی است (خلج‌زاده و هاشمی، ۱۳۹۸؛ رستم‌پور برنجستانکی، عباسی، و میرزائیان، ۱۳۹۹؛ متوس، کاروالوو، کونا، گالاردو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

بررسی دقیق متغیرهای روانشناختی در سالمندان از این حیث حائز اهمیت است که می‌تواند منجر به راهکارهایی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی سالمندان شود. توجه به اثرات عمیقی که احساس تنهایی بر سلامت روانی و جسمی سالمندان دارد و نظر به اهمیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در حیطه‌های مختلف زندگی سالمندان، بحث پیرامون روش‌های کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در سالمندان ضروری می‌نماید. از آنجاکه قشر سالمند جزء سرمایه‌های هر جامعه به شمار می‌آید و نمی‌توان نسبت به مشکلات روانشناختی آن‌ها بی‌اعتنا بود و همچنین از آنجایی که سالمندان در اواخر عمر بیشتر از گذشته با امید به زندگی گذران عمر می‌کنند، این پژوهش به دنبال درمان یا آموزشی است که بتواند هر دو متغیر مذکور را بهبود بخشد. با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که نشان دهنده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای سلامت روانی بر روی اқشار سنی مختلف انجام شده و همچنین اینکه این تأثیرها با ترکیب چنین متغیرهایی در سالمندان مرد ایرانی تاکنون بررسی نشده است یا حداقل چنین موضوعاتی را پژوهشگران این مطالعه مشاهده نکرده‌اند؛ در این پژوهش قصد بر این است که تأثیر درمان شفقت بر خود بر این دو متغیر مهم که وضعیت روان‌شناختی سالمندان را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد، در این قشر سنی و در ایران بررسی

۱۰۲ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

شود. نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌های دارای سالمند، مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و سراهای سالمندی تلویحات کاربردی داشته باشد. لذا، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. بنابراین، فرضیه‌های این مطالعه عبارت اند از:

- درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی سالمندان مؤثر است.

- درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مردان سالمند بالای ۶۰ سال شهر اهواز بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۴۱۲۳۳ نفر برآورد شده‌اند. از بین جامعه آماری ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از طریق مراجعه به مراکز بهداشت شهر اهواز انتخاب و سپس ۳۰ نفر از مردان سالمند که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل دسته‌بندی شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و بالاتر از میانگین در پرسشنامه احساس تنهایی، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن نقص عضو، نداشتن اختلالات شناختی حاد و تمایل برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، امتناع از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله می‌شد. میانگین سنی گروه آزمایش ۶۶/۷ و

میانگین سنی گروه کنترل ۶۵/۱۱ بود. در گروه آزمایش، ۹ نفر (۶۰ درصد) مدرک تحصیلی دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) مدرک کارشناسی داشتند. در گروه کنترل، ۱۰ نفر (۶۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (۲۷ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶ درصد) کارشناسی ارشد بودند.

ابزار

مقیاس احساس تنهایی تجدیدنظر UCLA^۱: مقیاس احساس تنهایی را راسل، پیلوا و کاترونا (۱۹۸۰) ساخته اند که شامل ۲۰ گویه و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شد، بر اساس اینکه گویه‌های مقیاس ۴ گزینه‌ای است به هر گویه نمره ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب) تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت احساس تنهایی است. راسل و همکاران (۱۹۸۰) روایی ابزار را با نظر متخصصان و تحلیل عاملی تایید کردند و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. برای محاسبه روایی این آزمون بلچر و اورتگا از راه همبسته کردن نمره‌های حالت تنهایی با افسردگی (I=۰/۴۱) و اضطراب (I=۰/۳۵) ضرایب معنا داری به دست آوردند (به نقل از سودانی و همکاران، ۱۳۹۱). در مطالعه میردريکوند (۱۳۸۷) همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ شد که روایی بالای این مقیاس جدید را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

^۱- Revised University of California at Los Angeles Loneliness Scale

۱۰۴ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)^۱: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی را دنیس و

واندروال (۲۰۱۰) ساخته‌اند و دارای ۲۰ گویه است. شرکت‌کننده به هر یک از گویه‌ها با یک مقیاس ۷ ارزشی از (۷ کاملاً موافقم) تا (۱ کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهد؛ به گونه‌ای که دامنه احتمالی نمره‌ها از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است. دنیس و واندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آوردند. در ایران کهندانی و ابوالمعانی حسینی (۱۳۹۶) همسانی درونی این پرسشنامه را در یک نمونه ۲۴۰ نفری ۰/۸۹ به دست آوردند و روایی همزمان آن را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۶۶- گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمده است.

پروتکل جلسات درمان شناختی متمرکز بر شفقت: شیوه مداخله در این پژوهش، درمان متمرکز بر

شفقت بود. این شیوه درمانی با فعالیت‌های پژوهش گیلبرت (۲۰۱۴) طراحی شد و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته پیاپی به صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شده‌است.

^۱- Cognitive flexibility Inventory

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

شماره جلسه	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	جلسه توجیهی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون.	ثبت مورد آزار عاطفی و خود	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ها و احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن، تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت.	ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب‌گرایانه.	ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن آن	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی

مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش.	
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت
بهبود و توسعه خودشفقتی	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری).
بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیتهای چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد	
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های
احساس ارزشمندی و خودشفقتی	تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری شفقت در فعالیتهای روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت
بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی	آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان	
هشتم	ارزیابی و کاربرد
پرورش و رشد خودشفقتی	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس‌آزمون.
ثبت و یادداشت خود شفقتی درمسائل روزانه	

یافته‌ها

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش از نظر میانگین و انحراف استاندارد در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشمگیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ اما در مرحله پس‌آزمون، گروه آزمایش در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی تغییرات محسوس‌تری داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج استفاده شد. جدول ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
احساس تنهایی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف - معیار)	میانگین (انحراف - معیار)	میانگین (انحراف - معیار)
	۵۱/۶۳ (۵/۷۱)	۳۴/۴۷ (۵/۱۶)	۵۲/۱۹ (۶/۶۷)	۵۲/۷۱ (۵/۷۳)
انعطاف‌پذیری شناختی	میانگین	میانگین (انحراف -)	میانگین (انحراف -)	میانگین (انحراف -)
	۵۳/۱۲ (۶/۲۱)	۷۷/۳۰ (۸/۰۹)	۵۴/۸۴ (۵/۹۸)	۵۵/۰۳ (۶/۸۴)

در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای احساس تنهایی $[F_{(1,28)}=1/702 P=0/196 > 0/05]$ و انعطاف‌پذیری شناختی $[F_{(1,28)}=0/553 P=0/580 > 0/05]$ به لحاظ آماری معنی‌دار نبود؛ بنابراین، مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر

۱۰۸ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در متغیرهای احساس تنهایی [$F=0/825 P=0/374 > 0/05$] و انعطاف‌پذیری شناختی [$F=0/517 P=0/480 > 0/05$] بود. برای بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چراکه Z به دست آمده در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست. از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، بنابراین به ارائه نتایج در جدول ۳ پرداخته شد. بر اساس نتایج جدول ۳ آماره F احساس تنهایی در پس‌آزمون $82/09$ و اندازه اثر 451 است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۲ چنین دریافت می‌شود که میانگین گروه آزمایش در احساس تنهایی به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

همچنین با توجه به جدول فوق آماره F انعطاف‌پذیری شناختی در پس‌آزمون $95/42$ و اندازه اثر $594/0$ است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۲ چنین دریافت می‌شود که میانگین گروه آزمایش در انعطاف‌پذیری شناختی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت دو گروه در نمرات احساس تنهایی و انعطاف پذیری شناختی مردان سالمند

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه تاثیر
احساس تنهایی	پیش آزمون	۴۵۲/۳۰	۱	۴۵۲/۳۰	۴۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	عضویت	۶۲۳/۲۷	۱	۶۲۳/۲۷	۸۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
	گروهی خطا	۴۳۵/۷۸	۲۷				
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۳۴۶/۴۳	۱	۳۴۶/۴۳	۴۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳
	عضویت	۸۵۲/۲۱	۱	۸۵۲/۲۱	۹۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴
	گروهی خطا	۲۸۰/۱۵	۲۷				

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف پذیری شناختی و احساس تنهایی مردان سالمند انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی سالمندان تاثیر دارد، این یافته با مطالعات کالینز و همکاران (۲۰۱۷) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در این درمان فرد از طریق افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر، منطقی و کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی به طور غیرمستقیم و افزایش آگاهی از وجود آن‌ها با متمرکز کردن توجه بر زمان حال، معنای واقعی زندگی را درک کرده و مراجع می‌آموزد تا خود را از آشفتگی‌های ناشی از اجتناب به

۱۱۰..... اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

منظور کاهش تجربیات درونی ناخوشایند رها کند؛ به عبارت دیگر می‌توان مکانیسم اصلی اثربخش بودن این روش درمان را بهبود کنش‌وری از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی دانست، چه از این طریق فرد می‌تواند تا حدودی بر رنج‌ها و افکار مربوط به مشکلات نشأت گرفته از زندگی غلبه کند و خود را برای آینده‌ای مهیا کند که ناشی از درک عمیق معنای زندگی است. (گیلبرت، ۲۰۱۴).

می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت به افراد سالمند گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، پذیرش مشکلات و مصائب، قضاوت نامناسب درباره خود و موقعیت‌هایی که در آن قرار دارد را آموزش می‌دهند. این درمان از طریق افزایش شفقت و مهربانی به خود و پذیرش مشکلات باعث می‌شود که افراد سالمند با وجود مشکلات در زندگی خود با صمیمیت بیشتری با دیگران برخورد نمایند، در مواجهه با مشکلات کارآمدی بیشتری از خود نشان دهند و برای حفظ تعادل روان‌شناختی خود تلاش بیشتری نمایند. بنابراین، افزایش صمیمیت حاصل از درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش حمایت دیگران، ارتقای عزت نفس، تسهیل بازخوردهای مثبت اجتماعی، احساس به هم پیوستگی عاطفی و شناختی با دیگران، دستیابی به یک زندگی هدفمند و سهیم شدن در حالات هیجانی دیگران باعث کاهش احساس تنهایی افراد سالمند می‌گردد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی تاثیر دارد، این یافته با مطالعات خلج زاده و هاشمی (۱۳۹۸)، رستم پور و همکاران (۱۳۹۹) و متوس و همکاران (۲۰۱۷) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت شفقت درمانی با رویکردهای درمانی از جمله خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون خود شفقتی با توجه به مباحث آموزشی و انجام تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین قصداندیشی، آموزش

خردمند بودن و همدلی با دیگران، آموزش راه‌های بخشیدن و کنترل تنفس باعث می‌شود تا افراد بهتر بتوانند بر هیجانات خود کنترل داشته باشند و انعطاف‌پذیری بیشتری در آن‌ها ایجاد شود. نگاه مثبت به آینده مهم‌ترین فایده خودشفقتی است و مداخله خودشفقت‌ورزی در افزایش خوشبینی و امید به زندگی در افراد نسبت به توانایی‌هایشان به هنگام رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز تأثیرگذار است، شاید به این دلیل که این نوع رویکرد، خودقضاوتی را کاهش داده و موجب رشد ادراک شایستگی می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای خودشفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خودشفقتی هستند، بسیار خوشبین‌ترند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند (نف، ۲۰۱۳) و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته‌باشند.

درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در برگرفته نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است. درمان ذهن شفقت‌ورز بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی- روانی - عصبی تعبیر و تفسیر شود. از سوی دیگر چون درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی بینجامد (گیلبرت ۲۰۱۴). سالمندانی که در رابطه با شناخت خود دچار مشکل هستند و نمی‌توانند انعطاف‌پذیری شناختی داشته‌باشند، در شرایط پراسترس کنترل خوبی ندارند، ماهیت استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند و سازگاری روان‌شناختی کمتری دارند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود،

۱۱۲ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری...

قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد این روش درمانی فرد را قادر می‌کند که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند و انعطاف‌پذیری شناختی خود را بالا ببرد (گیلبرت، ۲۰۱۴).

از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند یک روش به نسبت ارزان، کاربردی و کارآمد است، بنابراین، نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و متخصصان سرای سالمندی و مشاوران کاربردی است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه پژوهش به سالمندان مرد اشاره کرد. توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت با سایر روش‌های درمانی از جمله دیگر درمان‌های موج سوم همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و ... مقایسه شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- امینی، سعیده؛ دهقانی چم‌پیری، اکرم؛ صالحی، اعظم و سلطانی‌زاده، محمد. (۱۳۹۸). نقش سرمایه‌های روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۱)، ۷۷-۸۸.
- یزدپناه کاخک، محمدرضا؛ ثمری، علی‌اکبر و تونزنده‌جانی، حسن. (۱۳۹۸). بررسی نقش احساس تنهایی و فراهیجان مثبت در پیش‌بینی امید به زندگی مردان سالمند. *روان‌پرستاری*، ۷(۴)، ۱۳-۲۵.
- آقاجانی، سیف‌الله و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی سالمندان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰(۴)، ۶۲-۶۹.

بشروپور، سجاده؛ رحیمی، سعید و صداقت، مهرناز. (۱۳۹۸). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سبک‌های پردازش هیجان در پیش‌بینی اضطراب مرگ در سالمندان، *مجله روانشناسی پیری*، ۵(۲)، ۱۳۱-۱۴۱.

خلیج‌زاده، مهدیه و هاشمی، نظام. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش خود شفقت ورزی بر ادراک شایستگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دختران بدسرپرست. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۵(۵۴)، ۱-۳۲.

سودانی، منصور؛ شجاعیان، منصور و نیسی، عبدالکاظم. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *نشریه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۳)، ۴۳-۵۴.

رستم‌پور برنجستانکی، محدثه؛ عباسی، قدرت اله و میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۱-۱۸.

کهندانی، مهدیه و ابوالمعانی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۸(۳)، ۵۳-۷۰.

میردریگوند، فضل‌اله. (۱۳۸۷). *بررسی احساس تنهایی با عملکرد تحصیلی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس در دانش‌آموزان پسر مدرسه راهنمایی شهرستان پلدختر*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران، اهواز.

Aghajani, S., & Samadifard, H.R. (2019). The role of cognitive failures, alexithymia and cognitive flexibility in predicting the social health of elderly. *Advances in Cognitive Sciences*, 20(4), 62-69. [Text in Persian].

Amini, S., & Dehghani, A., Salehi, A., & Soltanzadeh, M. (2019). The role of psychological capital and psychological flexibility in predicting loneliness in elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(1), 77-88. [Text in Persian].

Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 90 (3), 154-161.

Basharpour, S., Rahimi, S., & Sedaghat, M. (2019). The role of psychological flexibility and emotional processing styles in predicting death anxiety in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(2), 131-141. [Text in Persian].

- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert P.(2020). A definite feel-it moment: Embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 143-153.
- Biber, DD., & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *J Health Psychol*, 24(14), 2060-2071.
- Dennis J. P., & Vanderwal J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*; 34(3), 241-253.
- Canli, T., Wen, R., Wang, X., Mikhailik, A., Yu, L., Fleischman, D., & Bennett, D. A. (2017). Differential transcriptome expression in human nucleus accumbens as a function of loneliness. *Molecular psychiatry*, 22(7), 1069.
- Christiansen, J., Larsen, F. B., & Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*, 152(1), 80-86.
- Gentina, E., & Chen, R. (2019). Digital natives' coping with loneliness: Facebook or face-to-face? *Information & Management*, 56(6), 1031-1038.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2017). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 41 (5), 474-486
- Izadpanah Kakhak M, Samari A, Tozandehjani H. (2019). The Role of Loneliness and Positive Meta-emotion in Predicting Life Expectancy of Elderly Men. *IJPN*, 7 (4), 25-31. [Text in Persian].
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Gilbert, P., & Choden K. (2013). *Mindful compassion*. (pp.20-30) London: Constable and Robinson.
- Khalajzadeh, M., & Hashemi, N. (2020). Efficacy of Self-Compassion training on perceived competence and psychological flexibility in bad-caretaker girls. *Quarterly Educational Psychology*, 15(5), 1-32. [Text in Persian].
- Kohandani, M., Abolmaali Alhosseini, K. (2017). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Methods and Models*,8(29), 53-70[Text in Persian].
- Marshall, E.J., & Brockman, R.N. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal Cognitive Psychother*, 30(1), 60-72.

- Matos, M., Carvalho, S. A., Cunha, M., Galhardo, A., & Sepodes, C. (2017). Psychological flexibility and self-compassion in gay and heterosexual men: How they relate to childhood memories, shame, and depressive symptoms. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 11*(2), 88-105
- Naismith, L. (2016). *Compassion focused therapy techniques for anger aggression and personality disorder*. Doctoral Thesis (volume1) University College London.
- Neff, KD. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity, 12*(2), 160-176.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(3), 472-480.
- Rostampour Brenjestanaki, M., Abbasi, G., Mirzaian, B. (2020). Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Psychological Flexibility recovery and Self-criticism decrease in Mothers with Mentally Retarded Children. *Biannual Journal of Applied Counseling, 10*(2), 1-18. [Text in Persian].
- Sodani, M., Shogaeyan, A., Neysi, A. (2012). The effect of group logo - therapy on loneliness in retired men. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research, 2*(3), 43-54. [Text in Persian].
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders, 204*(1), 59-69.

نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال

سلوک نوجوانان به واسطه پردازش شناختی

زیبا شیرمحمدی^۱، مسعود صادقی^{۲*}، فیروزه غضنفری^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش آزارهای کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک با میانجی‌گری پردازش شناختی در نوجوانان بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان دختر شهر قروه می‌شد که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در دوره اول متوسطه مشغول به تحصیل بودند. از میان آن‌ها از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۰۰ دانش‌آموز انتخاب شدند که در دامنه سنی ۱۵-۱۲ سال بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشکلات رفتاری آخنباخ، کودک آزاری، دلبستگی کولینز و رید، پردازش اطلاعات عمیق، مقیاس حافظه وکسلر برای کودکان و آزمون کلمه-رنگ استروپ استفاده شد و داده‌ها با روش همبستگی و معادلات ساختاری تحلیل شدند. طبق یافته‌های پژوهش آزار کودکی، دلبستگی نایمن و پردازش شناختی رابطه

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
shirmohammadi.ziba@gmail.com

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
sadeghi.m@lu.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. Ghazanfari.f@lu.ac.ir

۱۱۸ نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

مستقیم و معناداری با اختلال سلوک دارند و آزار کودکی و دلبستگی نایمن با اختلال سلوک از طریق پردازش شناختی دارای ارتباط غیرمستقیم و معنادارند. همچنین یافته‌های پژوهش نشان از برازش خوب مدل داشته‌است. نتایج این پژوهش نشان داد، آزار کودکی و دلبستگی نایمن با میانجی‌گری پردازش شناختی اختلال سلوک را تبیین می‌کنند. لذا یافته‌های این پژوهش می‌تواند کاربردهای بالینی داشته باشد و در برنامه‌های پیشگیری و آموزشی مورد توجه متخصصان حوزه‌های بهداشت و روان و آموزش و پرورش قرار گیرد.

کلید واژه ها: اختلال سلوک، آزار کودکی، پردازش شناختی، دلبستگی نایمن

مقدمه

اختلال سلوک^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی دوران رشد و نوجوانی است که میزان شیوع سالانه آن در جمعیت کلی جامعه ۲۰-۱۰ درصد و میانه ۴ درصد تخمین زده می‌شود (گو، جیانگ، مینگ، ژانگ و ما^۲، ۲۰۲۰؛ سالواتور و دیک^۳، ۲۰۱۸). این اختلال یک الگوی رفتاری مداوم و مکرر با چهار گروه اصلی پرخاشگری، خرابکاری، دروغ‌گویی و قانون‌شکنی است که باعث نقض هنجارها، حقوق اساسی دیگران و مقررات اجتماعی می‌شود. این افراد دارای هیجان‌های جامعه دوستانه محدود و عاطفه سطحی یا ساختگی هستند. همچنین احساس ندامت و عذاب وجدان، همدلی و عاطفه در این افراد بسیار پایین است. ژنتیک، عوامل پیش از تولد، روابط والد-فرزند، تأثیر دوستان، عوامل شناختی و عوامل اجتماعی به‌عنوان دلایل ایجادکننده این اختلال مانع از شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی مناسب در دفاع از حقوق،

1. conduct disorder (CD)

2. Gao, Jiang, Ming, Zhang and Ma

3. Salvatore and Dick

اموال و بیان خواسته‌ها در کودکان و نوجوانان شده و آن‌ها را به سمت رفتارهای ناهنجار و ضداجتماعی سوق می‌دهد (فیرچیلد، هاوز، فریک، کاپلند^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). وانگ، چانگ، چانگ، کاو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی عنوان کردند، تجربه‌های دوران رشد تعیین کننده میزان سازگاری، اعتماد به دیگران، احساس امنیت و اعتماد به نفس افراد است که به طور کلی نشان دهنده سلامت روان در سراسر زندگی است. بنابراین، پایین بودن این عوامل در کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک، احتمال وجود تجارب آسیب‌زا در روند زندگی این افراد را نشان می‌دهد. در این راستا پژوهشگرانی همچون باچمن، بیچام، اوکانر، اسکات^۳ و همکاران (۲۰۱۹) و برایر، رانتز، ادی، بیگراس^۴ و همکاران (۲۰۱۷) بر وجود چنین ارتباطی بین آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن با اختلال سلوک تأکید کرده‌اند (استرازن، جنوتی، میلز، کیسلی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ چادری، بهاتاچاری و ساه^۶، ۲۰۲۰؛ زولی، ژمن، چنگ، هرل^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). انواع آزار کودکی^۸ از دیرباز تا کنون همواره در جوامع مختلف وجود داشته و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۹ (۲۰۲۰) در حال گسترش است. طبق تعریف این سازمان در خطر قرار گرفتن سلامت روانی، جسمی و رفاه کودک و نوجوان از سوی والدین یا سایر افراد آزارکودکی محسوب می‌شود.

-
1. Fairchild, Hawes, Frick, Copeland
 2. Wang, Chung, Chang, Kao
 3. Bachmann, Beecham, O'Connor, Scott
 4. Briere, Runtz, Eadie, Bigras and Gidbout
 5. Strathearn, Giannotti, Mills, Kisely
 6. Shavera, Bhattacharya and Saha
 7. Theule, Germai,n Cheung, Hurl
 8. child abuse
 9. World Health Organization

۱۲۰ نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

مؤلفه‌های این آزار عبارت اند از آزار جسمی^۱ به معنی، تنبیه شدید بدنی یا درد کشیدن طاقت فرسای کودک و نوجوان در اثر آن، آزار جنسی^۲ به معنی هر نوع تماس و بهره برداری جنسی برای کسب لذت از کودک و نوجوان، آزار عاطفی^۳ به معنی، رفتارهای آزار دهنده کلامی و غیرکلامی مانند سرزنش، تحقیر، طرد و تمامی رفتارهایی که عزت نفس و رشد عاطفی کودک را مختل می‌کند و همچنین بی‌توجهی^۴ به معنی حذف نیازهای اولیه و اساسی کودک اعم از غذا، پوشاک، بهداشت، آموزش و هر نوع رفتاری که برای رشد و نمو نوجوان ضروری است (لیپرت و نمراف^۵، ۲۰۲۰). بندورا^۶ (۱۹۹۰) معتقد است افرادی که با آزارهای جسمی، جنسی، عاطفی یا بی‌توجهی روبرو بوده‌اند با تجربه مستقیم خشونت و الگوبرداری از آن‌ها پرخاشگری را آموخته و تقلید می‌کنند. همچنین وجود دلبستگی نایمن در نوجوانان و رفتارهای آزار دهنده و خشن در خانواده و محیط زندگی نوجوان طبق نظریه گردش خشونت باعث به وجود آمدن الگویی از خشونت شده و با تکرار در دوران رشد چرخه‌ای را ایجاد می‌کند که به پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی در تعاملات آتی افراد منجر می‌شود (کالینز^۷، ۲۰۰۹).

از نظر بالبی^۸ (۱۹۸۰) بسیاری از اختلال‌های روانی در نوجوانی به دلیل محرومیت فرد از یک رابطه

با کیفیت و مناسب با مراقبان اصلی و وجود دلبستگی نایمن^۹ دوسوگرا یا اجتنابی در آن‌هاست. وی

-
1. child physical abuse
 2. sexual abuse
 3. psychological abuse
 4. neglect abuse
 5. Lippard and Nemeroff
 6. Bandura
 7. Collins
 8. Bowlby
 9. insecure attachment

تعامل‌های عاطفی و روانی نسبتاً پایدار و منظم بین نوزاد و یک یا چند نفر از مراقبان وی را دلبستگی نامیده و معتقد است، سبک‌های ارتباطی ناکارآمد با فرزندان دلبستگی نایمن دوسوگرا^۱ که منجر به تجربه هیجان‌ات و حساسیت بالا در تعاملات استرس‌زا می‌شود یا دلبستگی نایمن اجتنابی^۲ که برای پرهیز از استرس افراد را وادار به اجتناب از تعاملات اجتماعی می‌کند را ایجاد می‌کند (بریسکمن و اسکات^۳ (۲۰۱۹)؛ اینزورث، بلهر، واترز و وال^۴، ۲۰۱۵).

طبق دیدگاه یانگ^۵ (۱۹۹۹) و هیوسمن^۶ (۱۹۸۸) تجارب دوران زندگی از جمله آزار کودکی و دلبستگی نایمن در دوره رشد بر فرایندهای پردازش شناختی^۷ اثرگذارند (دلسی، دروری و البرت^۸، ۲۰۱۹؛ اسکورل، وان ریجن، ودی ید، وان گوزن^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). این فرایندها چگونگی تفکر، ادراک، یادگیری و یادآوری فرد درباره اطلاعاتی که از طریق توجه با حواس از محیط دریافت، تفسیر و به حافظه می‌سپارد را بررسی می‌کنند (استرنبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۶). در راستای این دیدگاه، طبق یافته‌های پژوهش‌هایی چون هولز، بوکر، باچمن، بلومر^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۷) و والترینگ، لیشاک، هادسون، گرانیک^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۶) داشتن تجربه آزار کودکی و دلبستگی نایمن در موقعیت‌های مختلف

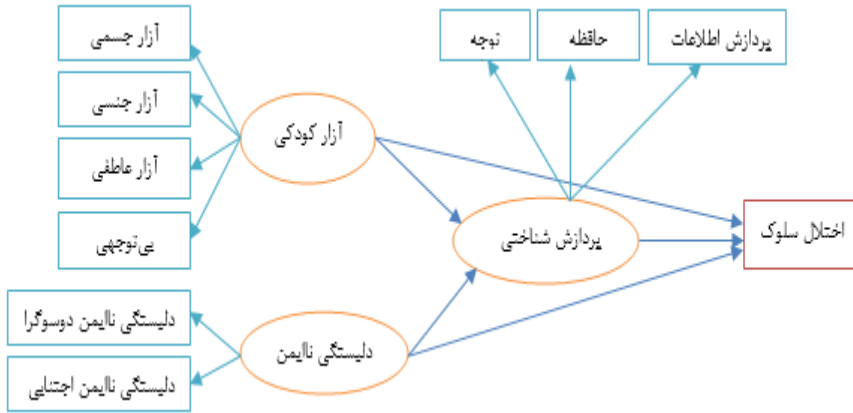
-
1. insecure ambivalent attachment
 2. insecure avoidant attachment
 3. Briskman and Scott
 4. Ainsworth, Blehar, Waters and Wall
 5. Young
 6. Huesmann
 7. cognitive process
 8. DeLisi, Drury and Elbert
 9. Schoorl, van Rijn, de Wied, Van Goozen
 10. Sternberg
 11. Holz, Boecker, Buchmann, Blomeyer
 12. Woltering, Lishak, Hodgson, Granic and Zelazo

۱۲۲ نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

زندگی در روند توجه که به صورت انتخاب محرک‌های درونی و بیرونی خاصی از جانب افراد برای پردازش‌های شناختی بعدی مانند پردازش اطلاعات اختلال ایجاد می‌کند. لذا پردازش و ذخیره داده‌هایی که توانایی ادراک اطلاعات دریافت شده، ذخیره و بازیابی مجدد آن‌ها را به فرد می‌دهد دچار اختلال شده و منجر به تفسیرهای مغرضانه از رفتارهای دیگران می‌شود. به تبع آن، رفتارهای ناهنجار و ضداجتماعی در فرد افزایش یافته و اختلال سلوک در وی ظاهر می‌شود. بنابراین، پردازش شناختی بین آزار کودکی و دلبستگی نایمن با اختلال سلوک میانجی‌گری می‌کند (اسکورل، وان ریجن، ودی‌ید، وان گوزن و ساب^۱، ۲۰۱۶؛ وان ریجن و ساب^۲، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های پیشین، اختلال سلوک را در دو حیطه درمانی و دلایل ایجاد کننده آن مورد بررسی قرار داده‌اند. پژوهش‌های خارجی که دلایل ایجاد کننده را بررسی کرده‌اند، عوامل فیزیولوژیکی، فرهنگی، محیطی و روان‌شناختی را در یک مدل جمع کرده‌اند اما مطالعه این عوامل در پژوهش‌های ایرانی بسیار اندک بوده و این پژوهش‌ها صرفاً یک عامل را مد نظر داشته‌اند. از این‌رو، ضرورت پژوهشی چندمتغیره احساس شد که صرفاً عوامل روان‌شناختی مؤثر را ارزیابی کند. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد رفع کمبودهای پژوهشی موجود در این حیطه برآمده و نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان به واسطه پردازش شناختی را مورد بررسی قرار داده‌است.

-
1. Swaab
 2. Van Rij and Swaab



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری^۱ است. تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهر قروه که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تحصیل می‌کردند جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. حجم نمونه بر اساس نظر کلاین^۲ (۲۰۱۱) از نسبت حجم نمونه به پارامتر انتخاب شد که در معادلات ساختاری حداکثر ۲۰ به ۱ است. بعد از هماهنگی با آموزش و پرورش و مدارس دخترانه این شهر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۱۲ مدرسه، ۶ مدرسه و از هر مدرسه ۳ کلاس به تصادف انتخاب شدند. سپس از بین دانش‌آموزان این کلاس‌ها تعداد ۳۳۰ دانش‌آموز انتخاب شدند. به دلیل شیوع اپیدمی کوید-۱۹ پرسشنامه‌ها بعد از اعلام رضایت شرکت‌کنندگان به صورت آنلاین توزیع شد.

1. Structural equation modeling

2. Kline

۱۲۴ نقش آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

در ابتدای هر پرسشنامه شرحی کامل از چگونگی پاسخگویی به سوالات نوشته شد و بر محرمانه ماندن تمامی اطلاعات و تأثیر نداشتن آن بر آینده تحصیلی و اجتماعی افراد تأکید شد. لازم به ذکر است، برای سنجش متغیر پردازش شناختی از پرسشنامه‌های پردازش اطلاعات عمیق برای پردازش اطلاعات، حافظه و کسler برای حافظه و استروپ برای توجه در این متغیر استفاده شد. همچنین پرسشنامه‌های آزمون استروپ و حافظه و کسler به دلیل فردی بودن از طریق اپلیکیشن واتساپ اجرا شده و از طریق این اپلیکیشن پژوهشگر با شرکت‌کنندگان در تماس بود تا پاسخگوی سوالات احتمالی آن‌ها باشد و حتی‌الامکان اثرات سوء موقعیت پیش‌آمده را کاهش دهد. بعد از گردآوری پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص، تعداد ۳۰۰ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل در نرم افزارهای SPSS 24 و AMOS 24 مورد بررسی قرار گرفت. مقیاس‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت اند از:

مقیاس خودگزارشگری مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ^۱ (AYSRS): این مقیاس را آخنباخ

(۱۹۹۱) برای نوجوانان ۱۸-۱۱ سال با ۱۲۲ گویه برای سنجش مشکلات رفتاری ساخته است و دارای خرده مقیاس‌های مشکلات عاطفی و اختلال‌های سلوک، اضطرابی، بیش‌فعالی، جسمانی و رفتار مقابله‌ای است. در این پژوهش از خرده مقیاس اختلال سلوک با ۲۴ گویه در سه درجه که از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود، برای سنجش اختلال سلوک استفاده شد. دامنه نمرات کسب شده شرکت‌کنندگان، بین ۰ تا ۴۸ است. مقدار روایی برای تمامی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۵ و ضریب آلفای کرونباخ نیز بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا^۲، ۲۰۰۳). در ایران، کاکابرای، حبیبی، عسگرآباد و فدایی

1. Achenbach's behavioral problems Youth Self- Report scale (AYSRS)
2. Rescourlla

(۱۳۸۶) میزان اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای تمامی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۶ و میزان روایی را از طریق روایی همگرا و سازه بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اختلال سلوک برابر با ۰/۸۲ بود.

مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری^۱ (CASRS): این مقیاس را محمدخانی (۱۳۸۲) برای سنجش آزار کودکی با ۳۸ گویه و چهار خرده مقیاس آزار جسمی (۸ گویه)، جنسی (۵ گویه)، عاطفی (۱۴ گویه) و بی‌توجهی (۱۱ گویه) ساخته است. این مقیاس در طیف چهار گزینه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۳) نمره‌گذاری شد و مجموع نمرات در دامنه ۰ تا ۱۴ اقرار داشت. روایی ابزار از طریق روایی همگرا بررسی و بین ۰/۲۲ تا ۰/۶۳ گزارش شد. همچنین پایایی مقیاس برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ گزارش شد (محمدخانی، محمدی، نظری، صلواتی و رزاقی^۲، ۲۰۰۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۶ بود.

مقیاس دلبستگی تجدید نظر شده از کولینز و رید^۳ (۱۹۹۱): این پرسشنامه را کولینز و رید (۱۹۹۱) برای سنجش انواع دلبستگی ساخته‌اند و با ۱۸ گویه و سه خرده مقیاس دلبستگی ایمن^۴، دلبستگی ناایمن اجتنابی و دلبستگی ناایمن دوسوگرا در طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمراتی که شرکت‌کنندگان از حاصل جمع نمره‌ها به دست می‌آورند، بین ۱ تا ۹۰ است. کولینز و رید مقدار پایایی را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ و روایی را بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۵ گزارش کردند. پاکدامن (۱۳۸۱) میزان آلفای کرونباخ

-
1. Child Abuse Self-Reporting Scale (CASRS)
 2. Mohammadkhani, Mohammadi, Nazari, Salavati and Razzaghi
 3. Revised Adult Attachment Scale (RAAS) of Collins and Reads
 4. securely attachment

۱۲۶ نقش آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

را برای زیر مقیاس‌های ایمن، نایمن اجتنابی، نایمن دوسوگرا به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۵۶، ۰/۷۲ و میزان روایی سازه را بین ۰/۱۴- تا ۰/۵۴- گزارش کرد. در این پژوهش از دو خرده مقیاس دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا برای سنجش دل‌بستگی نایمن استفاده شده و مقدار آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه پردازش اطلاعات عمیق^۱: اسکونبرگ و اسکیلدر^۲ (۱۹۹۶) این آزمون را برای سنجش پردازش اطلاعات با ۲۴ گویه و سه زیر مقیاس خواندن انتقادی^۳، بافت اولیه^۴ و ساختار^۵ در طیف پنج درجه‌ای لیکرت طراحی کردند. مجموع نمرات با دامنه ۱ تا ۱۲۰ مقدار پردازش اطلاعات را تعیین می‌کند. اسکونبرگ و اسکیلدر پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و روایی آن را ۰/۷۹ برآورد کرده‌اند. قاسم‌پور (۱۳۹۰) این مقیاس را ترجمه و با تحلیل عاملی میزان روایی همگرا و آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بود.

مقیاس حافظه وکسلر برای کودکان^۶ (WMSC-III): این مقیاس را وکسلر (۱۹۴۵) ساخته است و شامل رویه‌های کوتاهی در مورد حافظه برای توالی اعداد، متن، طرح‌های دیداری ساده و جفت واژه‌هاست. برای هر پاسخ صحیح در هر سوال یک نمره داده می‌شود، بجز مقیاس کنترل ذهنی که در زمان تعیین شده نمره ۲ و غیر از آن نمره ۱ در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمراتی که شرکت‌کنندگان از

-
1. Deep Information Processing
 2. Schouwenburg and Schilder
 3. critical reading
 4. primary tissue
 5. structure
 6. Wechsler Memory Scale for Children (WMSC-III)

مجموع سوالات کسب می‌کنند، بین ۱ تا ۹۰ است. همچنین پایایی برای تمامی سنین بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ بوده است. اورنگی، عاطف وحید و عشایری (۱۳۸۱) نیز این مقیاس را هنجاریابی کردند و ضرایب آلفای کرونباخ را بین ۰/۲۸ تا ۰/۹۸ و روایی همگرا را بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۵ گزارش کردند. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۵ است.

آزمون کلمه - رنگ استروپ^۱: جان ریلی استروپ (۱۹۳۵) برای سنجش توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی این آزمون را ابداع کرد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و به صورت ۵ سطر و ۵ ستون در چهار کارت، خواندن واژه (W)، نامیدن رنگ (C)، خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ (WC) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده، تنظیم شده است. نمره آزمون از تفاضل زمان اجرای شرایط تداخل ناهمگرا و زمان اجرا در مرحله خط پایه به دست می‌آید. روایی این آزمون بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ و پایایی آن بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ بیان شده است. قاسم‌پور (۱۳۹۰) پایایی این آزمون را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ و روایی همگرای آن را نیز در سطح ($p < 0/001$) معنادار گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ مورد بررسی قرار گرفته است. طبق این جدول دامنه همبستگی بین متغیرها از ۰/۲۱- (بین آزار جنسی و حافظه) تا ۰/۵۶ (بین بی‌توجهی و دل‌بستگی نایمن دوسوگرا) متغیر و تمامی ضرایب بین متغیرها در سطح ($p < 0/05$) معنادار

۱۲۸ نقش آزار کودکی و دلبستگی ناایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

است. ضریب چولگی تمامی متغیرها در بازه ± 3 و ضریب کشیدگی آنها نیز در بازه ± 10 بود که نشان دهندهٔ بهنجار بودن تمامی متغیرهای پژوهش است.

جدول ۱: ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
آزار جسمی	۱									
آزار جنسی	۰/۲۳**	۱								
آزار عاطفی	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۱							
بی توجهی	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۴۶**	۱						
دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۰/۴۲**	۰/۳۱*	۰/۴۱**	۰/۵۶**	۱					
دلبستگی ناایمن اجتنابی	۰/۲۲**	۰/۲۳**	۰/۴۳**	۰/۴۲*	۰/۴۱**	۱				
پردازش اطلاعات	-۰/۲۵**	-۰/۲۴**	-۰/۶۲**	-۰/۲۶**	-۰/۴۴**	-۰/۲۴**	۱			
حافظه	-۰/۲۴**	-۰/۲۱**	-۰/۳۱*	-۰/۳۵**	-۰/۴۸**	-۰/۳۱**	۰/۳۲**	۱		
توجه	-۰/۲۳**	-۰/۲۲**	-۰/۳۹**	-۰/۳۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۸**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۱	
اختلال سلوک	۰/۲۶*	۰/۲۵*	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۲۹**	-۰/۳۹**	-۰/۳۹**	-۰/۳۱**	۱
میانگین	۱۴/۶۸	۷/۶۲	۲۸/۱۳	۱۲/۴۲	۱۴/۷۸	۱۲/۶۳	۵۳/۲۳	۴۲/۱۴	۴۵/۳۱	۲۰/۶۲
انحراف معیار	۳/۷	۱/۲	۹/۴۲	۵/۲۱	۴/۱	۷/۴۱	۱۱/۸۲	۱۰/۵۲	۱۰/۷۹	۱۰/۵۶

**p<0/001 *p<0/05

برای بررسی نرمال بودن توزیع چند متغیری از آمارهٔ مردیا (۱۹۷۱) استفاده شد که در این پژوهش مقدار حد بحرانی آن (۰/۶۵) بود و از مقدار حد بحرانی (۱/۹۶) کمتر است و بر این اساس توزیع چند متغیری نرمال است. همچنین ضریب تحمل^۱ و ضریب تورم واریانس^۲ برای تمامی متغیرها به ترتیب بیشتر از ۰/۱ و کمتر از ۵ است. بنابراین، در این مدل چند هم خطی وجود ندارد. مدل پیشنهادی با نرم افزار

1. tolerance
2. variance inflation factor (VIF)

AMOS 24 تحلیل و برازش مدل از طریق شاخص‌های برازندگی بررسی شد و نتایج آن نیز در جدول ۲ آمده است. طبق این جدول مدل برازش خوبی دارد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	CMIN/DF	GFI	AGFI	NFI	TLI	IFI	CFI	PNFI	RMSEA	P
بازه قابل قبول	۵ تا ۱	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۵۰	< ۰/۰۸	> ۰/۰۵
مدل پیشنهادی	۱/۱۲	۰/۹۶۱	۰/۸۷۰	۰/۹۴۱	۰/۹۳۲	۰/۹۶۰	۰/۹۶۲	۰/۶۳۱	۰/۰۳۰	۰/۱۵۲
وضعیت برازش	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید

روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ بررسی شد. بین متغیرهای آزار کودکی، دل‌بستگی نایمن و پردازش شناختی با اختلال سلوک و همچنین بین آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن با پردازش شناختی روابطی مستقیم و معنادار در سطح آلفای (۰/۰۰۱) وجود دارد.

جدول ۳: وزن‌های رگرسیونی استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم

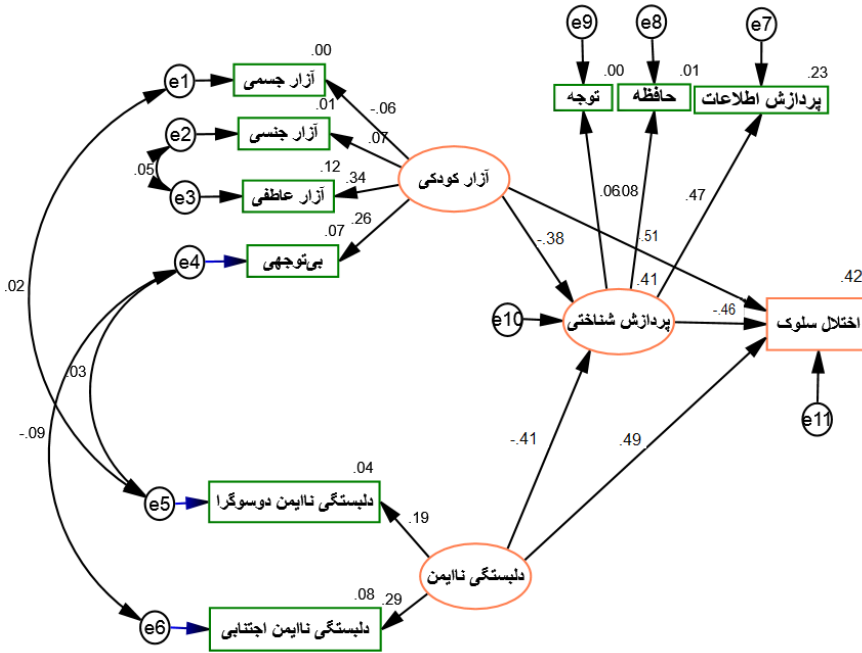
مسیرها	بتای غیر استاندارد	بتای استاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه
اختلال سلوک---آزار کودکی	۱/۰۴	۰/۵۱	۰/۰۹۹	۱۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	تأیید
اختلال سلوک---دل‌بستگی نایمن	۱	۰/۴۹	۰/۰۴۱	۱/۹۸۰	۰/۰۰۱	تأیید
اختلال سلوک---پردازش شناختی	-۰/۷۸	-۰/۴۶	۰/۰۷۶	-۹/۰۶۵	۰/۰۰۱	تأیید
پردازش شناختی---آزار کودکی	-۰/۴۸	-۰/۳۸	۰/۰۷۳	-۵/۵۸۸	۰/۰۰۱	تأیید
پردازش شناختی---دل‌بستگی نایمن	-۰/۵۵	-۰/۴۱	۰/۰۳۱	-۲/۸۷۵	۰/۰۰۱	تأیید

۱۳۰ نقش آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

تمامی مسیرهای غیر مستقیم طبق جدول ۴ معنادارند ($P < 0/001$). به این صورت که قاعده صفر از محدوده حد بالا و پایین متغیرهای ملاک با میانجی خارج بود و در نتیجه متغیرهای آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن از طریق پردازش شناختی با اختلال سلوک رابطه غیرمستقیم و معناداری دارند. همچنین مطابق شکل ۲ مدل توانسته است ۰/۴۲ از واریانس اختلال سلوک و ۰/۴۱ از واریانس پردازش شناختی را تبیین کند.

جدول ۴: نتایج آزمون بوت استراپ برای مسیرهای غیرمستقیم

نتیجه	حد سطح معناداری	حد بالا	حد پایین	مسیر		ضرایب	استاندارد	متغیرها		
				کل	غیرمستقیم			مستقیم	میانجی	ملاک
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۰۹۹	۰/۷۱۳	۰/۲۰۱	۰/۵۱۲		آزار کودکی --- پردازش شناختی --- < اختلال سلوک		
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۰۴۴	۰/۶۸۳	۰/۱۹۲	۰/۴۹۱		دل‌بستگی نایمن --- پردازش شناختی --- < اختلال سلوک		



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی اختلال سلوک

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش عوامل آزار کودکی و دلبستگی نایمن در اختلال سلوک با میانجی‌گری پردازش شناختی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش هم‌راستا با پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۲۰)، لیپرت و نمراف (۲۰۲۰) و برای همکاران (۲۰۱۷) بر وجود ارتباط مستقیم بین آزار کودکی و اختلال سلوک تاکید می‌کند. در تبیین این ارتباط می‌توان نتیجه‌گرفت والدین و نزدیکانی که در طول دوره رشد کودک و نوجوان با آن‌ها تعاملی سهل‌انگارانه، سرد و خشن دارند و رفاه و امنیت آن‌ها را فراهم نمی‌کنند، بر اساس نظریه گردش خشونت (کالینز، ۲۰۰۹) رفتارهای ناسالم و پرخاشگرانه مداوم

۱۳۲ نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

آن‌ها وارد یک دور باطل شده و با تکرار افزایش می‌یابد. کودکان و نوجوانانی که در این فضا رشد می‌کنند، به اعتقاد بندورا (۱۹۹۰) رفتارهای ناهنجار و خشونت‌آمیز را می‌آموزند و آن‌ها را قابل قبول ارزیابی می‌کنند. این نوجوانان در رویدادهای استرس‌زا که در آن‌ها احتمال وقوع آسیب و افزایش اضطراب وجود دارد، رفتارهای ناهنجار و ضداجتماعی آموخته شده و درونی شده را بروز می‌دهند تا اضطراب خود را کاهش داده و از خود دفاع کنند. بنابراین، وجود آزارهای کودکی در دوران رشد، پیامدهای شناختی و رفتاری بسیاری از جمله اختلال‌های افسردگی، سلوک، ضداجتماعی، سوءمصرف مواد و روابط جنسی پرخطر را برای نوجوانان در پی دارد (استرازن و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج داده‌های این پژوهش نیز نشان داد وجود آزار کودکی در دوران رشد منجر به اختلال سلوک در نوجوانان می‌شود. پژوهش‌های چادری و همکاران (۲۰۲۰)، بریسکمن و اسکات (۲۰۱۹)، زولی و همکاران (۲۰۱۶) و کریمی (۱۳۹۶) نشان می‌دهند وجود سبک‌های دلبستگی نایمن در کودکان و نوجوانان به انواع اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال سلوک منتهی می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نیز در راستای پژوهش‌های پیشین بوده است و وجود ارتباط مستقیم و معنادار بین دلبستگی نایمن و اختلال سلوک را تایید می‌کند. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد: طبق نظر بالبی کودکان و نوجوانانی که در دوران رشد، مراقبانی حساس و حمایتگر نداشته‌اند، قادر به درونی‌سازی هنجارهای والدین و اجتماع نیستند و نسبت به نیات و رفتارهای دیگران بی‌اعتماد، مظنون و بدبین می‌شوند. این افراد همواره نوعی احساس ناامنی درونی و مزمن دارند که سطح اضطراب را در آن‌ها بالا نگه می‌دارد. چنین خصوصیتی در موقعیت‌های استرس‌زا باعث می‌شود افراد محیط را به شکل متزلزل و تهدید کننده ادراک کنند؛ در

نتیجه، فرد برای حفظ بقا و کاهش اضطراب با بروز رفتارهای ناهنجار و ضداجتماعی در صدد رفع مشکل برمی‌آید (فیرچیلد و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق مفاهیم و پژوهش‌های پیشین، کودکان و نوجوانانی که در دوران رشد آزارهای کودکی را تجربه کرده یا دارای دلبستگی ناایمن دوسوگرا و اجتنابی هستند به واسطه تجارب گذشته و نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم در تعاملات خود رفتار دیگران را مغرضانه می‌پندارند و حافظه رفتارهایی که عموماً خشونت‌آمیز و ناهنجار است را بازیابی و مطابق با آن عمل می‌کنند. بنابراین، تجارب آسیب‌زای دوران رشد فرایند پردازش شناختی را در کودکان و نوجوانان مختل می‌کند. به تبع آن، اختلال در پردازش شناختی به بروز رفتارهای ناهنجار و انواع اختلال‌های برون‌سازی از جمله اختلال سلوک در افراد می‌انجامد (اسکورل و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهش حاضر نیز وجود رابطه غیرمستقیم بین آزار کودکی و دلبستگی ناایمن با اختلال سلوک به واسطه پردازش شناختی و همچنین وجود رابطه مستقیم بین پردازش شناختی و اختلال سلوک را نشان می‌دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دلسی و همکاران (۲۰۱۹)، اسکورل و همکاران (۲۰۱۸)، هولز و همکاران (۲۰۱۷) و والترینگ و همکاران (۲۰۱۶) همسوست. برای تبیین این نتایج می‌توان گفت کودکان و نوجوانانی که در دوران رشد دارای انواع تجارب آزار کودکی و دلبستگی ناایمن مانند نظم و انضباط سخت و خشن، بی‌توجهی یا طرد بوده‌اند، فرصتی برای آموختن مهارت‌های اجتماعی لازم نداشته‌اند. این افراد به محض قرار گرفتن در موقعیت‌های چالش برانگیز با افزایش ضربان قلب و واکنش نشان داده و چون جهت‌گیری افکار و اعمالشان به سوی اکنون است، از تأخیر در ارضای رضایت و کنترل تکانه برای ایجاد ارتباط مؤثر

۱۳۴ نقش آزار کودکی و دلبستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

چشم‌پوشی می‌کنند (والترینگ و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، رویدادهای تنش‌زا را تهدید کننده و خصمانه ارزیابی کرده و با توجه انتخابی به نشانه‌ها، گفتار و رفتار افراد را مغرضانه پردازش می‌کنند. سپس از حافظه، رفتارهای پرخاشگرانه و قابل قبول را بازیابی کرده و بر اساس آن‌ها به صورت تهاجمی و ناهنجار عمل می‌کنند (وان ریجن و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین در توضیحی دیگر می‌توان به نظریه هیوسمن (۱۹۸۸) اشاره کرد. طبق این نظریه کودکان و نوجوانانی که در روند رشد، تجارب آسیب‌زای آزار کودکی و دلبستگی نایمن داشته‌اند، داستانی مفصل درباره چگونگی بروز رفتارهای پرخاشگرانه در تعاملات اجتماعی در ذهن خود می‌سازند، سپس در موقعیت‌های اجتماعی با اولین نشانه‌های تحریک‌کننده، روند ذهنی داستان شروع به پردازش کرده و مطابق با آن رفتارهای ذخیره شده در حافظه، فعال و بازیابی می‌شوند؛ سپس طبق فرایند پردازش شده رفتارها انتخاب و بروز می‌یابد (هولز و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، فرایند پردازش شناختی بین آزار کودکی و دلبستگی نایمن با اختلال سلوک میانجی‌گری می‌کند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر نقش عوامل آزار کودکی و دلبستگی نایمن به صورت مستقیم و همچنین از طریق پردازش شناختی در ایجاد اختلال سلوک حائز اهمیت است. بنابراین، یافته‌های پژوهش می‌تواند در برنامه‌های آموزشی و پیشگیریانه اولیاء و مربیان برای شناخت بهتر عوامل دخیل در اختلال سلوک به کار رود و همچنین به‌عنوان منبعی علمی برای متخصصان حوزه بهداشت و روان برای پیشگیری، تشخیص و تغییر مؤثر باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه آماری تک جنسیتی و نداشتن دسترسی حضوری به شرکت‌کنندگان به واسطه پاندمی کوید-۱۹ اشاره کرد. امید

است در پژوهش‌های آینده پژوهشگران هر دو جنسیت را بررسی کرده و با از بین رفتن پاندمی پژوهش را به صورت حضوری انجام دهند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر می‌کنند.

منابع

- استرنبرگ، رابرت. (۱۳۹۹) *روانشناسی شناختی*، ترجمه سید کمال خرازی و الهه حجازی. تهران: انتشارات سمت.
- اورنگی، مریم؛ عاطف وحید، محمد کاظم و عشایری، حسن. (۱۳۸۱). هنجاریابی مقیاس تجدیدنظر شده حافظه و کسلر در شهر شیراز، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۷(۴)، ۵۶-۶۶.
- پاکدامن، شهلا. (۱۳۸۱). *بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوان*، پایان نامه دکتری، دانشگاه تهران.
- قاسم‌پور، عبدالله. (۱۳۹۰). *مقایسه بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و پردازش شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد بهنجار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
- کریمی، معصومه. (۱۳۹۶). *مقایسه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت در نوجوانان با اختلال سلوک و عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- کاکابرابی، کیوان؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی و فدایی، زهرا. (۱۳۸۶). *هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودک و نوجوان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه*. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱(۴)، ۵۰-۶۶.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bachmann, C. J., Beecham, J., O'Connor, T. G., Scott, A., Briskman, J., & Scott, S. (2019). The cost of love: Financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12), 1343-1350

Briere, J., Runtz, M., Eadie, E., Bigras, N., & Godbout, N. (2017). Disengaged parenting: Structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child abuse & neglect*, 67, 260-270. doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.036

- Briskman, J., & Scott, S. (2019). The cost of love: Financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12), 1343-1350.
- Chaudhury, P., Bhattacharya, B., & Saha, P. K. (2020). Parent-Child Relationship and Marital Quality of Parents of Conduct or Oppositional Defiant Disorder and Unaffected Individuals: A Comparative Study. *Psychological Studies*, 65(2), 124-136.
- Collins, R. (2009). *Violence: A micro-sociological theory*. Princeton University Press.
- DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 1-6. doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.001
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-25.
- Gao, Y., Jiang, Y., Ming, Q., Zhang, J., Ma, R., Wu, Q., & Situ, W. (2020). Gray matter changes in the orbitofrontal-paralimbic cortex in male youths with non-comorbid conduct disorder. *Frontiers in Psychology*, 11, 843. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00843
- Ghasempour, A (2011). *Comparison of emotion facial expression from recognition and cognitive processing in schizophrenia and control people*, (Master Thesis). University of Mohaghegh Ardebili. [Text in Persian].
- Holz, N. E., Boecker-Schlier, R., Buchmann, A. F., Blomeyer, D., Jennen-Steinmetz, C., Baumeister, S., & Laucht, M. (2017). Ventral striatum and amygdala activity as convergence sites for early adversity and conduct disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(2), 261-272.
- Kakaberaie, K., Asgar-Abad, M., Fedaei, Z (2007). Validation of Achenbakh's Behavioral Problems: Performing the Youth Self-Report Scale (YSR) for 11-18 Year-old Adolescents on High School Students, *Quarterly Journal of Research in Mental Health*, 1 (4), 50-66. [Text in Persian].
- Karimi, M. (2018). *Comparison of attachment styles and identity styles in adolescents with behavioral disorder and normal*. (Master Thesis). University of Islamic Azad university Shahrood Unit. [Text in Persian].
- kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3. Baski). New York: Guilford press.

- Lippard, E. T., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36.
- Mohammadkhani, P., Mohammadi, M. R., Nazari, M. A., Salavati, M., & Razzaghi, O. M. (2003). Development, validation and reliability of child abuse self-report scale (CASRS) in Iranian students. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 17(1), 51-58.
- Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R., & Mezuk, B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: Prevalence, predictors, and outcomes. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 435-443.
- Orangi, M., Atef Vahid, M. K., Ashayeri, H (2002). Standardization of the revised Wechsler Memory Scale in Shiraz, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 7(4),56-66. [Text in Persian].
- Pakdaman, Sh (2002). *Investigating the relationship between attachment and socialism in adolescence.* (PhD Thesis) University of Tehran. [Text in Persian].
- Salvatore, J. E., & Dick, D. M. (2018). Genetic influences on conduct disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 91, 91-101. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.034
- Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., Van Goozen, S., & Swaab, H. (2018). Boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder show impaired adaptation during stress: An executive functioning study. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(2), 298-307.
- Schoorl J, Van Rijn S, De Wied M, Van Goozen SHM, Swaab H (2016). Emotion regulation difficulties in boys with disruptive behavior disorders: The role of autism traits and attention problems. *PLoS ONE*11(7). doi.org/10.1371/journal.pone.0159323
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4) e20200438 DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438
- Theule, J., Germain, S. M., Cheung, K., Hurl, K. E., & Markel, C. (2016). Conduct disorder/oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 2(2), 232- 255.

۱۳۸ نقش آزار کودکی و دل‌بستگی نایمن در تبیین اختلال سلوک نوجوانان...

- Van Rijn, S., & Swaab, H. (2015). Executive dysfunction and the relation with behavioral problems in children with 47, XXY and 47, XXX. *Genes, Brain and Behavior*, 14(2), 200- 208.
- Wang, D. S., Chung, C. H., Chang, H. A., Kao, Y. C., Chu, D. M., Wang, C. C., ... & Chien, W. C. (2020). Association between child abuse exposure and the risk of psychiatric disorders: A nationwide cohort study in Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 101,104362. doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104362
- Woltering, S., Lishak, V., Hodgson, N., Granic, I., & Zelazo, P. D. (2016). Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 30- 38.

نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی و بروز شکایات روان‌تنی

افروز افشاری^{۱*}، زینب جندی^۲

چکیده

مشکلات سلامت روان گاهی خود را در قالب مشکلات جسمانی و شکایات روان‌تنی بروز می‌دهند که در صورت شناسایی نشدن و رسیدگی نکردن به موقع، مزمن شده و مشکلات آتی را به دنبال خواهند داشت. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای کودکی و بروز شکایات روان‌تنی بود. جامعه پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان ۱۰-۱۴ ساله پسر شهر تهران بود. به این منظور نمونه‌ای متشکل از ۲۱۵ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستان از دو مدرسه پسرانه که از مناطق ۱۱ و ۱۸ شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شده بودند، در پژوهش شرکت کردند. پرسشنامه‌های پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه‌های خودکارآمدی کودکان (موریس)، فرم وقوع حوادث آسیب‌زای زندگی (گرینوالد و روبین) و مقیاس شکایات روان‌تنی (تاکاتا و ساکاتا). نتایج حاصل از تحلیل میانجی و تعدیلگر نشان داد که متغیر خودکارآمدی کودک نقش تعدیلگر نداشته است، بلکه به عنوان میانجی در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای کودکی و بروز شکایات روان‌تنی نقش بازی می‌کند، لذا در درمان‌های مربوط به کاهش شکایات روان‌تنی کودکان و نیز درمان‌های مربوط به کودکان آسیب‌دیده می‌بایست مؤلفه ارتقای خودکارآمدی را نیز در دستور کار قرار داد.

^۱ نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

a.afshari@alzahra.ac.ir

^۲ کارشناس روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران .

Zjondi94@gmail.com

۱۴۰ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

کلیدواژگان: خودکارآمدی، رویدادهای آسیب‌زا، شکایات روان‌تنی، کودکان

مقدمه

دوره کودکی یکی از اساسی‌ترین دوره‌های زندگی است که تجارب آن پایه‌ای برای سلامتی و بهزیستی در طول عمر است (گوین، پورتس، فورد، بریدینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها بیانگر آن است که کودکان میزان بالایی از علائم روان‌تنی را تجربه می‌کنند. علائم روان‌تنی که به‌عنوان بروز شکایات جسمانی بدن تعریف می‌شود، با دلایل بنیادی توضیح‌پذیر نیستند و در اختلالات پزشکی و مشکلات روان‌شناختی رایج‌اند (حیدری، فیضی، حسن‌زاده کشتلی، افشار و همکاران، ۲۰۱۹). اکثر این شکایات در سن ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع می‌شوند و در بین نوجوانان و جوانان در حال افزایش‌اند (غضنفری، کاظم‌نژاد، فیضی، غلامی فشارکی و همکاران، ۲۰۲۰). آژانس بهداشت عمومی سوئد بیان کرد نسبت دختران و پسران ۱۳ و ۱۵ ساله که مشکلات روان‌تنی مکرر را گزارش می‌دهند، نسبت به سال ۱۹۸۰ دوبرابر شده‌است (لوفن‌جورد و هگکوئیست^۲، ۲۰۲۰). نتایج یک مطالعه بیانگر شیوع ۱۷/۷ درصدی علائم روان‌تنی در بین دانش‌آموزان ایرانی ۱۰ تا ۱۸ ساله بود (رضاپور، سوری، نظام‌تبار و خان‌جانی، ۲۰۲۰). لذا با توجه به افزایش شیوع علائم روان‌تنی در سنین کودکی و نوجوانی، بررسی عوامل زیربنایی این مسئله از اهمیت بسزایی برخوردار است.

-
1. Guinn, Ports, Ford and Breiding
 2. Lönnfjord and Hagquist

اختلالات روان‌تنی می‌تواند بیان درد ذهنی یا تجارب آسیب‌زای حل نشده زندگی، فقدان جدی، آسیب‌دیدگی شخصی عمیق و یا بی‌احترامی باشد (اللهوردی^۱، ۲۰۲۰). این علایم طبق دیدگاه روانکاوی، ممکن است نشانه برآورده نشدن خواسته‌های فرد به روش سازگارانه باشد. سوء استفاده عاطفی، جسمی یا جنسی، مشکلات والدین از جمله اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، افسردگی، اضطراب، انتظارات غیرواقعی از کودک، تنش اجتماعی و سایر انواع تنش‌ها، خصوصاً زمانی که کودک فاقد حمایت اجتماعی یا خانوادگی باشد، از جمله عوامل تأثیرگذار در این زمینه محسوب می‌شوند و می‌توانند عوارض زیان‌بار فوری یا با تأخیر را برای کودک ایجاد نمایند (دیمیترووا^۲، ۲۰۲۰؛ پورتس، هولمن، گوینن، پامپاتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). بدرفتاری با کودک^۴، هرگونه عمل و یا بی‌توجهی والد یا مراقب را شامل می‌شود که منجر به آسیب (آشکار یا پنهانی) یا تهدید کودک به آسیب شود، حتی اگر عمل به قصد آسیب نبوده باشد (کوهردز و موز^۵، ۲۰۲۰). علائم روان‌تنی می‌تواند یک مکانیسم محافظتی مغز باشد که برای جلوگیری از رویارویی با برخی از احساسات ناخودآگاه، سرکوب شده یا تهدیدآمیز، توجه را به بدن معطوف کند (دیمیترووا، ۲۰۲۰). افزایش تعداد تجارب نامطلوب کودکی^۶، منجر به افزایش خطر ابتلا به عواقب منفی در بزرگسالی مانند حملات صرع روان‌زاد^۷، میگرن، رفتارهای پرخطر برای سلامت و

1. Allahverdi
2. Dimitrova
3. Ports, Holman, Guinn, Pampati and Dyer
4. Child maltreatment
5. Cohrdes and Mauz
6. Adverse childhood experiences (ACEs)
7. Psychogenic nonepileptic seizures (PNES)

۱۴۲ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

بهداشت روانی، قربانی شدن و بزهکاری، فرصت‌های کمتر زندگی (به معنی سطح پایین‌تر تحصیلات و درآمد کم) و کاهش امید به زندگی می‌شود (گویین و همکاران، ۲۰۱۹؛ مایرز، ترابلیگر، بورتنیک، زنگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاسکاکووا، فرستورا، هاستو، مداراسووا-جکوا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق یک پژوهش بین تجربیات آسیب‌زا و شدت علائم جسمی ارتباطی مثبت وجود دارد (صادقی، دولت‌شاهی، پورشهباز، زارعی و همکاران، ۲۰۱۷). به این ترتیب حوادث آسیب‌زا، سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی، تأثیر عصب‌رشدی و فیزیولوژیکی بر فرایند رشد طبیعی دارد (دیویس، ۲۰۱۸). با توجه به اثرات زیان‌بار حوادث بالقوه آسیب‌زای زندگی بر سلامت جسمانی و روانی کودکان (گایدتی، سروتی، فدا و ناتالوسی^۳، ۲۰۱۹)، آگاهی از وقوع این حوادث در بین تجربیات کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است و درمانگران با درک گسترده‌تر از چنین عواملی، می‌توانند مناسب‌ترین روش درمان را ارائه‌دهند (پلنلس، مگلان-نری، کیرچنر، فورنس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

کودکان با توانمندی اجتماعی کمتر در برابر حوادث منفی زندگی آسیب‌پذیرتر هستند و شکایات جسمی بیشتری را نسبت به سایر کودکان گزارش می‌دهند (هاوسکو گراونگارد، روستد بندیکسن، هاوت، اسمیت-سیورتنس^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). ارتقای خودکارآمدی از جمله عوامل اصلی محافظت از سلامت جسمانی و روانی به ویژه در برابر اثر رویدادهای آسیب‌زای کودکی است (کوهردز و موز، ۲۰۲۰). در واقع خودکارآمدی با تقویت توان مقابله‌سازگارانه، اثر محافظتی در برابر تأثیر رویداد آسیب‌زا دارد و پایه

-
1. Myers, Trobliger, Bortnik and Zeng
 2. Kascakova, Furstova, Hasto and Madarasova-Geckova
 3. Guidetti, Cerutti, Faedda and Natalucci
 4. Planellas, Magallón-Neri, Kirchner and Forns
 5. Hauskov Graungaard, Roested Bendixen, Haavet and Smith-Sivertsen

اساسی برای فعالیت انسان است (گالاگر، لانگ و فیلیپس^۱، ۲۰۲۰؛ دیویس، ۲۰۱۸). بندورا^۲ (۱۹۹۷) در نظریه شناختی اجتماعی خود، مفهوم خودکارآمدی را مطرح کرد. خودکارآمدی به عنوان باور فرد نسبت به توانایی خود در سازماندهی و انجام برنامه‌ها و مسیرهای عملی لازم در جهت رسیدن به اهداف خاص یا رسیدن به انواع مشخصی از عملکرد تعریف می‌شود (مکی و البدراما، ۲۰۲۱). براساس مطالعات انجام‌شده رویدادهای آسیب‌زای کودکی اثر منفی بر روی خودکارآمدی فرد دارد (کوهردز و موز، ۲۰۲۰). بین خودکارآمدی تحصیلی با سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی رابطه منفی معنا داری وجود دارد. همچنین آسیب‌های دوران کودکی ممکن است ارزیابی‌ها و باورهای منفی نسبت به خود را بالا ببرد و مانع رشد خودکارآمدی شود (گرین^۳، ۲۰۲۰). اگرچه بین تجربه رویدادهای آسیب‌زای زندگی و عواقب زیان‌بار برای سلامتی رابطه وجود دارد، اما این عواقب به‌طور طولانی مدت برای همه افراد رخ نمی‌دهد (اسکانل^۴، ۲۰۲۰) بلکه به نظر می‌رسد برخی از افراد مستعدتر هستند. با توجه به اینکه نمی‌توان از رخداد بسیاری از رویدادهای آسیب‌زا جلوگیری کرد، لذا دانستن متغیرهای اثرگذار در این رابطه می‌تواند نقش مهمی در کاهش اثرات منفی چنین حوادثی بر افراد مستعد در بروز اختلالات روان‌تنی ایفا کند.

درخصوص رابطه رویدادهای آسیب‌زای کودکی و شکایات روان‌تنی و همچنین عوامل واسطه‌ای در این رابطه مطالعات کمی انجام شده است. از آنجا که شکایات روان‌تنی در درازمدت می‌تواند اثرات منفی زیادی برای سلامتی جسمانی و روان‌شناختی فرد بگذارد (اللهوردی، ۲۰۲۰)، نیاز جدی به تحقیقات

-
1. Gallagher, Long and Phillips
 2. Bandura
 3. Green
 4. Scannell

۱۴۴ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

بیشتر در زمینه عوامل پیش‌بین شکایات روان‌تنی و نحوه اثرگذاری آن‌ها دیده می‌شود. از آنجاکه یکی از مؤلفه‌های مهم در ساختار شخصیتی یک کودک یا نوجوان حس خودکارآمدی است و برای مدیریت خود در مواجهه با مشکلات، باورهای خودکارآمدی ضروری هستند (برجی، پارایلا، لاروچ و دیکن، ۲۰۱۹) لذا هدف این پژوهش بررسی نوع نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای کودکی و شکایات روان‌تنی بود. فرضیه‌های مورد نظر در این پژوهش عبارت بودند از:

- بین رویدادهای آسیب‌زای کودکی، شکایات روان‌تنی و خودکارآمدی رابطه معنادار وجود دارد.
- رویدادهای آسیب‌زای کودکی به طور مثبت میزان شکایات روان‌تنی را پیش‌بینی می‌کند.
- خودکارآمدی کودک به طور منفی میزان شکایات روان‌تنی را پیش‌بینی می‌کند.
- خودکارآمدی کودک در رابطه رویدادهای آسیب‌زای کودکی و شکایات روان‌تنی نقش واسطه‌ای دارد.
- خودکارآمدی کودک در رابطه رویدادهای آسیب‌زای کودکی و شکایات روان‌تنی نقش تعدیلگر دارد.

روش

پژوهش حاضر از طرح همبستگی-توصیفی پیروی می‌کند. جامعه پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم ابتدایی در شهر تهران تشکیل می‌دهند. نمونه مورد بررسی، ۲۱۵ نفر از دانش‌آموزان پایه پنجم و ششم ابتدایی در دو مدرسه از مناطق ۱۸ و ۱۱ شهر تهران بودند که به‌روش در دسترس انتخاب

شدند. شرکت‌کنندگان مورد بررسی در بازه ۱۰ تا ۱۴ سال بودند (۱۲/۰۷= میانگین؛ ۰/۶۹= انحراف استاندارد). در پژوهش‌هایی که از روش‌های معادلات ساختاری استفاده می‌شود، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر است (عبداللهی و طاهری، ۱۳۹۸). پس از اخذ مجوز از اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران مناطق آموزشی ۱۱ و ۱۸ انتخاب شدند و از میان مدارس پسرانه، یک مدرسه از هر منطقه انتخاب گردید. سپس با مراجعه به مدرسه، مقیاس‌های خودکارآمدی کودک و نوجوان، وقوع حوادث آسیب‌زا در زندگی و شکایات روان‌تنی در کلاس به دانش‌آموزان ارائه شد. در هر یک از برگه‌های پرسشنامه ذکر شد که پرکردن پرسشنامه اختیاری است و اطلاعات شرکت‌کنندگان به طور کامل محرمانه می‌ماند. داده‌ها با روش تحلیل- میانجی و تعدیلگر و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-20 و AMOS-20 مورد تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه خودکارآمدی کودک و نوجوان^۱: این فرم را موریس^۲ در سال ۲۰۰۱ برای سنجش سطح خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (۷-۱۸ سال) ساخته است. سه خرده‌مقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: خودکارآمدی اجتماعی^۳، خودکارآمدی تحصیلی^۴ و خودکارآمدی هیجانی^۵. این پرسشنامه ۲۳ گویه دارد و پاسخ به هر گویه طبق مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای از گزینه «اصلاً» (نمره ۱) تا گزینه «بسیار زیاد» (نمره ۵) است (هان، چوی، کانگ، کیم^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). دامنه نمرات مربوط به خودکارآمدی کلی ۲۳ الی ۱۱۵، خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی، ۸ الی ۱۰ و خودکارآمدی هیجانی، ۷ الی ۳۵ است (طهماسیان، ۱۳۸۶).

1 Self-Efficacy Questionnaire for Children

2 Muris

3 Social self-efficacy

4 Academic self-efficacy

5 Emotional self-efficacy

6 Han, Choi, Kang and Kim

۱۴۶ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

نمره بیشتر به معنای سطح بالاتر خودکارآمدی است (هان و همکاران، ۲۰۲۰). ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل خودکارآمدی ۰/۸۸ و برای نمرات خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۵ و ۰/۸۸ است. میزان همسانی درونی نیز در حد کافی بوده است (۰/۷۹=آلفا) (موریس، ۲۰۰۱). اعتبار آزمون در ایران را طهماسیان به روش آزمون-بازآزمون به فاصله دو هفته روی ۴۳ نفر از دانش‌آموزان تهرانی محاسبه کرد که برابر ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ بود (طهماسیان و اناری، ۱۳۸۹)

فرم وقوع حوادث آسیب‌زا در زندگی: این فرم را گرینوالد و روبین^۲ (۱۹۹۹) طراحی کرده‌اند و یک ابزار غربالگری هم برای کودکان^۳ و هم برای والدین^۴ در زمینه‌های بالینی و هنجاری است. این فرم اطلاعات توصیفی^۵ (چندبار^۶، چندساله بود^۷) و تأثیرات هیجانی^۸ (چقدر ناراحت شد^۹، الان چقدر آزارش می‌دهد^{۱۰}) را بررسی می‌کند (استرنند، پاسکوایل و سارمیتو^{۱۱}، ۲۰۰۵). چهار خرده‌مقیاس آن عبارت‌اند از: انواع رویدادهای آسیب‌زا، تکرار رویدادهای آسیب‌زا، ناراحتی ناشی از آسیب پس از رویداد و تداوم ناراحتی.

-
1. Lifetime Incidence of Traumatic Events (LITE)
 2. Greenwald and Rubin
 3. Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)
 4. Parent Report of Post-Traumatic Symptoms (PROPS)
 5. descriptive information
 6. how many times
 7. how old
 8. emotional impact
 9. how much upset then
 10. how much bothers now
 11. Strand, Pasquale and Sarmiento

نمره پاسخ‌دهنده با جمع کردن تعداد پاسخ‌های "بله" به ۱۶ نوع رویداد آسیب‌زا محاسبه می‌شود (لی، بن، کیم، کیم (و همکاران، ۲۰۱۹). دامنه نمرات برای خرده‌مقیاس اول ۰ تا ۱۶ و برای خرده‌مقیاس سوم و چهارم ۰ تا ۳۲ است. خرده‌مقیاس دوم فاقد محدودیت دامنه نمرات و بیانگر تعداد رویدادهاست. نمره بالاتر در خرده‌مقیاس‌های اول و دوم، به معنای بیشتر در معرض رویداد آسیب‌زا بودن (ازل، هریسون، جیانگ و لی^۲، ۲۰۲۱) و در خرده‌مقیاس‌های سوم و چهارم به ترتیب به معنای شدت بیشتر ناراحتی ناشی از آسیب پس از رویداد و تداوم ناراحتی است.

نقطه برش در فرم والد، ۱۶ و در فرم کودک ۱۹ به دست آمد. ضریب آلفا برای فرم والدین و فرم کودک ۰/۹۳ و ۰/۹۱ بود. طبق نتایج پایایی آزمون-بازآزمون، برای نمرات کلی فرم کودک، همبستگی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ ($p < ۰/۰۰۱$) بود (گرینوالد و رویین، ۱۹۹۹). پایایی نسخه فارسی از طریق آزمون آلفای کرونباخ، برای فرم والدین ۰/۸۳ و برای فرم کودک ۰/۸۴ محاسبه شده است (جابرقادری، بابایی، نوری، زادمیر و همکاران، ۱۳۸۷). نویسندگان روایی معیار در حد کافی را گزارش می‌دهند (هیرچ، ولفورد، لالوند، برانک^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). روایی هم‌زمان آن مطابق با آزمون‌های مختلف مورد استفاده در زمینه پس از رویداد آسیب‌زا ۰/۴۸ تا ۰/۶۰ به دست آمده است (پلنلس و همکاران، ۲۰۲۰).

1 Lee, Ban, Kim and Kim

2 Ezell, Harrison, Jiang and Li

3 Hirsch, Wolford, LaLonde and Brunk

۱۴۸ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

مقیاس شکایات روان‌تنی^۱: مقیاس شکایات روان‌تنی را تاکاتا و ساکاتا^۲ در سال ۲۰۰۴ برای سنجش

شکایات روان‌تنی نوجوانان ژاپنی ساخته‌اند. این مقیاس دارای ساختار تک‌عاملی است و ۳۰ گویه را شامل می‌شود. پاسخ‌دهنده برای هر سؤال می‌تواند از بین گزینه «هرگز» (نمره ۰) تا گزینه «به طور مکرر» (نمره ۳)، پاسخ مورد نظر خود را انتخاب‌کند. جمع نمرات ۳۰ گویه، نمره کل را نشان می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره بین ۰ تا ۹۰ است. هرچه نمره بالاتری در این مقیاس به دست آید، نشانگر میزان بیشتر بروز شکایات روان‌تنی در فرد است. سازندگان مقیاس، آلفای کرونباخ آن را در سه بار اجرا بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. روایی سازه آن از طریق تحلیل عامل در سه بار اجرا ۳۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد واریانس بخش‌ها را تبیین کرده است (حاجلو، ۱۳۹۱). اعتبار همزمان ۳۰ گویه شکایات روان‌تنی با مقیاس سلامت عمومی^۳ مورد بررسی قرار گرفته است. با استفاده از همبستگی لحظه‌ای محصول پیرسون، ضریب همبستگی بین شکایات روان‌تنی و سلامت عمومی در ژوئن ۱۹۹۸ برابر با $r=0/65$ و در مارس ۱۹۹۹ برابر با $r=0/64$ بود (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴). همچنین این مقیاس دارای پایایی بازآزمایی ($r=0/83$) و همسانی درونی مناسب است (حاجلو، ۱۳۹۱). پایایی محاسبه شده برای مقیاس شکایات روان‌تنی در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ آماره توصیفی میانگین و انحراف معیار را برای هریک از متغیرها نشان می‌دهد.

-
1. Psychosomatic Complaints Scale
 2. Takata and Sakata
 3. the General Health Questionnaire (GHQ)

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
شکایات روان‌تنی	۱۹/۵۲	۱۳/۰۵
خودکارآمدی کودک	۷۸/۷۰	۱۲/۳۴
انواع رویدادهای آسیب‌زا	۴/۲۳	۱/۸۵
تکرار رویدادهای آسیب‌زا	۸/۴۲	۸/۶۳
ناراحتی ناشی از آسیب پس از رویداد	۶/۰۲	۳/۰۷
تداوم ناراحتی	۵/۲۷	۳/۴۳

بررسی پیش فرض نرمالیتی نشان داد که اغلب متغیرهای پژوهش توزیع نرمال ندارند؛ لذا ابتدا کلیه متغیرها به نمرات استاندارد Z تبدیل شدند، سپس همبستگی بین نمرات متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین متغیر شکایات روان‌تنی با نمره کل خودکارآمدی کودک و هر سه خرده‌مقیاس آن رابطه معنادار منفی وجود دارد. متغیر شکایات روان‌تنی با تداوم ناراحتی رابطه معنادار مثبت داشت. همچنین، بین خرده‌مقیاس خودکارآمدی تحصیلی کودک با تداوم ناراحتی و شکایات روان‌تنی رابطه معنادار منفی وجود داشت. جدول ۲، رابطه همبستگی بین هریک از متغیرها را با یکدیگر گزارش می‌دهد. همبستگی بین متغیرهای تداوم ناراحتی و ناراحتی ناشی از آسیب پس از رویداد بالاتر از ۰/۸۰ است. لذا به جهت اهمیت تأثیر تداوم ناراحتی و جلوگیری از اثر هم‌خطی، فقط متغیر تداوم ناراحتی وارد مدل رگرسیون شد.

۱۵۰ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
شکایات روان‌تنی	۱/۰۰				
خودکارآمدی کودک	۰/۳۶-***	۱/۰۰			
انواع رویدادهای آسیب‌زا	۰/۱۵*	۰/۰۳-	۱/۰۰		
تکرار رویدادهای آسیب‌زا	۰/۰۳	۰/۰۰	۰/۵۰***	۱/۰۰	
ناراحتی از آسیب پس از رویداد	۰/۳۰***	۰/۱۳*	۰/۷۷***	۰/۴۱***	۱/۰۰
تداوم ناراحتی	۰/۴۱***	۰/۲۰**	۰/۶۶***	۰/۳۷***	۰/۸۷***

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$, *** $p < 0/001$

جدول ۳ اطلاعات مربوط به متغیرهای پیش‌بین واردشده در مدل را گزارش می‌دهد. ضریب بتا در این جدول نشان می‌دهد که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر خودکارآمدی کودک، $-0/26$ انحراف استاندارد میزان شکایات روان‌تنی کاهش می‌یابد (بتا = $-0/26$ و $p < 0/001$). به ازای افزایش یک انحراف استاندارد تداوم ناراحتی، $0/46$ انحراف استاندارد میزان شکایات روان‌تنی افزایش می‌یابد (بتا = $0/46$ و $p < 0/001$). ضریب بتای بیشتر با درجه معناداری بالاتر متعلق به متغیر تداوم ناراحتی بود.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای مدل

متغیرها	B	خطای استاندارد	بتا	T	معناداری	مقادیر اغماض	VIF
خودکارآمدی کودک	-0/28	0/06	-0/26	-4/39	0/001	0/93	1/06
				**			
انواع رویدادهای آسیب‌زا	-0/91	0/60	-0/13	-1/51	0/13	0/47	2/10

۱/۳۴	۰/۷۴	۰/۳۲	-۰/۹۹	-۰/۰۶	۰/۱۰	-۰/۱۰	تکرار رویدادهای آسیب- زا
۱/۹۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۵/۷۰	۰/۴۶	۰/۳۱	۱/۷۷	تداوم ناراحتی

**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

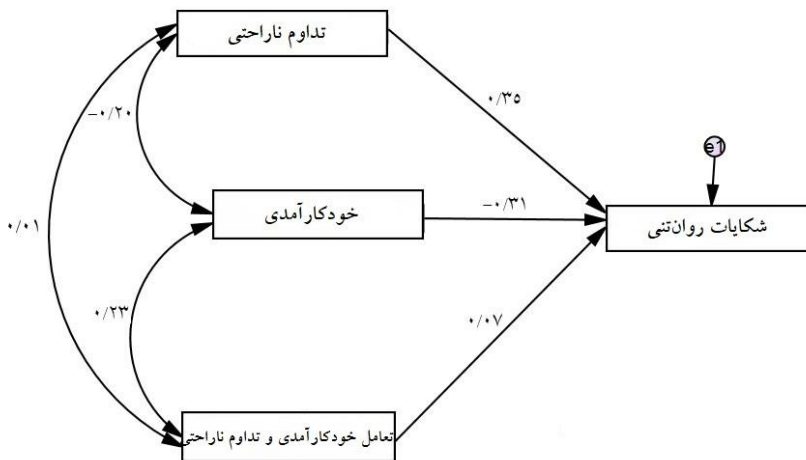
نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که مدل تشکیل شده از متغیرهای پیش‌بین، ۲/۲۵ درصد از تغییرات در متغیر وابسته را تبیین می‌کند و مدل مورد نظر پیش‌بینی معناداری از شکایات روان‌تنی ارائه می‌دهد ($F=18/999$ و $p < 0.001$).

جدول ۴: توانایی پیش‌بینی مدل پژوهش و تحلیل واریانس

مدل	درجه آزادی	F	معناداری	R^2	R^2 تنظیم خطای	دوربین- واتسون
رگرسیون	۴	۱۸/۹۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۶	۰/۲۵۲	۱۱/۲۹۴
باقیمانده	۲۱۰					
کل	۲۱۴					۱/۵۸۹

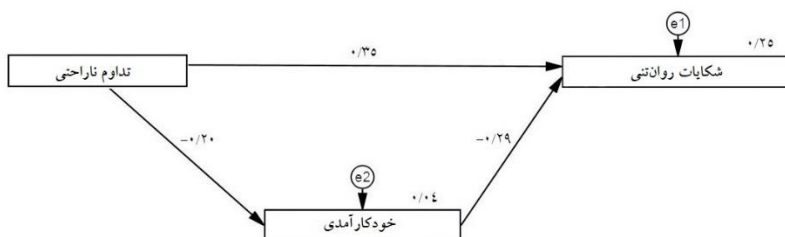
نتایج بررسی نقش تعدیلگر متغیر خودکارآمدی کودک نشان داد که متغیر تداوم ناراحتی به‌طور معناداری شکایات روان‌تنی را پیش‌بینی می‌کند (بتا=۰/۳۵). همچنین خودکارآمدی کودک نیز به‌طور معناداری شکایات روان‌تنی کودکان را پیش‌بینی می‌کند (بتا=۰/۳۱-). این نتایج همچنین نشان داد که مسیر متغیر تعدیلگر (حاصل ضرب خودکارآمدی کودک در میزان تداوم ناراحتی) با میزان شکایات روان‌تنی معنادار نیست (بتا=۰/۰۷ و $p > 0.05$).

۱۵۲ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل، خودکارآمدی به عنوان متغیر تعدیلگر

میزان تداوم ناراحتی قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات روان‌تنی است (اندازه اثر = ۱۷ درصد و $F=0/41$). خودکارآمدی کلی کودک نیز قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات روان‌تنی است (اندازه اثر = ۱۳ درصد و $F=0/36$). متغیر تداوم ناراحتی و خودکارآمدی کودک به‌طور هم‌زمان قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات روان‌تنی هستند (اندازه اثر این دو متغیر با هم = ۲۵ درصد، بتا برای متغیر خودکارآمدی کودک = ۰/۲۹ و بتا برای متغیر تداوم ناراحتی = ۰/۳۵).



شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل خودکارآمدی به عنوان میانجی

جدول ۵ ضرایب استاندارد مدل میانجی، مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. رابطه بین تداوم ناراحتی با شکایات روان‌تنی کودکان در مسیر مستقیم معنادار است. این رابطه در مدل میانجی نیز معنادار بوده، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی کودک نقش میانجی در این رابطه دارد.

جدول ۵: ضرایب استاندارد مدل میانجی، مستقیم و غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مدل میانجی	مدل مستقیم	مدل غیرمستقیم
تداوم ناراحتی	شکایات روان‌تنی	۰/۳۵	۰	۰/۴۱
تداوم ناراحتی	خودکارآمدی کودک	-۰/۲۰	-۰/۲۰	۰
خودکارآمدی کودک	شکایات روان‌تنی	-۰/۲۹	-۰/۳۶	۰

کلیه ضرایب استاندارد گزارش شده در جدول معنادارند ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر ضمن بررسی رابطه رویدادهای آسیب‌زای کودکی با میزان شکایات روان‌تنی دانش‌آموزان، به بررسی نقش خودکارآمدی به عنوان متغیر میانجی یا تعدیلگر در ارتباط بین رویدادهای آسیب‌زا و میزان شکایات روان‌تنی پرداخت. نخستین یافته پژوهش نشان‌داد بین رویدادهای آسیب‌زای کودکی (تداوم ناراحتی) و میزان شکایات روان‌تنی کودک رابطه مثبت معنادار وجود دارد و همچنین رویدادهای آسیب‌زای کودکی توان پیش‌بینی شکایات روان‌تنی را دارد. این یافته همسو با نتایج تحقیقات هاوسکوگرونگارد و همکاران (۲۰۱۹)، گوپین و همکاران (۲۰۱۹)، صادقی و همکاران (۲۰۱۷)، مایرز و

۱۵۴ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

همکاران (۲۰۱۹)، لونفجورد و هگکوئیست (۲۰۲۰) و کاسکاکووا و همکاران (۲۰۲۰) بود. سوءرفتار دوران کودکی می‌تواند برگرایش‌های خاص فرد اثر بگذارد و از این طریق به فرایند جسمانی‌کردن در بزرگسالی بینجامد. کودکانی که در شرایط نامطلوب رشد کرده‌اند، احتمالاً فرصت کافی برای یادگیری و پردازش هیجانات در روابط با مراقبان را نداشتند (به دلیل بی‌توجهی یا بدرفتاری مراقبان). علاوه بر این، کودکانی که مورد سوءرفتار واقع شده‌اند، به‌منظور محافظت در برابر افکار تحمل ناپذیر، از آگاه شدن نسبت به هیجانات خودداری می‌کنند. آن‌هایی که نیازهای عاطفی‌شان نادیده گرفته شده، ممکن است دریابند که تنها راه به‌دست آوردن توجه یا مراقبت از طریق نوعی ناراحتی جسمی است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین خودکارآمدی کودک و میزان شکایات روان‌تنی رابطه منفی معناداری وجود دارد. پژوهش‌های پیشین نشان داده نوجوانانی که تحت برخی از فشارهای زندگی قرار دارند صرف نظر از جنسیت، به احتمال زیاد، بیشتر دچار مشکلات روان‌تنی می‌شوند و خودکارآمدی می‌تواند یک عامل محافظتی تلقی شود (لونفجورد و هگکوئیست، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی کودک به‌عنوان میانجی در رابطه تداوم ناراحتی و شکایات روان‌تنی نقش ایفا کند. این یافته همسو با پژوهش‌های قبلی اهمیت خودکارآمدی کودک را در شرایط آسیب‌زا برجسته می‌کند (کوهردز و موز، ۲۰۲۰؛ گالاگرو همکاران، ۲۰۲۰؛ گرین، ۲۰۲۰؛ اسکانل، ۲۰۲۰). بنابراین، میزان و نوع اثری که رویدادهای آسیب‌زا بر میزان شکایات روان‌تنی می‌گذارد، با در نظر گرفتن خودکارآمدی فرد تبیین‌پذیر است. تایید نشدن نقش تعدیل‌گری متغیر خودکارآمدی در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زا و شکایات روان‌تنی از جهاتی ناهمسو با نتایج پژوهش گالاگر و همکاران (۲۰۲۰) و لونفجورد و هگکوئیست (۲۰۲۰) بود که نقش محافظتی خودکارآمدی در شرایط آسیب‌زا را تایید کرده بودند. می‌توان

گفت که تعامل خودکارآمدی با رویداد آسیب‌زا قادر به تغییر شدت یا جهت این رابطه نیست. به عبارت دیگر از نظر بروز شکایات روان‌تنی در کودکان دارای تجارب آسیب‌زا، بین کودکان با سطوح مختلف خودکارآمدی بالا و یا خودکارآمدی پایین تفاوتی وجود ندارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی نمی‌تواند اثر منفی رویداد آسیب‌زا را تقلیل دهد. درحالی‌که تایید میانجی‌بودن این متغیر نشان‌دهنده این است که بروز حوادث آسیب‌زا باعث افت خودکارآمدی کودک شده و افت خودکارآمدی در کودک آسیب‌دیده منجر به بروز شکایات روان‌تنی می‌گردد. همان‌طور که در نظریه بندورا مطرح شد، باورهای خودکارآمدی از جمله عوامل تأثیرگذار در نحوه رویارویی کودک با رویداد آسیب‌زاست (برجی و همکاران، ۲۰۱۹). طبق یافته‌ها رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی‌کننده منفی خودکارآمدی در کودکان است. به این معنی که هرچه حوادث آسیب‌رسان برای کودک بیشتر رخ دهد خودکارآمدی وی بیشتر کاهش می‌یابد؛ ازسوی دیگر خودکارآمدی کودک به طور منفی و معناداری شکایات روان‌تنی را پیش‌بینی می‌کند و این مسئله بیانگر اهمیت تأثیر خودکارآمدی پایین در بروز شکایات روان‌تنی کودکان است.

با توجه به میزان متفاوت آسیب‌پذیری در هر کودک، رویدادهای آسیب‌زا در نظر هر کودک متفاوت از کودک دیگر است (گایدتی و همکاران، ۲۰۱۹). با وجود اینکه برخی از افراد عملکرد سازگارانه‌تری در برابر موقعیت‌های دشوار دارند (اسکانل، ۲۰۲۰) ممکن است با بروز برخی از حوادث برای کودک، باور وی نسبت به توانمندی‌هایش تقلیل یابد. تقویت باورهای خودکارآمدی کودک می‌تواند از جمله برنامه‌های مؤثر در رسیدگی به کودک و کمک به بهبود شرایط او باشد. زمانی که مواجهه مناسب و حمایت کافی برای برگرداندن به‌زیستی لازم به کودک پس از رویداد آسیب‌زا انجام‌نشود، احساسات و افکار

۱۵۶ نقش خودکارآمدی کودک در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوره کودکی...

آزاردهندهٔ کودک از بین نمی‌روند و در نهایت طبق نتایج تحقیقات و همان‌طور که در دیدگاه روانکاوی هم اشاره شد، ممکن است جسم کودک قربانی احساسات و افکار آزاردهندهٔ او بشود (دیمیترووا، ۲۰۲۰). شکایات روان‌تنی ابراز پریشانی‌های درون فرد است که در صورت ادامه یافتن در درازمدت، خطر ابتلا به اختلالات روان‌تنی در فرد بالا می‌رود؛ در نتیجه، لازم است مسئلهٔ باورهای خودکارآمدی کودک در برنامه‌های درمانی کودکان آسیب‌دیده و کودکان دارای علائم روان‌تنی مورد توجه قرار گیرد.

وجود بیماری همه‌گیر از محدودیت‌های این پژوهش بود که باعث شد فقط جنس مذکر بررسی شود. تحلیل مدل مورد استفاده در پژوهش حاضر برای دستیابی به نتایج معتبرتر، نیازمند اجرا بر روی هر دو جنس است. همچنین یافته‌های طرح همبستگی اطلاعات در مورد روابط علی را شامل نمی‌شود. در نتیجه پیشنهاد می‌شود طرح‌هایی اجرا شود که بتواند اطلاعات بیشتری در مورد روابط علی بین متغیرهای مذکور به دست آورد. با در نظر گرفتن اینکه می‌بایست ملاحظات اخلاقی در تحقیق در مورد رویدادهای آسیب‌زا مورد توجه قرار بگیرد. محدودیت دیگر پژوهش از نظر بازهٔ سنی و تعداد مناطق انتخاب شده است. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به جای تمرکز بر جمعیت عمومی، بر جامعه کودکان مبتلا به اختلالات روان‌تنی و یا گروه‌های در معرض آسیب‌های بیشتر تمرکز کنند.

برای موفقیت طرح‌های مداخله‌ای و پیشگیرانه در ارتباط با بهبود شکایات روان‌تنی کودکان و نوجوانان باید بر عوامل واسطه‌ای مانند ارتقای خودکارآمدی - که تأثیر معنادار و زیادی دارند - تمرکز شود. در نتیجه امکان پیشگیری از عوارض منفی جسمانی و روان‌شناختی رویدادهای آسیب‌زا و طراحی روش‌های درمانی با اثربخشی بیشتر برای کودکان دچار شکایات روان‌تنی فراهم خواهد شد.

تشکر و قدردانی

از مسئولان محترم سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، خانواده‌های محترم شرکت‌کننده و تمام بزرگواران یاریگر ما در انجام این پژوهش تشکر می‌کنیم.

منابع

جابر قادری، نسرين؛ بابایی، اکرم؛ نوری، کبری؛ زادمیر، ندا؛ نوری، رویا؛ کاظمی، محمود؛ حسینی، لیلا؛ شریفی، ویکتوریا و مرادی، مسعود. (۱۳۸۷). فراوانی حوادث آسیب‌زای زندگی و اثرات روانشناختی آن در کودکان مدرسه رو ۷-۱۵ ساله شهر کرمانشاه (۱۳۸۵)، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۲(۲)، ۱۹۰-۲۰۱.

حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۰۴.

طهماسبیان، کارینه و اناری، آسیه. (۱۳۸۹). رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در نوجوانان. *روانشناسی کاربردی*، ۹(۳)، ۸۴-۹۴.

طهماسبیان، کارینه. (۱۳۸۶). اعتبار، پایایی و هنجاریابی پرسشنامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان در تهران. *روانشناسی کاربردی*، ۱(۴، ۵)، ۳۷۳-۳۹۰.

عبداللهی، عباس و طاهری، آزاده. (۱۳۹۸). *مدل‌سازی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار آموس (Amos)*. تهران: انتشارات سازمان جهاد دانشگاهی.

Abdollahi, Abbas & Taher, Azadeh (2019). *Structural equation modeling using AMOS software*. Tehran: Jahad Daneshgahi publication [Text in Persian].

Allahverdi, E. (2020). Psychosomatic pain. In Hulya Cakmur (Ed.). *Effects of Stress on Human Health*. (pp. 1-21). IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.91328

Bergey, B. W., Parrila, R. K., Laroche, A., and Deacon, S. H. (2019). Effects of peer-led training on academic self-efficacy, study strategies, and academic performance for first-year university students with and without reading

- difficulties. *Contemporary Educational Psychology*, 56: 25-39. DOI: 10.1016/j.cedpsych.2018.11.001
- Cohrdes, C., and Mauz, E. (2020). Self-efficacy and emotional stability buffer negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 93-100.
- Davis, A. S. (2018). *Perceived social support, affect regulation, and self-awareness mediate the relationship between childhood trauma and self-efficacy*. Doctoral dissertation, Fielding Graduate University, ProQuest Dissertations Publishing, number 10746639.
- Dimitrova, L. (2020). Psychosomatic disorders in adolescents. *Knowledge International Journal*, 38(4), 849-851.
- Ezell, J., Harrison, S. E., Jiang, Y., & Li, X. (2021). Impact of adverse childhood events on the psychosocial functioning of children affected by parental HIV in rural China. *Frontiers in Psychology*, 11: 3755. DOI:10.3389/fpsyg.2020.617048
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: a meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of clinical psychology*, 76(3), 329-355.
- Ghazanfari, E., Kazemnejad, A., Feizi, A., Fesharaki, M. G., Dinu, I., Keshteli, A. H., & Adibi, P. (2020). The relationship between personality traits and psychosomatic complaints in a sample of Iranian adults. *Journal of affective disorders*, 261, 253-258. DOI: 10.1016/j.jad.2019.10.020
- Green, E. (2020). The role of self-efficacy in the relationship between childhood trauma and anxiety. University of Rhode Island, *Open Access Master's Theses*, 1868. <https://digitalcommons.uri.edu/theses/1868>
- Greenwald, R., and Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9 (1), 61-75.
- Guidetti, V., Cerutti, R., Faedda, N., & Natalucci, G. (2019). Migraine in childhood: an organic, biobehavioral, or psychosomatic disorder? *Neurological Sciences*, 40(1), 93-98.
- Guinn, A. S., Ports, K. A., Ford, D. C., Breiding, M., & Merrick, M. T. (2019). Associations between adverse childhood experiences and acquired brain injury, including traumatic brain injuries, among adults: 2014 BRFSS North Carolina. *Injury prevention*, 25(6), 514-520.

- Hajloo, N. (2013). Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 10(3), 204 [Text in Persian].
- Han, S. Y., Choi, H. E., Kang, M. J., Kim, S. H., Moon, S. H., Yoon, S. J., Choi, G. H., Jeong, J. W., Kim, H. N., and Song, B. K. (2020). Effects of interest inducing activities programs on the attention and self-efficacy of school-aged children. *Medico Legal Update*, 20(1), 2042-2046.
- Hauskov Graungaard, A., Roested Bendixen, C., Haavet, O. R., Smith-Sivertsen, T., & Mäkelä, M. (2019). Somatic symptoms in children who have a parent with cancer: a systematic review. *Child: care, health and development*, 45(2), 147-158.
- Heidari, Z., Feizi, A., Keshteli, A. H., Afshar, H., Roohafza, H., & Adibi, P. (2019). Psychosomatic complaints profile in patients with type II diabetes: a matched case-control study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 55(1), 53.
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(1), 48-53.
- JaberQaderi, N., Babaei, A., Nouri, K., Zadmir, N., Nouri, R., Kazemi, M., Hosseini, L., Sharifi, V., and Moradi, M. (2008). Frequency of Life Traumatic Events and their Psychological Impacts in 7-15 Years Old Urban Students of Kermanshah City in 2006, *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 12(2), 190-201 [Text in Persian].
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova-Geckova, A., & Tavel, P. (2020). When a head is about to burst: attachment mediates the relationship between childhood trauma and migraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4579.
- Lee, J. Y., Ban, D., Kim, S. Y., Kim, J. M., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Kim, S. W. (2019). Negative life events and problematic internet use as factors associated with psychotic-like experiences in adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 10, 369. DOI:10.3389/fpsyt.2019.00369

- Lönnfjord, V., & Hagquist, C. (2020). The association of self-reported schoolwork pressure, family factors and self-efficacy with psychosomatic problems. *European Journal of Social Work*, 1-14. DOI: 10.1080/13691457.2020.1722944
- Mekky, D. S. S. A., and El-Badrama, M. A. M. M. (2021). Exploratory and confirmatory factor analysis of perceived self-efficacies among teachers-students at faculty of education, Helwan university, Egypt: from bandura's theory to proposed model. *European Journal of Special Education Research*, 7(1). DOI: 10.46827/ejse.v7i1.3566
- Muris, Peter. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- Myers, L., Trobliger, R., Bortnik, K., Zeng, R., Saal, E., & Lancman, M. (2019). Psychological trauma, somatization, dissociation, and psychiatric comorbidities in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with those in patients with intractable partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 92: 108-113. DOI: 10.1016/j.yebeh.2018.12.027
- Planellas, I., Magallón-Neri, E., Kirchner, T., Forns, M., & Calderón, C. (2020). Do teenagers recover from traumatic situations? Identification of types of change and relationship with psychopathology and coping. *Children and Youth Services Review*, 116, 105147. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2020.105147
- Ports, K. A., Holman, D. M., Guinn, A. S., Pampati, S., Dyer, K. E., Merrick, M. T., & Metzler, M. (2019). Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: a scoping review of the literature from 2005 to 2015. *Journal of pediatric nursing*, 44, 81-96. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.10.009
- Rezapour, M., Soori, H., Nezam Tabar, A., & Khanjani, N. (2020). Psychosomatic problems and their relation with types of involvement in school bullying in Iranian students: a cross-sectional study. *International Journal of School Health*, 7(1), 6-13.
- Sadeghi, S., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., Zarei, M., and Kami, M. (2017). Relationship between traumatic experiences and somatic symptoms severity in students. *Practice in Clinical Psychology*, 5(3), 211-216.
- Scannell, C. (2020). Parental self-efficacy and parenting through adversity. In IntechOpen (Eds.), *Parenting* (pp. 1-17), IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.91735

- Strand, V. C., Pasquale, L. E., and Sarmiento, T. L. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents, a review. *Trauma Violence & Abuse* 6(1), 55-78.
- Tahmassian, K., and Anari, A. (2009). The relation between domains of self-efficacy and depression in adolescence. *Journal of Applied Psychology*, 3(1), 84-94 [Text in Persian].
- Tahmassian, K. (2007). Validation and standardization of persian version of self-efficacy questionnaire-children. *Journal of Applied Psychology*, 1 (4, 5), 373-390 [Text in Persian].
- Takata, Y., and Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(1), 3-7.

کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس،

افراد بهبودیافته و بهنجار

محمد مهدی حسن‌شاهی*^۱، شیرین پولادی^۲

چکیده

کانابیس محبوب‌ترین ماده‌ی غیرقانونی در جهان است. مصرف مکرر کانابیس با سلامت شناختی و روانی نامطلوب همراه است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس، افراد بهبودیافته و بهنجار انجام شد. بدین منظور طی یک پژوهش علی-مقایسه‌ای ۵۰ بیمار مصرف‌کننده کانابیس که در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۸ به مراکز روان‌پزشکی شیراز مراجعه کرده بودند، اختلالات روان‌پزشکی، نورولوژیکی، ناتوانایی شناختی و وابستگی به مواد غیرافیونی نداشتند و روان‌پزشک برایشان اختلال قطعی مصرف کانابیس تشخیص داده بود، ۵۰ بیمار بهبودیافته که حداقل شش ماه دوره‌ی بدون مصرف داشتند و ۵۰ فرد بهنجار که سابقه‌ی مصرف مواد نداشتند، به‌صورت در دسترس انتخاب و با آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و مقیاس حافظه و کسلر مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) نشان داد که عملکرد گروه مصرف‌کننده‌ی کانابیس نسبت به گروه بهبودیافته و افراد بهنجار و همچنین عملکرد گروه بهبودیافته نسبت به گروه بهنجار در آزمون ویسکانسین و مقیاس حافظه و کسلر تفاوت معنی‌دار داشت. ولی خطای درجاماندگی در گروه بهبودیافته و بهنجار تفاوت معنی‌دار نداشت. بنابراین، می‌توان بیان کرد که مصرف کانابیس

۱. *نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

m_hassanshahi@iaua.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

shirinpooladi@ymail.com

۱۶۴ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

موجب اختلال در کارکردهای اجرایی و حافظه افراد مصرف‌کننده می‌شود و حتی بعد از ترک ماده‌ی مصرفی، می‌تواند ادامه داشته باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال مصرف کانابیس، حافظه، کارکردهای اجرایی.

مقدمه

ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳)، ویژگی اختلال مصرف کانابیس را این گونه معرفی می‌کند: الگوی مشکل‌ساز مصرف که باعث اختلال یا ناراحتی بالینی معنی‌دار می‌شود و افراد با وجود مشکلات زیاد، به مصرف ادامه می‌دهند. کانابیس پرمصرف‌ترین و محبوب‌ترین ماده غیرقانونی دنیاست (کوران، بریگنل، فلچر، میدلتن^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) و انتظار می‌رود استفاده از آن، با تغییراتی که در وضعیت حقوقی برخی کشورها در مورد مصرف این ماده به وجود آمده است، افزایش یابد (فرولی، ریچی، آنتونلا، لومباردی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). به علاوه، با عرضه کانابینوئیدهای مصنوعی که مصرف آن‌ها با عوارض روان‌شناختی شدیدتری همراه است، دولت‌ها و مؤسسات بهداشتی برای جلوگیری از شیوع مصرف و بهبود دانش در مورد خطرات احتمالی آن‌ها تلاش‌ها و مطالعات زیادی انجام می‌دهند (وینستین، روسکا، فاتوره و لندن^۳، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استفاده مستمر کانابیس می‌تواند در حافظه و تمرکز (بروید، ون‌هیل، بیلی، یوسیل^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ هیندوکا، فریمن، ژیا، شبان^۵ و همکاران، ۲۰۱۷)، سلامت فیزیکی و روانی (کوهن و وینستین^۶، ۲۰۱۸)، تغییرات ساختاری

-
- 1 . Curran, Brignell, Fletcher, Middleton
 - 2 . Frolli, Ricci, Antonella, Lombardi
 3. Weinstein, Rosca, Fattore, & London
 4. Broyd, van Hell, Beale, Yücel
 5. Hindocha, Freeman, Xia, Shaban
 - 6 . Cohen and Weinstein

مغز (لورنزی، چی، سولوویچ و رابرتز^۱، ۲۰۱۹) و نیز عملکرد کلی و عملکرد شناختی فرد (کوئینس، دورنز، رودرگیو، ماتیس^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) تاثیر گذارد و پیامدهای منفی بلندمدت داشته باشد (ولکوو، سوانسون، اوینز، دلیسی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا، آسیب به کارکردهای اجرایی^۴ شناختی در مطالعات مرتبط با اختلال مصرف کانابیس، مدنظر بوده است.

کارکردهای اجرایی فرایندهای عالی ذهن و مجموعه‌ای از توانایی‌های برتر سازمان‌دهی، یکپارچه‌سازی و شناختی هستند که با بسیاری فعالیت‌های روان‌شناختی، از جمله برنامه‌ریزی، مهار، تفکر انعطاف‌پذیر، حافظه و توجه در ارتباط هستند (مویرن، گریس و آرلین^۵، ۲۰۲۰) و در سطح عصبی-آناتومیکی^۶ با مسیرهای مختلف تعامل عصبی، همچون قشر پیش‌پیشانی^۷ ارتباط دارند (رابرت، رابین، ویسکرانتز^۸، ۱۹۹۸). مطالعات حیوانی و انسانی نشان داده‌اند که استفاده طولانی مدت از کانابیس‌ها، باعث اختلال در مناطق مغزی درگیر در حافظه و یادگیری، همچون قشر پیشانی و هیپوکامپ (گیلمن، ایس، شونفلد و اوینز^۹، ۲۰۱۸؛ کامچونگ، لیم و کومرا^{۱۰}، ۲۰۱۷) می‌شود و عملکرد شناختی را به‌طور کلی (هاگن، ارگا، هاگن، نسواگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶؛ کادت و بیساگنو^{۱۲}، ۲۰۱۶) و کارکردهای اجرایی را

- 1 . Lorenzetti, Chye, Solowij., & Roberts
- 2 . Koeins, Durnez, Rodrigue, Mathias
- 3 . Volkow, Swanson, Evins, DeLisi
- 4 . executive function
- 5 . Maureen, Grace., & Arlene
- 6 . neuroanatomical
- 7 . prefrontal cortex
- 8 . Robert, Robbins., & Weiskrantz
- 9 . Gilman, Ulysse, Schoenfeld.& Evins
- 10 . Camchong, Lim, & Kumra
- 11 . Hagen, Erga, Hagen, Nesvåg
- 12 . Cadet and Bisagno

۱۶۶ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

به صورت ویژه تحت تأثیر قرار می‌دهند (گرانت، آدامز، کارلین و رنیک^۱؛ ۲۰۱۷؛ کوهن، ماما، روسکا، پین‌هاسوف^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لاول، آکورتس، پادگت، گری^۳ و همکاران (۲۰۲۰). هم‌راستا با این بررسی‌ها سینگل، بزکورت، اورن، اوموت^۴ و همکاران (۲۰۱۸)، به این نتیجه رسیدند که کارکردهای شناختی عمومی در مصرف‌کنندگان کانابیس مختل شده است. فرولی و همکاران (۲۰۲۰)، نیز نتیجه گرفتند که نوجوانان مصرف‌کننده مداوم کانابیس، افت چشمگیر و معنی‌داری در وظایف حافظه و کارکردهای اجرایی داشتند. فرولی و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که مصرف زیاد و مستمر کانابیس در نوجوانی می‌تواند پاسخگویی عاطفی و رفتار اجتماعی را تغییر دهد و باعث اختلال در کارکردهای اجرایی مثل توجه مداوم، یادگیری، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری شناختی و سرعت پردازش اطلاعات شود. همچنین، کاهش عملکردهای شناختی عمومی، هوش کلامی، حافظه کلامی، حافظه فعال و زمان واکنش در گروه مصرف‌کننده کانابیس در مقایسه با افراد بهنجار در مطالعه کوئینس و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده شد. کوهن و همکاران (۲۰۲۰) نقص و کاهش فرایندهای حافظه، یادگیری کلامی، کنترل پاسخ، تمرکز، توجه و یادآوری در بیماران مصرف‌کننده کانابیس را گزارش کرده‌اند. همگام با این بررسی‌ها ماینارد^۵ (۲۰۲۱) نیز به این نتیجه رسید که بعد از کنترل سن، جنس، تحصیلات و نژاد، مصرف‌کنندگان کانابیس، در حافظه فوری، حافظه دور، حافظه کوتاه‌مدت و توجه به نسبت افراد بهنجار عملکرد ضعیف‌تری داشتند. کاتلا و گولد^۶ (۲۰۱۶) در پژوهشی مروری به بررسی تأثیر مصرف مواد بر هیپوکامپ، یادگیری و حافظه بیماران

-
- 1 . Grant, Adams, Carlin, & Rennick
 - 2 . Cohen, Mama, Rosca, Pinhasov
 - 3 . Lovell, Akhurst, Padgett, Garry
 - 4 . Cengel, Bozkurt, Evren, Umut
 - 5 . Maynard
 - 6 . Kutlu, and Gould

وابسته به مواد پرداختند و بیان کردند مصرف مواد بر بخش‌هایی از مغز از جمله هیپوکامپ تأثیر دارد و متعاقب آن فرایند یادگیری و حافظه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مطالعه آور، ویتینگهوف، یافی، کونزی^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، مصرف کانابیس با نقص حافظه کلامی و کاهش سرعت پردازش اطلاعات گزارش شده است. همچنین طباطبایی پور و صباحی (۱۳۹۸) دریافتند که افراد وابسته در عملکرد حافظه دیداری به نسبت افراد بهنجار دچار نارسایی بودند. نهایتاً اینکه ساگر^۲ (۲۰۲۰) به این نتیجه رسید که بر خلاف پژوهش‌های گذشته مصرف‌کنندگان تفریحی کانابیس به نسبت گروه بهنجار کاهش کارکردهای اجرایی را نشان ندادند.

در مورد استمرار نارسایی‌های ناشی از مصرف کانابیس نیز نتایج متناقضی گزارش شده است. برخی مطالعات بیان می‌کنند، استفاده مداوم و مستمر کانابیس در دوران نوجوانی باعث تغییرات دائمی در مدارهای نورونی نواحی ویژه مغز می‌شود و احتمال توسعه اختلالات روانی و مشکلات پایدار در کارکردهای اجرایی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد (وینشتین، رشکا، فوتوری و لندن^۳، ۲۰۱۷). برخی نیز معتقدند ترک مصرف می‌تواند نارسایی‌های ناشی از مصرف کانابیس را برطرف نماید. مثلاً، آور و همکاران (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که افراد بهبودیافته اختلال کانابیس، به نسبت افراد بهنجار در کارکردهای اجرایی و حافظه کلامی ضعیف‌تر هستند یا در یک مطالعه فراتحلیل، کرزیناوسکی و پردن^۴ (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که محدودیت‌های یادگیری کلامی ناشی از مصرف کانابیس، بین ۷ تا ۲۸

-
1. Auer, Vittinghoff, Yaffe, Kunzi
 2. Sagar
 3. Weinstein, Rosca, Fattore, and London
 4. Krzyzanowski, & Purdon

۱۶۸ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

روز بعد از مصرف نکردن پایدار برطرف می‌شود. ماینارد^۱ (۲۰۲۱) نیز گزارش داد، کاهش حافظه و توجه افراد مصرف کننده کانابیس می‌تواند با پرهیز دائمی و در طول زمان بهبود یابد.

مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مصرف کانابیس با تاثیر بر عملکرد مغز، باعث اختلال در کارکردهای اجرایی می‌شود و حتی با وجود طی دوره‌های پرهیز از مصرف، این نارسایی‌ها می‌تواند استمرار یابد؛ از این رو، با توجه به افزایش روزافزون مصرف کانابیس به‌ویژه در بین نوجوانان، پژوهش‌های بیشتر ضرورت دارد. بدیهی است شناسایی و فهم تغییرات شناختی ناشی از مصرف کانابیس، علاوه بر درک بهتر مشکل، به ارائه‌ی راه‌کارهای مختلف درمانی نیز منجر شود. بنابراین، در پژوهش حاضر، فرضیه‌ی نارسایی کارکردهای اجرایی و حافظه در بیماران مصرف کننده کانابیس نسبت به گروه‌های بهبود یافته و بهنجار بررسی شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، شامل کلیه بیماران مصرف‌کننده کانابیس در شهر شیراز بودند که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های روان‌پزشکی (۲ کلینیک) مراجعه کرده بودند. بدین ترتیب از بین کلیه افراد، ۵۰ بیمار مصرف‌کننده کانابیس (حشیش، ماریجوانا، گل)، ۵۰ بیمار بهبودیافته که به مدت حداقل ۶ ماه هیچ‌گونه مصرفی نداشتند و ۵۰ نفر از افراد بهنجاری که سابقه مصرف مواد نداشتند و ترجیحاً از اعضای خانواده آن‌ها بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. شایان ذکر است که گروه‌های مورد مطالعه از نظر میزان تحصیلات،

سن و وضعیت تأهل، همتاسازی شدند. شرط ورود به پژوهش، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی دیگر، ناتوانایی شناختی، احراز تشخیص قطعی اختلال مصرف کانابیس، نداشتن وابستگی به مواد غیرافیونی، دامنه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال، استفاده نکردن از دارو در حین دوره پژوهش و همچنین رضایت‌نامه مبنی بر توافق آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود. درگروه افراد بهبودیافته علاوه بر موارد بالا، داشتن حداقل شش ماه دوره بدون مصرف و برای گروه بهنجار نداشتن هیچ‌گونه سابقه مصرف مواد جزء معیارهای ورود به پژوهش بود.

ابزارها

برای ارزیابی متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین^۱ و مقیاس حافظه وکسلر^۲ (فرم الف) استفاده شد. آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین را گرانٹ و برگ^۳ (۱۹۴۸) طراحی کردند. این آزمون متشکل از ۶۴ کارت غیرمتشابه با شکل‌های متفاوت (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) و رنگ‌های مختلف است. برای اجرای آزمون ابتدا ۴ کارت الگو در مقابل آزمودنی قرار می‌گرفت. آزمونگر ابتدا رنگ را به عنوان اصل دسته‌بندی در نظر می‌گیرد بدون آنکه این اصل را به آزمودنی اطلاع دهد و از وی می‌خواهد بقیه کارت‌ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو قرار دهد. بعد از هر کوشش به آزمودنی گفته می‌شود جای‌گذاری وی صحیح است یا خیر. اگر آزمودنی بتواند به‌طور متوالی ۱۰ دسته‌بندی صحیح انجام دهد اصل تغییر می‌یابد و اصول بعدی شکل و تعداد است و بعد سه اصل به

1 . Wisconsin Card Sorting Test

2 . Wechsler Memory Scale

3 . Grant and Berg

۱۷۰ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

ترتیب تکرار می‌شوند. زمانی آزمون متوقف می‌شود که آزمودنی بتواند با موفقیت ۶ طبقه را به‌طور صحیح دسته‌بندی کند. آزمون دسته‌بندی ویسکانسین را می‌توان به چندین روش نمره‌گذاری کرد. رایج‌ترین شیوه، ثبت تعداد طبقات به‌دست آمده و خطای درجاماندگی است. طبقات به‌دست آمده به تعداد دوره‌های صحیح اطلاق می‌شود. مواقعی که آزمودنی بر طبق اصل موفقیت‌آمیز قبلی دسته‌بندی را ادامه دهد و زمانی که در اولین سری دسته‌بندی بر یک حدس غلط اولیه پافشاری کند، خطای درجاماندگی وجود دارد. اعتبار این آزمون برای نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای ۰/۸۶ گزارش شده است (لزاک^۱، ۱۹۹۵). پایایی این آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی‌کنندگان ۰/۸۳ (اسپرن استراوس^۲، ۱۹۹۱) و در نمونه ایرانی با روش بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است (نادری، ۱۳۷۳). لازم به ذکر است که قبل از اجرای پژوهش و در یک مطالعه‌ی مقدماتی، پایایی بازآزمایی آزمون بر روی یک گروه ۳۰ نفری از افراد مصرف‌کننده کانابیس مورد بررسی قرار گرفت که پایایی این آزمون به شیوه همسانی درونی ۰/۷۶، دونیمه کردن ۰/۸۸ و بازآزمایی (با فاصله ۱ ماه) ۰/۷۹ بود.

مقیاس حافظه و کسلر را دیوید وکسلر^۳ در سال ۱۹۴۵ ساخته است (ریان، موریس، یافا و پترسون^۴، ۱۹۸۱) و ۷ خرده‌مقیاس دارد که شامل ۱- آگاهی در مورد مسائل روزمره و شخصی (اطلاعات شخصی و عمومی) ۲- آگاهی نسبت به زمان و مکان (جهت‌یابی) ۳- کنترل ذهنی ۴- حافظه منطقی ۵- تکرار ارقام رو به جلو و معکوس ۶- حافظه بینایی و ۷- یادگیری تداعی‌هاست. نمره کل حافظه از جمع نمرات

1. Lezak

2. Spreen and Strauss

3. David Wechsler

4. Ryan, Morris, Yaffa and Peterson

خرده آزمون‌ها به دست می‌آید. طبق فرم اصلی مقیاس، می‌توان به جمع این نمرات خام، نمره ثابت اصلاح شده‌ای که در جدول مربوط به گروه‌های سنی مختلف آورده شده را اضافه نمود که با جمع این دو نمره میزان شده نمره حافظه به دست می‌آید و با مراجعه به جدول می‌توان معادل بهره حافظه^۱ را که در مقابل نمرات میزان شده آمده، به دست آورد (اورنگی، عاطف وحید و عشایری، ۱۳۸۱). پایایی این مقیاس به روش آزمون-بازآزمون برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس‌های اطلاعات شخصی و عمومی ۰/۷۵، جهت‌یابی ۰/۶۷، کنترل ذهنی ۰/۸۰، حافظه منطقی ۰/۶۲، تکرار ارقام ۰/۶۸، حافظه بینایی ۰/۸۰، یادگیری تداعی‌ها ۰/۶۸ گزارش شده است (ریان و همکاران، ۱۹۸۱). در پژوهش حاضر پایایی بازآزمایی (با فاصله ۱ ماه) مقیاس حافظه و کسلر بر روی ۳۰ نفر از افراد مصرف‌کننده کانابیس مورد بررسی قرار گرفت که ضرایب پایایی برای خرده مقیاس‌های اطلاعات ۰/۷۱، جهت‌یابی ۰/۵۹، کنترل ذهنی ۰/۷۷، حافظه منطقی ۰/۵۹، تکرار ارقام ۰/۶۶، حافظه بینایی ۰/۷۹ و یادگیری تداعی‌ها ۰/۷۱ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از اجرای تحلیل، برقرار بودن برخی از مهم‌ترین مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. براساس آزمون شاپیرو-ویلک^۲ شکل توزیع متغیرهای پژوهش با توزیع نرمال تطابق داشت و فرضیه نرمال بودن داده‌ها محقق شد. آزمون باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس مورد استفاده قرار گرفت. نتایج آزمون باکس به لحاظ آماری معنادار نبود و معنادار نبودن یعنی ماتریس‌های کوواریانس

1 . memory quotient

2. Shapiro-Wilk

۱۷۲ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

متغیر وابسته برای سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) برابرند. آزمون کرویت بارتلت به منظور همبستگی بین اندازه‌های وابسته استفاده شد که نتایج وجود همبستگی کافی بین اندازه‌های وابسته برای انجام تحلیل را نشان داد. بنابراین، مفروضه‌های مهم تحلیل مانوا احراز گردید و با تایید برقراری مفروضه‌های لازم، داده‌ها با استفاده از بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های مربوط به آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و مقیاس حافظه و کسلر را در گروه‌های پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۱: مؤلفه‌های توصیفی نمره‌های زیرمقیاس‌های آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و مقیاس حافظه و کسلر در گروه‌های پژوهش

آزمون‌ها	گروه‌های پژوهش	میانگین	انحراف معیار	مصرف کانابیس	بهبود یافته	میانگین	انحراف معیار	بهنجار
آزمون ویسکانسین	خطای درجاماندگی	۸/۱۲	۳/۳۲	۴/۹۰	۳/۷۰	۲/۰۵	۲/۱۷	انحراف معیار
حافظه و کسلر	خطای کل	۱۱/۴۳	۴/۲۰	۷/۷۴	۴/۸۱	۴/۹۶	۲/۱۱	میانگین
	اطلاعات شخصی و عمومی	۴/۸۹	۱/۴۳	۵/۶۲	۱/۲۵	۷/۱۵	۲/۶۷	انحراف معیار
	جهت‌یابی	۳/۶۶	۱/۰۴	۴/۸۵	۱/۶۲	۷/۸۱	۳/۰۱	میانگین
	کنترل ذهنی	۵/۰۵	۱/۳۶	۶/۵۳	۱/۸۲	۸/۸۰	۲/۴۶	انحراف معیار
	حافظه منطقی	۸/۹۹	۲/۱۹	۱۴/۰۸	۲/۹۳	۱۳/۱۷	۴/۱۲	میانگین
	تکرار ارقام	۴/۱۴	۲/۰۱	۵/۶۸	۲/۶۴	۹/۱۳	۲/۹۷	انحراف معیار

۲/۴۳	۱۰/۶۱	۱/۶۴	۸/۷۷	۱/۴۱	۶/۲۱	حافظه بینایی
۳/۰۷	۱۲/۲۲	۳/۱۷	۹/۴۵	۲/۸۲	۷/۸۸	یادگیری تداعی‌ها
۱۹/۶۳	۱۱۴/۶۷	۸/۱۶	۹۶/۳۷	۶/۶۸	۷۶/۵۶	بهر کل حافظه

با استناد به نتایج آزمون چند متغیری لامبدا و یلکز (با مقدار ۰/۰۵۶) که نشان داد گروه‌های مورد مطالعه در مجموع از نظر متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌داری در سطح (۰/۰۰۰۱) دارند، به ارزیابی هر یک از متغیرهای وابسته پرداخته شد. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل واریانس اثرات بین‌گروهی در زیرمقیاس‌های آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و حافظه و کسلر را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج ارائه شده بین گروه‌های مورد بررسی، در زیرمقیاس‌های خطای درجاماندگی ($P=0/0001, F=18/34$) و خطای کل ($P=0/0001, F=22/06$) آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. همچنین بین ۳ گروه مورد بررسی در زیرمقیاس‌های اطلاعات شخصی و عمومی ($P=0/0001, F=18/37$)، جهت‌یابی ($P=0/0001, F=29/34$)، کنترل ذهنی ($P=0/0001, F=45/46$)، حافظه منطقی ($P=0/0001, F=28/50$)، تکرار ارقام ($P=0/0001, F=39/02$)، حافظه بینایی ($P=0/0001, F=55/49$)، یادگیری تداعی‌ها ($P=0/0001, F=19/06$)، بهره کل حافظه ($P=0/0001, F=531/11$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. مشخص کردن چگونگی تفاوت بین گروه‌ها مستلزم به‌کارگیری مقایسه‌های چندگانه بود که نتایج مقایسه‌های چندگانه در جدول شماره ۲ آورده شده است.

۱۷۴ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس اثرات بین گروهی در آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین و مقیاس

حافظه و کسلر

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع پراکنندگی
۰/۰۰۰۱	۱۸/۳۴	۲۵۰/۸۳	۲	۵۰۱/۶۶	خطای درجاماندگی	آزمون
۰/۰۰۰۱	۲۲/۰۶	۴۴۲/۴۳	۲	۸۸۴/۸۶	خطای کل	ویسکانسین
۰/۰۰۰۱	۱۸/۳۷	۶۸/۷۲	۲	۱۴۴/۸۸	اطلاعات شخصی و عمومی	مقیاس حافظه
۰/۰۰۰۱	۲۹/۳۴	۱۷۱/۲۲	۲	۳۴۰/۲۳	جهت‌یابی	وکسلر
۰/۰۰۰۱	۴۵/۴۶	۱۷۴/۲۶	۲	۳۴۵/۰۱	کنترل ذهنی	
۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۰	۳۶۵/۴۲	۲	۶۸۳/۳۲	حافظه منطقی	
۰/۰۰۰۱	۳۹/۰۲	۲۴۱/۳۲	۲	۴۵۲/۲۱	تکرار ارقام	
۰/۰۰۰۱	۵۵/۴۹	۲۱۲/۸۷	۲	۴۲۹/۶۰	حافظه بینایی	
۰/۰۰۰۱	۱۹/۰۶	۱۹۹/۳۵	۲	۱۸۷/۶۲	یادگیری تداعی‌ها	
۰/۰۰۰۱	۵۳۱/۱۱	۲۳۶۷۲/۴۱	۲	۵۰۶۰۳/۸۲	بهر کل حافظه	

جدول شماره ۳ مقایسه‌های چندگانه بونفرونی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، بین میانگین گروه مصرف‌کننده کانابیس با گروه بهبودیافته و افراد بهنجار در زیرمقیاس‌های آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (خطای درجاماندگی و خطای کل) در سطح ($P < /0.001$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. به عبارتی افراد مصرف‌کننده کانابیس عملکرد ضعیف‌تری در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین نسبت به دو گروه دیگر دارند، ولی بین گروه بهبودیافته و افراد بهنجار در زیرمقیاس خطای

درجاماندگی آزمون ویسکانسین تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. همچنین نتایج مقایسه‌های چندگانه بونفرونی در مورد زیرمقیاس حافظه وکسلر نشان داد که بین میانگین گروه مصرف‌کننده کانابیس با گروه بهبودیافته و افراد بهنجار در متغیرهای اطلاعات شخصی و عمومی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، تکرار ارقام، حافظه بینایی، یادگیری تداعی‌ها و بهر کل حافظه در سطح ($P < /0.001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین، افراد مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف حافظه وکسلر عملکرد ضعیف‌تری نسبت به دو گروه بهبودیافته و افراد بهنجار داشتند. همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه بهبودیافته و بهنجار در تکالیف حافظه وکسلر در سطح (0.05) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد به عبارتی گروه بهبودیافته عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه بهنجار در تکالیف حافظه‌ای داشت.

جدول ۳: مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های مورد بررسی در آزمون‌های

دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و حافظه وکسلر

آزمون	زیرمقیاس‌ها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	
آزمون ویسکانسین	خطای	مصرف‌کننده	بهبودیافته	۳/۱۲	۱/۰۵	۰/۰۰۵
	درجاماندگی	مصرف‌کننده	بهنجار	۴/۹۱	۱/۱۲	۰/۰۰۰۱
		بهبودیافته	بهنجار	۲/۵۷	۱/۰۹	۰/۷۷۴
	خطای کل	مصرف‌کننده	بهبودیافته	۳/۶۷	۱/۳۸	۰/۰۰۵
		مصرف‌کننده	بهنجار	۷/۱۱	۱/۱۸	۰/۰۰۰۱
		بهبودیافته	بهنجار	۳/۳۴	۱/۲۰	۰/۰۰۹
مقیاس		مصرف‌کننده	بهبودیافته	۱/۶۵	۰/۵۵	۰/۰۰۳
		مصرف‌کننده	بهنجار	۲/۸۷	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱

۰/۰۵۰	۰/۴۹	۱/۲۲	بهنجار	بهبودیافته	اطلاعات شخصی و عمومی
۰/۰۱۷	۰/۵۲	۱/۴۴	بهبودیافته	مصرف‌کننده	جهت‌یابی
۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۴/۱۲	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۲/۸۱	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۲/۱۴	بهبودیافته	مصرف‌کننده	کنترل ذهنی
۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۴/۳۱	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۲/۵۳	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۶/۰۹	بهبودیافته	مصرف‌کننده	حافظه منطقی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۱	۴/۴۸	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۲۴۵	۰/۸۱	۱/۶۴	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۱	۶۱	۳/۸۵	بهبودیافته	مصرف‌کننده	تکرار ارقام
۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۳/۰۱	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۲/۸۴	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۲/۸۹	بهبودیافته	مصرف‌کننده	حافظه بینایی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۴/۸۰	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۹۵	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۰۴	۰/۸۲	۲/۴۲	بهبودیافته	مصرف‌کننده	یادگیری
۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۳/۹۸	بهنجار	مصرف‌کننده	تداعی‌ها
۰/۰۲۱	۰/۷۶	۲/۱۵	بهنجار	بهبودیافته	
۰/۰۰۰۱	۱/۹۸	۲۹/۰۳	بهبودیافته	مصرف‌کننده	بهر کل حافظه
۰/۰۰۰۱	۱/۴۵	۵۰/۰۱	بهنجار	مصرف‌کننده	
۰/۰۰۰۱	۲/۶۷	۲۱/۱۲	بهنجار	بهبودیافته	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکردهای اجرایی و حافظه در بیماران مصرف‌کننده کانابیس، افراد بهبودیافته و افراد بهنجار انجام شد. نتایج نشان داد که استفاده مکرر از کانابیس به میزان چشمگیری بر کارکردهای اجرایی و حافظه تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، گروه مصرف‌کننده کانابیس در مقایسه با گروه بهبودیافته و بهنجار و گروه بهبودیافته در مقایسه با گروه بهنجار در کارکردهای اجرایی و حافظه عملکرد ضعیف‌تری داشتند. این نتایج به تأثیر مصرف کانابیس بر کارکردهای اجرایی و حافظه اشاره دارد و نشان می‌دهد، مصرف کانابیس به صورت چشمگیری عملکرد کارکردهای اجرایی و حافظه بیماران را حتی بعد از قطع مصرف کانابیس و بهبود برای مدت زمان معقول (۶ ماه)، دچار اختلال می‌کند. همسو با نتایج به دست آمده، ادبیات پژوهش نیز بر آسیب کارکردهای اجرایی در افراد مصرف‌کننده کانابیس تأکید دارند (کوهن و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرولی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ماینارد، ۲۰۲۱؛ طباطبایی پور و صباحی، ۱۳۹۸).

همچنین در پژوهش حاضر خطای درجاماندگی آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و حافظه منطقی بین گروه بهبودیافته و افراد عادی تفاوت معنی‌داری نداشت که این یافته با پژوهش پیراستو و همکاران (۲۰۰۶) همسوست.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان بر نقش آسیب‌های مناطق مختلف مغزی به‌ویژه آسیب لوب پیشانی، پیش‌پیشانی و هیپوکامپ مغز، در اختلالات کارکردهای اجرایی تأکید نمود. بر این اساس، مصرف کانابیس با ایجاد آسیب در عملکرد لوب پیشانی و پیش‌پیشانی موجب اختلال در کارکردهای اجرایی می‌شود. همچنین موادمخدر و از جمله کانابیس می‌تواند با اثرگذاری بر انتقال‌دهنده‌های عصبی باعث

۱۷۸ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

تخلیه پایانه‌های دوپامینی در جسم مخطط، افزایش آزادسازی سروتونین و نوراپی نفرین و خروج گلو تامات از درون سلول شود (لورنزی و همکاران، ۲۰۱۹). این نواحی در تکالیف کارکردهای اجرایی مثل آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین، مورد توجه قرار گرفته است. از این رو می‌توان به این موضوع اشاره کرد که نقص‌های موجود در کارکردهای اجرایی مصرف‌کنندگان کانابیس، می‌تواند ناشی از فعالیت کمتر قشر پیشانی، پیش‌پیشانی و هیپوکامپ مغز (لورنزی و همکاران، ۲۰۱۹) باشد. این نقص‌ها باعث نارسایی در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین می‌شود که یکی از آزمون‌های مهم کارکردهای اجرایی است. یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که بیماران مصرف‌کننده کانابیس نسبت به افراد بهبودیافته و افراد بهنجار و نیز گروه بهبودیافته در مقایسه با افراد بهنجار عملکرد ضعیف‌تری در تکالیف حافظه و کسلر داشتند. این نتایج با یافته‌های سینگل و همکاران (۲۰۱۸)، کوهن و همکاران (۲۰۲۰)، آور و همکاران، (۲۰۲۱) و ماینارد (۲۰۲۱) همسوست. در تبیین این یافته براساس برخی نظریه‌ها مصرف مزمن کانابیس باعث اختلال در مناطق مغزی درگیر در حافظه و یادگیری، همچون قشر پیشانی و هیپوکامپ می‌شود. به عنوان نمونه، گیلمن و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند، مصرف کانابیس، سبب تغییر در حجم هیپوکامپ چپ، ضخامت قشر درونی نیمکره راست، پل گیجگاهی و بخش جانبی لوب پس سری می‌شود. بر این اساس مصرف کانابیس با تأثیر بر هیپوکامپ و سایر ساختارهای درگیر در حافظه باعث تفاوت معنی‌دار گروه بهنجار با گروه‌های مصرف‌کننده و بهبودیافته در کارکرد حافظه می‌شود. همچنین مصرف طولانی مدت کانابیس سبب کاهش اتصال کارکردی مغز و عملکرد کلی قشر پیشانی و هیپوکامپ می‌شود که دلیل آن را می‌توان در تأثیر مصرف کانابیس بر نورون‌های بخش کانابینوئید مغز جستجو کرد (کامچونگ و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این نشان داده شده است که مصرف مواد ممکن است فرایند

مرگ سلولی برنامه‌ریزی شده^۱ و تشکیل بافت عصبی^۲ را افزایش دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که مصرف مواد فرایند نورونز را در ناحیه زیر دندان‌های^۳ (بخشی از شگنج دندان‌های^۴ در هیپوکامپ) کاهش می‌دهد و این بازسازی نورونز به نقایص ناشی از مصرف مواد در عملکردهای شناختی همانند تکالیف حافظه کمک می‌کند و می‌تواند توجیهی برای این مسئله باشد که توقف مصرف کانابیس نتوانسته است مشکلات کارکردهای اجرایی و حافظه مصرف‌کنندگان کانابیس را در محدوده زمانی شش ماه بعد از بهبود، کاملاً رفع کند.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که فرایندهای نوروفیزیولوژیکی و روان‌شناختی درگیر در اختلال مصرف کانابیس، تغییرات نوروفیزیولوژیکی، روان‌شناختی و عصب-روان‌شناختی، از جمله اختلال در کارکردهای اجرایی و حافظه را به دنبال دارند و می‌توانند عوامل مهمی در روند اختلال و نتیجه‌ی درمان باشند. بر این اساس لازم است این موارد در ارزیابی‌های اولیه مصرف‌کنندگان کانابیس، در هر برنامه‌ی درمانی مورد بررسی قرار گیرد.

لازم به‌ذکر است که کاهش کارکردهای اجرایی و عملکرد حافظه در مصرف‌کنندگان کانابیس و به‌ویژه نوجوانان، تابع شرایط و مؤلفه‌های پیچیده‌ای است که به بررسی‌های پژوهشی بیشتر نیاز دارد. این مطالعه چندین محدودیت داشت. اول اینکه نمی‌توان از مطالعات مقایسه‌ای علیت استنباط کرد. دوم، حجم نمونه مورد بررسی محدود بود و نداشتن اطلاعات دقیق از میزان و شدت مصرف کانابیس، هدف

1 . programmed cell death

2 . neurogenesis

3 . subgranular zone

4. dentate gyrus

۱۸۰ کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس...

استفاده، سن شروع و نیز مدت زمان پرهیز از مصرف و تعداد عودهای احتمالی از دیگر محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌آید. بر این اساس به پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده در وهله اول در نمونه بزرگتری به بررسی جنبه‌های مختلف کارکردهای اجرایی بپردازند تا محدوده و قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش افزایش یابد، همچنین لازم است پژوهش‌های آینده، با دقت بیشتری به بررسی نقایص کارکردهای اجرایی با استناد به پارامترهای موثر در مصرف کانابیس و تعامل این شاخص‌ها با سن شروع، ضریب هوشی، عوامل شخصیتی، مدت استفاده و تعداد عودها بپردازند. همچنین مطالعات مقایسه‌ای با سایر انواع مواد مخدر، به‌ویژه در بین نوجوانان پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

با سپاس از بیماران، خانواده بیماران و روان‌پزشکان همکار که در این پژوهش شرکت نمودند و بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود.

منابع

- اورنگی، مریم؛ عاطف وحید، محمد کاظم و عشایری، حسن. (۱۳۸۱). هنجاریابی مقیاس تجدید نظر شده حافظه و کسلر در شهر شیراز. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷ (۴)، ۵۶-۶۶.
- طباطبایی‌پور، سید محمد میلاد و صباحی، پرویز. (۱۳۹۸). مقایسه عملکرد حافظه دیداری در افراد وابسته به ماری‌جوآنا و افراد بهنجار. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۱)، ۲۷-۳۶.
- نادری، نصراله. (۱۳۷۳). *بررسی پردازش اطلاعات و برخی از عملکردهای نوروپسیکولوژی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Ed)*. Washington, DC: APA.
- Auer, R., Vittinghoff, E., Yaffe, K., Kunzi, A., Kertesz, S. G., Levine, D. A., Albanese, E., Whitmer, R. A., Jacobs, D. R., Jr., Sidney, S., Glymour, M. M., &

- Pletcher, M. J. (2016). Association between lifetime marijuana use and cognitive function in middle age: The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 352-361.
- Cadet, J. L., & Bisagno, V. (2016). Neuropsychological consequences of chronic drug use: relevance to treatment approaches. *Frontiers in psychiatry*, 6(189), 1-10.
- Camchong, J., Lim, K., & Kumra, S (2017). Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: a longitudinal study. *OUP*. 27(3), 1922-30.
- Cengel, HY., Bozkurt, M., Evren, C., Umut, G., Keskinilic, C., & Agachanli, R. (2018). Evaluation of cognitive functions in individuals with synthetic cannabinoid use disorder and comparison to individuals with cannabis use disorder. *Psychiatry Research*. 262,46-54.
doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.046.
- Cohen, K., Mama, Y., Rosca, P., Pinhasov A., & Weinstein, A (2020). Chronic use of synthetic cannabinoids is associated with impairment in working memory and mental flexibility. *Front. Psychiatry* 11,602. doi.org/10.3389/fpsy.2020.00602
- Cohen, K., & Weinstein, A (2018). The effects of cannabinoids on executive functions: Evidence from cannabis and synthetic cannabinoids-A systematic review. *Brain Science*. 8(3),40.
- Curran, H.V., Brignell, C., Fletcher, S., Middleton, P., & Henry, J. (2016). Cognitive and subjective dose-response effects of acute oral delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) in infrequent cannabis users. *Psychopharmacology*, 164 (1), 61–70.
- Farokhi, M., & Shahbazi, A (2019). Qualitative study of marijuana addiction living experience among students in Tehran. *Journal of Social Problems of Iran*. 9(2), 237-258.
- Frolli, A., Ricci, M.C., Antonella, C., Lombardi, A., Pastorino, G.M., & Operto, F.F (2020). Executive functions and cannabis use in adolescents. *Preprints* (www.preprints.org).
- Gilman, J., Ulysse, C., Schoenfeld, D., & Evins, A. (2018). An updated report of associations between cannabis use and brain structure. *Biological Psychiatry*. 83(9), S449.
- Grant, D. A., & Berg, E. A. (1948). behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38(4), 404–411

- Hindocha, C., Freeman, TP., Xia, JX., Shaban, NDC., & Curran, HV (2017). Acute memory and psychotomimetic effects of cannabis and tobacco both 'joint' and individually: a placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(15), 2708–2719.
- Krzyzanowski, D. J., & Purdon, S. E. (2020). Duration of abstinence from cannabis is positively associated with verbal learning performance: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology*, 34(3), 359-372.
- Koenis, M., Durnez, J., Rodrigue, A., Mathias, M., Alexander-Bloch., Aaron F., ... & Glahn, D.C. (2021). Associations of cannabis use disorder with cognition, brain structure, and brain function in African Americans. *Human Brain Mapping*, 42, 1727–1741.
- Kutlu, M. G & Gould, T. J. (2016). Effects of drugs of abuse on hippocampal plasticity and hippocampus-dependent learning and memory: contributions to development and maintenance of addiction. *Learning & Memory*, 23 (10), 515-533.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3rd Ed). New York: Oxford University Press.
- Lorenzetti, V., Chye, Y., Silva, P., Solowij, N., & Roberts, C. A. (2019). Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 59-71.
- Lovell, M. E., Akhurst, J., Padgett, C., Garry, M. I., & Matthews, A. (2020). Cognitive outcomes associated with long-term, regular, recreational cannabis use in adults: A meta-analysis. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 471-494.
- Maynard, Madison (2021). *Relationship between cannabis use and immediate, delayed, and working memory performance among older adults*. University of Central Florida Honors Undergraduate Theses. 995.
- Morin J. G., Afzali M. H., Bourque J., Stewart S. H., Séguin J. R., O’Leary-Barrett M., Conrod, P. J. (2018), A Population-Based Analysis of the Relationship Between Substance Use and Adolescent Cognitive Development. *American Journal of Psychiatry*; appi.ajp.2018.1 DOI:10.1176/ appi.ajp.18020202.
- Maureen, Hoskyn. Grace, Oskyn., & Arlene Young (2020). *Executive functions in children’s everyday lives*. Printed by Sheridan Books, Inc., Oxford University Press.

- Naderi, N (1373). Evaluation of information processing and some neuropsychological functions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Master Thesis in Clinical Psychology*. Tehran Psychiatric Institute. (Text in Persian).
- Orangi, M., Atefvahid, M.K., & Ashayeri, H (1381). Standardization of the revised Wechsler Memory Scale in Shiraz. *Andeesheh va Raftar*. 7(4). 56-66. (Text in Persian).
- Ryan, J. J., Morris, J., Yaffa, S., & Peterson, L. (1981). Test-retest reliability of the Wechsler Memory Scale, Form I. *Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 847-8.
- Sagar, K. A. (2020). *Cognition and cannabis use disorder in recreational cannabis users and medical cannabis patients* (Doctoral dissertation, Boston University).
- Tabatabaei-poor, S.M.M., & Sabahi, P. (1398). Comparison of visual memory performance in marijuana dependent and normal persons. *Journal of Clinical Psychology*. 11(1), 27-36.(Text in Persian).
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., & Baler, R (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73, 292–297.
- Weinstein, A.M., Rosca, P., Fattore, L., & London, E.D. (2017). Synthetic cathinone and cannabinoid designer drugs pose a major Risk for Public Health. *Front. Psychiatry*. 8 (156), 1-11.

داوران این شماره

Reviewer Name	Position	مرتبه علمی	نام و نام خانوادگی
Mahmoud Najafi	Associate Professor, Semnan University	دانشیار دانشگاه سمنان	محمود نجفی
Masoud Fazilat- Pour	Associate Professor, Bahonar University	دانشیار دانشگاه باهر	مسعود فضیلت پور
Abbas Abolghasemi	Professor, Guilan University	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی
Sogand Ghasemzadeh	Assistant Professor, Tehran University	استادیار دانشگاه تهران	سوگند قاسم زاده
Prof. Esmat Danesh	Professor, Shahid Beheshti University	استاد دانشگاه شهید بهشتی	پروفسور عصمت دانش
Ghazal Zandkarimi	Assistant Professor, Refah University	استادیار دانشگاه رفاه	غزال زند کریمی
Hassan Shams Esfandabad	Associate Professor, Imam Khomeini International University	دانشیار دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)	حسن شمس اسفند آباد
Maryam Talebi	Assistant Professor,	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Seyedeh Monavar Yazdi	Professor, Alzahra University	استاد دانشگاه الزهراء	سیده منور یزدی
Zabih Pirani	Assistant Professor, Islamic Azad University, Arak Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک	ذبیح پیرانی
Abolghasem Mehrinejad Seyed	Associate Professor, Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهراء	سید ابوالقاسم مهري نژاد
Sahar Khanjani	Assistant professor, Arak University	استادیار دانشگاه اراک	سحر خانجانی

In the name of
Quarterly Journal of *GOOD*
Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 17, No.2, Summer 2021, Serial No.63
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajooch

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemiyani.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

professor of Shahid Chamran University of Ahvaz

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghnaki

Professor of Shiraz University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Fatemeh Safiri

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Executive Manager

Mehrangiz Peyvastegar

Associate Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Roghaye Nazari

Layout Designer

Fatemeh Safiri

Cover Designer

Parisa Shad Ghazvini

Associate Professor, Alzahra University

Publication Frequency

Quarterly

Publication Permit No.

124/1274

Peer Review Permit No.

3/2910/1069

Circulation

1,000

Address

3rd.floor, Faculty of Education

And Psychology, Alzahra

University, Vanak,

Tehran, Iran

P.O. Box

19935/663

TeleFax

+98 (21) 88041463

Home page:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

E-mail

psychstudies@alzahra.ac.ir

Journal of Psychological studies is indexed in ISC, Iran Journal and has been allocated an impact factor by ISC.

Abstracts

- Modeling the Relationship between the BIS, Victimization and Reward on BDD Considering Mediating Role of Interpersonal Cognitive Distortions in Students** 11-32
Kowsar Azimi Yancheshmeh , Batool Ahadi , Mehrangiz Pevastehgar , Roshanak Khodabakhsh
- The Correspondence of DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders with Grandiose and Vulnerable Narcissism** 33-54
Issa Hekmati , Jalil Babapour , Mahdi Imani
- Identifying and Comparing the Profile of Psychopathology of University Students with different intensities of Nomophobia** 55-76
MohammadAgha Delavarpour , Fatemeh Akbari , Mahsa Baghiei
- The Correlation between Emotional Disorders Based on RDoC and Neurotic Spectrum Disorders in DSM5: Investigating the Validity and Reliability of Self-Reports** 77-96
Ghazal Zandkarimi
- The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Loneliness and Cognitive Flexibility in Elderly Men** 97-116
Marayam Tohidiefar , Kobra Kazemian Moghadam , Homayoon Haroon Rashidi
- The Roles of Child Abuse and Insecure Attachment, Through Mediation of Cognitive Process, in Explaining Conduct Disorder in Adolescents** 117-138
Ziba Shir Mohammadi , Masoud Sadeghi , Firoozeh Ghazanfari
- The role of Child's Self-efficacy in the Relationship between Childhood Traumatic Events and Psychosomatic Complaints** 139-162
Afrooz Afshari , Zeinad Jondi
- Executive Functions in Patients with Cannabis Use Disorder, Recovered and Normal Individuals** 163-183
Mohammad Mehdi Hasanshahi , Shirin Pooladi

**Modeling the Relationship between the BIS, Victimization
and Reward on BDD Considering Mediating Role of
Interpersonal Cognitive Distortions in Students**

Kowsar Azimi Yancheshmeh*¹, Batool Ahadi², Mehrangiz Pevastehgar³,
Roshanak Khodabakhsh⁴

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between behavioral inhibition system, victimization and reward and body dysmorphic with mediating role of interpersonal cognitive distortions. The research method was descriptive – correlational which was done through path analysis. The study population consisted of high school students in academic year of 2019 in Tehran. 364 participants were selected via multistage cluster random sampling method and were assessed with Yale- Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder, behavioral inhibition subscale, Moradi Bully Victimization scale, interpersonal cognitive distortions scale and reward probability index. The result of path analysis showed behavioral inhibition system, victimization and interpersonal cognitive distortions had a positive and direct relationship with body dysmorphic. Reward had a direct and negative relationship with body dysmorphic. Also the results indicated that interpersonal cognitive distortions play a significant mediating role on the relationship between

¹ Corresponding Author: PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
Iran.kowsarazimi@yahoo.com

² Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.B.Ahadi@alzahra.ac.ir

³. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
mpaivastegar@alzahra.ac.ir

⁴. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

Abstracts

behavioral inhibition system, victimization, and reward with body dysmorphic. Based on the findings, it can be concluded that behavioral inhibition system, victimization, reward and interpersonal cognitive distortions play a role in students' body dysmorphic. The result can be used to design counseling and therapeutic program for students.

Keywords: Behavioral inhibition system, body dysmorphic, interpersonal cognitive distortions, reward, victimization

The Correspondence of DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders with Grandiose and Vulnerable Narcissism

Issa Hekmati*¹, Jalil Babapour², Mahdi Imani³

Abstract

The aim of present study was to investigate the correspondence of Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) dimensions with vulnerable and grandiose narcissism. The research method was a descriptive and correlational study. To this end 261 students from Tabriz University were selected by random cluster sampling and completed the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) and Pathological Narcissism Inventory. The Pearson correlation coefficient and multiple regression were used to analyze data. Results revealed that all dimensions and total score of vulnerable narcissism were correlated significantly with five pathological personality traits; but dimensions and total score of grandiose narcissism were mostly correlated with antagonism and psychoticism significantly. Regression analysis of vulnerable narcissism showed that four pathological personality trait, including negative affect, antagonism, disinhibition and psychoticism were significant predictor of total score of vulnerable narcissism, and with regard to dimension of vulnerable narcissism the same four aforementioned dimensions were predictor of contingent self-esteem; detachment and psychoticism were significant predictor of hiding the self; psychoticism was significant predictor of devaluing; and all pathological traits were significant

¹ Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Human science, University of Maragheh, Maragheh, East Azerbaijan, Iran; Corresponding author; Hekmati.Issa@gmail.com

² Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran; babapurj@yahoo.com

³ Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran; dr.mahdiimani@gmail.com

Abstracts

predictor of entitlement rage. With respect to grandiose narcissism regression analysis revealed that antagonism and psychoticism were significant predictor of grandiose narcissism total score; and with respect to its dimensions, antagonism was significant predictor of exploitativeness; and psychoticism was significant predictor of Self-Sacrificing Self-Enhancement, and also significant predictor of grandiose fantasy. It can be concluded that DSM-5 AMPD relatively corresponds with grandiose and not with vulnerable narcissism.

Keywords: Alternative model of personality disorders, grandiose narcissism, vulnerable narcissism

Identifying and Comparing the Profile of Psychopathology of University Students with Different Intensities of Nomophobia

MohammadAgha Delavarpour*¹, Fatemeh Akbari², Mahsa Baghiee³

Abstract

As a psychopathology, nomophobia, is the consequences of excessive use of smartphones, although its pathological aspects are not yet clear. The present study aimed to identify The profile of psychopathology of university students with different intensities of nomophobia. The research methodology was descriptive - comparison. A sample of 323 people was selected from among the students of Semnan University based on the cut-off point scores and was placed in three groups of severe, moderate, and mild nomophobia. The instruments included Symptom Checklist-Revised and Nomophobia Questionnaire. Descriptive statistics, multivariate analysis of variance, and Scheffe post hoc tests were used to analyze the data. The results showed that in all 9 symptoms of SCL-90, the average score of people with severe nomophobia was higher than individuals with mild nomophobia. Similar results were obtained in groups with severe and moderate nomophobia, with the exception of two symptoms: somatization and phobia. Considering the psychopathological profile of people with severe nomophobia, it was found that the severity of psychological damage in this group was significantly higher in the symptoms of paranoid thoughts, depression, interpersonal sensitivity, obsession, and psychosis, respectively. The results provide a comprehensive picture of the psychopathologies associated with

¹ Corresponding Author: Assistant Professor in Educational psychology, Semnan University, Semnan, Iran.mdelavarpour@semnan.ac.ir.

² M.A student in psychology, psychology department, Semnan University, Semnan, Iran. fatemehakbari7494@gmail.com.

³ M.A student in psychology, psychology department, Semnan University, Semnan, Iran. mahssaa1374@gmail.com.

Abstracts

nomophobia, based on which intervention or research orientations in the field can be guided more effectively.

Keywords: Nomophobia, psychopathological profile, smartphone

**The Correlation between Emotional Disorders Based on
RDoC and Neurotic Spectrum Disorders in DSM5:
Investigating the Validity and Reliability of Self-Reports**

Ghazal Zandkarimi¹

Abstract

The purpose of this study was to investigate the correlation between emotional disorders symptoms according with research domain criteria dimensions and neuroticism spectrum disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders revised 5. For this purpose, 300 of depression, anxiety and OCD patients (age between 18 and 40) were selected voluntarily from six mental health centers of Tehran and invited to participate in this study. The instruments were the multi-dimensional emotion disorders inventory, Beck's Depression, Spielberger's anxiety and Madsley Obsessive Questionnaires. Results of the correlation between multi-dimensional emotion disorders inventory and those questionnaires were significant, that indicates high structural and convergence validity of this questionnaire by referring to the concepts of theoretical constructs. The Results of internal consistency by Cranbach's Alpha were significant for both the multi-dimensional emotion disorders inventory subscales and for total score. Furthermore, results of the correlation between the subscales and total score (except active avoidance) were significant. Findings of the psychometric properties evaluation of multi-dimensional emotion disorders inventory represent the acceptable validity and reliability in Iranian mental disorder patients. Clinical evaluation with the multi-dimensional emotional disorders inventory leads us to evaluate ten dimensions of emotional dysfunctions in patients. Further studies suggested to emotional disorders diagnosis by this measure.

¹ Asistant professor Faculty of Psychology, Refah College, Tehran, Iran, Email: zandkarimi@refah.ac.ir
DOI: 10.22051/PSY.2021.36282.2460

Abstracts

Keywords: Dimensional approach, multi-dimensional emotional disorders inventory, neurotic spectrum disorders, research domain criteria

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Loneliness and Cognitive Flexibility in Elderly Men

Marayam Tohidiefar¹, Kobra Kazemian Moghadam*²,

Homayoon Haroon Rashidi³

Abstract

The phenomenon of aging is the result of the natural course of time, which leads to physiological, psychological and social changes. Considering the accelerating growth of the aging population and the fact that the elderly suffers from reduced cognitive flexibility and feelings of loneliness due to old age and reduced abilities; Therefore, this study was performed to determine the effectiveness of compassion- focused therapy on loneliness and cognitive flexibility in elderly men. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study was the elderly male in Ahvaz in 2020. The sample size consisted of 30 elderly men (60 to 70 years old) who were selected by convenience sampling method and according to the inclusion criteria. The experimental group received Therapeutic intervention in 8 weeks and 8 sessions of 90 minutes. The questionnaires used in this study included Dennis and Vanderwall Cognitive Flexibility Questionnaire and Russell Loneliness Questionnaire. Data were analyzed by univariate analysis of covariance. The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of loneliness and cognitive flexibility. In other words, compassion-focused therapy reduced loneliness and increased cognitive

¹ M.A. Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. mehditohidi77@yahoo.com

² Corresponding Author: Assistant Professor Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. K.Kazeian@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.Haroon_rashidi2003@yahoo.com

Abstracts

flexibility in the elderly. Consistent with the findings of the present study, compassion- focused therapy can be suggested as an effective method to reduce feelings of loneliness and increase cognitive flexibility in the elderly.

Keywords: Cognitive flexibility, compassion- focused therapy, elderly, loneliness.

**The Roles of Child Abuse and Insecure Attachment, Through
Mediation of Cognitive Process, in Explaining Conduct
Disorder in Adolescents**

Ziba Shir Mohammadi¹, Masoud Sadeghi*², Firoozeh Ghazanfari³

Abstract

Building on ideas developed in the quantitative approach, this paper aims to explore the roles of child abuse and insecure attachment, through the mediation of cognitive process, in explaining conduct disorder in adolescents. By using the multi- stage cluster sampling, 300 girl students ages 12-15 years, who were studying in secondary schools in Ghorveh city during the education year of 2020- 21 were selected randomly to fill six scales including Achenbach's behavioral problems Youth Self-Report scale, Child Abuse Self-Reporting Scale, Revised Adult Attachment Scale of Collins and Reads, Deep Information Processing, Wechsler Memory Scale for Children, and Stroop Color-Word Test. According to the findings which were achieved by employing correlational method and structural equation model, three independent variables including child abuse, insecure attachment, and cognitive process directly impacted on forming conduct disorder as the dependent variable. Moreover, child abuse and insecure attachment predicted conduct disorder through the mediation of cognitive process (as a mediational variable). Research findings indicated that the model was fitted properly and thus the experts of health, psychology, and education can use the findings in considering clinical problems and also in arranging preventive and educative plans.

¹ . Master student of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. ziba@gmail.com

² .*Corresponding author: Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. sadeghi.m@lu.ac.ir

³ . Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Ghazanfari.f@lu.ac.ir

Abstracts

Keywords: Child abuse, cognitive process, conduct disorder, insecure attachment.

The Role of Child's Self-efficacy in the Relationship between Childhood Traumatic Events and Psychosomatic Complaints

Afrooz Afshari*¹, Zeinad Jondi²

Abstract

Mental health problems sometimes manifest themselves in the form of physical problems and psychosomatic complaints. Moreover, these symptoms can become chronic and cause more problems in the future if not identified and treated in time. This study investigated the role of child's self-efficacy in the relationship between childhood traumatic events and the incidence of psychosomatic complaints. The population included all 10-14 years old boys of Tehran city. A sample of 215 boys was made by convenience sampling method. The participants were selected from fifth and sixth grades of two all-boys elementary schools at 11th and 18th districts in Tehran. Research questionnaires include the following: The Self-Efficacy Questionnaire-Children (Morris), the Lifetime Incidence of Traumatic Events (Greenwald and Rubin) and the Psychosomatic Complaints Scale (Takata and Sakata). Data were analyzed by mediator and moderator analysis. Results showed that the children's self-efficacy variable was not a moderator between the traumatic events and the occurrence of psychosomatic complaints, but it was a mediator. Therefore, treatments aimed to reduce psychosomatic complaints and treat traumatized children, should include self-efficacy promotion in their agenda.

¹ Corresponding author :Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, a.afshari@alzahra.ac.ir

² BSc in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, Zjondi94@gmail.com
DOI: 10.22051/PSY.2021.34386.2375

Abstracts

Keywords: Children, psychosomatic complaints, self-efficacy, traumatic events

**Executive Functions in Patients with Cannabis Use Disorder,
Recovered and Normal Individuals**

Mohammad Mehdi Hassanshahi*¹, Shirin Pooladi²

Abstract

Cannabis is the most popular illicit drug in the world. Repeated cannabis use is associated with adverse cognitive and mental health. Purpose of this study were compared Executive Functions in patients with cannabis use, recovered (patients treated) and normal individuals. For this purpose, in a causal-comparative study, 50 patients who used cannabis who referred to Shiraz psychiatric centers in the first six months of 2019, they did not have psychiatric, neurological, cognitive disabilities and dependence on non-opioids and received a definitive diagnosis of cannabis use disorder by a psychiatrist, 50 recovered patients with at least six months of no-use period and 50 normal individuals with no history of substance use were selected by available sampling method and were evaluated by the Wisconsin card sorting test and the Wechsler memory scale. Multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the performance of cannabis group compared to the improved group and normal individuals and also the performance of the improved group compared to the normal group in Wisconsin test and Wechsler memory scale were significantly different. But there was no significant difference in the perseveration error in the improved and normal groups. Therefore, it can be said that cannabis consumption disrupts the executive functions and memory of consumers and can continue even after quitting.

Keywords: Cannabis use, executive functions, memory

¹ Corresponding author :Assistant professor, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran. m_hassanshahi@iaua.ac.ir

² PhD student, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran. shirinpooladi@ymail.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.35645.2434