



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۷۳، دوره ۱۹، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲

ویراستار فارسی:

آیلین مردان پور

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا (س)

مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

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 دوم، اتاق ۳۰۹

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

وبگاه:

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

psychstudies@alzahra.ac.ir

پست الکترونیک:

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

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

روشک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

النی جی هیبدو

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

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 روان شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان شناختی در پایگاه های اطلاعاتی زیر نمایه می شود.

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

موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی

نویسندگان محترم، اگر مایلید که مقاله شما در فرایند داوری مراحل را سریع‌تر طی کند لطفاً به ساختار مقاله در ابتدا و در همه بازنگری‌ها توجه وافر شود.

ساختار مقاله اصلی

-کادر فایل از حاشیه بالا ۱.۱ و پایین ۱، حاشیه دو طرف هم ۱.۱ است

-کل متن قلم سایز ۱۲ و فاصله سطور ۱۵/۱، درجداول و نمودارها. عنوان آنها سایز ۱۱ بولد و داخل جداول قلم سایز ۱۱ با فاصله ۱/۱۵؛ برای چکیده‌های مقاله اصلی قلم سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱ و فقط ۲۰۰ واژه باشد

-واژگان کل فایل مقاله اصلی (از عنوان تا آخر) کمتر از ۶۵۰۰ واژه و در کمتر از ۱۷ صفحه است نه بیشتر

- **عنوان اصلی مقاله:** کوتاه با محتوا و بیش از دو سطر نشود، و همه عنوان‌ها سایز ۱۴ و بولد، قلم **B Lotus** برای فارسی و برای انگلیسی **Times New Roman** عنوان اصلی در انگلیسی با حرف اول کلمات بزرگ باشد

آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، **E-mail** نویسنده (نویسندگان) به ترتیب با کد ارکید و مشخص نمودن نویسنده مسئول هم در فایل مقاله اصلی و هم در فایل مشخصات نویسندگان به فارسی و انگلیسی در زمان ارسال اولیه مقاله و همچنین در فایل اصل مقاله در زمان بازنگری‌ها الزامی است. (فایل با نام: فایل اصل مقاله و فایل بدون نام: فایل اصل مقاله تغییرات برجسته)

چکیده فارسی و انگلیسی: با سایز ۱۱ و همه سطر با کلید واژه (فقط ۲۰۰ واژه) منطبق برهم، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده بدون علامت مخفف شامل: هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد گروه‌ها و ابزار)، توصیف یافته‌ها آماری (بدون اعداد و سطح معنی داری)، نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی، کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار چکیده) تهیه و تنظیم شود.

متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله (با نام و بدون نام) در هر مرحله به صورت فایل با ساختار **Word2007** از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.

مقدمه: (قلم سایز ۱۲ با فاصله سطور ۱/۱۵): بیان مسله همراه تئوری مرتبط، (امار بیش از یکسال قدیمی نباشد) پیشینه مرتبط ارتباط متغیرها، پیشینه پژوهش (با منابع روز آمد) با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه (7-APA) بیشتر از ۵ سال قدیمی نباشد بجز نظریه زیر بنایی پژوهش (در صورت نبود نسخه جدید) حتی نقد آنها (مثلاً ۲۰۱۹-۲۰۲۳ و ۱۴۰۲-۱۳۹۸)، فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود نام نویسنده خارجی در پانویشت (فقط برای اولین بار) حرف اول نام خانوادگی با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست. - مهم هنگام استناد دهی به پژوهشگران قبلی، عدم استنادی دهی از نویسندگان مقاله حاضر مگر برای ارایه نظریه در این مقاله. در پایان ذکر اهمیت و ضرورت پژوهش، هدف، ذکر فرضیه‌ها به صورت جمله خبری نه سوال. نمودار مفهومی در صورت لزوم بعد از فرضیه بیاید

در پانویشت برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانویشت ها ۱۰ باشد). برای ابزارها حرف اول کلمات بزرگ باشد که به مخفف خارجی آن منطبق گردد.

روش: شامل نوع و توصیف کامل طرح پژوهش، جامعه و تعداد اگر در دسترس است، تعداد نمونه و دلیل آن - روش نمونه‌گیری کامل - تنظیم گروه های کنترل و آزمایشی، معیارهای ورود و خروج نمونه، روش اجرا - اصول اخلاقی، اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام و بعد اجرای پژوهش، ابزار مداخله شرح کامل از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی، توسط شخص یا هم یار، برنامه آموزشی از کجا برداشته شده با ذکر منبع و ایا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است و از روش اجراء آنها ابزار، نام روش آماری برای نتایج). در کل متن مقاله از کلمه شرکت کننده / گان بجای ازمودنی استفاده شود

نام نرم افزار ابزار: نام ابزار دقیق و بولد و مخفف آن، با زیرنویس انگلیسی، جای کلماتی همچون عبارت، آیتم، ماده و غیره از کلمه گویه با ذکر تعداد استفاده شود، نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکار رفته و منطبق با زیرنویس باشد، نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس آن‌ها، شیوه نمره‌گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل (اگر دارد). دامنه نمرات قابل دریافت. توصیف کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است، روش ضرایب روایی و پایایی از تدوین کننده اصلی با ذکر منبع. ضرایب روایی و پایایی و روش کار نسخه بومی سازی شده با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است، همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی با روش آلفا کرانباخ در مورد نمونه پژوهش مقاله، و اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود

برای زیرمقیاس‌ها را در پایان معرفی همان از مون داشته باشند، جدول مداخله باید دارای ستونهای شماره جلسه، اهداف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار، و تمرین گروهی یا خانگی در هر ردیف داشته باشد که توصیف به صورت جملات کوتاه و حتی استفاده از کلمات خاص، راست چین با قلم سایز ۱۱ با فاصله ۱ باشد.

یافته‌ها: شامل نتایج پژوهش اطلاعات فردی مناسب و مفروضه های آماری، جداول و نمودارها (حداکثر با هم ۵ تا) با پیروی از سبک 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). ستون اول متنی راست چین و ردیف اول وسط چین که هر دو بولد شوند کلیه اعداد جدول وسط چین و جدول داخل کادر مقاله قرار گیرد، نمودار/ شکل با کلمات فارسی بولد ارایه شود عنوان در زیر نمودار بیاید عنوان جداول و نمودار بولد است و همه سایز ۱۱ فاصله سطور ۱۰۱۵ اعداد مسیر قابل رویت باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: تبیین یافته‌ها براساس مبانی نظری مطرح شده، تایید و یا عدم همسویی با کل -یا فرضیه ها تبیین شوند فرضیه به فرضیه - و مقایسه با واستناد به منابع ذکر شده در مقدمه (پژوهش‌های قبلی اما روز آمد ترین آنها) مطرح شده در مقدمه، جمع‌بندی کلی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد از روش و عدم تعمیم پذیری یافته (بیان محدودیت‌ها) و پیشنهادها براساس یافته (خودداری از کلی گویی).

تشکر و قدردانی: از سازمان حمایت گر (مالی و غیر مالی) اگر دریافت شده و از مراکز همکاری کننده اوشرکت کنندگان.

فهرست منابع:

فهرست منابع فارسی و فهرست کامل زبان انگلیسی سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵ که در کل متن ذکر شد بر اساس ضوابط نگارشی APA ۷ ارائه شوند:

نحوه نگارش فهرست ها: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی همان مقالات فارسی به ترتیب الفبایی و در داخل فهرست منابع انگلیسی)، نام نویسندگان درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود، بر اساس ضوابط نگارشی APA ۷ ارائه شوند.

کتاب (تألیف)- نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان کتاب به صورت ایتالیک*، محل چاپ، کشور، 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، کشور، ناشر.

مقاله- نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک* (با اول کلمات ان با حرف بزرگ)، و ذکر دوره (Volume)، شماره (Issue)، شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰). دی او آی

مقاله بانگلیسی - نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک* (با اول کلمات ان با حرف بزرگ)، و ذکر دوره (Volume)، شماره (Issue)، شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰). دی او آی DOI یا دی او آر DOR پایان‌نامه- نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. *عنوان پایان‌نامه به صورت ایتالیک*، رشته چه مقطعی، نام دانشگاه، کشور.

• پایگاه‌های اینترنتی- ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

• تناقض و حمایت مالی هم در پایان مقاله توضیح داده شود.

ساختار چکیده گسترده بانگلیسی (کلیه مطالب و منابع برگرفته از مقاله اصلی)

-کادر فایل (حاشیه بالا ۱.۱ و پایین ۱ حاشیه دو طرف هم ۱ اینچ)

-همه قسمت ها بر گرفته از مقاله اصلی و کل فایل از عنوان تا آخر ۵۰۰ واژه - (در ۴ صفحه) صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۱ از همه طرف بدون شماره‌گذاری باشند. (۳ سطر از بالا و انتهای چکیده گسترده برای درج ارم خالی باشد) جداول و تصاویر بدون توصیف آنها و فهرست منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی شود تعدا واژگان ۱۱۰۰ واژه است اما همه تعداد کل و در تعداد صفحات محسوب و واژگان کل یعنی فایل کمتر از ۱۵۰۰ واژه باید باشد

بخش‌های اصلی فایل چکیده گسترده:

چکیده گسترده شامل بخش‌های زیر باید باشد:

-عنوان اصلی مقاله: نباید بیش از دوسطر باشد، هر چه کوتاه‌تر بهتر، با قلم Times New Roman سایز ۱۴ و بولد، حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ باید باشد). (style Title1) سایر عنوان های متن سایز ۱۴ و بولد قلم (Times New Roman)

-نام نویسندگان سایز ۱۲

- مشخصات بدون فاصله در زیر نام ها، سایز ۱۰ فاصله ۱

در یک سطر در زیر عنوان نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست در مقاله (اندازه قلم ۱۲)، جدا سازی با کاما بین آنها و ؛ بین دو نویسنده) سپس در زیر نام ها برای هرنویسنده در سطر بعدی درجه علمی، گروه، دانشکده، دانشگاه یا سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک کد ارکید به ترتیب با سایز ۱۰ بیاید فاصله سطور مشخصات ۱ است .

فاصله سطور متن ۱۵/۱ (بجز عنوان جداول، جداول و فهرست منابع که سایز ۱۱ فاصله سطور ۱/۱۵) است

- چکیده **Abstract:** (فقط ۱۵۰ واژه) خلاصه تفضیلی با سایز ۱۰ و فاصله سطور ۱ با حفظ هدف -روش-جامعه-گروهها و تعداد نام ابزار بدون نام سازندگان-نتایج-پیشنهاد کاربردی - کلید واژه ها

-مقدمه **Introduction:** (۲۵۰-۲۰۰-واژه) یک پاراگراف شامل بیان مسله همراه تیوری و پیشینه مرتبط، منابع بر طبق APA7 و در پایان ذکر فرضیه با حداقل منابع (۳-۴ بستگی به تعداد ابزار و منابع ذکر شده در ابزار دارد)

-متد **Method:** (۳۵۰ واژه) با وضوح و بیان موجز، الخصوص، در چارچوب پژوهش و روش های مورد استفاده، پاسخ به چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه یا کاربردی عبارتی، دلیل روش انتخاب شده و تناسب آن توضیح دهید. (شامل روش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری تعداد، گروه ها، طراحی کار، مراحل و زمان مداخله و در پایان ذکر آنالیز آماری

-ابزار **Tools:** سایز ۱۲ و نامشان بولد (شروع آنها از سر سطر برای هر یک) در ادامه توضیحات آن خیلی خلاصه تعداد گویه ها و ابعاد یا زیر مقیاس ها با ذکر پایایی و روایی سازنده و پایایی ایرانی یا نمونه خودتان، در سه سطر

نتایج **Results:** (۲۰۰ واژه) بیان خلاصه مفروضات آنالیز آماری در ابتدا -شماره، عنوان جداول بولد و جداول با سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵) چپ چین متن داخل جدول، اعداد در وسط با اعشار انگلیسی مانند ۲۳.۴۷ -حدول به سبک ای پی ای و توصیف هر یک از جداول یا نمودار (فقط حد اکثر دوجداول)- عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ عنوان برای جداول در بالای جدول قرار می گیرند

بحث و نتیجه گیری) : **Conclusion** حد اکثر ۱۵۰-۲۰۰ واژه (فقط یک پاراگراف-تبیین و تفسیر یافته ها براساس مبانی نظری و فرضیات مطرح شده در مقدمه (بدون ذکر منابعی) -، انتقاد از روش و عدم تعمیم پذیری یافته (بیان محدودیت ها) و پیشنهاد براساس یافته ها بشود

References: سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵ نباید زیاد باشد (در مقدمه و ابزار دقت کنید) بین ۸-۱۰ تا که همه منابع بالا برگرفته از فهرست منابع مقاله اصلی همراه با دی او آی و به سبک و ضوابط نگارشی ای پی ای APA-7

-سه مورد در پایان فایل (هریک با توضیح کوتاه) باشد:

-تشکر **Acknowledgments**


-حمایت مالی **Funding**

-تعارض منافع **Conflicts of interest**

کلیه مطالب و منابع برگرفته از مقاله اصلی

- پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با میانجی‌گری دشواری در
نظم‌دهی هیجان
سارا ابراهیمی
۷-۲۲
- اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان
نرگس رضاپوریان؛ همایون هارون رشیدی
۲۳-۳۸
- مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان با
تجربه خشونت خانگی
سیده سعیده قربانزاده؛ آذر کیامرثی؛ عباس ابوالقاسمی
۳۹-۵۴
- نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری
فاطمه رئیسی؛ صدیقه خانی فر؛ رضا محمد دوست
۵۵-۷۰
- نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی
مهرناز سادات متقی پیشنمازی؛ حکیمه آقایی
۷۱-۸۶
- رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با اختلال اضطراب اجتماعی:
نقش میانجی آگاهی هیجانی
مصطفی حکم آبادی؛ رحیم یوسفی
۸۷-۱۰۱
- مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان اختلال کاندگامی شناختی
کیمیا قانلی؛ فاطمه نعمتی
۱۰۳-۱۱۶
- نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و نظارت والدین
در نوجوانان
آزاده چوب فروش زاده؛ علی امینی؛ یاسر رضاپور میرصالح؛ الهام نصر آزادانی
۱۱۷-۱۳۲

پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان

سارا ابراهیمی ^{۱*} 

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار و نشخوار و ابراز خشم با میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان در دانشجویان انجام شد. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه مطالعه شامل تمامی دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به مقیاس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار کارور و وایت، مقیاس نشخوار خشم ساکودولسکی و همکاران، مقیاس ابراز خشم باس و پری و همکاران و نسخه کوتاه مقیاس دشواری در نظم‌دهی هیجان بیوربرگ و همکاران پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها، از تحلیل مسیر به روش رگرسیون سلسله‌مراتبی مطابق با پیشنهاد بارون و کنی و آزمون سوبل استفاده شد. نتایج نشان داد سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار با واسطه دشواری در نظم‌دهی هیجان، به ترتیب قادر به پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم هستند. یافته‌های پژوهش برای درک مکانیسم پیچیده رابطه سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتار و نشخوار و ابراز خشم مفید است و پیامدهایی عملی برای مداخلات پیشگیرانه و درمانی در مدیریت هیجان خشم دارد.

کلیدواژه‌ها: ابراز خشم، دشواری در نظم‌دهی هیجان، سیستم بازداری رفتار، سیستم فعال‌ساز رفتار، نشخوار خشم

^۱ نویسنده مسئول: عضو هیئت علمی سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، تهران، ایران ebrahimi@oerp.ir

مقدمه

جوانی دوره‌ای از رشد است که با تغییر در روابط بین فردی و زندگی حرفه‌ای و افزایش هیجان‌پذیری همراه است (هوچبرگ و کانر^۱، ۲۰۲۰). جوانان در دنیای مدرن امروز با موقعیت‌های چالش‌برانگیز جدید و متعدد مواجه هستند که می‌توانند آنها را برای ابتلا به اختلالات روانی و به ویژه مشکلات مربوط به خشم مستعد سازند (خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ جیووانی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

خشم واکنشی هیجانی به تهدید ادراک شده است که به اشکال مختلف مانند نشخوار خشم (تفکر بیش از اندازه در مورد رفتار پرخاشگرانه) یا ابراز خشم (رفتار پرخاشگرانه) خود را نشان می‌دهد (ژان^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). نشخوار خشم و ابراز خشم به یکدیگر مرتبط هستند، چرا که نشخوار بیش از اندازه خشم می‌تواند ظرفیت خودکنترلی و عملکرد اجرایی را مختل کند و به برانگیختگی فیزیکی و تحریک رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه بیانجامد (ابراهیم و همکاران، ۲۰۱۹). با این وجود، نشخوار خشم و ابراز خشم دو تجلی متفاوت از هیجان خشم هستند. نشخوار و ابراز خشم با پیامدهایی چون جایگزینی روابط خصمانه به جای روابط مسالمت‌آمیز و حمایتی و تهدید بهزیستی جسمی و روانی همراه است و مانع از عملکرد سازگارانه فرد در موقعیت‌های خانوادگی، تحصیلی و شغلی می‌شود (آریازنگنه و همکاران، ۲۰۲۲).

ویدیگر^۴ (۲۰۱۱) نشان داد صفات شخصیتی می‌توانند تبیین‌کننده علت این امر باشند که چرا برخی افراد بیش از دیگران تحت تأثیر استرس‌های زندگی قرار می‌گیرند. گاه صفات شخصیتی به گونه‌ای بر تفکر، هیجان و رفتار فرد تأثیر می‌گذارند که مشکلات روان‌شناختی را در پی دارند. بنابراین، ضروری است شخصیت افراد برای درک بهتر تجربیات هیجانی آنها مانند تجربه خشم مورد بررسی قرار گیرد و در این میان بررسی بعد زیستی-عصبی شخصیت که می‌تواند زمینه‌ساز هیجان و رفتار باشد، بسیار مهم است (خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲).

بر اساس نظریه حساسیت به تقویت^۵ (گری^۶، ۱۹۸۷) نظم‌دهی و کنترل هیجان و رفتار با دو انگیزه دریافت پاداش و اجتناب از تنبیه صورت می‌گیرند که دو سیستم مغزی بازداری و فعال‌ساز رفتار زمینه‌ساز آنها هستند (شو^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). سیستم بازداری رفتار به تنبیه، عدم پاداش و محرک‌های جدید واکنش نشان می‌دهد و با هیجان‌های منفی مانند اضطراب، ترس، غم و ناامیدی همراه است. این سیستم پاسخ‌های رفتاری را کاهش می‌دهد تا از پیامدهایی چون تنبیه و یا از دست دادن پاداش جلوگیری کند یا از آن بگریزد. سیستم فعال‌ساز رفتار در رفتارهایی با هدف دستیابی به پاداش نقش دارد و از سه زیرسیستم پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده معطوف به هدف و جستجوی سرگرمی و لذت تشکیل شده است (کارور و وایت^۸، ۱۹۹۴).

1. Hochberg & Konner
2. Giovanni
3. Zhan
4. Widiger
5. Reinforcement Sensitivity Theory
6. Gray
7. Xu
8. Carver & White

نحوه فعالیت این سیستم‌ها، نقش مهمی در شکل‌دهی رفتار و شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی جوانان دارد، زیرا به آنها امکان می‌دهد در واکنش به شرایط محیطی، ارزیابی خطر و اولویت‌بندی وظایف، انعطاف‌پذیر باشند که برای سازگاری موفقیت‌آمیز رفتار، اساسی است (گو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند سیستم بازداری رفتار، به اضطراب و رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود و در نتیجه با مشکلات درونی‌سازی مرتبط است (همایون‌نیا فیروزجاه و همکاران، ۲۰۲۲؛ فراشبندی و همکاران، ۱۴۰۰). ساختار سلسله‌مراتبی خشم (ون تفلن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) سبب می‌شود جنبه‌های کلی خشم با هیجان‌های منفی دیگر مانند ترس و اضطراب همراه باشد. از این رو، خشم می‌تواند در مواقعی مانند نشخوار فکری با سیستم بازداری مرتبط باشد؛ زیرا فعال شدن شناخت‌های منفی و کناره‌گیری از رابطه، هیجان‌های منفی اضطراب و افسردگی را در پی دارد که خود منجر به فرار از موقعیت و اجتناب از خطر عدم تأیید و تنبیه می‌شوند. در مقابل سیستم فعال‌ساز رفتار به محرک‌های پاداش و غیرتنبیهی پاسخ می‌دهد و با تجربه هیجان‌های مثبت همراه است (شب‌تاری و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های عصب‌شناختی نشان داده‌اند علاوه بر هیجان‌های مثبت، هیجان‌های منفی مانند خشم نیز با افزایش فعالیت بخش قدامی نیمکره چپ مغز مرتبط هستند (هارمون جونز و گیبیل^۳، ۲۰۱۸). از این رو، سیستم فعال‌ساز رفتار به دلیل راه‌اندازی رفتارهای از نوع نزدیک شدن، با مشکلات برونی‌سازی مرتبط است (سانتس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اوگوچی و تاکاهاشی^۵، ۲۰۱۹). همچنین، رابطه مشابهی بین این سیستم‌ها و مهار و نشخوار خشم که با اختلالات درونی‌سازی مرتبط هستند و رفتارهای پرخاشگرانه و ابراز خشم که با نشانگان برونی‌سازی مرتبط هستند، وجود دارد (لی^۶، ۲۰۲۳؛ خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین ممکن است نشخوار خشم و ابراز خشم به ترتیب با سیستم بازداری رفتار و سیستم فعال‌ساز رفتار مرتبط باشند.

بر اساس دیدگاه گری (۱۹۸۷) در واکنش سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار به محرک‌های تنبیهی و تشویقی، تفاوت‌های فردی وجود دارد. اگر چه تغییر در سطوح واکنش سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار ممکن است به آسیب‌های روان‌شناختی مختلف مانند اضطراب و تکانشگری بیانجامد (شب‌تاری و همکاران، ۲۰۲۳؛ شو و همکاران، ۲۰۲۱) و نقش عوامل خطر را ایفا کند (اوگوچی و تاکاهاشی، ۲۰۱۹)، با این وجود مکانیسم زیربنایی تأثیر این سیستم‌ها در بروز مشکلات روانی هنوز نامشخص است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند مکانیسم‌های مداخله‌گر احتمالی مانند توانایی نظم‌دهی هیجان، می‌توانند به درک بیشتر رابطه بین سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار و اختلالات روانی کمک کنند (آقاجانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ وو^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سان^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ فراشبندی و همکاران، ۱۴۰۰).

1. Guo
2. Van Teffelen
3. Harmon-Jones & Gable
4. Santes
5. Oguchi & Takahashi
6. Li
7. Wu
8. Sun

۱۰..... پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

نظم‌دهی هیجان، به توانایی تشخیص هیجان و اصلاح تجربه و ابراز هیجان، فرآیندهای درونی و بیرونی مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف اشاره دارد (گروس^۱، ۲۰۰۸). آشفستگی و اختلال هیجانی به دلیل اهمیت ذاتی که در زندگی روزمره دارند، باعث بروز و تداوم مشکلات و اختلالات دیگر می‌شوند. مشکلات مربوط به هیجان و نظم‌دهی هیجان بیش از ۷۵٪ از دسته‌بندی‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی را دربرمی‌گیرند (مظفری و همکاران^۲، ۲۰۲۲).

دشواری در نظم‌دهی هیجان بیانگر ناتوانی افراد در شناسایی، درک و تعدیل تجربیات هیجانی در موقعیت‌های ناراحت‌کننده است (گراتز و رومر^۳، ۲۰۰۴). از آنجا که دشواری در نظم‌دهی هیجان بر نحوه مواجهه افراد با هیجان‌ناشان تأثیرگذار است، می‌تواند در اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی نقش داشته باشد (صادق‌زاده و باقری، ۲۰۲۳). لینهان^۴ (۱۹۹۳) معتقد است دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین شخصیت و آسیب‌شناسی روانی نقش میانجی را بر عهده دارد. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با دشواری در نظم‌دهی هیجان و مشکلات روان‌شناختی مربوط به خشم رابطه مثبت دارند (لی، ۲۰۲۳؛ خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ وو و همکاران، ۲۰۲۱؛ آزادی و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهشی که خوش‌فطرت و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی تأثیر سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار بر نشخوار و ابراز خشم از طریق دشواری در نظم‌دهی هیجان انجام دادند، نتایج نشان داد حساسیت بیش از اندازه سیستم بازداری رفتار با تحریک ارزیابی منفی از رویدادهای زندگی، واکنش‌های هیجانی منفی و رفتارهای اجتنابی مانند نشخوار خشم را برای نظم‌دهی هیجان سبب می‌شود. همچنین، افزایش فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتار با اختلال در رشد مهارت‌های خودنظم‌دهی، بروز رفتارهای ناسازگارانه مانند پرخاشگری را در جوانان در پی دارد.

از آنجا که نشخوار و ابراز خشم، به عنوان عواملی که باعث بروز و تداوم اختلالات دیگر می‌شوند و پیامدهای منفی متعددی را برای بهزیستی فرد و جامعه به همراه دارند، در جوانان شایع است و با توجه به اینکه هیجان خشم نتیجه عوامل مختلف درونی و بیرونی است، شناخت و درک بهتر چگونگی تأثیر این عوامل به عنوان علل احتمالی بروز یا تشدید نشخوار و ابراز خشم و بیماری‌های روانی، می‌تواند در طراحی مداخلات روان‌شناختی به موقع و در سطوح مختلف برای بهبود عملکرد در مدیریت هیجان خشم کمک کند. از این رو پژوهش حاضر در صدد است به آزمون فرضیه‌های زیر بپردازد:

- دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم بازداری رفتار و نشخوار خشم نقش میانجی را ایفا می‌کند.

- دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم فعال‌ساز رفتار و ابراز خشم نقش میانجی را ایفا می‌کند.

1. Gross
2. Mozafari
3. Gratz & Roemer
4. Linehan

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. برای برآورد حجم نمونه، از جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰) استفاده شد که با توجه به حجم نمونه برای جوامعی با بیش از صد هزار نفر، نمونه‌ای برابر با ۳۸۴ نفر، به عنوان حداقلی که در سطح $(P < 0/05)$ معنی‌دار است، در نظر گرفته شد که این تعداد با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای اجرای پژوهش ابزارها به صورت نسخه برخط آماده شدند. پیوند ابزارها همراه با توضیحی درباره هدف پژوهش، توسط پژوهشگر و مدرسانی از سه دانشگاه دولتی شهر تهران، که در اجرای پژوهش همکاری داشتند، از طریق رسانه‌های اجتماعی در اختیار دانشجویان رشته‌های مختلف این دانشگاه‌ها قرار گرفت. علت انتخاب دانشگاه‌ها و دانشکده‌های نمونه، در دسترس بودن آنها برای پژوهشگر و همکاران اجرا بود. ابزارها برای حفظ محرمانگی و قابلیت اعتماد داده‌ها به طور ناشناس ارسال شدند. داده‌های پژوهش به روش تحلیل مسیر و با استفاده از رگرسیون سلسله‌مراتبی مطابق با پیشنهاد بارون و کنی (۱۹۸۶) و آزمون سوبل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود:

مقیاس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار (BAS/BIS): این مقیاس توسط کارور و وایت (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در پاسخ به سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار طراحی شد. این ابزار شامل ۲۰ گویه است که در آن، سیستم بازداری رفتار متشکل از ۷ گویه، تفاوت‌های فردی را با توجه به پیش‌بینی افراد نسبت به نشانه‌های تنبیه اندازه می‌گیرد و سیستم فعال‌ساز رفتار شامل ۱۳ گویه و سه زیرمقیاس پاسخ‌دهی به پاداش^۳ (۵ گویه)، کشاننده^۴ (۴ گویه) و تمایل به جستجوی سرگرمی و لذت^۵ (۴ گویه) است. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی از (۱ بسیار نادرست تا ۴ بسیار درست) قرار می‌گیرند. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار است. کارور و وایت (۱۹۹۴) در بررسی روایی ملاکی ابزار، همبستگی مقیاس اضطراب آشکار^۶ (بندینگ^۷، ۱۹۵۶) را با زیرمقیاس سیستم بازداری رفتار $r=0/58$ و همبستگی مقیاس برون‌گرایی^۸ (آیزنک و آیزنک^۹، ۱۹۸۵) را با زیرمقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتار به ترتیب بالا $0/39$ ، $0/41$ ، $r=0/59$ معنی‌دار گزارش کردند. همچنین، در این پژوهش اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سیستم بازداری رفتار $a=0/74$ و برای زیرمقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتار به ترتیب بالا $0/73$ ، $0/76$ ، $a=0/66$ به دست آمد. در پژوهش امیری و حسنی (۱۳۹۵) همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با پرسشنامه حساسیت به تنبیه و حساسیت به پاداش^{۱۰} (تروپیا^۱ و همکاران، ۲۰۰۱) حاکی از روایی ملاکی همزمان ابزار بود. در این پژوهش ضریب همبستگی زیرمقیاس

1. Krejcie & Morgan
2. The Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation Scale
3. Reward Responsiveness
4. Drive
5. Fun Seeking
6. Manifest Anxiety Scale (MAS)
7. Bendig
8. Extraversion
9. Eysenck & Eysenck
10. Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ)

۱۲..... پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

حساسیت به تنبیه با زیرمقیاس سیستم بازداری رفتار $r=0/23$ و زیرمقیاس حساسیت به پاداش با زیرمقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتار به ترتیب بالا $0/42$ ، $0/12$ ، $0/28$ به دست آمد. در پژوهش حاضر اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار به ترتیب $0/80$ و $0/72$ به دست آمد.

نسخه کوتاه مقیاس دشواری در نظم‌دهی هیجان (DERS-16)^۲: این مقیاس توسط بیوربرگ^۳ و همکاران (۲۰۱۶) برای اندازه‌گیری مشکل افراد در نظم‌دهی مؤثر هیجان در لحظات دشوار طراحی شد. این ابزار نسخه کوتاه مقیاس دشواری در نظم‌دهی هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴) با ۳۶ گویه و ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش^۴، اهداف^۵، تکانه‌ها^۶، راهبردها^۷، آگاهی^۸ و وضوح^۹ است. این مقیاس خودگزارشی متشکل از ۱۶ گویه است که از میان ۶ زیرمقیاس بر اساس دارا بودن بالاترین میزان همبستگی با نمره کل انتخاب شدند. پاسخ‌های این ابزار بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای از (۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. نمرات بالاتر بیانگر دشواری بیشتر در نظم‌دهی هیجان است. در مطالعه بیوربرگ و همکاران (۲۰۱۶) روایی سازه ابزار در همبستگی با نسخه اصلی $r=0/80$ مورد تأیید قرار گرفت و اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $a=0/92$ و شاخص پایایی در بازآزمایی $r=0/85$ به دست آمد. در پژوهش فلاحی و همکاران (۱۴۰۰) شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی حاکی از روایی سازه ابزار بود $CFI=0/99$ ، $RFI=0/97$ ، $NNFI=0/99$ ، $RMSEA=0/047$ و اعتبار آن نیز از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $a=0/91$ گزارش شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی ابزار $a=0/82$ به دست آمد.

مقیاس نشخوار خشم (ARS)^{۱۰}: این ابزار اقتباسی از مقیاس نشخوار خشم (ساکودولسکی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۱) با ۱۹ گویه و ۴ زیرمقیاس به نام‌های پس‌فکرهای خشم^{۱۲}، افکار تلافی‌جویانه^{۱۳}، خاطره‌های خشم^{۱۴} و شناخت علت‌ها^{۱۵} است که تمایل به تفکر در مورد موقعیت‌های خشم برانگیز فعلی و یادآوری تجربه‌های خشم برانگیز گذشته را اندازه می‌گیرد. ۱۰ گویه مربوط به زیرمقیاس‌های پس‌فکرهای خشم (۶ گویه) و افکار تلافی‌جویانه (۴ گویه) است که تمایل شرکت‌کنندگان به سرکوب و درونی‌سازی خشم و افکار مربوط به دوره‌های فعلی خشم را دربرمی‌گیرد. خاطره‌های خشم و شناخت علت‌ها مربوط به یادآوری تجربه‌های خشم برانگیز گذشته است که ۹ گویه دیگر را پوشش می‌دهد. در این پژوهش از زیرمقیاس‌های پس‌فکرهای خشم و افکار تلافی‌جویانه استفاده شد. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۴ گویه‌ای لیکرتی (از ۱ خیلی کم

1. Torrubia
2. Brief Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale
3. Bjureberg
4. Non-Acceptance
5. Goals
6. Impulse
7. Strategies
8. Awareness
9. Clarity
10. Anger Rumination Scale
11. Sukhodolsky
12. Thoughts After the Anger
13. Thoughts of Revenge
14. Angry Memories
15. Understanding of Causes

تا ۴ خیلی زیاد) قرار می‌گیرند. نمرات بالاتر بیانگر میزان بیشتر نشخوار خشم است. در پژوهش ساکودولسکی و همکاران (۲۰۰۱) روایی سازه ابزار از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت و دو زیرمقیاس پس‌فکرهای خشم و افکار تلافی‌جویانه در مجموع ۵۷٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. همچنین، در این پژوهش اعتبار این زیرمقیاس‌ها به ترتیب بالا از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ و $0/72$ به دست آمد. در پژوهش بشارت (۱۳۹۷) روایی محتوایی ابزار بر اساس داوری ده نفر از متخصصان رشته روان‌شناسی و ضریب توافق کندال برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب بالا $0/82$ و $0/79$ بررسی و تأیید شد و اعتبار هر یک از آنها از نوع همسانی درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب $0/95$ و $0/89$ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی ابزار $0/86$ به دست آمد.

پرسشنامه ابراز خشم (AES): این پرسشنامه با اقتباس از زیرمقیاس خشم از پرسشنامه پرخاشگری^۲ (باس و پری، ۱۹۹۲) طراحی شد. پرسشنامه پرخاشگری شامل ۲۹ گویه و ۴ زیرمقیاس خشم^۴، خصومت^۵، پرخاشگری بدنی^۶ و پرخاشگری کلامی^۷ است. مقیاس ابراز خشم ۷ گویه را دربرمی‌گیرد که گرایش فرد به ابراز و برونی‌سازی خشم را می‌سنجد. در این ابزار پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای از (۱ کاملاً متفاوت از من تا ۵ کاملاً شبیه من) قرار می‌گیرند و افرادی که تمایل بیشتری به ابراز خشم دارند نمره بالاتری کسب می‌کنند. روایی همگرای پرسشنامه پرخاشگری در پژوهش باس و پری (۱۹۹۲) با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه $0/37$ تا $0/78$ بررسی و تأیید شد. همچنین، در این پژوهش اعتبار زیرمقیاس خشم از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد. در پژوهش سامانی (۱۳۸۶) نیز روایی سازه پرسشنامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بر اساس تحلیل عاملی حاکی از چهار عامل بود که در مجموع $35/1\%$ از واریانس کل را تبیین می‌کردند و در این میان $17/7\%$ سهم زیرمقیاس خشم بود. در همین پژوهش اعتبار زیرمقیاس خشم از نوع همسانی درونی $0/83$ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز اعتبار ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ به دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، بیشتر افراد نمونه را (۲۶۳ نفر) دانشجویان دختر تشکیل می‌دادند. همچنین، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ($M=19/27$) با انحراف استاندارد ($SD=1/18$) بود. جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

1. Anger expression Scale
2. Aggression Questionnaire (AQ)
3. Buss & Perry
4. Anger
5. Hostility
6. Physical Aggression
7. Verbal Aggression

۱۴ پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
سیستم فعال‌ساز رفتار	۱۳/۰۰	۵۰/۰۰	۳۵/۹۸	۶/۳۹	-۰/۳۹	-۰/۲۵
سیستم بازداری رفتار	۷/۰۰	۲۸/۰۰	۱۷/۶۰	۴/۳۰	-۰/۲۰	-۰/۹۱
ابراز خشم	۸/۰۰	۳۳/۰۰	۱۸/۲۹	۶/۰۲	۰/۳۹	-۰/۲۶
نشخوار خشم	۱۰/۰۰	۳۸/۰۰	۲۱/۹۰	۵/۸۲	۰/۰۳	-۰/۵۹
دشواری در نظم‌دهی هیجان	۱۷/۰۰	۷۶/۰۰	۳۶/۳۷	۸/۹۲	۰/۲۷	۰/۵۷

برای استفاده از آزمون‌های همبستگی، پیش‌فرض‌های بهنجاری چندمتغیری، هم‌خطی چندگانه و استقلال باقی‌مانده‌ها بررسی شدند. برای بررسی بهنجاری توزیع داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج جدول ۱ نشان داد توزیع همه داده‌ها بین ۲ و ۲- قرار داشت که بیانگر آن بود داده‌ها از توزیع بهنجاری برخوردار هستند. در بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه، از آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد مطابق با دیدگاه (کلاین، ۲۰۱۵) که مقدار تحمل کمتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده چندگانگی خطی است، در هیچ‌یک از مقادیر آماره‌های تحمل و تورم واریانس محاسبه‌شده برای متغیرهای نشخوار خشم (به ترتیب ۰/۷۴ و ۱/۳۴) و ابراز خشم (به ترتیب ۰/۸۳ و ۱/۱۹) انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. برای بررسی استقلال باقی‌مانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که با توجه به این که مقدار آن برای پیش‌بین‌های سیستم بازداری رفتار و دشواری در نظم‌دهی هیجان ۲/۰۷ و برای پیش‌بین‌های سیستم فعال‌ساز رفتار و دشواری در نظم‌دهی هیجانی ۲/۲۸ به دست آمد که در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارند، بنابراین، پیش‌فرض استقلال باقی‌مانده‌ها رعایت شد.

در بررسی همبستگی میان متغیرهای پژوهش، جدول ۲ بیانگر رابطه مثبت و معنی‌دار بین سیستم بازداری رفتار با سیستم فعال‌ساز رفتار $r=0/14$ ، نشخوار خشم $r=0/38$ و دشواری در نظم‌دهی هیجان $r=0/51$ بود. بین سیستم فعال‌ساز رفتار با ابراز خشم $r=0/37$ ، نشخوار خشم $r=0/18$ و دشواری در نظم‌دهی هیجان $r=0/41$ و نیز بین ابراز خشم و دشواری در نظم‌دهی هیجان $r=0/52$ و نشخوار خشم با دشواری در نظم‌دهی هیجان $r=0/68$ رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت. همچنین، بین ابراز خشم و نشخوار خشم $r=-0/57$ رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بین سیستم بازداری رفتار با دشواری در نظم‌دهی هیجان و دشواری در نظم‌دهی هیجان با نشخوار خشم همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲. همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	سیستم بازداری رفتار	سیستم فعال‌ساز رفتار	ابراز خشم	نشخوار خشم	دشواری در نظم‌دهی هیجان
سیستم بازداری رفتار	۱				
سیستم فعال‌ساز رفتار	۰/۱۴**	۱			
ابراز خشم	۰/۰۴	۰/۳۷**	۱		
نشخوار خشم	۰/۳۸**	۰/۱۸**	-۰/۵۷**	۱	
دشواری در نظم‌دهی هیجان	۰/۵۱**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۶۸**	۱

$P < ۰/۰۱^{**}$

همچنین، جدول ۳ در بررسی نقش میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم بازداری رفتار و نشخوار خشم به روش رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد در مرحله اول ضریب بتای پیش‌بینی نشخوار خشم توسط سیستم بازداری رفتار مثبت و معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۷/۹۱$ ، $b = ۰/۳۷$). این یافته نشان می‌دهد سیستم بازداری رفتار پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار نشخوار خشم است و ۱۴٪ از واریانس نشخوار خشم را پیش‌بینی می‌کند. برای کنترل نقش سیستم بازداری رفتار و تعیین میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان، رگرسیون سلسله‌مراتبی نشخوار خشم توسط سیستم بازداری رفتار و دشواری در نظم‌دهی هیجان محاسبه شد. در این مرحله توان پیش‌بینی‌کنندگی متغیر سیستم بازداری رفتار نسبت به زمانی که به تنهایی وارد معادله رگرسیون شد، کاهش یافت و دیگر معنی‌دار نبود (از $b = ۰/۳۷$ در مرحله اول به $b = ۰/۰۴$ در دومین مرحله)، که بر اساس پیشنهاد بارون و کنی اگر با ورود متغیر میانجی به معادله رگرسیون، ضریب متغیر پیش‌بین به سمت صفر یا کاهش میل کند، میانجی‌گری مورد تأیید است که در مورد رابطه متغیرهای حاضر، میانجی‌گری به طور کامل رخ داده است. نتایج آزمون سوبل ($Z = ۵/۵۴$) نیز تأیید کرد که اثر میانجی دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم بازداری رفتار و نشخوار خشم معنی‌دار است.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی مدل مفروض میانجی برای پیش‌بینی نشخوار خشم

گام	R	R ²	F	B	b	SE	t	Bootstrap 95% CI
گام ۱								
سیستم بازداری رفتار	۰/۳۷	۰/۱۴	۶۲/۶۶	۰/۵۱**	۰/۳۷	۰/۰۶	۷/۹۱	۰/۳۵ - ۰/۶۷
گام ۲								
سیستم بازداری رفتار	۰/۶۸	۰/۴۷	۷۶/۰۹	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۹۳	-۰/۰۷ - ۰/۲۱
دشواری در نظم‌دهی هیجان								
				۰/۴۴**	۰/۶۶	۰/۰۲	۱۵/۲۴	۰/۳۸ - ۰/۴۸

$P < ۰/۰۱^{**}$

۱۶..... پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

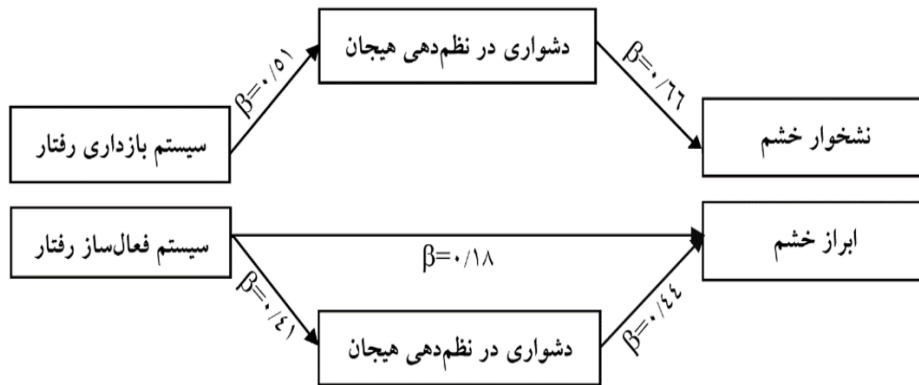
همچنین، جدول ۴ در بررسی نقش میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم فعال‌ساز رفتار و ابراز خشم به روش رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد در مرحله اول ضریب بتای پیش‌بینی ابراز خشم توسط سیستم فعال‌ساز رفتار مثبت و معنی‌دار است ($P < 0/001, t = 7/44, b = 0/36$). این یافته نشان می‌دهد سیستم فعال‌ساز رفتار پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار ابراز خشم است و ۱۳٪ از واریانس ابراز خشم را پیش‌بینی می‌کند. برای کنترل نقش سیستم فعال‌ساز رفتار و تعیین میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان، رگرسیون سلسله‌مراتبی ابراز خشم توسط سیستم فعال‌ساز رفتار و دشواری در نظم‌دهی هیجان محاسبه شد. در این مرحله توان پیش‌بینی‌کنندگی متغیر سیستم فعال‌ساز رفتار نسبت به زمانی که به تنهایی وارد معادله رگرسیون شد، تا حدودی کاهش یافت اما هنوز معنی‌دار بود (از $b = 0/36$ در مرحله اول به $b = 0/18$ در دومین مرحله)، که بر اساس پیشنهاد بارون و کنی اگر با ورود متغیر میانجی به معادله رگرسیون، ضریب متغیر پیش‌بین به سمت صفر یا کاهش میل کند، میانجی‌گری مورد تأیید است. همچنین، نتایج آزمون سوبل ($Z = 6/34$) نشان داد که اثر میانجی دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم فعال‌ساز رفتار و ابراز خشم معنی‌دار است.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی مدل مفروض میانجی برای پیش‌بینی ابراز خشم

Bootstrap 95% CI	t	SE	b	B	F	R ²	R	
								گام ۱
۰/۲۴ - ۰/۴۳	۷/۴۴	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۳۴**	۵۵/۴۵	۰/۱۳	۰/۳۶	سیستم فعال‌ساز رفتار
								گام ۲
۰/۰۹ - ۰/۲۵	۳/۷۷	۰/۰۴	۰/۱۸	۰/۱۷**	۷۶/۰۹	۰/۲۸	۰/۵۳	سیستم فعال‌ساز رفتار
۰/۲۴ - ۰/۳۵	۹/۲۰	۰/۰۳	۰/۴۴	۰/۳۰**				دشواری در نظم‌دهی هیجان

** $P < 0/01$

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود سیستم بازداری رفتار با واسطه‌گری کامل دشواری در نظم‌دهی هیجان قادر است نشخوار خشم را پیش‌بینی کند. همچنین، سیستم فعال‌ساز رفتار نیز با واسطه دشواری در نظم‌دهی هیجان می‌تواند ابراز خشم را پیش‌بینی کند.



شکل ۱. مدل تأییدشده میانجی برای پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با میانجی‌گری دشواری در نظم‌دهی هیجان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد سیستم بازداری رفتار به طور مثبت و معنی‌دار، نشخوار خشم را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی (۲۰۲۳)، خوش‌فطرت و همکاران (۲۰۲۲)، آزادی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. رابطه بین سیستم بازداری رفتار و نشخوار خشم را می‌توان این طور تبیین کرد که خشم ساختار سلسله‌مراتبی دارد (ون‌تفلن و همکاران، ۲۰۲۰). این ساختار خشم نشان می‌دهد جنبه‌های کلی خشم مانند نشخوار خشم، با سایر عواطف منفی مانند ترس و اضطراب مشترک است. از این رو، اگرچه خشم معمولاً به عنوان هیجان مبتنی بر سیستم فعال‌ساز رفتار در نظر گرفته می‌شود، می‌تواند موقع نشخوار فکری با سیستم بازداری رفتار همراه باشد. افکار تکراری، صرف نظر از نوع، با فعال شدن شناخت‌های منفی در حافظه و در نتیجه گوشه‌گیری از روابط بین‌فردی، هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی را در پی دارند. در چنین شرایطی که خشم با اضطراب همراه می‌شود، فرار از موقعیت و اجتناب از خطر عدم تأیید و تنبیه به واکنشی متداول بدل می‌شود.

همچنین، یافته‌ها نشان دادند سیستم فعال‌ساز رفتار به طور مثبت و معنی‌دار، ابراز خشم را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با پژوهش‌های لی (۲۰۲۳)، خوش‌فطرت و همکاران (۲۰۲۲) و وو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. رابطه بین سیستم فعال‌ساز رفتار و ابراز خشم را می‌توان با یافته‌های عصبی توضیح داد که بر اساس آن، ابراز خشم با افزایش فعالیت بخش قدامی نیمکرهٔ چپ مغز مرتبط است (هارمون جونز و گیبل، ۲۰۱۸). این ناحیه با هر دو گرایش ابراز خشم و هیجان‌های مثبت فعال می‌شود، مگر اینکه خشم با اضطراب آمیخته شود که منجر به فرار از موقعیت و اجتناب از تنبیه می‌شود. این موضوع می‌تواند دلیل اینکه چرا نشخوار خشم به جای سیستم فعال‌ساز با بازدارندگی و اجتناب مرتبط است، تبیین کند.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاکی از آن بود که اثر میانجی دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم بازداری رفتار با نشخوار خشم معنی‌دار است. این یافته با پژوهش‌های لی (۲۰۲۳)، خوش‌فطرت و همکاران (۲۰۲۲)، وو و همکاران (۲۰۲۱) و آزادی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که نشان دادند دشواری در نظم‌دهی هیجان یکی از عواملی است که سبب می‌شود سیستم

۱۸..... پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

بازداری رفتار، مشکلات روانی را در پی داشته باشد و در مقابل نظم‌دهی موفق هیجان، با سازگاری اجتماعی و بهزیستی همراه باشد. حساسیت بالای سیستم بازداری رفتار ممکن است با ارزیابی منفی رویدادهای زندگی، واکنش‌های هیجانی منفی فرد را افزایش دهد و اگر رویدادها بیش از اندازه منفی تلقی شوند، می‌تواند منجر به استفاده از راهبردهای اجتنابی ناسازگار مانند سرکوب بیانی و نشخوار خشم برای نظم‌دهی هیجانات شود (خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲). تمایل به افکار تکراری در مورد تجربه ناخوشایند خشم، هیجان‌های منفی را تحریک می‌کند و سطوح بالای هیجان‌های منفی نیز با اختلال در ظرفیت خودکنترلی و عملکرد اجرایی، تمایل به پرخاشگری را افزایش داده و وقوع آن را تسهیل می‌کند (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹). بر این اساس، سطوح بالای فعالیت سیستم بازداری رفتار با اختلال در توانایی نظم‌دهی هیجان و راه‌اندازی تلاش‌های ناسازگار برای نظم‌دهی واکنش‌های هیجانی در شرایط استرس‌زا مانند نشخوار خشم به جای تجربه آنها، خطر آسیب‌های روانی را افزایش می‌دهد (آزادی و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر این، اثر میانجی دشواری در نظم‌دهی هیجان در رابطه بین سیستم فعال‌ساز رفتار با ابراز خشم نیز معنی‌دار بود. این یافته با پژوهش‌های لی (۲۰۲۳)، خوش‌فطرت و همکاران (۲۰۲۲) و وو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. افزایش فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتار در نوجوانی و اوایل جوانی، رشد مهارت‌های خودنظم‌دهی و نظم‌دهی هیجان را مختل می‌کند و منجر به افزایش حساسیت به پاداش و جستجوی محرک می‌شود که به نوبه خود سیستم فعال‌ساز رفتار را فعال‌تر می‌کند (صادق‌زاده و باقری، ۲۰۲۳). همین پاسخ‌دهی بیش از اندازه به پاداش‌ها، ممکن است بر توانایی تشخیص یا پیش‌بینی وقوع پاداش‌های مختلف تأثیر بگذارد و در ادامه، با برجسته‌تر شدن محرک‌های منفی و افزایش حساسیت به آنها به عنوان مانع ناکام‌کننده‌ای که باید حذف گردد، زمانی که فرد با محرک‌های منفی مواجه می‌شود، توانایی درک و پذیرش هیجاناتی مانند خشم، رفتار متناسب با محرک بدون توجه به وضعیت هیجانی و یا تعدیل واکنش‌های هیجانی در او مختل می‌شود و با مدیریت ناسازگارانه هیجان، رفتارهای پرخاشگرانه بروز می‌کند.

همچنین، یافته‌ها با پژوهش آزادی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که نشان دادند رابطه قوی‌تر بین سیستم بازداری رفتار در مقایسه با سیستم فعال‌ساز رفتار با دشواری در نظم‌دهی هیجان وجود دارد. یک تبیین برای این یافته آن است که در مواجهه با محرک‌های منفی، ابتدا سیستم‌های بازداری رفتار فعال می‌شوند و چنانچه این سیستم نتواند رفتار را مهار کند، نوبت به سیستم فعال‌ساز رفتار و رفتارهای از نوع مواجهه و درگیر شدن می‌رسد (مارکاریان و همکاران، ۲۰۱۳). این همان تشریک‌مسابی و نقش متقابل دو سیستم در شرایط خاص است (فراشبندی و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، سیستم فعال‌ساز رفتار سه بُعد را در بر می‌گیرد، که یک بعد آن (جستجوی لذت) مرتبط با تکانشگری ناکارآمد است و دو بُعد دیگر آن با تکانشگری کارآمد مرتبط هستند. از آنجا که پژوهش‌های دیگری هم وجود دارند (خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲) که به یافته‌های ناهمسو دست یافتند، از این رو، انجام پژوهش‌های دیگر برای ارزیابی اثر دشواری در نظم‌دهی هیجان بر رابطه بالقوه سیستم فعال‌ساز رفتار با آسیب‌های روانی ضروری است.

با توجه به نقش و سهم دشواری در نظم‌دهی هیجان و نشخوار و ابراز خشم بر آسیب‌شناسی درونی‌سازی و برونی‌سازی، کار بر سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار می‌تواند دشواری در نظم‌دهی هیجان را کاهش دهد که به نوبه خود می‌تواند منجر به کاهش نشخوار و ابراز خشم و آسیب‌پذیری در برابر اختلالات درونی و بیرونی شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که دشواری در نظم‌دهی هیجان به صورت کلی در نظر گرفته شد. از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در بررسی رابطه سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با آسیب‌شناسی روانی از ابزارهایی که انواع مختلف دشواری در نظم‌دهی هیجان را اندازه می‌گیرند، استفاده کرد. همچنین، جامعه آماری جوانان، افراد ۱۸ تا ۲۲ سال را در بر می‌گرفت و همین امر تعمیم یافته‌ها را به افرادی که در انتهای این بازه سنی قرار دارند، محدود می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این حوزه، کلیه دامنه سنی جوانان را در بر بگیرد.

از آنجا که کاهش دشواری در نظم‌دهی هیجان ممکن است اثرات سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتار را بر نشخوار و ابراز خشم کاهش دهد، از این یافته می‌توان در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تمرکز حواس که ظرفیت نظم‌دهی هیجان را افزایش می‌دهند، استفاده کرد. همچنین، از آنجا که پژوهش در محیط آموزشی اجرا شد، پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها برای ایجاد توانایی نظم‌دهی هیجان در دانشجویان به ویژه برای مدیریت خشم برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی را طراحی کنند.

تشکر و قدردانی

نویسنده مقاله، از کلیه دانشجویان شرکت‌کننده که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماید.

منابع

- امیری، سهراب؛ حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری و سیستم بازداری رفتاری مرتبط با تکانشگری و اضطراب. *علوم پزشکی رازی*، ۲۳(۱۴۴): ۶۷-۸۰. <http://rjms.iuims.ac.ir/article-1-3960-fa.html>
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷). مقیاس نشخوار خشم: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری. *روان‌شناسی تحولی*، ۱۵(۵۸): ۲۱۳-۲۱۵. https://jip.stb.iau.ir/article_664477.html
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴): ۳۶۵-۳۵۹. <https://www.sid.ir/paper/16672/fa>
- سعیدی، الهام؛ صبوری مقدم، حسن؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۹). پیش‌بینی رابطه هوش هیجانی و نشخوار خشم با پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه تبریز. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰(۳۸): ۶۵-۸۲. <https://doi.org/10.22034/spr.2020.114691>
- عباسی، نرجس؛ شیخ‌الاسلامی، رضیه. (۱۳۹۹). خودمهارگری و رضایت از زندگی در بزرگسالی در حال ظهور: نقش واسطه‌ای هیجان‌های هشدار شرم و گناه. *روان‌شناسی تحولی*، ۱۷(۶۵): ۳۹-۵۱. https://jip.stb.iau.ir/article_677192.html
- فراشبندی، افسانه؛ حافظی، فریبا؛ افتخار صعاد، زهرا؛ حیدری، علیرضا. (۱۴۰۰). نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان در تبیین همبستگی بین سیستم فعال‌سازی رفتاری و سیستم بازداری رفتاری با افسردگی. *اندیشه و رفتار*، ۱۶(۶۰): ۵۵-۶۶. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_2303.html

۲۰..... پیش‌بینی نشخوار و ابراز خشم بر اساس سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتار با ...

فلاحی، وحید؛ نریمانی، محمد؛ عطادخت، اکبر. (۱۴۰۰). خصوصیات روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS-16): در گروهی از نوجوانان ایرانی. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۵): ۳۷۲۱-۳۷۳۵. DOI: 10.18502/ssu.v29i5.6772

Aghajani, M., Izadi, M., Farrokhi, N., & Hassani, F. (2021). Investigation of Relationships Between Sensitivity to Reinforcement Traits and Emotion Dysregulation. *Practice in Clinical Psychology*, 293-301. DOI: [10.32598/jpcp.9.4.771.2](https://doi.org/10.32598/jpcp.9.4.771.2)

Amiri, S., & Hassani, J. (2016). Assessment of Psychometric properties of Behavioral activation and Behavioral inhibition systems scale associated with impulsivity and anxiety. *RJMS*, 23(144), 68-80. (Text in Persian). <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-3960-fa.html>

Ariyazangane, E., Borna, M. R., & Johari Fard, R. (2022). Relation of anger rumination and self-criticism with social maladjustment with the mediating role of psychological flexibility in adolescent boys and girls. *Caspian Journal of Health Research*, 7(1), 5-14. <http://cjhr.gums.ac.ir/article-1-212-en.html>

Azadi, S., Khosravani, V., King, S., Mohammadzadeh, A., & Baseri, A. (2020). Effects of neuropsychological systems on psychopathology through cognitive emotion regulation strategies in individuals with suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 229-239. DOI: [10.1007/s10608-019-10040-z](https://doi.org/10.1007/s10608-019-10040-z)

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. DOI: [10.1037/0022-3514.51.6.1173](https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173)

Besharat, M. A. (2018). Anger Rumination Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring. *Developmental Psychology*, 15(58), 213-215. (Text in Persian). https://jip.stb.iau.ir/article_664477.html

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38, 284-296. DOI: [10.1007/s10862-015-9514-x](https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x)

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Psychology*, 63, 452-459. DOI: [10.1037/0022-3514.63.3.452](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452)

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319. DOI: [10.1037/0022-3514.67.2.319](https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319)

Dehghan, H., Naderi, H., Baezzat, F., & Hashemi, S. (2022). Effectiveness of compassionate mind-based cognitive therapy on adolescents' behavioral activation-inhibition systems and theory of mind. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 9(3), 22-32. DOI: [10.22037/ijabs.v9i2.35912](https://doi.org/10.22037/ijabs.v9i2.35912)

Fallahi, V., Narimani, M., & Atadokht, A. (2021). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Brief Form (Ders-16): in Group of Iranian adolescents. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 29(5), 3721-3725. (Text in Persian). DOI: 10.18502/ssu.v29i5.6772

Frashbandi, A., Hafezi, F., Eftekhar Saad, Z., & Heidarie, A. (2021). The mediating role of difficulty in emotion regulation in explaining the correlation between behavioral activation system and behavioral inhibition system with depression. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 16(60), 55-66. (Text in Persian). https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_2303.html

- Giovanni, T., Giometto, S., Lucenteforte, E., Bernini, O., & Carmen, B. (2021). Anger expression and control in emerging adults: the relationship with psychological inflexibility. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9, 80-80. DOI: [10.13129/2282-1619/mjcp-3224](https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3224)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. DOI: [10.1023/B: JOBA.0000007455.08539.94](https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94)
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513. https://www.guilford.com/excerpts/gross_old.pdf?t=1
- Harmon-Jones, E., & Gable, P. A. (2017). On the role of asymmetric frontal cortical activity in Approach and withdrawal motivation: An updated review of the evidence. *Psychophysiol.* 55(1), e12879. DOI: 10.3758/s13415-022-01012-0
- Hochberg, Z. E., & Konner, M. (2020). Emerging adulthood, a pre-adult life-history stage. *Frontiers in endocrinology*, 10, 486415. DOI: [10.3389/fendo.2019.00918](https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00918)
- Homayounnia Firoozjah, M., Homayouni, A., Shahrbaniyan, S., Shahriari, S., & Janinejad, D. (2022). Behavioral activation/inhibition systems and lifestyle as predictors of mental disorders in adolescent athletes during Covid19 pandemic. *BMC Public Health*, 22(1), 1444. DOI: 10.1186/s12889-022-13816-3
- Ibrahim, K., Kalvin, C., Marsh, C. L., Anzano, A., Gorynova, L., Cimino, K., & Sukhodolsky, D. G. (2019). Anger rumination is associated with restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 3656-3668. DOI: [10.1007/s10803-019-04085-y](https://doi.org/10.1007/s10803-019-04085-y)
- Khoshfetrat, A., Scully, D., & Fassbender, C. (2022). Effects of behavioral inhibition/activation systems on anger rumination and anger expression through Difficulty in Emotion Regulation. *Personality and Individual Differences*, 191, 111574. DOI: [10.1016/j.paid.2022.111574](https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111574)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. DOI: [10.1177/001316447003000308](https://doi.org/10.1177/001316447003000308)
- Li, Y. (2023). Role of coping strategies in mediating the effects of behavioral inhibition and activation systems on anger rumination and expression in patients with borderline personality disorder: A 12-month longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 206, 112091. DOI: [10.1016/j.paid.2023.112091](https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112091)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mozafari, N., Bagherian, F., Zadeh Mohammadi, A., & Heidari, M. (2022). Executive functions, behavioral activation/behavioral inhibition system, and emotion regulation in adolescents with non-suicidal self-injury (NSSI) and normal counterparts. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(7), 1-9. DOI: [10.22098/JRP.2021.1146](https://doi.org/10.22098/JRP.2021.1146)
- Oguchi, M., & Takahashi, F. (2019). Behavioral inhibition/approach systems constitute risk/protective pathways from ADHD symptoms to depression and anxiety in undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 144, 31-35. DOI: [10.1016/j.paid.2019.02.033](https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.033)
- Sadeghzadeh, Z., & Bagheri, F. (2023). Comparison of behavioral activation/inhibition systems, emotional regulation difficulties, and selective attention in adolescents with and without parents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1-6. DOI: [10.3389/fpsyg.2023.1212187](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1212187)
- Saeedi, E., Sabourimoghdam, H., & Hashemi, T. (2020). Predicting the relationship between emotional intelligence and anger rumination with the aggression of Tabriz University students.

- Social Psychology Research*, 10(38), 65-82. (Text in Persian).
<https://doi.org/10.22034/spr.2020.114691>
- Samani, S. (2008). Study of reliability and validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(4), 359-365. (Text in Persian).
<https://www.sid.ir/paper/16672/en>
- Santens, E., Claes, L., Dierckx, E., & Dom, G. (2020). Effortful control—A transdiagnostic dimension underlying internalizing and externalizing psychopathology. *Neuropsychobiology*, 79(4-5), 255-269. DOI: 10.1159/000506134
- Shabtari, F., HajiAlizadeh, K., & Hajmohammadi, Z. (2023). Investigating the relationship between behavioral activation and inhibition systems (BIS/BAS) and effortful control (EC) with clinical symptoms and personality disorders in patients with substance abuse disorders. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 5(1), 96-103. DOI: 10.52547/jarac.5.1.96
- Shekhaleslami, R., & Abbasi, N. (2020). Self-control and life satisfaction in emerging adulthood: The mediating role of self-conscious emotions of shame and guilt. *Developmental Psychology*, 17(65), 39-51. (Text in Persian). https://jip.stb.iau.ir/article_677192.html
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 31, 689-700. DOI: [10.1016/S0191-8869\(00\)00171-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00171-9)
- 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. *Psychology Research and Behavior Management*, 939-948. DOI: 10.2147/PRBM.S269874
- Torrubia, R., Avila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 837-862. DOI: [10.1016/S0191-8869\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00183-5)
- Van Tefelen, M. W., Lobbestael, J., Voncken, M. J., & Peeters, F. (2020). Uncovering the hierarchical structure of self-reported hostility. *Plos one*, 15(9), e0239631. DOI: [10.1371/journal.pone.0239631](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239631)
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10(2), 103-106. DOI: [10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x)
- Wu, R., Huang, J., Ying, J., Gao, Q., Guo, J., & You, J. (2021). Behavioral inhibition/approach systems and adolescent nonsuicidal self-injury: The chain mediating effects of difficulty in emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 175, 110718. DOI: [10.1016/j.paid.2021.110718](https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110718)
- Xu, M., Wang, J., Jin, Z., Xia, L., Lian, Q., Huyang, S., & Wu, D. (2021). The Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scales: Measurement Invariance Across Gender in Chinese University Students. *Frontiers in Psychology*, 12, 681753. DOI: [10.3389/fpsyg.2021.681753](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.681753)
- Zhan, J., Tang, F., He, M., Fan, J., Xiao, J., Liu, C., & Luo, J. (2017). Regulating rumination by anger: Evidence for the mutual promotion and counteraction (MPMC) theory of emotionality. *Frontiers in Psychology*, 8. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.01871](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01871)



اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان

نرگس رضاپوریان^۱، همایون هارون رشیدی^{۲*}

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و مطالعه پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان شهر دزفول در سال ۱۴۰۱ بودند و نمونه شامل ۳۰ نفر از این زنان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی دریافت نمودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، از پرسش‌نامه‌های استرس ادراک شده، سیاهه سازگاری اجتماعی و پرسشنامه حس انسجام در سه مرحله (قبل، بعد و دو ماه بعد از اجرای طرحواره درمانی) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی در زنان مبتلا به سرطان تفاوت معنی‌داری وجود داشت. منطبق با یافته‌های این پژوهش می‌توان طرحواره درمانی را به عنوان یک روش کارا جهت کاهش استرس و افزایش سازگاری اجتماعی و انسجام روانی در زنان مبتلا به سرطان پیشنهاد داد.

کلیدواژه‌ها: استرس، انسجام روانی، سازگاری اجتماعی، سرطان، طرحواره درمانی

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد اندیشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیشک، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران Haroon_rashidi2003@yahoo.com

مقدمه

سرطان^۱ یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و مناساز سیستماتیک مشخص می‌گردد (وو، داویس و جن^۲، ۲۰۲۱). سرطان دومین علت مرگ و میر در جهان پس از بیماری‌های قلبی عروقی است. نیمی از مردان و یک سوم زنان در ایالات متحده در طول عمر خود سرطان را تجربه خواهند کرد (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). آمار ابتلا به سرطان به طور هشدار دهنده‌ای رو به افزایش است، به نحوی که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش پنجاه درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (رشید^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). تشخیص سرطان بیش از هر بیماری دیگری تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است می‌تواند به یک بحران عمیق وجودی در زندگی روزمره تبدیل شده و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی در بیمار و خانواده وی می‌شود (مشیرپناهی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). بحران‌های ناشی از سرطان موجب عدم تعادل و ناهماهنگی جسم و روان فرد مبتلا می‌شود که این حالت موجب افزایش حس ناامیدی و استرس شدید در بیمار خواهد شد (سوی، آرگانی و ساکن^۶، ۲۰۲۰). استرس می‌تواند منجر به افزایش اضطراب سلامتی، کاهش بهزیستی روان‌شناختی و نگرانی‌های تکرار شونده گردد که منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی و به تبع آن تهدید سلامت جسمی و روانی در آنان می‌گردد (پاسیاری و همکاران، ۱۴۰۲).

از جمله عواملی که در بیماران سرطانی رخ می‌دهد و می‌تواند در سازگاری با بیماری این افراد تاثیر بگذارد، استرس ادراک شده^۷ است. استرس ادراک شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. به عبارت دیگر استرس ادراک‌شده توانایی‌ها و اطمینان خاطر ادراک‌شده فرد در مواجهه با درخواست‌های محیطی است. نتایج پژوهش فروزان‌فر و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند استرس ادراک‌شده و انسجام روانی با سازگاری روانی- اجتماعی دارای رابطه معنادار بود. همچنین روماس، مک‌گینلی و کارلو^۸ (۲۰۲۱) نشان دادند استرس می‌تواند به‌میزان قابل توجهی توانایی سازگاری افراد را کاهش دهد و این روند می‌تواند منجر به کاهش عملکرد آنها شود. بنابراین اتخاذ روش‌های مناسب جهت شناسایی عوامل خطر، پیشگیری، درمان و مدیریت استرس ضروری به نظر می‌رسد.

سازگاری اجتماعی^۹ از مؤثرترین مکانیسم‌های مقابله‌ای با سرطان است. سازگاری فرآیندی فعال و متأثر از محرکات فردی و محیطی بوده که فرد به دنبال مقابله با چالش‌های فردی و محیطی به سطح مقبولی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی رسیده و سازگاری می‌یابد (قمری، صادقی و آذربرین، ۱۳۹۹). افراد دارای سازگاری اجتماعی در زندگی با مشکلات کمتری مواجه

1. cancer
2. Wu
3. Li
4. Rashid
5. MoshirPanahi
6. Sevi, Urganji & Sakman
7. perceived stress
8. Ramos, McGinley & Carlo
9. social adjustment

هستند، از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده می‌کنند و در هنگام وقوع مشکلات به تنهایی و یا با کمک دیگران بر مشکلات فائق می‌آیند (کوران^۱، ۲۰۱۸). بنابراین بعد از تشخیص بیماری سرطان، فرد با یک موقعیت چالش‌زایی مواجه می‌شود که با فرایند عادی زندگی وی تداخل ایجاد می‌کند و به دلیل عدم کارایی راهبردهای مقابله‌ای قبلی به ناچار باید به دنبال راه‌های مقابله‌ای دیگری برای سازگاری با شرایط بیماری خود باشد (وانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش سازگاری بیماران می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش مشکلات آنها داشته باشد، هر نوع مداخله‌ای، به‌منظور کمک به این بیماران برای افزایش سازگاری آنها قابل پیگیری است.

یکی دیگر از متغیرهای محافظت‌کننده افراد به سرطان در برابر استرس، انسجام روانی^۳ است. توانایی و قابلیت استفاده از منابع در دسترس فرد مانند منابع مالی، اطلاعاتی، تجربیات و غیره از خود منابع مهمتر است و این توانایی استفاده از منابع، همان انسجام روانی است (دل‌پینو ساسادو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد دارای انسجام روانی باور دارند محرک‌هایی که در طول زندگی از محیط درونی یا بیرونی ناشی می‌شوند، ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و قابل توجه هستند و منابعی برای مطالبات و خواسته‌های این محرک‌ها در دسترس است (برون لوینسون^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). آنتونوسکی^۶ معتقد است فردی که یک حس انسجام خوب در او پرورش یافته است، صفات شخصیتی سلامت‌زا از خود ظاهر می‌سازد که منجر به خوش‌بینی و سازگاری در برخی حوزه‌های رفتاری می‌شود. شخصی که انسجام روانی قوی دارد، زندگی را با معنی می‌بیند. چنین افرادی یک حس قوی هدفمند بودن در زندگی دارند و معتقدند که تجارب استرس‌زای زندگی قابل فهم و درک هستند. در دیدگاه سلامت‌زا، سلامتی به‌صورت یک نمودار که دو قطب انتهایی آن سلامت و بیماری است تعریف می‌شود و از نظر آنتونوسکی درجه حس انسجام فردی در زندگی، موقعیت او را روی نمودار تحت تأثیر قرار می‌دهد (نوکستیلی^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین انسجام روانی و شدت علائم بیماری سرطان رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (اسپلوندا^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). نظر به این‌که انسجام روانی می‌تواند به بهبود عملکرد جسمانی و حمایت اجتماعی بیماران سرطانی کمک کند، بر لزوم تدوین استراتژی‌ها و انجام مداخلات مبتنی بر ارتقای انسجام روانی تأکید می‌گردد.

با توجه به اهمیت روزافزون سازگاری اجتماعی و انسجام روانی و با توجه به اینکه سرطان با استرس و هیجانات منفی همراه است، شناسایی و کاربرد درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند در پیشگیری، بهبود استرس و مشکلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به سرطان اثرگذار باشد. از جمله مداخلاتی که می‌تواند مؤثر باشد، طرحواره‌درمانی است. تاکنون پژوهش‌های مختلفی در خصوص اثرگذاری طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مختلف صورت پذیرفته و نشان داده شده که طرحواره‌درمانی بر متغیرهایی چون انسجام روانی (حاجیلری، ۱۳۹۹)، سازگاری اجتماعی (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ منظری توکلی و کریمی، ۱۳۹۹)؛

1. Curran
2. Wang
3. sense of coherence
4. Del-Pino-Casado
5. Braun-Lewensohn
6. Antonovsky
7. Nuccitelli
8. Asplund

۲۶..... اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

خساره و همکاران، ۱۴۰۱؛ بلوتی و وستنبرگ^۱، ۲۰۱۹)، استرس، اضطراب، افسردگی (فرهادی، پسندیده و وزیری، ۱۴۰۰)، استرس ادراک شده (عقیلی و حجازی، ۱۴۰۱)، و درماندگی روانشناختی (شیرین و همکاران، ۱۴۰۲) مؤثر بوده است و به نظر می‌رسد بتواند اثرگذاری مطلوبی بر کاهش استرس و افزایش سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان نیز داشته باشد. طرحواره درمانی با کار بر روی صداهای درونی شده و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها، کمک می‌کند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده آن، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد مبتلا به سرطان طرحواره‌هایی چون بی‌ارزشی، طرد و تنبیه را ناشی از آن بیماری برجسته‌تر کرده‌اند اطلاعات همخوان با طرحواره را تأیید و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی تداوم می‌بخشند (گارینو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو اهمیت طرحواره‌درمانی در ایجاد سلامت‌روانی به طور برجسته‌ای نمایان شده و می‌توان این درمان را عاملی مؤثر در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سرطان و افزایش سلامت‌روانی آنان دانست. با توجه به این یافته‌ها و همچنین شیوع بالای سرطان در ایران و عوارض روان‌شناختی متعددی که در پی دارد، انجام مداخلات روان‌شناختی از جمله طرحواره درمانی به منظور ارتقای سلامت روانی بیماران مبتلا ضروری به نظر می‌رسد. با مداخله‌های درمانی موثر می‌توان در جهت کاهش مشکلات بیماران سرطانی گام بلندی نهاد. انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای مراکز مشاوره و نظام پزشکی کشور به دنبال داشته باشد. همین‌طور از آنجایی که در ایران پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان انجام نشده است و امید است در جهت ارتقاء سلامت روانی اجتماعی در مقابله با سرطان و عوارض آن از طریق به کارگیری طرحواره درمانی سعی در افزایش آگاهی شناختی این بیماران داشته است تا شاید از این طریق در کنار درمان‌های زیستی و پزشکی، پیمودن مسیر تندرستی را هموار سازد. همچنین عدم شناسایی و درمان به موقع اختلالات عاطفی باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری، کاهش شانس و مدت زنده ماندن، اختلال در درمان‌های پزشکی، عدم قبول درمان‌های پزشکی و عدم قبول و کاهش سازگاری به درمان در این بیماران می‌شود. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا طرحواره‌درمانی بر کاهش استرس و افزایش سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان مؤثر است؟ بنابراین فرضیه‌های این مطالعه عبارتند از این‌که:

- طرحواره‌درمانی بر کاهش استرس زنان مبتلا به سرطان مؤثر است؛
- طرحواره‌درمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان مؤثر است؛
- طرحواره‌درمانی بر افزایش انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان مؤثر است.

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مطالعه پیگیری استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به کلینک آنکولوژی بیمارستان امام حسن (ع) شهر دزفول در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و همچنین تمایل به همکاری داشتند، به صورت دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۴/۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۴/۵ بود. ملاک‌های ورود شامل: سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، ۶ ماه از زمان تشخیص گذشته باشد، بیماری سرطان به سطح چهارم بدخیمی نرسیده باشد، جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی را تجربه کرده باشند، تمایل و تعهد آن‌ها به حضور در تمامی جلسات بود. ملاک‌های خروج شامل: داشتن اختلالات روانی و مصرف داروهای اعصاب و روان، یک جلسه غیبت و بیشتر و استفاده از سایر خدمات مشاوره و روان‌درمانی در طول درمان بود. پس از تکمیل نمودن پرسشنامه‌های استرس، سازگاری اجتماعی و حس انسجام، گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در برنامه طرحواره درمانی که توسط پژوهشگر در یک مرکز خدمات روان‌شناختی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخله، مقیاس‌های استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند نهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، بار دیگر همه موارد فوق اجرا گردید. پس از پایان پژوهش، جهت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، حصول اطمینان از عدم افشای اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و رازداری موارد اخلاقی بود که در پژوهش رعایت شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در ادامه مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها آورده شده است.

ابزار

مقیاس استرس ادراک شده^۱ (PSS): این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی مشتمل بر ۱۴ گویه است و به وسیله کوهن، کمارک و مرملستین^۲ (۱۹۸۳) توسعه یافت. نمره‌دهی گویه‌ها بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره چهار) انجام می‌گیرد. گویه‌های ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۹ و ۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره این مقیاس دارای طیف صفر تا ۵۶ می‌باشد که نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک استرس بیشتر است. در مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی نمره کل مقیاس ۰/۸۵ و همبستگی آن با مقیاس علائم افسردگی را بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ و روایی ملاکی آن را بین ۰/۳۵ تا ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه صفایی و شکری (۱۳۹۳) نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش وریمکس نشان داد که نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده از دو عامل خودکارآمدی ادراک

1. Perceived Stress Scale
2. Cohen, Kamarck & Mermelstein

۲۸..... اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

شده^۱ و درماندگی ادراک شده^۲ تشکیل شده است. مقادیر ضرایب همسانی درونی برای عوامل خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ به دست آمده است. در پژوهش بهروزی، شهنی‌بیلاق و پورسید (۱۳۹۱) ضرایب روایی سازه این مقیاس با استفاده از محاسبه همبستگی با یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ محاسبه شد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ و تصویف به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش شد. در این پژوهش پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است.

سیاهه سازگاری بل^۳ (BAI): این سیاهه که توسط بل (۱۹۶۲) تدوین شده است و دارای ۱۴۰ گویه و چهار زیرمقیاس سازگاری خانوادگی^۴، سلامتی^۵، هیجانی^۶ و اجتماعی^۷ دارد. که هر زیرمقیاس شامل ۳۵ گویه است. به پاسخ بله نمره ۱ و به پاسخ خیر نمره صفر داده می‌شود و به گزینه نمی‌دانم نیز نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. در این پژوهش از زیرمقیاس ۳۵ گویه‌ای سازگاری اجتماعی استفاده شد. نمره بالا در این زیرمقیاس نشانه دوری و کناره‌گیری از تماس اجتماعی است. بل روایی بالای این سیاهه را در تشخیص گروه‌های بهنجار از روان‌آزرده گزارش کرده است. همچنین، ضریب همبستگی این سیاهه با آزمون شخصیت آیزنک ۰/۵۶ و ضریب پایایی کل آن از ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ و ضریب پایایی زیرمقیاس سازگاری اجتماعی ۰/۸۸ به دست آمده است. یزدانبخش (۱۳۹۵) پایایی این سیاهه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سازگاری اجتماعی ۰/۸۱ به دست آورد. در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) همبستگی این مقیاس با مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا ۰/۶۷ بود. در این پژوهش پایایی کل سیاهه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمده است.

مقیاس حس انسجام^۸ (SCS): این مقیاس توسط آنتونوسکی^۹ (۱۹۹۳) ساخته شده است، ۲۹ گویه دارد و به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای، از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۲۹ و ۲۰۳ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انسجام بیشتر است. آنتونوسکی (۱۹۹۳) نشان داد این مقیاس تنها دارای یک عامل است که دارای روایی سازه و ثبات ساختار عاملی است و مقادیر ثبات درونی مقیاس در پژوهش‌های مختلف از ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ را شامل می‌شد. اریکسون و لینداستروم^{۱۰} (۲۰۰۵) نشان دادند این مقیاس دارای روایی و پایایی مطلوبی است و تنها یک عامل دارد که ۰/۶۶ واریانس را تبیین می‌کند. در پژوهش علی‌پور و شریف (۱۳۹۱) تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس تنها یک عامل دارد که ۰/۷۶ واریانس را تبیین می‌کند و همه گویه‌ها در این یک عامل بارگیری می‌شوند. همچنین همسانی درونی گویه‌های مقیاس برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است. در این پژوهش پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

1. perceived self-efficacy
2. perceived helplessness
3. Bell's Adjustment Inventory
4. Home
5. health
6. emotional
7. social
8. Sense of Coherence Scale
9. Antonovsky
10. Eriksson & Lindstrom

برنامه مداخله: طرح واره درمانی به شیوه گروهی برپایه الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) درمورد شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه این مداخله که توسط متخصص روان شناسی در کلینیک روان شناختی انجام شده، به شرح زیر است.

جدول ۱. محتوی و هدف جلسات آموزشی طرحواره درمانی

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
۱	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره	مطرح کردن قوانین گروه بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی و شناخت مشکل فعلی	برقراری اعتماد شرکت کنندگان	اجرای فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ
۲	آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها	سنجش طرحواره از طریق تصویر سازی ذهنی و برانگیختن طرحواره‌های اعضا	توانایی تحلیل الگوهای خود آسیب رسانی	تصویرسازی ذهنی با افراد مهم زندگی تاثیرگذار در شکل‌گیری طرحواره
۳	پی بردن به سبک‌های مقابله‌ای و شناختن ماهیت خودآسیب رسان سبک‌های مقابله‌ای	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای برقراری گفتگو بین جنبه ناسالم طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان	استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه	آموزش، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
۴	توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرحواره‌ها هنگام برانگیختن در زندگی روزمره	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارتهای آموزشی	جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سازگار با سبک ناسازگار	یادداشت سبک‌های مقابله در زندگی روزمره
۵	یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرحواره‌ها هنگام برانگیختن در زندگی روزمره	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارتهای آموزشی طرح واره	تهیه کارت‌هایی که قویترین شواهد علیه طرحواره‌ها را دربرگیرد	ساخت کارت آموزشی
۶	برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه	تصویرسازی ذهنی و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی	گره زدن باور شناختی از غلط بودن طرحواره به باور هیجانی	تمرین تکنیک تصویر سازی ذهنی در خارج از جلسه
۷	شناسایی نیازهای ارضاء نشده توانمندسازی اعضا برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها	برقراری گفت و گوی خیالی با اطرافیان از طریق روش صندلی خالی	جدید برقراری ارتباط با اطرافیان	نوشتن نامه به اطرافیان
۸	تمرکز بیشتر بر طرحواره‌های ناسازگار و ارتباط با سبک دلبستگی ناایمن	مرور و بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر	درک ارتباط سبک دلبستگی ناایمن با طرحواره‌های ناسازگار	ارائه پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل

۳۰..... اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

یافته‌ها

برای توصیف داده‌های مربوط به نمونه، ابتدا به محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش پرداخته شد. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش در متغیرهای استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین و انحراف استاندارد، گروه آزمایش در متغیرهای استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی تغییرات محسوس‌تری داشته است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیرها	شاخص‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M
استرس	پیش‌آزمون	۴/۷۷	۳۰/۸۱	۳۰/۶۲	۵/۱۲
	پس‌آزمون	۴/۶۹	۲۴/۸۲	۳۰/۷۰	۵/۹۱
	پیگیری	۴/۷۵	۲۳/۷۹	۳۰/۶۷	۵/۴۳
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۶۵	۱۷/۱۰	۱۷/۵۱	۴/۷۳
	پس‌آزمون	۳/۶۶	۱۱/۲۶	۱۷/۵۲	۴/۷۱
	پیگیری	۲/۲۳	۹/۹۸	۱۷/۷۶	۴/۶۵
انسجام روانی	پیش‌آزمون	۵/۹۲	۳۶/۶۱	۳۶/۷۱	۵/۶۱
	پس‌آزمون	۶/۲۰	۴۰/۲۳	۳۶/۸۲	۵/۴۳
	پیگیری	۶/۲۷	۴۰/۸۹	۳۶/۹۸	۵/۶۷

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. این یافته نشان می‌دهد که در تحلیل کواریانس دو گروه در پس‌آزمون، به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل (طرحواره درمانی) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه، نقش خواهد داشت.

جدول ۳. بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس

یکسانی شیب رگرسیون		آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها		شاخص‌ها
سطح معناداری	مقدار F	سطح معناداری	مقدار F	متغیرها
۰/۱۸۶	۱/۳۲۱	۰/۱۹۸	۱/۴۶۳	استرس
۰/۱۶۹	۱/۱۲۵	۰/۱۶۹	۱/۷۶۴	سازگاری اجتماعی
۰/۲۸۸	۱/۱۸۶	۰/۱۰۶	۲/۱۲۶	انسجام روانی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی در زنان مبتلا به سرطان تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته متغیرهای پژوهش در زنان مبتلا به سرطان

توان آزمون	اندازه اثر	سطح معنی‌داری	DF خطا	DF فرضیه	F	ارزش	مرحله	نام آزمون
۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۸/۱۲	۰/۸۷۶		آزمون اثر پیلایی
۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۸/۱۲	۰/۲۳۷		آزمون لامبدای ویلکز
۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۸/۱۲	۶/۱۲۹	زمان	آزمون اثر هتلینگ
۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۸/۱۲	۶/۱۲۹		آزمون ریشه روی
۱	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۱/۵۰	۰/۷۶۵		آزمون اثر پیلایی
۱	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۱/۵۰	۰/۲۱۲		آزمون لامبدای ویلکز
۱	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۱/۵۰	۵/۳۲۹	زمان * گروه	آزمون اثر هتلینگ
۱	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲۳	۳	۷۱/۵۰	۵/۳۲۹		آزمون ریشه روی

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد براساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمره استرس ادراک شده، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان داشته است ($p < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان ۰/۵۹ درصد از تفاوت در واریانس نمره استرس ادراک شده، ۰/۵۳ درصد از تفاوت در واریانس نمره سازگاری اجتماعی و ۰/۴۱ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان را تبیین می‌کند. همچنین براساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل گروه‌بندی (طرحواره درمانی) نیز بر نمره استرس ادراک شده، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان معنادار است ($p < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل گروه‌بندی ۰/۴۲ درصد از تفاوت در واریانس نمره استرس ادراک شده، ۰/۴۰ درصد از تفاوت در واریانس نمره سازگاری اجتماعی و ۰/۳۵ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان را تبیین می‌کند. علاوه بر این، نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل گروه‌بندی و عامل زمان بر نمره استرس ادراک شده، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (طرحواره درمانی) در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر نمره

۳۲..... اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل گروه‌بندی و زمان ۶۷ درصد از تفاوت در واریانس نمره استرس ادراک شده، ۵۴ درصد از تفاوت در واریانس نمره سازگاری اجتماعی و ۵۳ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان را تبیین می‌کند.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌ها	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه تاثیر
استرس ادراک شده	زمان	۲۸۹/۲۸	۲	۱۴۴/۶۴	۴۶/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
	گروه بندی	۴۲۱/۷۲	۱	۴۲۱/۷۲	۱۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	تعامل زمان و گروه	۲۳۲/۰۵	۱	۲۳۲/۰۵	۶۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
سازگاری اجتماعی	زمان	۲۵۰/۲۱	۲	۱۲۵/۱۰	۳۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۰
	گروه بندی	۳۲۴/۱۲	۱	۳۲۴/۱۲	۲۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	تعامل زمان و گروه	۲۲۶/۱۸	۱	۲۲۶/۱۸	۴۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲
انسجام روانی	زمان	۴۵۲/۱۲	۲	۲۲۶/۰۶	۲۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
	گروه بندی	۵۴۶/۱۹	۱	۵۴۶/۱۹	۲۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
	تعامل مراحل و گروه	۳۴۳/۴۱	۱	۳۴۳/۴۱	۳۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش استرس و افزایش سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان شهر دزفول بود. نتایج نشان داد که مداخله، اثربخشی معنی‌داری بر کاهش استرس دارد؛ به طوری که نمرات استرس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معنی‌داری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است، در حالی که در نمرات گروه کنترل، تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد. بنابراین فرضیه اول این مطالعه تأیید شد این یافته با نتایج پژوهش‌های فرهادی و همکاران (۱۴۰۰)، عقیلی و حجازی (۱۴۰۱) و شیرین و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش استرس، همخوان و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در واقع نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیشتر می‌کنند هرچقدر آنها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند، بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان استرس دچار شوند. طرحواره درمانی با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و عدم دل‌بستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود و به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق مراجعین را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با بکارگیری این مدل افراد می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آنها، برای رها شدن از مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند. لذا تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کند تا بیماران

سرطانی با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی‌های خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. همچنین در تبیین این یافته بر مبنای نظر یانگ می‌توان گفت هدف نهایی طرحواره درمانی بهبود طرحواره‌ها است و از آنجایی که طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرحواره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرحواره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد استرس کمتری را تجربه می‌کنند. بنابراین می‌توان از این روش درمانی جهت بهبود و کاهش استرس ادراک شده در زنان سرطانی استفاده نمود.

همچنین نتایج نشان داد که مداخله، اثربخشی معنی‌داری بر افزایش سازگاری اجتماعی دارد؛ به طوری که نمرات سازگاری اجتماعی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است، بنابراین فرضیه دوم این مطالعه تأیید شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های عیسی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، منظری توکلی و کریمی (۱۳۹۹)، خساره و همکاران (۱۴۰۱)، بلوتی و وستبرگ (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی همخوان و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در رویکرد طرحواره درمانی فرض بر این است که هدایت‌کننده تعاملات انسان، الگوهای عمیقی است که از کودکی براساس رابطه فرد با محیط و شخصیت او شکل گرفته است. طرحواره همچنین می‌تواند به عنوان یک چهارچوب ذهنی الگوهای از پیش تعیین شده تعریف شود که نمایانگر مفاهیم جهان برای فرد است. به عبارتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به باورهای منفی عمیقاً ریشه دار درباره خود، دیگران و دنیا اشاره می‌کند. علاوه بر این انسان‌ها، بر مبنای روشی که خود و محیط را درک می‌کنند، با دیگران به ارتباط می‌پردازند (خساره و همکاران، ۱۴۰۱) بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سازگاری اجتماعی نقش اساسی دارند. در تبیینی دیگر باید گفت طرحواره درمانی با کار بر روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می‌کند که این ابعاد شامل بعد شناختی، تجربی و رفتاری هستند. در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کار کردن بر طرحواره‌ها، کمک می‌کند تا افراد دلایل کاهش سازگاری خود را ناشی از افکار خود بدانند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأیید کننده یا ردکننده طرحواره، طرحواره منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه خوش‌بینانه‌تری نسبت به افراد و جهان پیدا کنند. شکل‌گیری دیدی خوش‌بینانه نسبت به افراد و جهان نیز می‌تواند منجر به افزایش سازگاری اجتماعی شود.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که مداخله، اثربخشی معنی‌داری بر افزایش انسجام روانی دارد؛ به طوری که نمرات انسجام روانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است، بنابراین فرضیه سوم این مطالعه نیز تأیید شد. این یافته با پژوهش انجام شده توسط حاجیلری (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود درمانی بر احساس انسجام مادران کودکان دارای نقص توجه- بیش‌فعالی همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در بهبود انسجام روانی به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک

۳۴..... اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. طرحواره درمانی با بکارگیری شناخت‌درمانی و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگاران به جهت برخورد با مشکلات زندگی و بیماری، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌سازد. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگاران استفاده نمایند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگاران به گسترش ظرفیت روانی و توانش حل مساله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود انسجام روانی آنها می‌شود.

مهمترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود شدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سرطان شهر دزفول، عدم مشخص‌سازی و تفکیک نوع سرطان بود. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مثل تصادفی استفاده شود. انجام این شیوه درمانی بر روی بیماران دیگر با بیماری‌های متفاوت و مقایسه نتایج آنها دریچه جدیدی بر روی درمانگران در رسیدن به اهداف سلامت می‌گشاید. توصیه می‌گردد مشاوران و درمانگران برای کاهش استرس و افزایش سازگاری اجتماعی و انسجام روانی از روش‌های روان‌شناختی به ویژه طرحواره درمانی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

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

منابع

ابراهیمی، محمد؛ کامیابی، میترا؛ حاجی‌پور عبایی، نجمه و سلطانی، امان‌اله. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس سازگاری اجتماعی در نوجوانان بدسرپرست شهر کرمان در بحران کرونا: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی*

رفسنجان، ۲۱ (۹): ۹۳۸-۹۲۳. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6660-fa.html>

بهروزی، ناصری؛ شهنی‌بیلاق، منیجه و پورسید، سیدمهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی، استرس ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با

فرسودگی تحصیلی. *راهبرد فرهنگ*، ۲۰(۵): ۱۰۲-۸۳. https://www.jsfc.ir/article_43841.html

پاسیار، سحر؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید و سهرابی، نادره. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی

روانشناختی، اضطراب سلامت و تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *آموزش پرستاری*، ۱۲ (۲): ۱۱۱-۱۰۱. URL:

<http://jne.ir/article-1479-1-fa.html>

حاجیلری، صبورا. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس انسجام مادران کودکان *ADHD*، سومین کنفرانس بین‌المللی

روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد. <https://civilica.com/doc/1197309>

خساره، حمیده؛ پولادی ریشه‌ری، علی و محمدی، سیدیونس. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در

نوجوانان دختر شهر کرمان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸): ۱۲۲-۱۱۵.

Doi:10.22034/jmpr.2023.15326

شیرین، زهرا؛ ابوالقاسمی، شهرام؛ رحمانی، محمدعلی و قربان شیرودی، شهره (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر درماندگی روان‌شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و خودتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس

تهران. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۳، ۳۱-۳۱. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2696-fa.html>

صفایی، مریم و شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان*

پرستاری، ۲(۱): ۲۲-۱۳. URL: <http://ijpn.ir/article-1-283-fa.html>

عیسی‌زاده، فاطمه؛ حیدری، شیما؛ آقاچان بگلو، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی در افراد دارای اختلال هویت‌جنسی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۷): ۱۳-۲۸.

doi.org/10.22034/spr.2020.109694

عقیلی، سید مجتبی و حجازی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۱)، ۱۱-۱. doi: 10.22075/jcp.2021.21913.2020

علی‌پور، احمد و شریف، نسیم. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۷(۱): ۵۰-۵۶.

فروزان‌فر، فرزانه؛ جبل عاملی، شیدا؛ سلطانی‌زاده، محمد؛ امامی، سیدمحمدحسن و انصاری شهیدی، مجتبی. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک شده و انسجام روانی با میانجیگری شفقت به خود در بیماران مبتلا

به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*. doi: 10.22059/japr.2023.338827.644193

فرهادی، مریم؛ پسندیده، محمدمهدی و وزیر، شهرام. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۲)، ۵۷-۶۹. doi:

10.22070/cpap.2021.14285.1082

قمری، لیلا؛ صادقی، نرگس و آذربرزین، مهرداد. (۱۳۹۹). ارتباط بین ادراک حمایت از جانب دوستان و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۱): ۸۶-۷۷. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4208-fa.html>

منظری توکلی، وحید و کریمی، منیره. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی طرح‌واره‌های شناختی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار دختر دبیرستانی. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۹(۳): ۲۲-۷. [20.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3](https://doi.org/10.22001.1.2423494.1399.9.3.1.3)

یزدانبخش، کامران. (۱۳۹۴). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱(۳):

https://jap.razi.ac.ir/article_330.html?lang=fa. ۱۷۹-۱۸۵

Aghili, M., & hejazi, F. (2022). the effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas and perceived stress in the elderly of daily centers in Gorgan. *Journal of Clinical Psychology*, 14(1), 1-11. doi: 10.22075/jcp.2021.21913.2020

Alipour, A., & Sharif, N. (2012). Validity and reliability of the sense of coherence questionnaire in university students, *Pajoohande Journal*, 17 (1): 50-56 [Text in Persian] URL: <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-fa.html>

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(5), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033)

Asplund, D., Bisgaard, T., Bock, D., Burcharth, J., González, E., Haglind, E., & Smedh, K. (2018). Correction to: Pretreatment quality of life in patients with rectal cancer is associated with

- intrusive thoughts and sense of coherence. *International journal of colorectal disease*, 33(3), 355-357. DOI: [10.1007/s00384-017-2900-y](https://doi.org/10.1007/s00384-017-2900-y)
- Bell, H. M. (1962). *Adjustment inventory manual*. Palo Alto, Calif: Consulting psychologists press.
- Behrouzi, N., Shahniyilaq, M., & Porsaid, S. M. (2011). The relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout. *Culture Strategy*, 20(5), 102-83. https://www.jsfc.ir/article_43841.html
- Blote, A.W. & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 7(1), 110-118. DOI: [10.1016/j.adolescence.2019.01.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.005)
- Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindstrom, B., Margalit, M. (2022). *Salutogenesis and the sense of coherence during the adolescent years*. In: Mittelmark, M.B., et al. *The Handbook of salutogenesis*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_16.
- Cohen S, Kamarck T, & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Curran, T. (2018). An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads. *Personality and Individual Differences*, 126, 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.025>
- Del-Pino-Casado, R, Espinosa-Medina A, Lopez-Martinez, C, Orgeta V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14–21. <https://doi.org/10.2307/2136404>.
- Ebrahimi, M., Kamiabi, M., Hajipoor Abaie, N., & Soltani, A. (2022). Investigating the factor structure and validating the short form of the California social adaptation scale in abused teenagers in Kerman city in the corona crisis: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21 (9), 923-938. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6660-fa.html>
- Eisazadeh, F., Heidary, S., Agajanbaglu, S., & Saffarinia, M. (2020). Study of the effectiveness of schema therapy on improving social adjustment and psychological capital in transsexual persons. *Social Psychology Research*, 10(37), 13-28. doi: 10.22034/spr.2020.109694 [Text in Persian]
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of antonovsky sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59(6): 460-466. DOI: [10.1136/jech.2003.018085](https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085)
- Famarzi S., Habibollahi S., & Poorseye, S. (2011). The effectiveness of life skills cognitive behavioral group training on adjustment for university students with vision loss. *Journal of Exceptional Children*, 11 (3), 217-228. URL: <http://joec.ir/article-1-227-fa.html> [Text in Persian]
- Frozanfar, F., Jabal Ameli, S., Soltanizadeh, M., Emami, S. M. H., & ansari shahidi, M. (2023). Model of Predicting Psychosocial Adaptation to Disease According to Perceived Stress and Sense of Coherence with the Mediation Role of Self-Compassion in the Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, (), -. doi: 10.22059/japr.2023.338827.644193. [Text in Persian]
- Farhadi, M., Pasandideh, M. M., & Vaziri, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 57-69. doi: 10.22070/cpap.2021.14285.1082 [Text in Persian]
- Ghamary, L., Sadeghi, N., & Azarbarzin, M. (2019). The relationship between the perception of support from friends and psychosocial adaptation to the disease in teenagers with cancer.

Journal of Nursing and Midwifery, 19(1), 86-77. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4208-fa.html> [Text in Persian]

- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 209-215. doi: 10.3390/jcm9010209.
- Hajileri, S. (2019). Investigating the effectiveness of schema therapy on the sense of coherence of mothers of ADHD children, *The third international conference on psychology, counseling, education and training, Mashhad*. <https://civilica.com/doc/1197309> [Text in Persian]
- Khasareh, H., Pouladi Reyshahri, A., & Mohammadi, S. Y. (2023). The effectiveness of schema therapy on resilience and social adjustment in female adolescents in Kerman. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(68), 115-122. doi: 10.22034/jmpr.2023.15326. [Text in Persian]
- Li, J., Gao, W., Yang, Q., & Cao, F. (2021). Perceived stress, anxiety, and depression in treatment - naive women with breast cancer: a case - control study. *Psycho - Oncology*, 30(2), 231-239. DOI: [10.1002/pon.5555](https://doi.org/10.1002/pon.5555)
- Manzari Tavakoli, V., & Karimi, M. (2020). The Effectiveness of Group Cognitive Schemas Training on Social Adjustment of Female High School Incompatible Students. *Educational and Scholastic studies*, 9(3), 7-22. [20.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3](https://doi.org/10.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3)
- MoshirPanahi, S., Moradi, A.R., Ghaderi, B., McEwen, C., & Jobson, L. (2020). Predictors of positive and negative post-traumatic psychological outcomes in a sample of Iranian cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 390-404. DOI: [10.1111/bjhp.12412](https://doi.org/10.1111/bjhp.12412)
- Nuccitelli, C., Valentini, A., Caletti, M. T., Caselli, C., Mazzella, N., Forlani, G., & Marchesini, G. (2018). Sense of coherence, self-esteem, and health locus of control in subjects with type 1 diabetes mellitus with/without satisfactory metabolic control. *Journal of Endocrinological Investigation*, 41(3), 307-314. DOI: [10.1007/s40618-017-0741-8](https://doi.org/10.1007/s40618-017-0741-8)
- Pasyar S, Bagooli H, Barzegar M, Sohrabi N. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on psychological well-being, health anxiety, and body image in women with breast cancer. *Journal of Nursing Education*, 12 (2),101-111. URL: <http://jne.ir/article-1-1479-fa.html> [Text in Persian]
- Rashid, A., Aqeel, M., Malik, D. B., & Salim, D. S. (2021). The prevalence of psychiatric disorders in breast cancer patients; a cross-sectional study of breast cancer patients experiences in Pakistan. *Nat Nurture Journal Psychol*, 1, 1-7. DOI:[10.47391/NNJP.01](https://doi.org/10.47391/NNJP.01)
- Ramos, A.K., McGinley, M., Carlo, G. (2021). The relations of workplace safety, perceived occupational stress, and adjustment among Latino/a immigrant cattle feedyard workers in the United States. *Safety Science*, 139, 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105262>
- Sevi, B., Urganci, B., & Sakman, E. (2020). Who cheats? An examination of light and dark personality traits as predictors of infidelity. *Personality and Individual Differences*, 164, 110126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110126>
- Shirin, Z., Abolghasemi, S., Rahmani, M.A, Ghorban Shiroudi, S. (2023). Determining the Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress, Intolerance of Uncertainty and Emotional Self-regulation in Women with Multiple Sclerosis Referred to MS Society of Tehran City, Iran. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*,13, 31-31. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2696-fa.html>
- Wang, X., Zhang, Q., Shao, J., & Ye, Z. (2020). Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *British Medical Journal*, 10(6): e036546. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036546.

۳۸ اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی ...

Wu, H. S., Davis, J. E., & Chen, L. (2021). Bright light shows promise in improving sleep, depression, and quality of life in women with breast cancer during chemotherapy: findings of a pilot study. *Chronobiology International*, 38(5): 694-704.

DOI: [10.1080/07420528.2021.1871914](https://doi.org/10.1080/07420528.2021.1871914)

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2006) *Schema therapy: A practitioner's guide*. A Division of Guilford Publications, Inc. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>.

Yazdanbakhsh, K. (2016). Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. *Aging Psychology*, 1(3), 179-185. https://jap.razi.ac.ir/article_330.html?lang=fa [Text in Persian]



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان با تجربه خشونت خانگی

سیده سعیده قربانزاده^۱، آذر کیامرثی^{۲*}، عباس ابوالقاسمی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان با تجربه خشونت خانگی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. ۶۰ نفر از بین زنان با تجربه خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه، هر گروه ۲۰ نفر، گمارده شدند. ابزار پرسشنامه عملکرد خانواده بود که در سه مرحله استفاده شد در ابتدا از شرکت کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، مداخله درمان شفقت خود با گروه آزمایشی ۱ و زوج درمانی هیجان‌مدار با گروه آزمایشی ۲ بصورت گروهی اجرا شد. پس از آزمون با فاصله یک هفته پس از مداخله و مرحله پیگیری ۲ ماه بعد با گروه‌ها اجرا گردید. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش عملکرد خانواده را در زنان کاهش داده و مداخله زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود تأثیر بیشتر و معنادارتری دارد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، درمان مبتنی بر شفقت خود، زوج درمانی هیجان‌مدار، عملکرد خانواده

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

^۳ استاد، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، ایران

مقدمه

خانواده می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود پرورش داده و این کانون با پیوند زناشویی بین زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (کاتینو^۱، و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که می‌توان گفت، نیاز به صمیمیت و عشق، زن و مرد را به سوی هم کشانده و پیوند زناشویی بین آنها برقرار می‌شود (لو^۲، و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هریک از همسران در قبال یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است (آلن^۳، و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در غیر این صورت اعتماد متقابل بین همسران کمتر می‌شود که در این بین عواملی مانند پیمان شکنی، نارضایتی از زندگی زناشویی و خشونت زناشویی این اعتماد و تعهد را خدشه دار کرده و زندگی زناشویی به سمت جدایی می‌کشاند (دوی^۴، و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین یکی از عواملی که زندگی زناشویی را تهدید می‌کند، خشونت خانگی است (پیکورو^۵، و همکاران، ۲۰۲۱)، که شامل هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جسمی، روان شناختی و جنسی است و اگر منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی زنان شود و همچنین برای آنان رنج‌آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زنان منجر گردد، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (ولی‌زاده و احمدی، ۱۴۰۰). آنچه می‌تواند میزان خشونت خانگی را کمتر کند و روابط زناشویی زوجین را به سوی روابط صلح‌آمیز با کنشوری سالم پیش‌برد، عملکرد سالم خانواده است که تأثیرات مثبتی بر سلامت و رفاه (بهزیستی) اعضای خانواده و زندگی زوجین دارد (بلکول^۶، و همکاران، ۲۰۲۳).

بر اساس پیشینه پژوهش، زوجینی که کمتر روابط خشونت‌آمیز در زندگی زناشویی خود را تجربه می‌کنند، عملکرد خانواده سالم‌تری دارند که این عملکرد سالم خانواده خود به عنوان یک عامل بازدارنده برای بروز خشونت شریک صمیمی^۷ در زندگی زناشویی است (فالبا^۸، و همکاران، ۲۰۲۳). لذا داشتن عملکرد سالم خانواده می‌تواند به بهبود سلامت روان خانواده و ارتقا کیفیت زندگی زناشویی زوجین کمک کند (زلکowitz^۹، و همکاران، ۲۰۲۲) و از زنان در برابر آسیب‌های ناشی از خشونت خانگی محافظت می‌کند. برای زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند و یا در حال تجربه خشونت خانگی هستند، ارائه مداخلات روان شناختی برای کاهش مشکلات آنان از اهمیت فراوانی برخوردار است (گل محمد، و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از مداخلاتی که می‌تواند به زنان قربانی خشونت خانگی کمک کند تا عملکرد خانواده بهتری را تجربه کنند، درمان مبتنی بر شفقت خود^{۱۰} است که در طول ۲۰ سال گذشته، به عنوان یک مداخله نوظهور محبوبیت پیدا کرده است و با تکیه بر رویکردهای مختلف از علوم اعصاب، روان شناسی تکاملی، رشدی و اجتماعی و سنت‌های بودایی، بخشی از موج سوم

1. Catino
2. Lu
3. Allen
4. Dew
5. Piquero
6. Blackwell
7. Intimate Partner Violence
8. Falb
9. Zelkowitz
10. Self-Compassion-Focused Therapy (SCFT)

درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند (کاروالهوا^۱، و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر شفقت خود توسط گیلبرت^۲ (۲۰۰۰) توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ^۳، و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت به خود به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد که می‌تواند ناشی از اشتباهات شخصی یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد (نِف^۴، ۲۰۲۳). در پژوهش گرمر^۵ (۲۰۲۳) با توجه به درمان مبتنی بر شفقت خود و برنامه شفقت خود آگاهانه، راهنمایی‌هایی در مورد چگونگی ادغام شفقت به خود در روان‌درمانی بیان می‌کند و شواهدی را ارائه می‌دهد که شفقت به خود را با فرآیندها و پیامدهای درمانی مرتبط می‌کند. به طوری که می‌توان بر این اساس گفت که شفقت به خود با فواید بی‌شماری برای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد همراه است و تأثیر سودمندی شفقت به خود شاید حتی در روان‌درمانی مشهودتر باشد، جایی که شفقت به خود برای مدت طولانی زیر چتر «پذیرش خود» نقش دارد می‌تواند بر بهبود بسیاری از مشکلات افراد در زندگی موثر باشد (ویلسون^۶، و همکاران، ۲۰۱۹). تمرکز اصلی درمان مبتنی بر شفقت خود توسعه شفقت برای خود است که شامل شفقت به خود یا دیگران می‌شود (کیربی^۷، و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین درمان مبتنی بر شفقت خود به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا شرایط آسیب‌زای جسمانی و روان‌شناختی را با شفقت نسبت به خود تسکین دهند. از سوی دیگر زوج درمانی هیجان‌مدار^۸ باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خشونت خانگی می‌شود. به طوری که گریمن و جانسون^۹ (۲۰۲۲) معتقد است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار را برای زوج‌ها، خانواده‌ها و افراد مناسب استفاده کند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند، چرا که تقویت پیوندهای عاطفی و بین‌فردی تمرکز اصلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار است که می‌تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات مربوط به سلامتی که می‌توانند برای افراد آسیب‌زا باشند محافظت کند (گریمن و جانسون، ۲۰۲۲). زوج‌درمانی هیجان‌مدار به عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوجین و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به طور موفقیت‌آمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی‌ها زوج کمک می‌کرد، پدیدار شد. این مداخلات در یک پروتکل دقیق برای درمان با مراحل و گام‌های ویژه ترکیب یافت. به دلیل وجود این پروتکل ویژه، زوج‌درمانی هیجان‌مدار خودش را به عنوان مدلی پاسخگو و دارای اعتبار تجربی مطرح ساخته و یکی از معتبرترین مدل‌های تجربی زوج‌درمانی شده است (جانسون، ۲۰۰۸). زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی

1. Carvalho
2. Gilbert
3. Craig
4. Neff
5. Germer
6. Wilson
7. Kirby
8. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)
9. Greenman & Johnson

۴۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (جانسون^۱، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه پژوهش زوج درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن^۲، و همکاران، ۲۰۲۲) در مجموع می‌توان گفت که خشونت خانگی در زندگی زناشویی به عنوان مسأله‌ای فراگیر که سایر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد مطرح است و در این زمینه، درباره افزایش عملکرد مطلوب خانواده زنان تحت خشونت خانگی، دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش بر اساس دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی هیجان‌مدار انجام گرفت. در پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص موضوع پژوهش حاضر، به صورت مجزا به بررسی اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی مبتنی بر هیجان‌مدار (مارن، و همکاران، ۲۰۲۲؛ گل محمد، و همکاران، ۱۴۰۰) بر بهبود مشکلات زناشویی پرداخته شده است، اما در این پژوهش به صورت یک جا به بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی بر عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت پرداخته شد. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان شفقت خود و درمان هیجان‌مدار در بهبود عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته است کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این زنان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روان‌شناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روان‌شناسان و زوج درمانگرانی که در زمینه کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویدات کاربردی در این زمینه، برای روان‌شناسان و زوج درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال این پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان قربانی خشونت خانگی وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به بهزیستی در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش ۶۰ زن قربانی خشونت خانگی که به صورت هدفمند از میان مراجعه‌کننده‌های بهزیستی شهر تهران انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند (هر گروه ۲۰ نفر). داشتن سلامت روانی بر اساس پرونده آنان در بهزیستی، دامنه سنی افراد نمونه بین ۲۵ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۲ سال از زمان ازدواج فرد از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. بعد از این مرحله گروه‌های آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان شفقت

خود (۱۰ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان هیجان‌مدار (۱۰ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای از این رویکردها ندید و در لیست انتظار باقی ماند. این مداخلات توسط خود پژوهشگر در مرکز مددکاری بهزیستی انجام شد. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس‌آزمون پاسخ دادند و همچنین بعد از گذشت ۲ ماه مرحله پیگیری انجام شد. اختیاری بودن برای شرکت در پژوهش و حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات زنان با تجربه خشونت خانگی، ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به زنان گروه گواه بعد از اجرای پس‌آزمون، اطمینان بخشی به زنان از بدون ضرر بودن مداخلات درمانی و اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.046 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در این تحقیق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شده است.

ابزار

پرسشنامه کارکردهای خانواده^۱ اپستاین^۲ و همکاران (۱۹۸۳): این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال و ۷ مولفه حل مسئله^۳، ارتباطات^۴، نقش‌ها، پاسخدهی عاطفی^۵، آمیزش عاطفی^۶، کنترل رفتار^۷ و کارکرد کلی^۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت می‌باشد (از کاملاً موافقم ۱ نمره تا کاملاً مخالفم ۴ نمره). سازندگان پرسشنامه روایی ملاکی آن را با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای پایایی بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (اپستاین، و همکاران (۱۹۸۳)). همچنین در داخل ایران در یک پژوهش ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با طیفی بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۴ و معنادار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمد (یوسفی، ۱۳۹۱) و در پژوهش ذوالفقاری، و همکاران (۱۳۹۷)، روایی عاملی آن نیز محاسبه و میزان روایی عاملی آن در دامنه بین ۰/۴۷ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (ذوالفقاری، و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای حل مسئله ۰/۸۱، ارتباطات ۰/۸۵، نقش‌ها ۰/۸۳، پاسخدهی عاطفی ۰/۸۱، آمیزش عاطفی ۰/۸۶، کنترل رفتار ۰/۸۳، کارکرد کلی ۰/۸۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد.

1. Family Assessment Device (FAD)
2. Epstein
3. problem solving
4. communication
5. roles
6. affective responsiveness
7. affective involvemem
8. behavior control
9. general functioning

جلسات درمانی

در جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس نظریه گیلبرت (۲۰۱۰) آمده است که شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که این جلسات توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترای روانشناسی بودند و در زمینه درمان مبتنی بر شفقت خود دوره لازم را گذرانده بودند به گروه آزمایش ارائه شد. همچنین هر جلسه در یک هفته در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۳ تا ۱۴۰۲/۱۰/۲۴ به طول کشید و هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده است که هدف، محتوی، تغییر رفتار موردانتظار و تمرین خانگی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس نظریه گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد منتخب گروه آزمایش و کنترل	رهایی از موانع	مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویرسازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساس بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	بازنگری افکار مثبت / منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود،	کسب توانایی شفقت	به کارگیری این روش‌های

روش‌های ابراز شفقت	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	نسبت به خود	موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸ فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹ آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰ جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

در جدول ۲، جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار بر اساس نظریه جانسون (۲۰۱۲) آمده است که شامل ۱۰ جلسه است که این جلسات توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترای روانشناسی بودند و در زمینه درمان هیجان‌مدار دوره لازم را گذرانده بودند به گروه آزمایش ارائه شد. همچنین هر جلسه در یک هفته در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۴ تا ۱۴۰۲/۱۰/۲۵ به طول کشید و هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده است که هدف، محتوی، تغییر رفتار موردانتظار و تمرین خانگی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار اقتباس از جانسون (۲۰۱۲)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	ارزیابی و ایجاد پیوستگی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های زنان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطق درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان.	به دست آوردن شناخت در زمینه چرخه تعاملات منفی	مهارت‌های کلیدی و ارتباط، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد، توجه به حالات هیجانی خوشایند.
۲	ادامه ارزیابی و شناسایی و چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	کشف تعاملات مشکل‌دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی	به دست آوردن شناخت در زمینه چرخه تعاملات منفی	شناسایی چرخه تعامل‌های خود در موقعیت‌های مختلف
۳	تقویت پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان	تقویت پیوستگی	شناسایی ترس‌های خود، انجام تمرین در زمینه تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات خاص، تجربه دوباره تعاملات و همراه با بیان احساسات خالص.

۴	تشدید تجربه هیجانی	عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل	پذیرش هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات،	پذیرش هیجان‌ات	خود با همسر، تشویق مراجع به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود در منزل
۵	پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دلبستگی، تقویت تعامل اعضای گروه	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها، کشف راحل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	شناسایی نیازهای دلبستگی در زندگی زناشویی	شناسایی نیازهای دلبستگی در زندگی زناشویی	اختصاص دادن زمان برای در میان گذاشتن، رفتار، افکار و هیجان‌ات با شریک زندگی
۶	ایجاد الگوهای تعاملی جدید تملک هیجان‌ات	درگیری صمیمانه مراجعان با همسرانشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستانی شاد از رابطه	کسب توانایی در زمینه الگوهای تعاملی با همسر	کسب توانایی در زمینه الگوهای تعاملی با همسر	کشف عواطف اصلی خود، کامل کردن جدول چگونگی تاثیر گذاری هیجان‌ات و رفتارهای تعاملی زوجین بر یکدیگر
۷	ایجاد درگیری‌های هیجانی افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی.	تاکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیاز جنسی استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک‌های دلبستگی شان	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها در روابط جنسی	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها در روابط جنسی	تشویق به تغییر الگوهای تعاملی با استفاده همسرانتان، تشویق به پاسخگویی مسئولانه‌تر به نیازهای همسرانشان، تشویق به بیان نیازها و خواسته‌های جنسی
۸	تمرکز بر روی خود نه دیگری، چارچوبندی مجدد روابط جنسی،	کمک به اعضای گروه جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای اعضای گروه	عمق بخشیدن به درگیری‌های جنسی زوجین.	عمق بخشیدن به درگیری‌های جنسی زوجین.	گوش دادن همدلانه به نیازهای همسر، درک احساسات زیربنایی همسر
۹	بازسازی تعاملات جنسی و غیر جنسی همسر	جهت دهی و طراحی تعاملات بین زوجین جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف، راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	ارتقاء روش‌های جدید تعامل زوجین	ارتقاء روش‌های جدید تعامل زوجین	تشویق پاسخ‌های جدید سازگاران جدید بین زوجین، حمایت از رفتارهای جدید و پاسخگویانه
۱۰	تحکیم وضعیت و پاسخ‌های جدید، حمایت از الگوهای تعاملی سازنده، اختتامیه جلسات	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط اعضا برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، باز گرداندن تغییرات به اعضا	بحث درباره نقاط قوت/ ضعف درمان، بررسی دستاورد های هر یک از مراجعان	بحث درباره نقاط قوت/ ضعف درمان، بررسی دستاورد های هر یک از مراجعان	-

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه شماره ۱ (گروه درمان مبتنی بر شفقت خود) ۳۲/۸۵ و ۶/۰۸۹؛ گروه شماره ۲ (گروه زوج درمانی هیجان‌مدار ۳۴/۳۰ و ۴/۹۱۱ و گروه شماره ۳ (گروه گواه) ۳۴/۷۵ و ۵/۲۱۰ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۶۷۰$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار

نمی‌باشد (sig=۰/۵۱۶) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر متغیر سن می‌باشد. جدول ۳- میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳
حل مسئله	پیش آزمون	۱۲/۴۰	۱۲/۵۵	۱۲/۵۰	۰/۵۰	۰/۶۹	۰/۵۱
	پس آزمون	۱۰/۷۰	۹/۸۵	۱۲/۳۵	۰/۷۳	۱/۰۴	۰/۶۷
	پیگیری	۱۰/۷۵	۹/۹۰	۱۲/۴۰	۰/۷۲	۱/۰۷	۰/۶۹
ارتباطات	پیش آزمون	۱۶/۱۰	۱۵/۹۰	۱۶/۴۰	۱/۱۶	۱/۰۲	۱/۱۴
	پس آزمون	۱۴/۳۵	۱۲/۲۰	۱۶/۲۵	۱/۱۴	۰/۸۹	۱/۲۵
	پیگیری	۱۴/۴۰	۱۲/۲۵	۱۶/۳۰	۱/۱۴	۰/۸۵	۱/۳۱
نقش‌ها	پیش آزمون	۲۳/۱۰	۲۲/۰۰	۲۲/۱۰	۱/۰۲	۰/۸۶	۰/۸۵
	پس آزمون	۱۹/۱۵	۱۹/۴۰	۲۱/۹۵	۱/۳۹	۱/۳۹	۰/۹۴
	پیگیری	۱۹/۲۰	۱۹/۴۵	۲۱/۹۰	۱/۴۰	۱/۳۲	۰/۹۷
پاسخ‌دهی	پیش آزمون	۲۲/۱۰	۲۲/۶۰	۲۲/۵۵	۱/۰۲	۱/۰۵	۱/۲۳
	پس آزمون	۱۹/۶۰	۱۷/۹۰	۲۲/۴۵	۱/۳۹	۱/۵۵	۱/۳۶
	پیگیری	۱۹/۶۵	۱۸/۰۰	۲۲/۵۰	۱/۳۱	۱/۴۹	۱/۳۶
آمیزش	پیش آزمون	۲۲/۹۰	۲۱/۸۵	۲۲/۰۰	۱/۰۲	۰/۸۱	۰/۷۹
	پس آزمون	۱۹/۱۵	۱۹/۴۰	۲۱/۹۰	۱/۳۹	۱/۳۵	۰/۹۱
	پیگیری	۱۹/۲۰	۱۹/۴۵	۲۱/۹۵	۱/۴۰	۱/۳۲	۰/۸۹
کنترل	پیش آزمون	۲۲/۵۵	۲۲/۵۵	۲۲/۷۵	۱/۳۶	۰/۹۹	۱/۲۵
	پس آزمون	۱۹/۵۰	۱۸/۰۰	۲۲/۸۰	۱/۳۹	۱/۵۶	۱/۴۴
	پیگیری	۱۹/۵۵	۱۸/۰۵	۲۲/۸۵	۱/۳۶	۱/۵۰	۱/۳۹
عملکرد کلی	پیش آزمون	۳۶/۶۵	۳۶/۰۰	۳۶/۸۵	۱/۳۱	۰/۷۹	۱/۱۸
	پس آزمون	۳۲/۹۰	۳۱/۰۵	۳۶/۷۵	۱/۲۱	۱/۳۹	۱/۰۷
	پیگیری	۳۲/۹۵	۳۱/۱۵	۳۶/۸۰	۱/۳۲	۱/۳۹	۱/۰۶
نمره کل عملکرد	پیش آزمون	۱۵۳/۶۵	۱۵۵/۶۰	۱۵۵/۱۵	۲/۱۳	۳/۰۸	۲/۷۶
	پس آزمون	۱۳۵/۸۵	۱۲۷/۳۰	۱۵۴/۴۵	۳/۹۸	۴/۸۹	۳/۹۴
	پیگیری	۱۳۵/۷۰	۱۲۸/۲۵	۱۵۴/۷۰	۳/۶۱	۳/۲۷	۳/۹۵

برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴- آمده است که بر اساس نتایج جدول درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده اثربخشی معنادار دارد.

جدول ۴. نتایج اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر عملکرد خانواده

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
حل مسئله	زمان	۱۴۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	گروه	۳۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۶/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
ارتباطات	زمان	۱۲۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۴۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
نقش‌ها	زمان	۲۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	گروه	۱۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
پاسخ‌دهی	زمان	۱۳۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	گروه	۴۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
آمیزش	زمان	۲۰۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	گروه	۱۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
کنترل	زمان	۱۱۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۴۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
عملکرد کلی	زمان	۳۳۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	گروه	۷۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۸۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
نمره کل عملکرد	زمان	۶۴۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	گروه	۲۱۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۷۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰

در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون در عملکرد خانواده در جدول ۵ آمده است. همان‌طور که جدول ۵- نتایج درمانی پایدار بوده است و نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه اثربخشی درمان‌ها با گروه کنترل نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان مبتنی بر شفقت خود با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر عملکرد خانواده دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی عملکرد خانواده برای بررسی ماندگاری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
	پیش آزمون	۱۲/۴۸	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۵۱۷	۰/۰۰۱
حل مسئله	پس آزمون	۱۰/۹۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
ارتباطات	پیش آزمون	۱۶/۱۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۸۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۲۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۴/۳۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
	پیش آزمون	۲۲/۴۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۲۳	۰/۰۰۱
نقش‌ها	پس آزمون	۲۰/۱۷	پیش آزمون-پیگیری	۲/۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۱۸	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
پاسخ‌دهی	پیش آزمون	۲۲/۴۲	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۴۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۹۸	پیش آزمون-پیگیری	۲/۳۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۰۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۳۲۴
	پیش آزمون	۲۲/۲۵	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۱۰	۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	پس آزمون	۲۰/۱۵	پیش آزمون-پیگیری	۲/۰۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۲۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
کنترل	پیش آزمون	۲۲/۶۲	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۰/۱۰	پیش آزمون-پیگیری	۲/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۱۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
	پیش آزمون	۳۶/۵۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۹۳	۰/۰۰۱
عملکرد کلی	پس آزمون	۳۳/۵۷	پیش آزمون-پیگیری	۲/۸۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۳/۶۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۳۲۴
نمره کل عملکرد	پیش آزمون	۱۵۴/۸۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۶۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۳۹/۲۰	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳۹/۵۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۳۵	۰/۹۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان قربانی خشونت خانگی بود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر

۵۰..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

شفقت خود بر نمره کل عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت خانگی دارد که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون (۲۰۲۲)، مارن، و همکاران (۲۰۲۲)، گل محمد، و همکاران (۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت در زوج درمانی هیجان‌مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و به بازگشت آرامش به زندگی زوج متعارض و حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید؛ افزون بر آن، زوج درمانی هیجان‌مدار به همسران درگیر مشکلات زناشویی مانند خشونت خانگی کمک می‌کند تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود تلاش نمایند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "حل مسئله" می‌توان گفت که منظور از حل مسئله در این پژوهش آن است که خانواده‌های درگیر خشونت خانگی توانایی حل مشکلات در سطحی که عملکرد خانواده حفظ شود را ندارند. بر همین اساس می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار از این حیث نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود برتری دارد که درمان مبتنی بر شفقت خود بیشتر بر نحوه دلسوزی فرد آسیب دیده از خشونت خانگی نسبت به خود تاکید دارد و نمی‌توان با خوددلسوزی مشکلات زناشویی را حل کرد. بلکه برای کاهش مشکلات و توانایی حل مسئله باید زوجین نیازهای اساسی هم را کشف کنند و با توانمند شدن در جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار راه-حل‌های جدید و نو برای حل مشکلات به دست آورند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "ارتباطات" می‌توان گفت که ارتباطات به عنوان تغییر و تبادل اطلاعات میان همسران توصیف شده است و در مورد ارتباطات دو حیطه عمده وجود دارد که شامل ارتباطات عاطفی و غیر کلامی است (مارن، و همکاران، ۲۰۲۲). زوج درمانی هیجان‌مدار از قدرت هیجان برای به حرکت داشتن همسران و برانگیختن پاسخ‌های جدید در تعاملات و ارتباطات اساسی و مکرری استفاده می‌کند که باعث تحرک در زندگی زناشویی می‌شود. بنابراین زنان آسیب دیده از خشونت خانگی با شرکت در جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار میزان دلبستگی ناایمن خود را تغییر داده و سعی می‌کنند این ایمن بودن دلبستگی را در زندگی زناشویی خود تجربه کنند و همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی ارتباطات بهتری را همسر خود داشته باشد و در مواقع مشکلات کمتر خشونت خانگی بین زوجین رخ دهد. اما درمان مبتنی بر شفقت خود از آنجایی که بیشتر بر روی جنبه‌های فرد زنان کار می‌کند و آنان را نسبت به رنج و دردی که دارند، با خودشان دلسوز و مهربان بار می‌آورد، به همین دلیل است که نمی‌تواند نسبت به زوج درمانی هیجان‌مدار برتری داشته باشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "نقش‌ها" می‌توان گفت که زنانی که دارای مشکلات خانوادگی و عملکرد ناسالم خانوادگی هستند در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش، و نظم‌دهی نقش‌های هیجانی خود با همسرانشان با مشکلاتی مواجه بوده و در تمایز نقش‌های خود با همسرشان، دچار مشکل هستند. نتیجه اینکه زنان متأهل در معرض خشونت خانگی که عملکرد ناسالم خانوادگی در زمینه نقش‌ها دارند، اغلب در جریان

آشفته‌گی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از صمیمیت و احساسی درآمیخته با منفی بودن نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند و بارها تلاش‌های آنها در احیای صمیمیت با شکست مواجه شده است و با شیوه‌های محدود شده‌ای مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین در فرایند زوج درمانی هیجان‌مدار، درمانگر به از بین بردن این احساس ناامنی اقدام می‌کند و در نتیجه وقتی درمانگر چرخه تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها نیز توسط همسران شناسایی می‌شوند و زنان بهتر در زمینه نقش‌ها توانایی خود را بروز می‌دهند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "پاسخ‌دهی" می‌توان گفت که در فرآیند زوج درمانی هیجان‌مدار، زنان قربانی خشونت خانگی این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی، تنظیم می‌کنند و در چرخه درمان، همسران می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید، نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر خود را بپذیرند که این موضوع باعث کاهش مشکلات هیجانی و بهبود عملکرد سالم خانوادگی می‌شود. بنابراین هدف از این شیوه درمانی، کمک به زنان قربانی خشونت خانگی برای دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین همسران را افزایش می‌دهد و همین باعث می‌شود که صمیمیت بیشتری را نیز در بین خود و در زندگی زناشویی خود تجربه کنند و عملکرد ناسالم خانوادگی در زمینه پاسخ‌دهی عاطفی را بهبود بخشند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "آمیزش عاطفی" می‌توان گفت که آمیزش عاطفی را به عنوان مجموعه‌ای از فعالیت‌های زوجین توصیف کرد که آن را در علائق، ارزش‌ها و دیگر فعالیت‌ها نشان می‌دهند و دیده می‌شود که زوجین چگونه و به چه طریقی، علائق و خواسته‌هایشان را با همدیگر در میان می‌گذارند. لذا آمیزش عاطفی دارای دامنه‌ای از عدم وجود آمیزش عاطفی (هیچ علاقه یا مراودهای نشان داده نمی‌شود یا تجربه نمی‌شود) تا بی‌نهایت آمیزش عاطفی می‌باشد که سلامتی در وسط این طیف قرار دارد. لذا از آنجایی که هدف اصلی زوج درمانی هیجان تغییر سبک دلبستگی ناایمن است و سعی می‌کند با ایجاد دلبستگی ایمن، در افراد تحت درمان، آنان را در زندگی زناشویی توانمند کند. بنابراین همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی علائق، ارزش‌ها و خواسته‌های مشترک بیشتری داشته باشند. با کسب دلبستگی ایمن، و به کارگیری این توانمندی در زندگی زناشویی، خشونت خانگی کمتر می‌شود و عملکرد سازنده‌تری از کانون خانواده از خود نشان می‌دهند. اما در درمان مبتنی بر شفقت خود چنین تغییراتی رخ می‌دهد و صرفاً بر روی کاهش خودانتقادی و افزایش مهربانی با خود تأکید دارد.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "کنترل رفتار" می‌توان گفت که با زوج درمانی هیجان‌مدار می‌توان نسبت به کنترل این امور به ویژه پرخاشگری و خشونت در کانون خانواده اقدام کرد. کاربرد زوج درمانی هیجان‌مدار در مورد زنان در زمینه ناسازگاری و مشکلات زناشویی همچون خشونت خانگی با این احساسات و آگاهی از آنها می‌تواند در ایجاد رابطه صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر باشد و نیز کاربرد رویکرد شناختی در شکستن تابوها گذشته در روابط با شوهرانشان مؤثر است و همین فرآیند به آنان کمک می‌کند که نسبت به همدیگر

۵۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

پرخاشگری نکنند. اما در درمان مبتنی بر شفقت خود با بهبود و کاهش خودانتقادی به این زنان کمک می‌کند که با خود مهربان باشند. اما از آنجایی که خشونت خانگی یک مسئله فردی نیست که زنان بخواهند با خودمهربانی آن را کم کنند، لذا زوج درمانی هیجان‌مدار با بهبود دلبستگی ایمن به آنان کمک می‌کند که روابط بهتری با همسر خود داشته باشند و کمتر پرخاشگری کنند.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان مشابه در سایر شهرها باید احتیاط لازم صورت گیرد. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلند مدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان شفقت و درمان هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده پرداخته شود. در راستای رفع محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنانی که تجربه خشونت خانگی داشتند اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان، مشاوران بالینی و درمانگران خانواده هم در برنامه‌های پیش ازدواج و هم در مداخلات پس از ازدواج به زوجین در معرض آسیب ناشی از مشکلات خانوادگی و زناشویی به درمان مبتنی بر شفقت خود توجه ویژه‌ای کنند؛ چرا که این درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی دارای هزینه‌های کمی بوده و اقتصادی هستند و می‌توانند زوجین را توانمند کنند تا بهتر با مشکلات خانوادگی کنار آیند. همچنین به عنوان یک نتیجه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره و درمانی با هدف ارتقاء تاب‌آوری زناشویی و کاهش مشکلات زوجین و همچنین افزایش روابط صمیمانه، دوره‌های درمانی هیجان‌مدار را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا نمایند که بتواند زوجین در برابر مشکلات زناشویی تاب‌آوری داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای پرخاشگرانه زناشویی شوند و از این طریق عملکرد خانواده تقویت شود.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ذوالفقاری، حمید؛ سیدزاده دلویی، سیدایمان؛ فرخی، حسین؛ مصطفی پور، وحید؛ علیشاهی، عارفه؛ و مافی اصل، سپیده. (۱۳۹۷). مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران اختلال خوردوخوراک با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱(۱)، ۶۷-۵۹.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2>

گل محمد، رکسانه؛ قاسمی فیروزآبادی، مهسا؛ عبدلی، زهرا؛ و ساقیها، هنگامه. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر پریشانی روان‌شناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)، ۴۳۴۸-۴۳۳۸.

[10.22038/MJMS.2022.20934](https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.20934)

ولی‌زاده، حدیث؛ و احمدی، وحید. (۱۴۰۰). مقایسه شناختی/رفتاری و درمان پذیرش/تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی

خسونت. *روانشناسی خانواده*، ۸(۲)، ۱۲-۲۵. <https://doi.org/10.52547/ijfp.2022.549042.1088>

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۱). بررسی شاخص‌های روانسنجی مقیاس‌های شیوه سنجش خانوادگی مک مستر. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۲(۷)،

۱۲۰-۹۱. https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html

- Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A., & Doman, M. (2022). Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, 71(2), 611-629. <https://doi.org/10.1111/fare.12599>
- Blackwell, A. H., Asghar, K., de Dieu Hategekimana, J., Roth, D., O'Connor, M., & Falb, K. (2023). Family functioning in humanitarian contexts: correlates of the feminist-grounded family functioning scale among men and women in the eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Child and Family Studies*, 32(1), 197-210. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02356-4>
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The evolution of cognitive behavioural therapy—The third generation and its effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), 773-774. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- Catino, M., Rocchi, S., & Marzetti, G. V. (2022). The network of interfamily marriages in 'Ndrangheta. *Social Networks*, 68(1), 318-329. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2021.08.012>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dew, J., Trujillo, S., & Saxey, M. (2022). Predicting marital financial deception in a national sample: A person-centered approach. *Family Relations*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/fare.12654>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Falb, K., Blackwell, A., Hategekimana, J. D. D., Roth, D., & O'Connor, M. (2023). Preventing co-occurring intimate partner violence and child abuse in eastern Democratic Republic of Congo: the role of family functioning and programmatic reflections. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), 183-211. [10.1177/08862605221080152](https://doi.org/10.1177/08862605221080152)
- Germer, C. (2023). Self-Compassion in Psychotherapy: Clinical Integration, Evidence Base, and Mechanisms of Change. In *Handbook of Self-Compassion* (pp. 379-415). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_22
- Gilbert, P. (2000). Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 118-150. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. [10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
- Golmohammadi, R., Ghasemi Firoozabadi, M., Abdoli, Z., & Saghaha, H. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 4338-4348. (Text in Persian) [10.22038/MJMS.2022.20934](https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.20934)
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, 43(2), 146-150. [10.1016/j.copsyc.2021.06.015](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015)

- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 1-127. <https://books.google.com/books?>
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Lu, F., Huang, X., Xu, E., Chung, C. N., & He, X. (2022). Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, 18(2), 279-318. <https://10.1017/mor.2021.75>
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(2), 193-218. [10.1146/annurev-psych-032420-031047](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047)
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaul, F. M. (2021). Evidence from a systematic review and meta-analysis: Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Criminal Justice*, 2(2), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
- Valizadeh, H., & Ahmadi, V. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment treatment on resilience and quality of life of women victims of domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 12-25. (Text in Persian) <https://doi.org/10.52547/ijfp.2022.549042.1088>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(1), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Yousefi, N. (2012). An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). *Quarterly of Educational Measurement*, 2(7), 91-120. (Text in Persian) https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html
- Zelkowitz, R. L., Archibald, E. A., Gradus, J. L., & Street, A. E. (2022). Postdeployment mental health concerns and family functioning in veteran men and women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/tra0001237>
- Zolfaghari, H., Seyedzadeh Daloooyi, S.I., Farrokhi, H., Mostafapour, V., Alishahi, A., & Mafi Asl, S. (2018). Comparison of the Family Functions of Patients Feeding and Eating Disorders with Healthy Individuals Based on the McMaster Model. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8(1), 59-67. (Text in Persian) [20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2](https://doi.org/10.23222840.1397.8.0.107.2)



نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری

فاطمه رئیسی^{۱*}، صدیقه خانی‌فر^۲، رضا محمد دوست^۳

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری انجام شد. روش این مطالعه توصیفی-همبستگی بر اساس معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی- واحد کرج در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنها ۳۰۰ دانشجوی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در این پژوهش شرکت‌کنندگان مقیاس اهمال‌کاری، مقیاس ذهن‌آگاهی، پرسش‌نامه ادراک استعاری زمان و مقیاس نگرش به زمان را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد: اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی رابطه منفی و معنی‌دار داشت. اثر نگرش مثبت به زمان و ادراک استعاری زمان بر ذهن‌آگاهی مثبت و به‌طور مستقیم معنادار بود و اثر نگرش منفی به زمان بر ذهن‌آگاهی به‌طور منفی معنادار بود. همچنین، نگرش به زمان و ادراک استعاری زمان نقش میانجی در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی دانشجویان داشت. از طرفی، اهمال‌کاری با میانجی‌گری نگرش منفی به زمان با ذهن‌آگاهی رابطه منفی و معنی‌داری داشت. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران حوزه علوم رفتاری برای مطالعه زیربنای اهمال‌کاری دانشجویان به عوامل مربوط به زمان از ابعاد مختلف توجه داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: اهمال‌کاری، درک استعاری زمان، ذهن‌آگاهی، نگرش به زمان.

^۱ نویسنده مسئول: دکترای علوم‌شناختی- زبان، دپارتمان زبان‌شناسی شناختی، موسسه آموزش عالی شناختی، تهران، ایران، elhamaraiisi@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد ساوه، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، ساوه، ایران

^۳ استادیار گروه مهندسی کامپیوتر و فن‌آوری اطلاعات، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

اهمال‌کاری^۱ در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها دیده می‌شود. اما شیوع اهمال‌کاری در بین دانشجویان از فراوانی بالایی برخوردار است (آریا-کاستیلو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳)، زیرا دانشجویان به‌عنوان جامعه مطالعاتی گروهی هستند که با تکالیف متعدد و متنوعی روبرو می‌باشند. اهمال‌کاری در بین دانشجویان ممکن است عواقب متفاوتی نسبت به بقیه گروه‌های اجتماعی داشته باشد (روزنتال^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). به بیان دیگر، اهمال‌کاری عبارت است از تعلل‌ورزی در امور مهم یا در تکالیف فردی که اغلب پریشانی روان‌شناختی در پی دارد (ایزنبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) و سلامت روان را تهدید می‌کند (جوهانسون^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). در ادبیات پژوهش؛ دو نوع اهمال‌کاری وجود دارد. اهمال‌کاری رفتاری که تعلل عمدی در همه امور فردی است و اهمال‌کاری در تصمیم‌گیری که در آن فرد عمداً تصمیم‌گیری در مورد امور مهم زندگی خود را به تعویق می‌اندازد (سلیند^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). در زمینه اهمال‌کاری دو دیدگاه اصلی وجود دارد. دیدگاه شناختی که معتقد است؛ اهمال‌کاری ناشی از باورهای غیرمنطقی و خودانتقادگری است و دیدگاه رفتاری که اهمال‌کاری را نوعی شرطی‌سازی عاملی قلمداد می‌کند. یعنی این سبک از رفتارها توسط تقویت عوامل محیطی ایجاد و شکل گرفته است. همچنین در طول زمان تثبیت شده‌اند (فنگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). ادبیات پژوهش نشان داده است؛ کاهش ذهن‌آگاهی، علی‌الخصوص عدم توجه به زمان حال، اهمال‌کاری را تشدید می‌کند (شوت و دل‌پوزو دو بالگر^۸، ۲۰۲۰).

ذهن‌آگاهی^۹ به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدف‌مند و خالی از قضاوت است؛ یعنی بودن در لحظه با هرآنچه اکنون در حال وقوع است (شومن-الیویر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس دیدگاه کابات زین^{۱۱} (۲۰۰۳) ذهن‌آگاهی جریانی است که بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح می‌باشد. این فرایند شامل ایجاد روش خاصی از بذل توجه به تجربیاتی است که کم‌وبیش با روش متداول و زندگی روزمره تفاوت دارد (باتیستا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). در جریان ذهن‌آگاهی از فرد خواسته می‌شود تا در ابتدا قضاوت خود درباره تجربیاتش را به حالت تعلیق درآورد و در مرحله بعد آگاهی هوشیارانه خود را به‌طور مکرر و با قطعیت و حفظ آرامش، به جریان رویدادهایی معطوف دارد که در حیطه هوشیاری او قرار گرفته‌اند (لویت‌بینون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، عنصر اصلی

1. procrastination
2. Araya-Castillo
3. Rozental
4. Eisenbeck
5. Johansson
6. Cleland
7. Feng
8. Schutte & del Pozo de Bolger
9. mindfulness
10. Schuman-Olivier
11. Kabat-Zinn
12. Bautista
13. Levit-Binnun

ذهن‌آگاهی توجه به زمان حال از منظرهای مختلف است و تمرکز بر زمان حال نقش پررنگی در فرایند ذهن‌آگاهی بازی می‌کند (لیما-آراوجو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

نگرش به زمان یکی از ابعاد دیدگاه‌گیری در مورد زمان است که به هیجانان افراد و ارزیابی احساسی آنها نسبت به گذشته، حال و آینده اشاره دارد (روزبوم^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر زیمباردو و بوید^۳ (۱۹۹۹) نگرش به زمان می‌تواند عملکرد شخصی را تغییر دهد. ایشان منظرگاه‌های زمانی متفاوتی را مطرح کرده‌اند؛ که افراد برای انسجام و معنی‌بخشیدن به رخدادهای گذشته، حال و آینده از آنها بهره می‌برند. از این نقطه‌نظر؛ نگرش نسبت به زمان هم بر فراخوانی و تفسیر رویدادهای گذشته اثر دارد، هم باعث پیش‌بینی رخدادهای آتی می‌شود و هم تجربه دقیق کنونی را تسهیل می‌کند. در اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده شده است؛ داشتن انتظار برای آینده مثبت باعث افزایش کوشش در زمان حاضر می‌شود. درحالی‌که انتظارات برای آینده منفی به کاهش تلاش در حال حاضر منجر می‌شود (الینگام^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی، جنس زمان برای درک شدن استعاری است. زمان می‌تواند؛ مانند هر چیز دیگری که ماهیت انتزاعی دارد؛ به کمک استعاره‌های شناختی^۵ یا مفهومی^۶ درک و اعاده‌معنی شود (لیکاف^۷، ۲۰۰۸). در زبان‌شناسی شناختی^۸، زبان نشانگر سیستم شناختی ماست. استعاره‌های مفهومی توسط لیکاف و جانسون^۹ (۱۹۸۰) معرفی شدند و بر اساس نظر آنها استعاره‌ها در نیمکره راست مغز پردازش می‌شوند. بنابراین، به‌نوعی جسم‌آگین یا بدن‌مند^{۱۰} هستند (شفیعی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۷). استعاره‌های مفهومی دارای دو حوزه معنایی مبدا^{۱۱} و مقصد^{۱۲} هستند. حوزه مبدا مبتنی بر ویژگی‌های جسمانی است و به مدد آن می‌توان حوزه مقصد را مفهوم‌سازی کرد یا به درک استعاری رسید (کووچش^{۱۳}، ۲۰۲۲). مطالعه‌ای بر روی گویشوران زبان فارسی نشان داد؛ حوزه‌های مبدا اصلی زمان در زبان فارسی ماده، مکان و شی می‌باشند. همچنین، اگرچه درک استعاری زمان با توجه به سن و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سطح تحصیلات گسترش می‌یابد و وابسته به ظرفیت شناختی افراد است (رئیی و همکاران، ۱۳۹۸).

بررسی ادبیات پژوهش ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه را نشان داده است. برای مثال؛ مصباح‌مقدم و عبدی‌زرین (۱۴۰۱) نشان دادند؛ بین اهمال‌کاری و مدیریت زمان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. رئیی و ریاسی (۱۴۰۱) دریافتند؛ درک استعاری زمان در دوران شیوع ویروس کرونا با میزان اهمال‌کاری دانشجویان در این زمان ارتباط دارد. رضایی و کریم‌پور (۱۳۹۹) دریافتند؛ بین میزان اهمال‌کاری و ذهن‌آگاهی رابطه منفی وجود دارد. آرمانی‌کیان و همکارانش (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای نشان دادند؛ بین ذهن‌آگاهی و اهمال‌کاری تحصیلی رابطه منفی برقرار است. در پژوهشی برزگربروی و عارف‌منش (۱۳۹۸)

1. Lima-Araujo
2. Roseboom
3. Zimbardi & Boyd
4. Allingham
5. cognitive metaphors
6. conceptual metaphors
7. Lakoff
8. cognitive linguistics
9. Johnson
10. embodiment
11. source domain
12. target domain
13. Kövecses

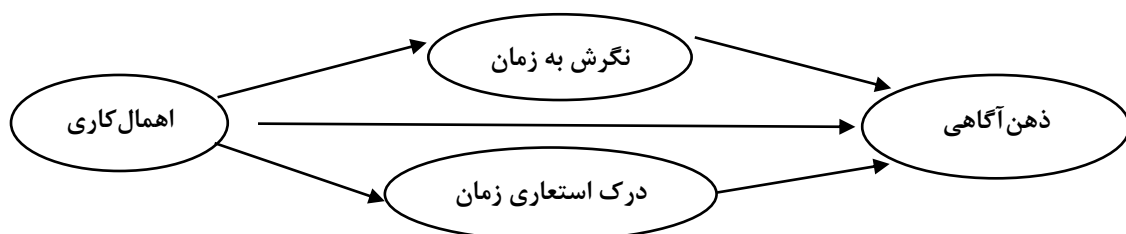
۵۸..... نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری

نتیجه گرفتند؛ بین چشم‌انداز زمان و میزان اهمال‌کاری تحصیلی رابطه وجود دارد. در دو مطالعه جداگانه زو^۱ (۲۰۲۲) و ساتوس^۲ و همکارانش (۲۰۲۲) مشخص کردند بین مدیریت زمان و اهمال‌کاری در بین دانش‌آموزان رابطه منفی وجود دارد. اوکار^۳ و همکارانش (۲۰۲۱) نشان دادند؛ تمایل به اهمال‌کاری تحصیلی به‌طور معکوسی ذهن‌آگاهی را پیش‌بینی می‌کند. چیونگ و ان‌جی^۴ (۲۰۱۹) دریافتند؛ اهمال‌کاری رابطه معکوسی با ذهن‌آگاهی دارد و این رابطه دوسویه است. از آنجایی‌که اهمال‌کاری با مفهوم اتلاف وقت، با ابعاد زمانی در ارتباط است، بر این اساس، نگرش نسبت به زمان و ادراک زمان نقش مهمی در شکل‌گیری این مشکل بازی می‌کنند. زمان و نحوه ادراک آن، بازتاب شیوه درک شناختی افراد برای ارتباط با مفهوم روان‌شناختی گذشته، حال و آینده هستند. به‌طوری‌که بر تصمیم‌گیری و اقدامات متعاقب آن تأثیرگذارند (پینتی‌مالی^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). براساس آنچه گفته شد، مفهوم زمان چه به‌صورت استعاری و چه به‌صورت غیراستعاری در بین دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی، میزان اهمال‌کاری آنها را دستخوش تغییر قرار می‌دهد و بر میزان ذهن‌آگاهی آنها موثر است. با بررسی ادبیات پژوهش و با توجه به ضرورت این موضوع برای دانشجویان به‌عنوان گروهی که آماج اهمال‌کاری قرار می‌گیرند، هدف این مطالعه بررسی برازش مدل ذهن‌آگاهی بر اساس میزان اهمال‌کاری با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در دانشجویان بود. فرضیه‌های این مطالعه به قرار زیر بود:

- اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی رابطه دارد.

- نگرش به زمان و ادراک استعاری زمان بر ذهن‌آگاهی اثر دارند.

- نگرش به زمان و ادراک استعاری زمان نقش میانجی در رابطه بین ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری دارند.



شکل ۱. مدل فرضی ذهن‌آگاهی دانشجویان بر اساس اهمال‌کاری با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان

روش پژوهش

روش این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی به روش معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج در سال ۱۴۰۲ بود. بر اساس آمار آموزش کل دانشگاه تعداد دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد ۸۷۴۰ نفر بود. تارکا^۶ (۲۰۱۸) برای مدل‌یابی از طریق معادلات ساختاری در علوم تربیتی نسبت ۱۰ مشاهده

1. Xu
2. Santos
3. Ucar
4. Cheung & Ng
5. Pintimalli
6. Tarka

به‌ازای هر متغیر مستقل را پیشنهاد می‌کند. در این مدل‌ها همیشه تأکید بر این نکته است که حجم نمونه نباید کمتر از ۲۰۰ نفر باشد. نظر به این‌که در مطالعه حاضر ۱۵ زیرمقیاس وجود داشت. بنابراین، به‌ازای هر زیرمقیاس ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. براین اساس؛ ۳۰۰ دانشجوی به‌صورت در دسترس در این مطالعه شرکت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دانشجوی بودن در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و قراردادن در فاصله سنی بین ۱۸ تا ۳۰ سال. همچنین ملاک خروج از پژوهش عبارت بودند از: اعلام عدم رضایت شرکت‌کنندگان جهت ادامه همکاری.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اهمال‌کاری^۱ (PS): این مقیاس توسط تاکمن^۲ در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و دارای ۱۶ گویه می‌باشد که بر مبنای طیف لیکرت (کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۴) طراحی شده است. طیف نمرات بین ۱۶ تا ۶۴ می‌باشد. بنابراین، نمره بالا در این مقیاس به معنای اهمال‌کاری زیاد است. این بزار دارای سه زیرمقیاس محیطی^۳، فردی^۴ و سازمانی^۵ است. عوامل فردی با گویه‌های ۱ تا ۵، سازمانی با گویه‌های ۶ تا ۱۰ و محیطی با گویه‌های ۱۱ تا ۱۶ دسته‌بندی و مشخص گردیدند. تاکمن (۱۹۹۱) پایایی کل این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده است. یک مطالعه جدیدتر بر روی دانش‌آموزان اعتبار سازه آن را از روش تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از سه عامل مذکور تشکیل شده است که جمعاً ۳۹/۴۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند (کندمیر و پالانسی^۶، ۲۰۱۴). در ایران؛ شهنی‌بیلاقی و همکاران (۱۳۸۵) روایی این مقیاس را از طریق همبسته‌کردن با آزمون شوارزر و همکاران (۲۰۰۰) تعیین و مقدار آن را ۰/۵۶ برآورد کردند. در مطالعه پناهی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) بر روی دانشجویان، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و همبستگی بین این مقیاس با مقیاس اهمال‌کاری فعال ($r = -0/43$) به‌دست آمد که منفی بودن همبستگی نشانگر روایی واگرا بود. در این مطالعه پایایی درونی کل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های محیطی، فردی و سازمانی به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه ادراک استعاری زمان^۷ (TMPQ): این پرسشنامه توسط رئسی و مقدسین (۱۳۹۹) ساخته شد و دارای ۳۰ گویه است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۵) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۵۰ است. بنابراین، نمره بالاتر به معنای درک بالای استعاری از زمان می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس ماده^۸، مکان^۹ و شیء^{۱۰} است. رئسی و مقدسین (۱۳۹۹) روایی محتوایی این پرسشنامه را بر اساس نظر متخصصان و خبرگان برای تمام گویه‌ها مناسب گزارش کردند همچنین روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی با سه زیرمقیاس ماده^{۱۱}، مکان^۱ و

1. Procrastination Scale
2. Tuckman
3. enviromental
4. personal
5. organizational
6. Kandemir & Palanci
7. Time Metaphorical Perception Questionnaire
8. material
9. place
10. object
11. material

۶۰..... نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاره‌ی زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری

شیء^۲ به‌دست آمد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی است که نشان داد پرسشنامه‌ی استعاره‌ی زمان از سه عامل تشکیل شده است که جمعاً ۳۷/۱۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. عامل اول، استعاره‌ی ماده با ۱۴/۶۸ درصد از واریانس کل، عامل دوم استعاره‌ی مکان با ۱۲/۷۳ درصد از واریانس کل و عامل سوم استعاره‌ی شیء با ۹/۷۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند و همه بارعاملی بیش از ۰/۳۰ دارند. همچنین پایایی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد و برای زیرمقیاس‌های ماده، مکان و شیء به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد. در این مطالعه پایایی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست آمد و برای زیرمقیاس‌های ماده، مکان و شیء به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ به‌دست آمد.

مقیاس ذهن‌آگاهی^۳ (MS): این مقیاس توسط براون و ریان^۴ (۲۰۰۳) ساخته شد و ۱۵ گویه دارد. گویه‌های مقیاس ذهن‌آگاهی^۱ با شش‌درجه‌ای لیکرت (از تقریباً همیشه: ۱ تا تقریباً هرگز: ۶) می‌سنجد. این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن‌آگاهی به‌دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر می‌باشد. نمره برش این مقیاس ۷۰ می‌باشد. همسانی درونی گویه‌های مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه‌های سنجش افسردگی ۰/۷۶- و اضطراب ۰/۷۱- به‌صورت منفی و با پرسشنامه‌های سنجش عاطفه مثبت ۰/۷۴ و حرمت خود ۰/۸۲، گزارش شده است. همچنین عامری و کوشکی (۱۴۰۰) با ۳۰۰ دانشجوی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس همت گماشتند. روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی^۵ $r=0.78$ به‌دست آوردند. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ذهن‌آگاهی فیلادلفیا ۰/۹۲ و سه خرده مقیاس آگاهی، پذیرش و شناخت احساسات منفی به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ به‌دست آمد. اعتبار همگرایی این ابزار با پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی^۵ $r=0.78$ به دست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ذهن‌آگاهی فیلادلفیا ۰/۹۲ و سه خرده مقیاس آگاهی، پذیرش و شناخت احساسات منفی به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ به‌دست آمد. در مطالعه حاضر پایایی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس نگرش به زمان^۵ (TAS): این مقیاس توسط خضری‌آذر و همکارانش (۱۳۹۷) ساخته شد. دارای ۳۴ گویه است و زیرمقیاس‌های آن عبارتند از آینده مثبت^۶، آینده منفی^۷، لذت‌گرایی^۸، حال منفی^۹، حال آینده‌نگر^{۱۰}، گذشته منفی^{۱۱}، پذیرش گذشته^{۱۲}، گذشته مثبت^{۱۳}. نمرات بالاتر در زیرمقیاس‌های آینده منفی، لذت‌گرایی، حال منفی و گذشته منفی به‌معنای نگرش منفی به زمان است و نمرات بالاتر در زیرمقیاس‌های حال آینده‌نگر، پذیرش گذشته و گذشته مثبت نشان‌دهنده نگرش مثبت

1. place
2. object
3. Mindfulness Scale
4. Brown and Ryan
5. Time Attitude Scale
6. positive future
7. negative future
8. hedonism
9. negative present
10. future-oriented
11. negative past
12. past acceptance
13. positive past

به زمان می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۵) است. در پژوهش خضری‌آذر و همکاران (۱۳۹۷) برای روایی تشخیصی از میانگین واریانس استخراج شده استفاده شد. مقادیر برای تمام زیرمقیاس‌ها بالای ۰/۵۰ به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده این بود که سازه‌های موردنظر حدود ۵۰ درصد یا بیشتر واریانس نشانگرهای خود را تبیین می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد بالای ۰/۷۶ به دست آمد. در این مطالعه، پایایی درونی برای کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۳ متغیر بود.

اجرای پژوهش؛ پژوهشگران ابتدا به آموزش کل دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج مراجعه کردند و با کسب اجازه و طی کردن مراحل اداری، به آموزش دانشکده‌ها مراجعه نمودند و لیستی از دانشجویان تهیه نمودند. پرسش‌نامه‌های موردنظر در وب‌سایت پرس‌لاین طراحی شد و به دلیل محدودیت‌ها لینک انجام آنلاین آزمون از طریق پیامک توسط دانشکده‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. نتایج حاصل از پاسخ شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگران به‌طور مداوم بررسی و بازبینی شدند. در ابتدای پرسشنامه موازین اخلاقی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ مبنی بر این‌که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و هر زمان که تمایل ندارند، می‌توانند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. در این مطالعه علاوه بر آمار توصیفی برای بررسی فراوانی و میانگین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و تحلیل روابط همبستگی از نرم‌افزار SPSS-26 و برای ارزیابی و دستیابی به مدل برازش شده از نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد؛ میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان عبارت بودند از $25/34 \pm 5/46$. از بین دانشجویان ۱۸۷ نفر دختر و ۱۱۳ نفر پسر بودند. از نظر مقطع تحصیلی ۶۷/۷ درصد لیسانس و ۳۳/۳ درصد فوق‌لیسانس بودند. در جدول ۱ آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و ماتریس همبستگی بین متغیرها آورده شده است. چنان‌که در جدول نشان داده شده است؛ بین ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری و زیرمقیاس‌های آن همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد. بین ادراک استعاری زمان و زیرمقیاس‌های آن و ابعاد مثبت نگرش به زمان (حال آینده‌نگر، پذیرش گذشته و گذشته مثبت) با ذهن‌آگاهی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. اما بین ابعاد منفی نگرش به زمان (آینده منفی، لذت‌گرایی، حال منفی و گذشته منفی) با ذهن‌آگاهی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش و زیرمقیاس‌ها (کلیه ضرایب در ۱۰۰ ضرب شده است)

متغیره	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
ذهن																	
آگاهی	۱																
اهمال		۴۸															
کاری			۱														

محیطی	۱۵*	۵۸	۱																	
فردی	۱۷*	۷۴	۱۹*	۱																
سازمانی	۲۰	۷۷	۱۸*	۲۴	۱															
استعاره	۵۴	۴۶	۱۷*	۲۰	۱۹*	۱														
زمان																				
شیء	۵۱	۴۵	۹	۱۱*	۱۱*	۶۵	۱													
ماده	۴۶	۳۸	۷	۹	۹	۷۱	۳۴	۱												
مکان	۴۳	۴۶	۱۱*	۸	۱۱*	۶۹	۲۱	۲۳	۱											
نگرش																				
به‌زمان	۱۱*	۱۱*	۹	۱۱*	۱۷*	۲۴	۲۱	۵۵	۱											
آینده منفی	۱۳*	۴	۱۲*	۱۱*	۱۳*	۹	۶	۵۸	۱۵	۱										
لذت																				
گرایبی	۱۸*	۱۱*	۱۴*	۲۰	۱۲*	۴	۱۲*	۲۱	۹	۲	۶۱	۲۱	۶۱	۲	۹	۱				
حال منفی	۲۲	۷	۲	۶	۹	۱۱*	۱۱*	۱۳*	۷۱	۳	۵	۷	۷۱	۳	۵	۷	۱			
حال																				
آینده‌نگر	۲۱	۱۰	۱۲*	۲۱	۹	۲	۱۲*	۱۸*	۶۲	۱۵	۷	۵	۱۷*	۱						
گذشته																				
منفی	۱۵*	۴	۲	۷	۹	۵	۱۰*	۹	۴۹	۷	۱۱*	۹	۲۳	۱						
پذیرش																				
گذشته	۱۲*	۹	۸	۴	۶	۱	۱۴*	۱۶*	۵۹	۱۳*	۱	۹	۰	۷	۱					
گذشته																				
مثبت	۲۳	۱۷*	۱۲*	۱۱*	۱۲*	۲۰	۲۵	۲۷	۶۶	۲	۳	۴	۴	۱	۲	۱				
میانگین	۳/۳	۲/۵	۲/۳	۲/۴	۲/۳	۲/۹	۲/۵	۲/۳	۲/۳	۲/۳	۲/۳	۲/۳	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۹
انحراف معیار	۱/۵	۰/۹	۱/۰	۰/۹	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۳

معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ (*)، معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ (= اعداد بولد)

شاخص χ^2 برای مدل‌یابی معادلات ساختاری مناسب نیست، چون همیشه در حجم نمونه‌های بالا معنادار می‌شود. به‌همین خاطر باید از شاخص کای دو بهنجار شده χ^2/df استفاده شود و چنان‌چه مقدار شاخص کای دو بهنجار شده کوچک‌تر

از ۳ باشد مطلوب است. شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۱ یا RMSEA است که اگر مقدار این شاخص کوچکتر از ۰/۰۵ باشد برازندگی مدل خوب است و اگر بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ باشد برازندگی مدل متوسط است. همچنین به طور سنتی از شاخص نیکویی برازش^۲ برای ارزیابی برازش مدل استفاده می‌شود که اگر مقدار این شاخص بزرگتر از ۰/۸۰ باشد، برازندگی مدل خوب است. شاخص برازش تطبیقی^۳ نیز برای مقادیر بالای ۰/۹۰ قابل قبول و نشانگر برازندگی مدل است. در جدول ۲ شاخص‌های (RMSEA)، (SRMR)، (TLI)، (GFI) و (AGFI) برابر با ۰/۰۴۵، ۰/۰۴۶، ۰/۰۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ هستند. به عبارت دیگر؛ با افزایش اهمال کاری، نگرش مثبت به زمان و ادراک استعاری زمان کاهش پیدا می‌کند و بالعکس؛ با نگرش منفی به زمان، اهمال کاری افزایش پیدا می‌کند. همچنین اثر مستقیم نگرش مثبت به زمان و ادراک استعاری زمان بر روی ذهن آگاهی به طور مثبت و مستقیم معنادار است ($P=0/01$) و اثر مستقیم نگرش منفی به زمان بر روی ذهن آگاهی به طور منفی و معکوس معنادار است ($P=0/01$). به عبارت دیگر، با افزایش نگرش مثبت به زمان و ادراک استعاری زمان، ذهن آگاهی افزایش پیدا می‌کند و بالعکس؛ با افزایش نگرش منفی به زمان، ذهن آگاهی کاهش پیدا می‌کند. بنابراین، مدل ذهن آگاهی بر اساس میزان اهمال کاری با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در دانشجویان از برازندگی مناسبی برخوردار می‌باشد. جدول ۲ نشان دهنده مناسب بودن تمام شاخص‌های برازندگی مدل است. همچنین در شکل ۲ مدل ساختاری اهمال کاری دانشجویان با ذهن آگاهی آنان با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان پس از محاسبه برازش آورده شده است.

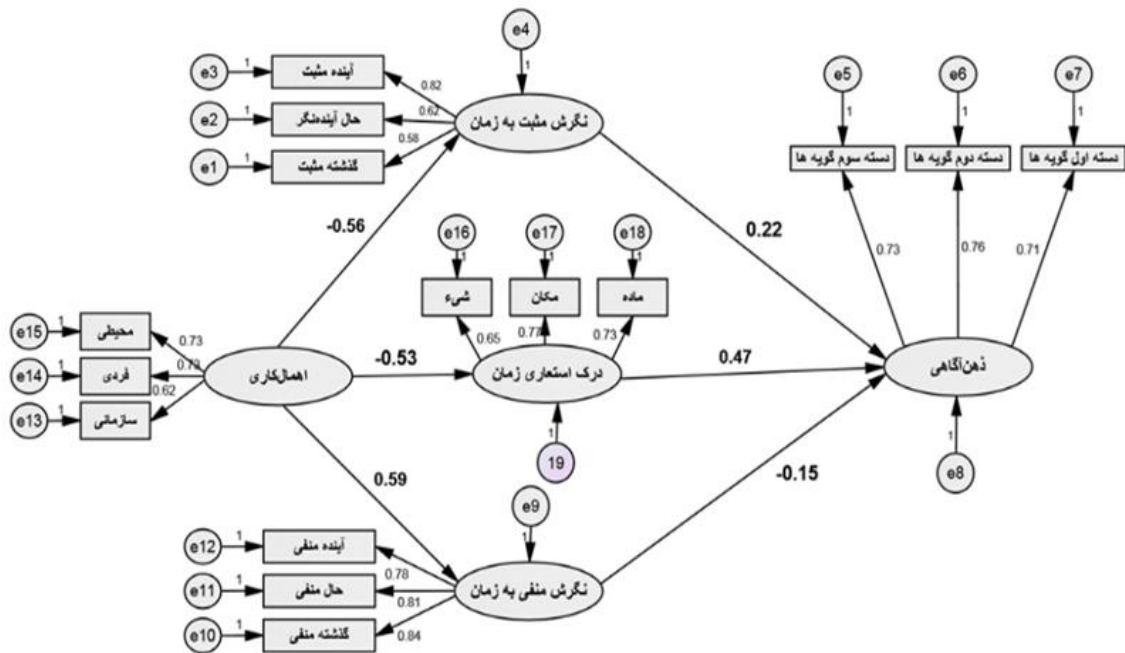
جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل رابطه بین اهمال کاری با ذهن آگاهی آنان با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری

زمان

X2/df	RMSEA	SRMR	PNFI	AGFI	GFI	TLI	NFI	CFI
۲/۸۲	۰/۰۴۵	۰/۰۴۶	۰/۵۶	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۱

برای تعیین معنی داری نقش میانجی، از روش معادلات ساختاری با روش بوت استرپ^۴ استفاده شد. بر اساس نظر پریچر و هایس^۵، ۲۰۱۸؛ میزان اندازه اثر از طریق بوت استرپ به ترتیب: ۰/۰۲ (ضعیف)، ۰/۱۵ (متوسط) و ۰/۳۵ (قوی) تفسیر می‌شود.

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Goodness of fit index (GFI)
3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Bootstrap
5. Preacher & Hayes



شکل ۲. مدل ساختاری اهمال‌کاری دانشجویان با ذهن‌آگاهی آنان با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان

جدول ۳ نشان می‌دهد؛ نقش میانجی نگرش مثبت به زمان در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی با ضریب اندازه اثر ۰/۲۱- در سطح (P=۰/۰۱) معنی‌دار است، یعنی نقش کاهشی دارد. به عبارت دیگر، وقتی اثر غیرمستقیم منفی باشد، اندازه اثر منفی خواهد شد. فاصله ۹۵ درصد احتمال بیان می‌کند که دامنه اندازه اثر (حد پایین و بالا) چه مقدار خواهد شد و اندازه اثر کمترین تا بیشترین مدنظر است. در اینجا نگرش مثبت به زمان نقش میانجی در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی دانشجویان دارد. همچنین نقش میانجی ادراک استعاری زمان در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی با ضریب اندازه اثر ۰/۲۶- در سطح (P=۰/۰۱) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، نقش کاهشی دارد. ادراک استعاری زمان نقش میانجی در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی دانشجویان دارد. همچنین نقش میانجی نگرش منفی به زمان در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی با ضریب اندازه اثر ۰/۱۴- در سطح (P=۰/۰۱) معنی‌دار است، یعنی نقش کاهشی دارد. در نتیجه، نگرش منفی به زمان نقش میانجی در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی دانشجویان دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون بوت‌استرپ برای تعیین نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه بین اهمال‌کاری

باذهن‌آگاهی

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	خطای برآورد	حدود بوت‌استرپ		اندازه اثر	سطح معناداری
				حد پایین	حد بالا		
اهمال‌کاری	نگرش مثبت به زمان	ذهن‌آگاهی	۰/۰۴	-۰/۳۰	-۰/۱۳	-۰/۲۱	۰/۰۱**

اهمال‌کاری	ادراک استعاری زمان	ذهن آگاهی	۰/۰۴	-۰/۳۴	-۰/۱۷	-۰/۲۶	۰/۰۱**
اهمال‌کاری	نگرش منفی به زمان	ذهن آگاهی	۰/۰۴	-۰/۲۵	-۰/۰۵	-۰/۱۴	۰/۰۱**

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه برآزش مدل ذهن آگاهی بر اساس میزان اهمال‌کاری با نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در دانشجویان بود. نتایج به دست آمده نشان داد؛ شواهد برای پذیرش فرضیه اصلی تحقیق کافی است. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت؛ یافته این پژوهش با نتایج مطالعات، رئیسی و ریاسی (۱۴۰۱)، رضایی و کریم‌پور (۱۳۹۹)، آرمانی‌کیان و همکارانش (۱۳۹۸)، برزگر بفری و عارف‌منش (۱۳۹۸)، زو (۲۰۲۲) و چیونگ و ان‌جی (۲۰۱۹) همسو است.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت؛ عامل مهم و دخیل در ذهن آگاهی درک زمان است. همچنین اهمال‌کاری افراد به درک آنها از مفهوم زمان و چگونگی مدیریت آن برمی‌گردد. از طرفی، ماهیت زمان کاملاً استعاری است. یعنی برای شناخت آن گریزی نیست جز استفاده کردن از حوزه‌های مبدا رایج برای مفهوم‌سازی و درک حوزه مقصد یا همان زمان. از این‌رو؛ ذهن آگاهی با مفهوم انتزاعی زمان روبروست که ماهیت آن استعاری است (لیکاف، ۱۹۹۳). درک و نگرش به زمان، یک ساختار روان‌شناختی دارد که تأثیر درک از گذشته، حال و آینده را بر تصمیم‌ها و عملکرد افراد توصیف می‌کند. از طرفی، ذهن آگاهی فرایندی روان‌شناختی است که به تجربیات زمان حال، بدون قضاوت می‌پردازد. در نتیجه عنصر زمان در ذهن آگاهی نقش دارد. به بیانی دیگر؛ ذهن آگاهی یعنی آگاهی از لحظه، ارتباط ذهن آگاهی با درک درست زمان و تمیز قائل شدن بر اشتباهات گذشته به بهبود فعالیت‌ها در زمان حال تأثیر داشته و مانع از آسیب به آینده می‌شود. از برجسته‌ترین ویژگی‌های ذهن آگاهی ارتباط کامل با ماهیت زبان و شناخت انسان است. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد مدلی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر می‌شود که قاعده بدن‌مندی در استعاره مفهومی از منظر لیکاف و جانسون (۱۹۹۹) را تأیید می‌کند.

همچنین، میزان ذهن آگاهی در اینجا و اکنون با بسیاری از عوامل روان‌شناختی مرتبط است. برای مثال؛ اهمال‌کاری به هر صورتی می‌تواند ناشی از میزان ذهن آگاهی باشد. از طرفی، درک زمان و چگونگی گذران آن عامل اصلی دخیل در اهمال‌کاری است. بر اساس مدل برآزش شده می‌توان گفت؛ عامل مهم زمان به هر صورتی که ادراک شود؛ هم در ذهن آگاهی به صورت توجه به اکنون و زمان حال و هم در اهمال‌کاری با نادیده گرفتن آن عجین است. بنابراین، زمان عامل جدایی‌ناپذیر از این دو متغیر مهم است. در اهمال‌کاری یک بعد منفی از نگرش به خود وجود دارد که ذهن آگاهی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دانشجویی که در حالت و خلق خودمدیریتی نسبت به زمان قرار ندارد، دچار اهمال‌کاری می‌شود. اما با بالا رفتن میزان ذهن آگاهی و مولفه‌های آن فرد واقع‌بینانه‌تر به زمان می‌نگرد و سعی می‌کند منطقی‌تر و موثرتر آن را مدیریت کند. زیرا با تکیه

۶۶..... نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری

بر مولفه‌های ذهن‌آگاهی فرد درمی‌یابد؛ با تعلل کردن تکالیف فردی باز می‌ماند و بار شناختی^۱ تولید می‌کنند. بار شناختی آنقدر چالش‌برانگیز است که ذهن‌آگاهی را تضعیف کرده و موجب اهمال‌کاری بیشتر در دانشجویان خواهد شد. یافته‌ی دیگر مطالعه نیز دارای شواهد کافی برای پذیرش فرضیه‌ی پژوهش است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات رئیسی و ریاسی (۱۴۰۱)، رضایی و کریم‌پور (۱۳۹۹)، آرمانی‌کیان و همکارانش (۱۳۹۸)، برزگربفرویی و عارف‌منش (۱۳۹۸)، زو (۲۰۲۲)، اوکار و همکارانش (۲۰۲۱) چیونگ و ان‌جی (۲۰۱۹) و ساتوس و همکارانش (۲۰۲۲)، همسو است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت؛ ذهن افراد اهمال‌کار سرشار از افکار قضاوت‌کننده، واکنشی، خودانتقادگرانه و منفی است. افرادی که در امور خود اهمال‌کاری دارند، از کمبود مولفه‌های ذهن‌آگاهانه رنج می‌برند. شاید به‌همین دلیل است که این افراد از آسیب‌های روان‌شناختی دیگری مانند اضطراب و افسردگی در رنجند. اما با درک درست زمان وضعیت متفاوت است. زیرا یک سو درک و نگرش منفی به زمان در اهمال‌کاری است و سوی دیگر درک مثبت است که در ذهن‌آگاهی قرار دارد. بدین سبب زمان و درک آن در ذهن‌آگاهی سبب می‌شود تا فرد نسبت به نقش، موقعیت و توانایی‌های خود در ارتباط با محیط پیرامونش هشیار گردد. درک زمان به‌صورت استعاری از نظر لیکاف (۲۰۰۸) یک درک جهان‌شمول است که حاصل تشکیل شبکه‌های عصبی سطح بالاتر در مغز می‌باشد. همین امر باعث می‌شود ظرفیت شناختی و آگاهی فردی افزایش یابد. این هشیاری موجب افزایش خوش‌بینی و ایجاد دیدگاه مثبت و منطقی درباره‌ی پدیده‌های پیرامون فرد و زمان ادراک‌شده می‌گردد. با افزایش درک زمان و دانش استعاری زمان مولفه‌های اهمال‌کاران کاهش می‌یابد. همچنین، با افزایش درک صحیح نسبت به زمان؛ نگرش و باور شناختی افراد تغییر می‌یابد و موجب تقویت ذهن‌آگاهی می‌شود. در نتیجه؛ در بین دانشجویان بالارفتن ذهن‌آگاهی، نگرش مثبت به زمان و درک استعاری زمان چرخه‌ای را تولید خواهد کرد که با کاهش اهمال‌کاری همراه خواهد بود.

نتایج کلی تحلیل‌ها حاکی از آن بود که می‌توان بر اساس اهمال‌کاری، میزان ذهن‌آگاهی را در دانشجویان پیش‌بینی کرد، چون با افزایش اهمال‌کاری، ذهن‌آگاهی دانشجویان کاهش پیدا می‌کند. بعلاوه، ادراک استعاری زمان نقش میانجی در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی دانشجویان دارد. همچنین، نقش میانجی نگرش منفی به زمان در رابطه بین اهمال‌کاری با ذهن‌آگاهی معنی‌دار است و بالعکس. از مهمترین محدودیت این مطالعه می‌توان به محدودبودن نمونه به یک دانشگاه به‌صورت لینک ارسال شده و عدم تعامل در دنیای واقعی اشاره کرد. لذا برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد؛ تا روان‌شناسان و روان‌درمانگران از نتایج این مطالعه در رویکردهای درمانی و مطالعاتی خود استفاده کنند. این نتایج می‌توانند به دانشگاه‌ها و مسئولین آموزشی کمک کند تا استراتژی‌ها و برنامه‌هایی را تدوین و اجرا کنند که به کاهش اهمال‌کاری دانشجویان و بهبود مدیریت زمان منجر شوند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام دانشجویانی که در این مطالعه مشارکت داشتند؛ کمال قدردانی صورت می‌گیرد. لازم به ذکر است این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ دوم است که به راهنمایی نویسندهٔ اول انجام یافته است. بین نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آرمانی‌کیان، علیرضا، توپچی خسروشاهی، وحید، فتحی، مهدی، رستمی، بهرام و فکور، احسان. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین مولفه‌های ذهن‌آگاهی و اهمال‌کاری تحصیلی با نقش میانجی خودپنداره تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی. *نشریه توسعه آموزش در علوم پزشکی*. ۲۱(۳۶):۳۲-۴۱. <http://zums.ac.ir/edujournal/article-1-1257-en.html>
- برزگر بفرویی، کاظم و عارف‌منش، مروارید. (۱۳۹۸). نقش ابعاد چشم‌انداز زمان و عوامل شخصیتی در اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان دانشگاه یزد. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۱(۷):۵۹-۶۸. doi:10.30473/etl.2019.6054
- پناهی‌پور، ثنا، عرب‌زاده، مهدی و چراغی، فرشته. (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اهمال‌کاری فعال در بین دانشجویان دانشگاه خوارزمی شهر کرج. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۴): ۸۹-۱۰۰. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.560134.1153>
- خضری‌آذر، هیمن، مقیمی‌فیروزآباد، معصومه، ثانی، مهرناز و غلامعلی‌لواسانی، مسعود. (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس نگرش به زمان در نوجوانان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۴):۱۴۹-۱۷۱. doi:10.22054/jem.2019.33976.1790
- رضائی، سجاد و کریم‌پور، کبری. (۱۳۹۹). نقش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در اهمال‌کاری تحصیلی دختران نوجوان. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۱):۱-۱۲. <http://frooyesh.ir/article-1-2274-fa.html>
- رئسی، فاطمه، افراشی، آرزیتا، مقدسین، مریم، حاج‌کرم، آمنه و نعمت‌زاده، شهین، (۱۳۹۸). درک الگوی استعاری زمان در زبان فارسی بر اساس جنسیت، سن و وضعیت تحصیلی دانشجویان رشته پزشکی و پیراپزشکی. *مجله علوم پزشکی کردستان*، ۵۶:۲۴-۶۷. DOI:10.29252/sjku.24.4.56
- رئسی، فاطمه و ریاسی، مینا. (۱۴۰۱). پیش‌بینی میزان اهمال‌کاری بر اساس اعتیاد به اینترنت و درک استعاری زمان در شیوع کرونا. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۹(۱):۸۳-۷۳. DOI: 10.32598/shenakht.9.1.73
- رئسی، فاطمه و مقدسین، مریم. (۱۳۹۹). طراحی، ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه الگوی استعاری زمان مبتنی بر تحلیل پیکره‌ای در جمعیت ایرانی. *مجله روان‌شناسی شناختی دانشگاه خوارزمی*، ۸(۲):۸۶-۷۶. DOI: 20.1001.1.23455780.1399.8.2.3.0
- شفیعی، فاطمه و قاسم‌زاده، حبیب‌الله. (۱۳۹۷). بحثی دربارهٔ بازنمایی و جسم‌آگینی در روان‌شناسی شناختی و شناخت‌پژوهی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۱):۷۷-۹۵. DOI: 10.29252/shenakht.5.1.77
- عامری، نازنین فاطمه و کوشکی، شیرین. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلدلفیا در دانشجویان. *مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۱):۱-۱۰. <http://islamiclifej.com/article-1-391-fa.html>

- ۶۸ نقش میانجی نگرش به زمان و درک استعاری زمان در رابطه ذهن‌آگاهی با اهمال‌کاری
- مصباح‌مقدم، فاطمه و عبدی‌زرین، سهراب. (۱۴۰۱). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس اهمال‌کاری تحصیلی، احساس تنهایی و مدیریت زمان در دانشجویان دانشگاه قم. *مجله علوم‌وفنون مدیریت اطلاعات*، ۸(۴):۴۰۹-۴۴۰. doi:10.22091/stim.2022.7585.1696.
- Allingham, E., Hammerschmidt, D., & Wöllner, C. (2021). Time perception in human movement: Effects of speed and agency on duration estimation. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 74(3):559–572. <https://doi.org/10.1177/1747021820979518>.
- Ameri, S., & Kooshki, S. (2021). Psychometric properties of the Persian version of the philadelphia mindfulness scale (PHLMS) in students. *Islamic Life Style Journal*, 5(1):1-10. <http://islamiclifej.com/article-1-391-fa.html>. (Text in Persian)
- Araya-Castillo, L., Burgos, M., González, P., Rivera, Y., Barrientos, N., Yáñez Jara, V., Ganga-Contreras, F., & Sáez, W. (2023). Procrastination in university students: A proposal of a theoretical model. *Behavioral Sciences Journal*, 13(2):128. <https://doi.org/10.3390/bs13020128>.
- Armanikian, A., Shahi, V., Fathi, M., Rostami, B., & Fakour, E. (2020). Evaluation of the relationship between the components of mindfulness and educational procrastination with the mediating role of academic self-concept in medical students. *Journal of Medical Education Development*, 12(36):31-40. <http://zums.ac.ir/edujournal/article-1-1257-en.html> (Text in Persian)
- Barzegarbarfrooei, K., & Arefmanesh, M. (2019). The role of time perspective and personality factors on academic procrastination of Yazd University students. *Research in School and Virtual Learning Quarterly*, 7(1):59-68. doi:10.30473/etl.2019.6054. (Text in Persian)
- Bautista, T., Cash, A.T., Meyerhoefer, T., & Pipe, T. (2022). Equitable mindfulness: The practice of mindfulness for all. *Journal of Community Psychology*, 50(7):3141–3155. <https://doi.org/10.1002/jcop.22821>.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4):822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Cheung, R.Y., & Ng, M.C. (2019). Being in the moment later? Testing the inverse relation between mindfulness and procrastination. *Personality and Individual Differences*, 141:123-126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.015>.
- Cleland, G.F., Pellicori, P., & Clark, A.L. (2019). Prevention or procrastination for heart failure? Why we need a universal definition of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(19):2398–2400. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.471>.
- Eisenbeck, N., Carreno, D.F., & Uclés-Juárez, R. (2019). From psychological distress to academic procrastination: Exploring the role of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13:103–108. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.007>
- Feng, Z., Nagase, A.M., & Morita, K. (2021). A Reinforcement learning approach to understanding procrastination: Does inaccurate value approximation cause irrational postponing of a task?. *Frontier in Neuroscience*, 15:660595. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.660595>.
- Johansson, F., Rozental, A., Edlund, K., Côté, P., Sundberg, T., Onell, C., Rudman, A., & Skillgate, E. (2023). Associations between procrastination and subsequent health outcomes among university students in Sweden. *JAMA Network Open*, 6(1):e2249346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49346>.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2):144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Kandemir, M., & Palanci, M. (2014). Academic functional procrastination: Validity and reliability study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152:194-198. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.180>.
- Khezriaazar, H., MoghimiFirozabad, M., Sani, M., & Gholamalilavasani, M. (2018). Construction and validation of the Iranian adolescents attitude time scale (IAATS). *Quarterly of Educational Measurement*, 9(34):149-171. doi:10.22054/jem.2019.33976.1790. (Text in Persian)
- Kövecses, Z. (2022). *Meaning making, where metaphors come from: Reconsidering context in metaphor*. Oxford, United Kingdom, Oxford Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190224868.003.0002>.
- Lakoff, G. (1993). *The contemporary theory of metaphor*. In Ortony, *metaphor & thought*. Cambridge, London, Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139173865.013>
- Lakoff, G. (2008). *Women, fire and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago, United States, University of Chicago Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago, United States, University of Chicago Press.
- Lakoff, G., & Johnson. M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodiment and its challenges to western thought*. New York, United States, Basic Books Press.
- Levit-Binnun, N., Arbel, K., & Dorjee, D. (2021). The mindfulness map: A practical classification framework of mindfulness practices, associated intentions, and experiential understandings. *Frontiers in Psychology*, 12:727857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727857>.
- Lima-Araujo, G.L., de Sousa Júnior, G.M., Mendes, T., Demarzo, M., Farb, N., Barros de Araujo, D., & Sousa, M.B. (2022). The impact of a brief mindfulness training on interoception: A randomized controlled trial. *PloSone*, 17(9):e0273864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273864>.
- Mesbahmoghaddam, F., & Abdizarrin, S. (2022). Prediction of internet addiction based on academic procrastination, loneliness, and time management of students at Qom University. *Sciences and Techniques of Information Management*, 8(4):409-440. doi:10.22091/stim.2022.7585.1696.
- Panahipour, S., Arabzadeh, M., & Cheraghi, F. (2019). Psychometric properties of active procrastination scale among students at Kharazmi University in Karaj. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(4):89-100. doi:10.30486/jsrp.2019.560134.1153. (Text in Persian)
- Pintimalli, A., Glicksohn, J., Marson, F., Di Giuseppe, T., & Ben-Soussan, T.D. (2023). Change in time perception following the place of pre-existence technique. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4):3509. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043509>.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3): 879–891. <https://doi.org/10.3758/brm.40.3.879>.
- Raiisi, F., Afrashi, A., Moghadasin, M., HajiKaram, A., & Nematzadeh, S. (2019). Understanding of metaphorical time pattern among medical and paramedical students. based on gender, age and academic status. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 24(4):56-67. DOI: [10.29252/sjku.24.4.56](https://doi.org/10.29252/sjku.24.4.56). (Text in Persian)
- Raiisi, F., & Moghadasin, M. (2020). Designing, making and evaluating psychometric characteristics of the time perception pattern as metaphorical questionnaire based on cognitive- dataset analysis in Persians. *Journal of Cognitive Psychology*, 8(2):70-87. DOI: 20.1001.1.23455780.1399.8.2.3.0. (Text in Persian)

- Raiisi, F., & Riyassi, M. (2022). Predicting the rate of procrastination of university students based on internet addiction and metaphorical perception of time during the Coronavirus outbreak. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(1):73-83. DOI: [10.32598/shenakht.9.1.73](https://doi.org/10.32598/shenakht.9.1.73).
(Text in Persian)
- Rezaei, S., & Karimpour, K. (2021). The role of latent anxiety, manifest anxiety and mindfulness skills in academic procrastination among adolescent girls. *Rooyesh*, 9(11):1-12. <http://frooyesh.ir/article-1-2274-fa.html>. (Text in Persian)
- Roseboom, W., Fountas, Z., Nikiforou, K., Bhowmik, D., Shanahan, M., & Seth, A.K. (2019). Activity in perceptual classification networks as a basis for human subjective time perception. *Nature Communications*, 10(1):267. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08194-7>.
- Rozental, A., Forsström, D., Hussoon, A., & Klingsieck, K.B. (2022). Procrastination among university students: Differentiating severe cases in need of support from less severe cases. *Frontiers Psychol.* 13:783570. doi:10.3389/fpsyg.2022.783570.
- Santos, J.P., Villarama, J.A., Adsuara, J.P., Gundran, J.F., De Guzman, A.G., & Ben, E.M. (2022). Students' time management, academic procrastination, and performance during online science and mathematics classes. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*; 21(12):142-161. <https://doi.org/10.26803/ijlter.21.12.8>.
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D.A., Brewer, J.A., Vago, D.R., Gawande, R., Dunne, J.P., Lazar, S.W., Loucks, E.B., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6):371–394. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>.
- Schutte, N.S., & del Pozo de Bolger, A. (2020). Greater mindfulness is linked to less procrastination. *Int J Appl Posit Psychol*, 5:1–12. <https://doi.org/10.1007/s41042-019-00025-4>.
- Shafiei, F., & Ghassemzadeh, H. (2018). Some reflections on representation and embodiment in cognitive psychology and cognitive science. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5(1):77-95. DOI:10.29252/shenakht.5.1.77. (Text in Persian)
- Tarka, P. (2018). An overview of structural equation modeling: Its beginnings, historical development, usefulness and controversies in the social sciences. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 52(1):313–354. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0469-8>
- Tuckman, B.W. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51(2):473–480. <https://doi.org/10.1177/0013164491512022>
- Ucar, H., Bozkurt, A., & Zawacki-Richter, O. (2021). Academic procrastination and performance in distance education: A causal-comparative study in an online learning environment. *Turkish Online Journal of Distance Education*, 22(4):13-23. DOI:10.17718/tojde.1002726.
- Xu, J. (2022). More than minutes: A person-centered approach to homework time, homework time management, and homework procrastination. *Contemporary Educational Psychology*, 70:102087. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2022.102087>.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6):1271–1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>.



نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی

مه‌رناز سادات متقی پیشنهادی^۱، حکیمه آقایی^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) بود. از میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲، از طریق فراخوان اینترنتی، ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس شخصیت مرزی (کلاریدگ و بلورکز)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی (برنستاین و همکاران) و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (یانگ) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که ترومای کودکی بر ویژگی‌های شخصیت مرزی اثر مستقیم و معنادار داشت و طرحواره‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر-جهت‌مندی، گوش به زنگی و بازداری و محدودیت مختل در رابطه ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی نقش واسطه‌ای داشت. در مجموع نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی در مداخله‌های مرتبط با سلامت روانی دانشجویان مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های شخصیت مرزی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران. ha.aghae@gmail.com

مقدمه

یکی از اختلالاتی که سازمان بهداشت جهانی آن را علت اصلی ناتوانی می‌داند، اختلال شخصیت مرزی^۱ است و به دلیل پیامدهای ناخوشایند روان‌شناختی، امروزه مورد توجه محققان و روان‌شناسان قرار گرفته است. اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانپزشکی است که با بی‌ثباتی خلقی مداوم در حوزه‌های مختلف مانند تنظیم احساسات، تکانشگری^۲، اختلال هویت و اختلال در عملکرد بین فردی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۲۳). اختلال شخصیت مرزی صرفاً در جمعیت بالینی وجود ندارد، بلکه ویژگی‌ها و رگه‌های آن در جمعیت عادی نیز مشاهده می‌شود و در ۰.۷٪ تا ۳.۵٪ از جمعیت عمومی رخ می‌دهد (بلای^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عادی، با پیامدهای منفی نظیر مشکلات تحصیلی، وجود مشخصه‌های اختلالات خلقی، اختلال در روابط و مشکلاتی نظیر مصرف مواد و الکل رابطه دارد (بوتر^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین وجود رگه‌های اختلال شخصیت مرزی نه تنها در افرادی که این اختلال را دارند، بلکه در جمعیت عادی نیز باعث ایجاد مشکلاتی می‌شود. بیماران مبتلا به شخصیت مرزی نیز، همبودی بیش از حد بیماری‌های روانپزشکی و جسمی را تجربه می‌کنند و به عنوان افراد زیادی که از خدمات مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کنند، شناخته می‌شوند (دیورینگ^۶، ۲۰۱۹). استفاده از خدمات پزشکی در این افراد بسیار زیاد است. اگرچه مطالعات زیادی نشان دادند که روند علائم شخصیت مرزی در طول عمر است و نرخ بالای بهبودی علائم وجود دارد، اما اکثر بیماران هرگز به طور کامل بهبود نمی‌یابند و به عملکرد روانی-اجتماعی طبیعی خود باز نمی‌گردند. اختلال عملکردی در مبتلایان به این اختلال قابل توجه است، که شامل روابط ناپایدار و آشفته بین فردی، پیامدهای روانی اجتماعی و شغلی ضعیف (مک‌گان و ساندرز^۷، ۲۰۲۱) و رفتارهای بی‌پروا و بالقوه خطرناک (مانند سوء مصرف مواد) است. همچنین طبق مطالعات با سایر اختلالات مانند اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن، اختلالات استرس پس از سانحه یا اختلالات مصرف مواد همبودی دارد (بلای و همکاران، ۲۰۲۳).

در میان مجموعه علل گوناگونی که در اختلال شخصیت مرزی بررسی و مطالعه شده است، خانواده اهمیت بسیار زیادی دارد. در واقع موضوع شخصیت به نوع خانواده، ارتباط عملکردهای ویژه آن و نیز ساختار ارتباطی و ارزش‌های حاکم در آن مربوط است؛ یعنی خانواده اساسی‌ترین رکن شکل‌گیری شخصیت است (پنگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). ترومای دوران کودکی یکی از عواملی است که می‌تواند در ایجاد نشانگان شخصیت مرزی دخیل باشد. پژوهش‌های بسیاری وجود دارند که رابطه بین تجربه ترومای کودکی و ابتلا به نشانگان شخصیت مرزی در بزرگسالی را نشان داده‌اند (تات^۹ و همکاران، ۲۰۲۲؛ آلفیا و منجولا^{۱۰}،

1. Borderline personality disorder (BPD)
2. impulsiveness
3. American Psychiatric Association
4. Blay
5. Botter
6. Doering
7. McGowan & Saunders
8. Peng
9. Tate
10. Alafia & Manjula

۲۰۲۰؛ توماس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ یالچ و لوندوسکی^۲، ۲۰۱۹؛ انفعال و همکاران، ۱۴۰۰). ترومای دوران کودکی اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و به‌تازگی خشونت خانوادگی به‌کاربرده می‌شود (توماس و همکاران، ۲۰۱۹). پدیدهٔ کودک‌آزاری را می‌توان به چهار نوع غفلت، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و سوءاستفاده هیجانی تقسیم کرد (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا^۳، ۲۰۲۰). افرادی که در دوران کودکی با مشکلاتی مواجه شده‌اند، معمولاً مشکلات خود را به دوران بزرگسالی انتقال می‌دهند. این مسئله ممکن است به برخی مشکلات در زندگی آن‌ها منجر شود. برخی از این افراد نمی‌توانند به درستی تصمیم‌گیری کنند که این معضل باعث افزایش خطاهای آن‌ها در زندگی می‌شود. به عقیده سازمان بهداشت جهانی^۴ (۲۰۲۰) بدرفتاری با کودک یک مشکل جهانی محسوب می‌گردد که انواع عواقب ناگوار را در پی دارد.

ترومای دوران کودکی عامل خطرناکی برای ابتلا به اختلالات ذهنی متعدد است (پنگ و همکاران، ۲۰۲۱). توماس و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که بین ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی رابطه وجود دارد. همچنین بین ابعاد ترومای کودکی با علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی رابطه معناداری وجود دارد و تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی پیش‌بینی‌کنندهٔ قدرتمند پیامدهای وخیم رفتاری و روانی-اجتماعی از جمله شخصیت مرزی است (یان^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا، فانگ^۶ و همکاران (۲۰۲۳) تأکید می‌کنند که ترومای کودکی در افراد دارای صفات شخصیت مرزی، به وفور وجود دارد و این تجارب اغلب در بافت آشفتهٔ خانواده رخ می‌دهد که در آن والدین مشکلات روانی دارند و از تأمین محیطی امن و قابل پیش‌بینی و پیش‌گیری از تروما عاجز هستند یا خود عامل آن هستند. همچنین ترومای دوران کودکی با افزایش خطر خودکشی در افراد دارای نشانگان شخصیت مرزی همراه است (بوتر و همکاران، ۲۰۲۱). سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی مدت در دوران کودکی به مواردی مانند اختلال‌های شخصیت منجر می‌شود (انفعال و همکاران، ۱۴۰۰؛ فانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ یان و همکاران، ۲۰۲۳)؛ لذا بررسی این آسیب‌ها ممکن است به ارائهٔ راهکارهایی برای کاهش مشکلات افراد منجر شود تا این افراد بتوانند گام درستی در جهت حل مشکلات خود بردارند. بنابراین بحث در مورد ریشهٔ اختلال شخصیت مرزی در افراد، خصوصاً در دورهٔ کودکی، باعث اهمیت توجه به متغیر دیگری به نام ترومای دوران کودکی در افراد دارای این اختلال می‌شود.

اگر چه ارتباط بین ترومای دوران کودکی با نشانگان شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفته؛ با این وجود، توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از مکانیزم‌های میانجی این رابطه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت الگوهای فراگیر ناکارآمدی تعریف می‌شوند که به رابطهٔ شخص با خود یا دیگران ارتباط دارند (کایا و آیدین^۷، ۲۰۲۱). به عبارتی طرحواره‌ها درون‌مایه‌های گسترده و عمیق در مورد خود و دیگران هستند.

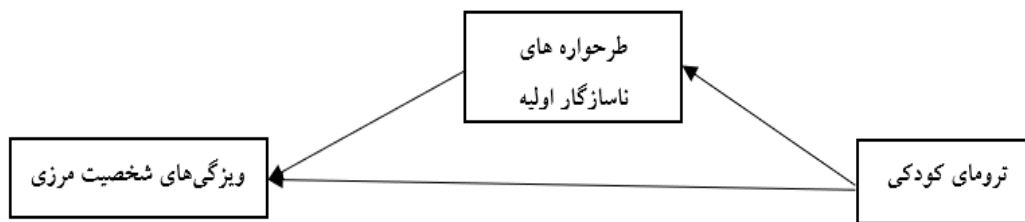
1. Thomas
2. Yalch & Levendosky
3. U.S. Department of Health & Human Services
4. World Health Organization
5. Yuan
6. Fung
7. Kaya & Aydin

۷۴..... نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و...

طرحواره‌های ناسازگار اولیه عقایدی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از برآورده نشدن نیازهای بنیادی و به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی ریشه می‌گیرند (کایا و آیدین، ۲۰۲۱). در رویکرد شناختی، طرحواره از بنیادی‌ترین مولفه‌های شناختی به حساب می‌آید. در این دیدگاه، طرحواره‌ها به مثابه قالب‌های ذهنی فرض می‌شوند که بر اساس رویدادها یا تجربه‌های رخ داده در گذشته، به ویژه دوران کودکی شکل گرفته‌اند و الگویی برای پردازش تجارب بعدی محسوب می‌شوند، یعنی افراد رویدادهای زندگی خود را طبق آن‌ها تبیین می‌کنند (کوکاک، ۲۰۲۰). همچنین طرحواره‌ها بر نحوه تفکر، احساس و عملکرد فرد با خود و دیگران تاثیر اساسی دارند. اگرچه اشخاص می‌دانند که طرحواره‌های ناسازگار باعث ناراحتی‌شان می‌شود اما با طرحواره احساس آرامش و راحتی می‌کنند و همین احساس منجر می‌شود که شخص فکر کند طرحواره‌اش اشتباه نیست. همچنین افراد به سمت رویدادهایی می‌روند که با طرحواره‌هایشان سازگار است به همین علت تغییر دادن طرحواره مشکل می‌باشد. از آنجا که طرحواره‌ها، هسته خودپنداره افراد را تشکیل می‌دهند، وقتی دارای محتوای ناسازگار باشند، افراد را نسبت به گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌سازند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش تلوسکا و کوبزا^۲ (۲۰۲۱) نیز حاکی از رابطه طرحواره‌های گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل با علائم شخصیت مرزی است. املین^۳ و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان دادند رهاشدگی/بی‌ثباتی یکی از عوامل زیربنایی شکل‌گیری علائم شخصیت مرزی تلقی می‌شود. نتایج سایر مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به شخصیت مرزی بیشتر مشاهده می‌شود و طرحواره‌های ناسازگار با شخصیت مرزی ارتباط دارد (تلوسکا و کوبزا، ۲۰۲۱؛ املین و همکاران، ۲۰۱۹).

به طور کلی، میتوان گفت که اختلالات شخصیت، اختلالاتی دیرپا و کمتر قابل تغییر و اصلاح می‌باشد و افراد دارای اختلالات شخصیت مرزی، ویژگی‌هایی دارند که باعث تنش و تعارض در روابط و اختلال در زندگی آن‌ها می‌شود و به منظور کمک به این افراد برای داشتن زندگی بهتر، نیاز است که این اختلالات از جوانب کلی مورد بررسی قرار گیرد و عوامل زمینه‌ساز و همراه این اختلالات به خوبی شناخته شود. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در اختلال شخصیت مرزی در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای می‌شود. از این رو، با توجه به شیوع اختلال شخصیت مرزی و اثرات نامطلوب آن بر سلامت روان افراد و همچنین با توجه به اهمیت بررسی متغیرها و مؤلفه‌های روان‌شناختی و عملکردی در افراد با اختلال شخصیت مرزی، هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی از نقش ترومای کودکی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ویژگی‌های شخصیت مرزی است. در این مدل انتظار می‌رود ترومای کودکی تاثیر مستقیم بر ویژگی‌های شخصیت مرزی دارد. همچنین، ترومای کودکی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ویژگی‌های شخصیت مرزی اثر غیرمستقیم دارد (شکل ۱). با توجه به آنچه ذکر شد فرضیه اصلی پژوهش این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی اثر واسطه‌ای دارد.

1. Kocak
2. Talarowska & Kobza
3. Esmaeilian



شکل ۱. مدل فرضی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل دادند که حجم نمونه با رجوع به راهکار کلاین (۲۰۱۵) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. کلاین (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که مناسب‌ترین نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۲۰ نفر است؛ با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها، و با توجه به تعداد ۱۳ متغیر مشاهده شده، نمونه‌ای برابر با ۳۰۰ نفر، به روش دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تمایل و رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و شرایط خروج نیز عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه‌ها بود. اجرای این پژوهش به صورت آنلاین صورت گرفت، بدین صورت که پرسشنامه در فضای پرس‌لاین ایجاد و پس از آماده‌سازی از طریق کانال‌های مجازی دانشجویان (تلگرام)، درج شد و پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سوالات اختیاری بود. درنهایت، پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نیز با نرم افزارهای SPSS۲۶ و AMOS۲۲، با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و معادلات ساختاری انجام شد.

ابزار

مقیاس شخصیت مرزی^۱: این مقیاس برای اولین بار توسط کلاریدگ و بلورکز^۲ (۱۹۸۴) به منظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی طراحی گردید و شامل ۲۲ گویه می‌باشد که به صورت بلی / خیر جواب داده می‌شود. به جواب بلی، نمره ۱ و جواب خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی^۳ (۷ گویه)، تکانشگری^۴ (۹ گویه) و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس^۵ (۶ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. جکسون و کلاریدگ^۶ (۱۹۹۱) ضریب اعتبار بازآزمایی این آزمون

1. Borderline Personality Disorder Scale
2. Claridge & Broks
3. Hopelessness
4. Impulsivity
5. Stress related dissociative and paranoid symptoms
6. Jackson & Claridge

۷۶..... نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و...

را ۰/۶۱ گزارش کردند. همچنین، رالینز^۱ و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۰ محاسبه نمودند. همچنین روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی‌گرایی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴) ضریب اعتبار بازمایی مقیاس مذکور را به فاصله چهار هفته برای کل مقیاس شخصیت مرزی، ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابستگی به استرس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۳ و ۰/۵۰ و روایی همزمان با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی‌گرایی را به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۲۹ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۲: این پرسشنامه توسط برنستاین^۳ و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است و پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از سوءاستفاده جنسی^۴، سوءاستفاده جسمی^۵، سوءاستفاده عاطفی^۶، غفلت عاطفی^۷ و غفلت جسمی^۸ که هر یک دارای ۵ گویه هستند. شامل ۲۸ گویه است که ۲۵ گویه آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ گویه آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به کار می‌رود. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه، ابتدا باید نمره‌گذاری گویه‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند و روایی همزمان با مقیاس افسردگی بک را ۰/۳۶ گزارش کردند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۹: این پرسشنامه شامل ۷۵ گویه است که برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه توسط یانگ و براون (۲۰۰۵)، تدوین گردید. هر گویه بر روی طیف لیکرت شش درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً نادرست) تا نمره ۶ (کاملاً درست) درجه‌بندی و نمره‌گذاری می‌شود. این ۱۵ طرحواره در درون پنج حوزه طرحواره بریدگی و طرد^{۱۰} (شامل محرومیت هیجانی^{۱۱}، رهاشدگی/بی‌ثباتی^۱، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۲، انزوای اجتماعی/بیگانگی^۳ و نقص/ شرم^۴)،

1. Rawlings, Claridge & Freeman
2. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
3. Bernstein
4. sexual abuse
5. physical abuse
6. emotional abuse
7. Emotional neglect
8. physical neglect
9. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)
10. Disconnection and Rejection
11. Emotional Deprivation

خودگردانی و عملکرد مختل^۵ (شامل شکست^۶، وابستگی/بی‌کفایتی^۷، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۸ و خود تحول- نیافته/گرفتار^۹)، دیگر جهت‌مندی^{۱۰} (شامل اطاعت^{۱۱} و ایثار^{۱۲})، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۱۳} (شامل بازداری هیجانی^{۱۴} و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی^{۱۵}) و محدودیت‌های مختل^{۱۶} (شامل استحقاق/خودبزرگ‌بینی^{۱۷}، خویشتن-داری و خودانضباطی ناکافی^{۱۸}) قرار دارند. چنانچه میانگین هر مولفه بیشتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. یانگ و براون (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ را گزارش کردند. همچنین روایی همزمان این مقیاس را با خودکنترلی ۰/۱۹ گزارش کرده‌اند. مهدوی و آزادی (۱۴۰۰) در بررسی اعتبار سازه‌ای بار عاملی گویه‌های این پرسشنامه در بازه ۰/۳۸ تا ۰/۸۱ گزارش نمودند. عامری (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ مولفه‌های این پرسشنامه را از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش نمود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

روش اجرا

اجرای این پژوهش به صورت آنلاین صورت گرفت، بدین صورت که پرسشنامه در فضای پرس‌لاین ایجاد و پس از آماده-سازی از طریق شبکه‌های مجازی ارتباطی که دانشجویان در ایام آموزش مجازی به عنوان مکمل سامانه مدیریت یادگیری الکترونیکی برای هر درس تشکیل داده بودند، به اشتراک گذاشته شد و از داوطلبان دعوت شد که در صورت تمایل در انجام پژوهش همکاری کنند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

یافته‌ها

اعضای نمونه در میانگین سنی $24/36 \pm 4/12$ قرار داشتند. از مجموع آن‌ها، ۱۸۶ نفر مرد (۶۷/۵ درصد) و ۲۱۴ نفر زن (۵۳/۵ درصد) بودند. ۲۶۲ نفر مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی (۶۵/۵ درصد)، ۱۱۵ نفر کارشناسی ارشد (۲۸/۸ درصد) و ۲۳ نفر دکتری (۵/۸ درصد) بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

1. Abandonment
2. Mistrust/Abuse
3. Social Isolation
4. Defectiveness/Shame
5. Impaired Autonomy and Performance
6. Failure to Achieve
7. Dependence/Incompetence
8. Vulnerability to Harm
9. Enmeshment
10. Other Directedness
11. Subjugation
12. Self-Sacrifice
13. Over-Vigilance and Inhibition
14. Emotional Inhibition
15. Unrelenting Standards
16. Impaired Limits
17. Entitlement/Grandiosity
18. Insufficient Self-Control/Self-Discipline

۷۸..... نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و...

همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
	ناامیدی	۲/۰۷	۱/۹۴	۱/۰۹	۰/۴۳
علائم شخصیت مرزی	تکانشگری	۲/۳۴	۲/۱۸	۱/۶۳	۱/۸۲
	علائم تجزیه‌ای استرس	۱/۲۹	۲/۱۷	۱/۳۰	۰/۸۱
	نمره کل علائم شخصیت مرزی	۵/۶۴	۵/۵۸	۱/۶۹	۰/۵۹
	سوءاستفاده جنسی	۵/۷۸	۳/۰۲	۰/۶۲	۰/۰۸
	سوءاستفاده جسمی	۵/۷۰	۳/۰۵	۰/۸۶	۰/۷۰
ترومای کودکی	سوءاستفاده عاطفی	۷/۳۲	۳/۷۹	۱/۸۹	۰/۲۶
	غفلت عاطفی	۸/۲۸	۵/۰۹	۱/۷۷	۰/۴۲
	غفلت جسمی	۷/۳۴	۳/۶۹	۱/۹۲	۰/۳۲
	نمره کل ترومای کودکی	۳۴/۴۴	۱۳/۷۲	۰/۵۸	۰/۴۱
	بریدگی و طرد	۶۵/۰۱	۲۶/۶۴	۰/۲۶	-۱/۲۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۵۴/۲۷	۱۸/۹۲	۰/۴۹	-۰/۸۶
طرحواره ناسازگار اولیه	دیگر-جهت‌مندی	۲۷/۵۶	۹/۱۶	۰/۲۱	-۰/۹۳
	گوش به زنگی و بازداری	۲۵/۳۳	۹/۴۰	۰/۷۴	-۰/۵۰
	محدودیت مختل	۲۷/۶۷	۸/۳۴	۰/۶۱	۰/۹۰
	نمره کل طرحواره‌های ناسازگار	۱۹۹/۸۵	۶۴/۲۵	۰/۲۸	-۱/۰۱

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۱ استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$). با توجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. با توجه به جدول ۲، بین علائم شخصیت مرزی با متغیرهای ترومای کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین ترومای کودکی با متغیر میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبت و معنادار $P < 0/05$ وجود دارد.

1. Kolmogoro-Smirnov test

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
سوء استفاده	-											
جنسی												
سوء استفاده جسمی	۳۲	-										
سوء استفاده عاطفی	۳۲	۵۱	-									
غفلت عاطفی	۲۷	۳۴	۴۴	-								
غفلت جسمی	۲۶	۴۳	۴۲	۶۹	-							
بریدگی و طرد	۱۲	۷	۲۱	۱۳	۱۴	-						
عملکرد مختل	۱۵	۱۴	۲۲	۱۴	۱۶	۸۸	-					
دیگر-جهتمندی	۵	*۱۰	۲۰	۱۶	۱۳	۷۵	۷۹	-				
گوش به زنگی	*۹	*۱۱	۱۹	*۱۱	۱۵	۷۰	۶۷	۶۴	-			
محدودیت مختل	۱۷	*۱۰	۱۶	*۱۱	۸	۵۸	۵۲	۴۸	۵۲	-		
طرحواره های ناسازگار	*۹	۱۲	۲۳	۱۴	۱۶	۸۷	۸۴	۸۴	۷۹	۶۷	-	
علائم شخصیت مرزی	۱۳	۱۵	۳۶	۳۰	۲۵	۳۸	۴۳	۳۹	۳۹	۱۳	۴۲	-

اعداد بولد در سطح $p < 0/01$ و $p < 0/05$ * معنی دار است و اعداد تایپ عادی معنی دار نیست. کلیه اعداد در ۱۰۰ ضرب شده است.

جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون^۱ استفاده شد که مقدار آن ۱/۵۴ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه هم خطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه هم خطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آنها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه^۴ (۰/۸۴) و شاخص کرویت بارتلت^۵ ($df=120$ و $p < 0/01$) حاکی از برآورده شدن ملاکهای لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. جدول ۳ شاخصهای برازش مدل پژوهش را نشان می دهد. نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (۱۹۹۹) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

1. Durbin-Watson
2. Tolerance
3. Variance Inflation Factors (VIF)
4. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)
5. Bartlett

در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی از آزمون بوت استراپ^۱ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد. طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود.

جدول ۵. آزمون بوت استراپ اثرات غیرمستقیم

مسیرها	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدبالا	حدپایین	سطح معناداری
ترومای کودکی ←	۰/۱۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۵۲	۰/۱۶۴	۰/۰۰۲
طرحواره‌های ناسازگار اولیه ← شخصیت مرزی					

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی با ویژگی‌های شخصیت مرزی انجام گرفت. در پژوهش حاضر مدل روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها آزمون شد و همانگونه که در نتایج یافته‌ها مشاهده شد، الگوی پیشنهادی برازش قابل قبولی نشان داد. اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده رابطه مستقیم ترومای کودکی با ویژگی‌های شخصیت مرزی بود که با نتایج تات و همکاران (۲۰۲۲)، فانگ و همکاران (۲۰۲۳)، یان و همکاران (۲۰۲۳)، آلفیا و منجولا (۲۰۲۰)، توماس و همکاران (۲۰۱۹)، یالچ و لوندسکی (۲۰۱۹) و انفعال و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد این، تجربه وقایع تروماتیک در دوران کودکی است که، به صورت آزار عاطفی، فیزیکی و جنسی یا غفلت جسمی و عاطفی تعریف می‌شود، منجر به افزایش خطر ابتلا به مشکلات جسمانی (توماس و همکاران، ۲۰۱۹) یا اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالی می‌شود و تروما می‌تواند نتیجه حوادث استرس‌زایی باشد که احساس امنیت فرد را از بین می‌برد و به فرد در یک دنیای خطرناک، احساس ناامنی می‌دهد. در این صورت، احتمال بیشتری دارد که افراد به دنبال قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا، علائم شخصیت مرزی را تجربه کنند و قرار گرفتن در معرض تروما در دوران کودکی رابطه مثبت و مستقیمی با ویژگی‌های شخصیت مرزی در بزرگسالی دارد. در این خصوص، یان و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تمایل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای احساس مسئولیت بیش‌ازحد در برابر افکار مزاحم خود و پیشگیری از آسیب، رفتارهای اجباری را ایجاد می‌نماید و کودک‌آزاری و بی‌توجهی در ایجاد و حفظ علائم شخصیت مرزی نقش دارد. در پژوهش دیگری که توسط فانگ و همکاران (۲۰۲۳) انجام شد، شدت ترومای دوران کودکی با شدت علائم شخصیت مرزی همبستگی مثبت داشت. به‌طور کلی این نتایج بر اهمیت عوامل آسیب‌پذیری شناختی در ویژگی‌های شخصیت مرزی در بزرگسالی تأکید می‌کند، که مطابق با مطالعات قبلی است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد ضریب مسیر ترومای کودکی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار است. این یافته همسو با نتایج تلوسکا و کوبزا (۲۰۲۱) و امین و همکاران (۲۰۱۹) است. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد مبتنی بر شواهد حاصل از نظریه‌های دلبستگی است. دیدگاه‌های اخیر دلبستگی در زمینه‌های ایجاد اختلالات شخصیت و

۸۲..... نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و...

ارتباط آن با اختلالات مربوط به دلبستگی، با در نظر گرفتن تروما و آسیب در کودکی بر تاثیر اساسی پیوندهای رابطه‌ای اولیه در رشد روان‌شناختی فردی تاکید دارند (توماس و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس این تئوری، اگر در دلبستگی اولیه اختلالی ایجاد شود کودک مستعد اضطراب شده که بعدها زمینه‌ی ایجاد اختلالات روان‌شناختی را به وجود می‌آورد. همچنین تجارب آسیب‌زای اولیه به‌ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که احساسات و عواطف کودک را بی‌اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا جلوگیری از احساسات منفی استفاده می‌کند که ممکن است در بزرگسالی منجر به طرحواره‌های ناسازگار گردد؛ بنابراین احساسات ناسازگار ناشی از آسیب‌های دوران کودکی باعث فعال-سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراحل بعدی زندگی می‌شود.

علاوه بر این، ترومای کودکی نه تنها به‌طور مستقیم بلکه غیرمستقیم نیز از طریق مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت علائم شخصیت مرزی همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه بین ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی را واسطه می‌کند، به طوری که ترومای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند اما فقط در میان افرادی که طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند. در یافته‌های این پژوهش ترومای کودکی با ویژگی‌های شخصیت مرزی مرتبط بودند و این ادعا تاکید می‌کنند که تجربه تروما در کودکی با فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار از جمله مهربانی با خود و عدم قضاوت خود، ذهن منجر به ایجاد هیجانات منفی و علائم شخصیت مرزی می‌گردد. از سوی دیگر، بدرفتاری دوران کودکی عواقب و پیامدهای منفی و زیان‌باری را به همراه دارد که در نهایت، منجر به بروز آسیب و اختلالات روان‌شناختی در فرد می‌شوند؛ بدین صورت که قرار گرفتن در معرض تروما منجر به شکل‌گیری الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی می‌شوند که در اوایل رشد و تحول در ذهن فرد شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند. این طرحواره موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به صورت سوءتفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست، هدف‌ها و انتظارات غیرواقع‌بینانه پدیدار می‌شوند که در نهایت زمینه ابتلا به اختلال شخصیت مرزی را فراهم می‌نماید. در واقع، تجربه رویدادهای تروماتیک در کودکی منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگاری می‌شود که فرد در بزرگسالی دائماً با آن درگیر است. فعال‌سازی این طرحواره‌ها، می‌تواند بر شناخت و رفتار فرد تأثیر بگذارد و احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند اختلال شخصیت مرزی را افزایش دهد. افرادی که بدرفتاری کودکی را تجربه کرده‌اند و بی‌ثباتی عاطفی دارند، با درگیر کردن خود در رفتارهای تکانشی، ممکن است تا حدودی به بازگشت احساس تسلط و کنترل از دست رفته و کاهش آسیب درک شده خود، در مقابل آن تجربه تروماتیک، کمک کنند. بر این اساس، عوامل محیطی، مانند نحوه پرورشی والدین و وقایع نامطلوب زندگی، در پیش‌بینی علائم شخصیت مرزی دخیل است و طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است علائم شخصیت مرزی را تقویت کند. بنابراین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تاثیر از تروما در دوران کودکی می‌توانند زمینه‌ساز علائم شخصیت مرزی نیز باشند. در این صورت با فعال شدن آن‌ها توسط تجربه تروما در کودکی، علائم شخصیت مرزی افزایش می‌یابد.

در یک جمع‌بندی کلی نیز می‌توان گفت، ترومای کودکی از عوامل تاثیرگذار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که منجر به شخصیت مرزی می‌شود و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان عامل واسطه‌ای برای ارتباط ترومای کودکی و علائم

شخصیت مرزی عمل می‌کند و یک اثر واسطه‌ای جزئی را نشان می‌دهد. افراد با تجربه تروما در کودکی دچار استرس بیشتری می‌شوند که در آن‌ها طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شود و احتمال تجربه علائم شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد. در نتیجه، افراد تمایل بیشتری به بی‌ثباتی برای کاهش استرس ناشی از تجربه تروما و موقعیت‌های مشابه دارند. از سوی دیگر تأثیر ترومای کودکی بر علائم شخصیت مرزی در پژوهش‌ها بررسی شده است؛ بنابراین، تجربه تروما در کودکی طرحواره‌های ناسازگار را ایجاد نموده و به طور مستقیم و غیر مستقیم بر ویژگی‌های شخصیت مرزی اثر دارند که منجر به اختلالات شخصیت در افراد می‌شود.

بررسی مقطعی امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با سازماندهی پژوهش‌های کیفی و بررسی‌های طولی برای آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش امکان تبیین نتایج میسر شود. همچنین شدت علائم شخصیت مرزی یا نوع تروما در شرکت‌کنندگان کنترل نشده است. براین اساس پیشنهاد می‌شود شدت علائم شخصیت مرزی در مطالعات آتی کنترل شود. به منظور بهبود ویژگی‌های شخصیت مرزی در افراد، طبق نتایج این پژوهش بهتر است از روش‌های اصلاح طرحواره‌ها استفاده شود. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت با اجرای تکنیک‌هایی که به اصلاح طرحواره‌ها منجر می‌شود، افراد می‌توانند هیجان‌ات منفی ناشی از تجارب نامطلوب کودکی خود را که علائم شخصیت مرزی را در آنها تحت تاثیر قرار می‌دهد، کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، محمد؛ کامیابی، میترا؛ حاجی‌پور عبایی، نجمه و سلطانی، امان‌اله. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس سازگاری اجتماعی در نوجوانان بدسرپرست شهر کرمان در بحران کرونا: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱ (۹): ۹۳۸-۹۲۳. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6660-fa.html>
- بهروزی، ناصر؛ شهنی‌بیلاق، منیجه و پورسید، سیدمهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی، استرس ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی. *راهبرد فرهنگ*، ۲۰ (۵): ۱۰۲-۸۳. https://www.jsfc.ir/article_43841.html
- پاسیار، سحر؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید و سهرابی، نادره. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی، اضطراب سلامت و تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *آموزش پرستاری*، ۱۲ (۲): ۱۱۱-۱۰۱. URL: <http://jne.ir/article-1479-1-fa.html>
- حاجیلری، صبور. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس انسجام مادران کودکان ADHD، سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد. <https://civilica.com/doc/1197309>
- خساره، حمیده؛ پولادی ریشه‌ری، علی و محمدعلی، سیدیونس. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷ (۶۸): ۱۲۲-۱۱۵. Doi:10.22034/jmpr.2023.15326
- شیرین، زهرا؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ رحمانی، محمدعلی و قربان شیرودی، شهره. (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر درماندگی روان‌شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و خودتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳، ۳۱-۳۱. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2696-fa.html>

۸۴..... نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای کودکی و...

صفایی، مریم و شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان پرستاری*، ۲(۱): ۲۲-۱۳. URL: <http://ijpn.ir/article-1-283-fa.html>

عیسی‌زاده، فاطمه؛ حیدری، شیما؛ آقاجان بگلو، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی در افراد دارای اختلال هویت‌جنسی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۷): ۱۳-۲۸. doi.org/10.22034/spr.2020.109694

عقیلی، سید مجتبی و حجازی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان. *روان شناسی بالینی*، ۱۴(۱)، ۱-۱۱. doi: 10.22075/jcp.2021.21913.2020

علی‌پور، احمد و شریف، نسیم. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۷(۱): ۵۰-۵۶.

فروزان‌فر، فرزانه؛ جبل عاملی، شیدا؛ سلطانی‌زاده، محمد؛ امامی، سیدمحمدحسن و انصاری شهیدی، مجتبی. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک شده و انسجام روانی با میانجیگری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*. doi: 10.22059/japr.2023.338827.644193

فراهی، مریم؛ پسندیده، محمدمهدی و وزیری، شهرام. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۲)، ۶۹-۵۷. doi: 10.22070/cpap.2021.14285.1082

قمری، لیلا؛ صادقی، نرگس و آذربرزین، مهرداد. (۱۳۹۹). ارتباط بین ادراک حمایت از جانب دوستان و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۱): ۸۶-۷۷. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4208-fa.html>

منظری توکلی، وحید و کریمی، منیره. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی طرحواره های شناختی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار دختر دبیرستانی. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۹(۳)، ۲۲-۷. [20.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3](https://doi.org/10.2423494.1399.9.3.1.3)

یزدانبخش، کامران. (۱۳۹۴). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱(۳): ۱۷۹-۱۸۵. https://jap.razi.ac.ir/article_330.html?lang=fa

Aghili, M., & hejazi, F. (2022). the effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas and perceived stress in the elderly of daily centers in Gorgan. *Journal of Clinical Psychology*, 14(1), 1-11. doi: 10.22075/jcp.2021.21913.2020

Alipour, A., & Sharif, N. (2012). Validity and reliability of the sense of coherence questionnaire in university students, *Pajoohande Journal*, 17 (1): 50-56 [Text in Persian] URL: <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-fa.html>

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(5), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033)

Asplund, D., Bisgaard, T., Bock, D., Burcharth, J., González, E., Haglind, E., & Smedh, K. (2018). Correction to: Pretreatment quality of life in patients with rectal cancer is associated with intrusive thoughts and sense of coherence. *International journal of colorectal disease*, 33(3), 355-357. DOI: [10.1007/s00384-017-2900-y](https://doi.org/10.1007/s00384-017-2900-y)

Bell, H. M. (1962). *Adjustment inventory manual*. Palo Alto, Calif: Consulting psychologists press.

Behrouzi, N., Shahniyilaq, M., & Porsaid, S. M. (2011). The relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout. *Culture Strategy*, 20(5), 102-83. https://www.jsfc.ir/article_43841.html

Blote, A.W. & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 7(1), 110-118. DOI: [10.1016/j.adolescence.2019.01.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.005)

- Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindstrom, B., Margalit, M. (2022). *Salutogenesis and the sense of coherence during the adolescent years*. In: Mittelmark, M.B., et al. *The Handbook of salutogenesis*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_16.
- Cohen S, Kamarck T, & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Curran, T. (2018). An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads. *Personality and Individual Differences*, 126, 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.025>
- Del-Pino-Casado, R, Espinosa-Medina A, Lopez-Martinez, C, Orgeta V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14–21. <https://doi.org/10.2307/2136404>.
- Ebrahimi, M., Kamiabi, M., Hajipoor Abaie, N., & Soltani, A. (2022). Investigating the factor structure and validating the short form of the California social adaptation scale in abused teenagers in Kerman city in the corona crisis: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21 (9), 923-938. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6660-fa.html>
- Eisazadeh, F., Heidary, S., Agajanbaglu, S., & Saffarinia, M. (2020). Study of the effectiveness of schema therapy on improving social adjustment and psychological capital in transsexual persons. *Social Psychology Research*, 10(37), 13-28. doi: 10.22034/spr.2020.109694 [Text in Persian]
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of antonovsky sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59(6): 460-466. DOI: [10.1136/jech.2003.018085](https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085)
- Faramarzi S., Habibollahi S., & Poorseye, S. (2011). The effectiveness of life skills cognitive behavioral group training on adjustment for university students with vision loss. *Journal of Exceptional Children*, 11 (3), 217-228. URL: <http://joec.ir/article-1-227-fa.html> [Text in Persian]
- Frozanfar, F., Jabal Ameli, S., Soltanizadeh, M., Emami, S. M. H., & ansari shahidi, M. (2023). Model of Predicting Psychosocial Adaptation to Disease According to Perceived Stress and Sense of Coherence with the Mediation Role of Self-Compassion in the Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, (), -. doi: 10.22059/japr.2023.338827.644193. [Text in Persian]
- Farhadi, M., Pasandideh, M. M., & Vaziri, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 57-69. doi: 10.22070/cpap.2021.14285.1082 [Text in Persian]
- Ghamary, L., Sadeghi, N., & Azarbarzin, M. (2019). The relationship between the perception of support from friends and psychosocial adaptation to the disease in teenagers with cancer. *Journal of Nursing and Midwifery*, 19(1), 86-77. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4208-fa.html> [Text in Persian]
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 209-215. doi: 10.3390/jcm9010209.
- Hajileri, S. (2019). Investigating the effectiveness of schema therapy on the sense of coherence of mothers of ADHD children, *The third international conference on psychology, counseling, education and training, Mashhad*. <https://civilica.com/doc/1197309> [Text in Persian]
- Khasareh, H., Pouladi Reyshahri, A., & Mohammadi, S. Y. (2023). The effectiveness of schema therapy on resilience and social adjustment in female adolescents in Kerman. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(68), 115-122. doi: 10.22034/jmpr.2023.15326. [Text in Persian]
- Li, J., Gao, W., Yang, Q., & Cao, F. (2021). Perceived stress, anxiety, and depression in treatment - naive women with breast cancer: a case - control study. *Psycho - Oncology*, 30(2), 231-239. DOI: [10.1002/pon.5555](https://doi.org/10.1002/pon.5555)

- Manzari Tavakoli, V., & Karimi, M. (2020). The Effectiveness of Group Cognitive Schemas Training on Social Adjustment of Female High School Incompatible Students. *Educational and Scholastic studies*, 9(3), 7-22. [20.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3](https://doi.org/10.1001.1.2423494.1399.9.3.1.3)
- MoshirPanahi, S., Moradi, A.R., Ghaderi, B., McEwen, C., & Jobson, L. (2020). Predictors of positive and negative post-traumatic psychological outcomes in a sample of Iranian cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 390-404. DOI: [10.1111/bjhp.12412](https://doi.org/10.1111/bjhp.12412)
- Nuccitelli, C., Valentini, A., Caletti, M. T., Caselli, C., Mazzella, N., Forlani, G., & Marchesini, G. (2018). Sense of coherence, self-esteem, and health locus of control in subjects with type 1 diabetes mellitus with/without satisfactory metabolic control. *Journal of Endocrinological Investigation*, 41(3), 307-314. DOI: [10.1007/s40618-017-0741-8](https://doi.org/10.1007/s40618-017-0741-8)
- Pasyar S, Bagooli H, Barzegar M, Sohrabi N. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on psychological well-being, health anxiety, and body image in women with breast cancer. *Journal of Nursing Education*, 12 (2),101-111. URL: <http://jne.ir/article-1-1479-fa.html> [Text in Persian]
- Rashid, A., Aqeel, M., Malik, D. B., & Salim, D. S. (2021). The prevalence of psychiatric disorders in breast cancer patients; a cross-sectional study of breast cancer patients experiences in Pakistan. *Nat Nurture Journal Psychol*, 1, 1-7. DOI:[10.47391/NNJP.01](https://doi.org/10.47391/NNJP.01)
- Ramos, A.K., McGinley, M., Carlo, G. (2021). The relations of workplace safety, perceived occupational stress, and adjustment among Latino/a immigrant cattle feedyard workers in the United States. *Safety Science*, 139, 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105262>
- Sevi, B., Urganci, B., & Sakman, E. (2020). Who cheats? An examination of light and dark personality traits as predictors of infidelity. *Personality and Individual Differences*, 164, 110126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110126>
- Shirin, Z., Abolghasemi, S., Rahmani, M.A, Ghorban Shiroudi, S. (2023). Determining the Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress, Intolerance of Uncertainty and Emotional Self-regulation in Women with Multiple Sclerosis Referred to MS Society of Tehran City, Iran. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*,13, 31-31. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2696-fa.html>
- Wang, X., Zhang, Q., Shao, J., & Ye, Z. (2020). Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *British Medical Journal*, 10(6): e036546. doi: [10.1136/bmjopen-2019-036546](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036546).
- Wu, H. S., Davis, J. E., & Chen, L. (2021). Bright light shows promise in improving sleep, depression, and quality of life in women with breast cancer during chemotherapy: findings of a pilot study. *Chronobiology International*, 38(5): 694-704. DOI: [10.1080/07420528.2021.1871914](https://doi.org/10.1080/07420528.2021.1871914)
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2006) *Schema therapy: A practitioner's guide*. A Division of Guilford Publications, Inc. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>.
- Yazdanbakhsh, K. (2016). Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. *Aging Psychology*, 1(3), 179-185. https://jap.razi.ac.ir/article_330.html?lang=fa [Text in Persian]



رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با اختلال اضطراب اجتماعی: نقش میانجی آگاهی هیجانی

مصطفی حکم‌آبادی^{۱*}، رحیم یوسفی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با اختلال اضطراب اجتماعی با نقش میانجی آگاهی هیجانی انجام شده. روش پژوهش توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۶ و ۱۷ ساله مقطع متوسطه دوم شهرستان جویین بودند که تعداد ۳۶۹ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، نگرانی از بدشکلی بدنی، افکار پارانویا، واکنش‌پذیری بین فردی و آگاهی هیجانی پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل پس از اصلاح بود. اثر مستقیم نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی بر اختلال اضطراب اجتماعی معنادار بود. همچنین، فقط مسیرهای غیرمستقیم نگرانی از بدشکلی بدنی و همدلی با نقش میانجی آگاهی هیجانی به اختلال اضطراب اجتماعی معنادار بود. هر چند مقدار ضریب آن ضعیف بود. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت، نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان اثرگذار است و پیشنهاد می‌شود در مداخله‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی نوجوانان مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: آگاهی هیجانی، اختلال اضطراب اجتماعی، ایده‌های برداشت اجتماعی، نگرانی از بدشکلی بدنی، همدلی

^۱ نویسنده مسئول: دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

mostafahokmabadii1376@gmail.com

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

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یک ترس مداوم و شدید از تحقیر شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن، همراه با شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی است. این ترس بیش از حد، موقعیت‌هایی را که تعاملات اجتماعی (مانند گفتگو با یک فرد یا گروهی از افراد) و عملکردی (مانند سخنرانی در جمع) انجام گرفته و یا موقعیت‌هایی که فرد مورد مشاهده قرار می‌گیرد را شامل می‌شود (فرد^۲، ۲۰۲۲). این اختلال دارای ویژگی‌های جمعیت شناختی خاصی مانند سن کمتر، مونث بودن و مجرد بودن است و تحقیقات بر شیوع بیشتر این اختلال در نوجوانان و به خصوص دختران تاکید دارد (تونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)، که می‌تواند به صورت جدی کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار دهد و موجب عملکرد اجتماعی-هیجانی منفی در افراد مبتلا به این اختلال شود (ویلپالانا-پیرز^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

عملکرد اجتماعی-هیجانی مختل از جمله مشکلاتی است که در افرادی که دچار نگرانی از بدشکلی بدنی^۵ هستند نیز دیده می‌شود. این افراد بر این باورند که غیرعادی، غیرجذاب یا بدشکل به نظر می‌رسند، در حالی که در واقعیت، ظاهر فیزیکی آنها طبیعی است. این افراد نگرانند که دیگران ظاهر آنها را قضاوت کنند و این نگرانی‌ها به حدی است که به صورت مزاحمت-های ذهنی^۶ ظاهر می‌شود، که فرد برای کاهش ناراحتی ناشی از آنها، اغلب از طریق رفتار اجباری^۷ (مثل بررسی ظاهر فیزیکی در آینه) تلاش می‌کند آنها را سرکوب کند (دوندزیلو^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). تامپسون^۹ (۱۹۹۰) در نظریه خود، این نگرانی‌ها را ناشی از تفاوت میان خود ایده‌آل و خود واقعی می‌داند و معتقد است تاکید فرهنگی-اجتماعی بالایی که در جوامع امروزی بر زیبایی و تناسب اندام، به خصوص در دختران نوجوان، وجود دارد، می‌تواند اختلاف میان خودها را تشدید کند و بر شدت و تداوم این نگرانی‌ها اثرگذار باشد. تحقیقات در زمینه این نگرانی‌ها با اضطراب اجتماعی، از رابطه مثبت میان آنها گزارش می‌دهند (صلاحی و کامران کسمایی، ۱۳۹۹؛ سرفلیکان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹) و مدل‌های شناختی بر وجود سوگیری‌های تفسیری، توجه انتخابی، ارزیابی منفی ظاهر خود و تاثیرپذیری منفی مرتبط با ارزیابی در این افراد، مولفه‌هایی که در ایجاد و ادامه اختلال اضطراب اجتماعی مهم و اساسی هستند، تاکید دارند (دیتل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن با افزایش احتمال ایده‌های برداشت اجتماعی نیز مرتبط است (رودریگز-تستال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹) و بر

1 . Social anxiety disorder

2 . Fred

3 . Tonge

4 . Vilaplana-Pérez

5 . Body dysmorphic concerns

6 . Mental intrusions

7 . Compulsive behavior

8 . Dondzilo

9 . Thompson

10 . Sereflican

11 . Dietel

12 . Rodríguez-Testal

اساس یازدهمین نسخه طبقه‌بندی بیمارهای روانی^۱، ایده‌های برداشت اجتماعی در اغلب بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی دیده می‌شود و جزو ملاک‌های تشخیصی این اختلال است، که می‌تواند از جمله دلایل دیگر رفتارهای تشریفاتی و تکراری و یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی باشد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۸). مطالعات در این زمینه نیز، این افکار را در رابطه با اضطراب اجتماعی گزارش کردند (اونجیتساکول^۳ و همکاران، ۲۰۲۲؛ وونگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۲)، افکاری که اغلب به عنوان شاخه‌ای از افکار پارانوئید^۵ شناخته می‌شود و مانند اضطراب اجتماعی و نگرانی از بدشکلی بدنی در بستری از سوگیری‌های شناختی شکل می‌گیرد و منجر به تجربه هیجانانگیزی منفی می‌شود. مهم‌ترین سوگیری شناختی مرتبط، مولفه معطوف کردن رفتارهای دیگران به خود در یک فرآیند شناختی سریع که شامل تفسیر محرک‌های اجتماعی و برداشت‌های منفی از آن است، می‌باشد (وونگ و همکاران، ۲۰۲۲). البته باید توجه داشت که این ایده‌ها، همچنین نگرانی‌ها از بدشکلی بدنی، بر روی یک پیوستار از شدت قرار دارند و صرف وجود آن‌ها را نمی‌توان دال بر وجود مشکل یا اختلال دانست. ایده‌های برداشت اجتماعی را می‌توان در طیفی از حساسیت بیش از حد قابل درک که فرد معتقد است بیش از دیگران به وی اشاره می‌شود تا هذیان‌های خود ارجاعی در نظر گرفت (فن^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). در نهایت، آنچه در مورد هر سه مولفه ایده‌های برداشت اجتماعی، نگرانی از بدشکلی بدنی و اختلال اضطراب اجتماعی مشترک است، رخ دادن آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی و اختلال در روابط بین فردی است.

یکی از عناصر سازنده و مهم روابط بین فردی موفق توانایی همدلی^۷ در نظر گرفته می‌شود. بر اساس نظریه دیویس^۸ (۱۹۸۳)، همدلی ساختاری چندوجهی را در بر می‌گیرد که از هر دو فرآیند عاطفی و شناختی تشکیل شده است. همدلی عاطفی به اشتراک‌گذاری عواطف و احساسات با دیگران است، در حالی که همدلی شناختی توانایی استنباط حالات ذهنی در دیگران را شامل می‌شود. توانایی‌های همدلانه نقش مهمی در تعاملات اجتماعی و درک و احساس وضعیت عاطفی و روانی دیگران، که یکی از اساسی‌ترین و پیش‌نیازهای ما در تعامل اجتماعی است، بازی می‌کند (فون داوانز^۹ و همکاران، ۲۰۲۲؛ مرنو- پایتو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس تحقیقات در این زمینه، اضطراب با بدن‌تنظیمی در هیجانانگیزی همراه است، که ممکن است ارتباطی با همدلی مختل ایجاد کند و نشانه‌های اجتماعی به عنوان تهدید تفسیر شوند، که در نتیجه این نگرانی‌های ارزیابی بیشتر و هوشیاری نسبت به نشانه‌های اجتماعی، خودآگاهی، برانگیختگی هیجانی و در نهایت اضطراب اجتماعی افزایش می‌یابد (نیکولیک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰).

1 . International Classification of Diseases (ICD- 11)

2 . World Health Organization (WHO)

3 . Aunjitsakul

4 . Wong

5 . Paranoid thoughts

6 . Fan

7 . Empathy

8 . Davis

9 . Von Dawans

10 . Moreno-Poyato

11 . Nikolić

۹۰ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...

از مفروضه‌های مهم در توانایی ابراز یک پاسخ همدلانه و تنظیم موثر هیجانات، آگاهی از هیجانات است (ویسمان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). آگاهی هیجانی به عنوان توانایی تمرکز بر هیجانات در خود و دیگران، تعیین انواع و منابع آن‌ها و تشخیص اینکه کدام یک مثبت و کدام منفی است، تعریف می‌شود (برومندیان^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). آگاهی هیجانی پایین می‌تواند مکانیزمی باشد که در افزایش خطر آسیب شناسی روانی در دوران نوجوانی نقش داشته باشد (ویسمان و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اهمیتی که آگاهی هیجانی برای تشخیص و توصیف احساسات در خود و دیگران در طی تعاملات اجتماعی دارد، تعیین رابطه این مولفه با اختلال اضطراب اجتماعی و مولفه‌های نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی که با تشخیص و توصیف احساسات و شناخت‌ها در خود و دیگران در ارتباط است، ضروری است. بر همین مبنا هدف این پژوهش، بررسی نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با میانجی‌گری آگاهی هیجانی را در رابطه با اختلال اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان به عنوان افرادی که بیشتر احتمال دارد درگیر این اختلال شوند را داشت. پژوهش حاضر با فرضیه‌های زیر هدایت شد:

- نگرانی از بدشکلی بدنی بر اختلال اضطراب اجتماعی اثر مثبت و مستقیم دارد.
- ایده‌های برداشت اجتماعی بر اختلال اضطراب اجتماعی اثر مثبت و مستقیم دارد.
- همدلی بر اختلال اضطراب اجتماعی اثر مستقیم دارد.
- نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با میانجی‌گری آگاهی هیجانی بر اختلال اضطراب اجتماعی اثر غیرمستقیم دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا، توصیفی-همبستگی، از نوع معادلات ساختاری بود. با توجه به ماهیت دوره نوجوانی که با تغییرات زیاد در ویژگی‌های جسمانی، هیجانی، اجتماعی، شناختی و هویتی همراه است، سعی در محدود نمودن سنی جامعه آماری با هدف کاهش و کنترل این تغییرات گردید. از این رو جامعه آماری، کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۶ و ۱۷ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم مدارس شهرستان جوین در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. مطابق آمار اخذ شده از اداره آموزش و پرورش این شهرستان، تعداد جامعه آماری حدود ۶۰۰ دانش‌آموز بود. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. ابتدا از میان ۱۰ مدرسه متوسطه دوره دوم در تمامی گرایش‌های تحصیلی ۶ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس از میان این ۶ مدرسه، به دلیل تعداد کم دانش‌آموزان در هر کلاس، ۱۴ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. بنا بر نظر گاداگنولی^۱ و همکاران (۱۹۸۸) حجم نمونه در رویکرد تحلیل مسیر ۳۰۰ یا بیشتر از آن ضروری است، که در این مطالعه تعداد ۳۸۰ دانش‌آموز که پس از توضیح اصل امانت و رازداری مایل به تکمیل پرسشنامه-ها بودند، پرسشنامه‌ها را به صورت گروهی تکمیل نمودند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص و پرت،

1 . Weissman
2 . Boroomandian

پرسشنامه‌های تعداد ۳۴۶ دانش‌آموز به عنوان اعضای نمونه نهایی مورد بررسی قرار گرفت. ملاک ورود در این پژوهش جزئی از نمونه منتخب بودن و ملاک خروج، عدم تمایل جهت شرکت در پژوهش و ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۳ و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل مسیر انجام شد.

ابزار

پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۲ (SPIN): این پرسشنامه توسط کانور^۳ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. این مقیاس ۱۷ گویه‌ای در طیفی از لیکرت ۵ درجه‌ای ساخته شده است و دامنه نمرات کسب شده بین ۰ تا ۶۸ می‌باشد. کسب نمرات بالا نشان‌دهنده سطح اضطراب بالاتر است. این مقیاس دارای سه زیرمقیاس ترس^۴، اجتناب^۵ و ناراحتی فیزیولوژیکی^۶ می‌باشد که ۶ گویه ترس، ۷ گویه اجتناب و ۴ گویه ناراحتی فیزیولوژیکی را اندازه می‌گیرد. سازندگان آزمون، در تایید روایی همگرایی پرسشنامه، ضریب همبستگی میان این پرسشنامه با مقیاس اضطراب اجتماعی لیپوویتز^۷ را $0/55 (P < 0/01)$ و مقیاس مختصر اضطراب اجتماعی^۸ $0/57 (P < 0/01)$ بدست آوردند و همسانی درونی این مقیاس در افراد بهنجار را $0/94$ گزارش کردند. در ایران پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ $0/98$ و روش دونیمه کردن $0/94$ بدست آمد. همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اضطراب چک‌لیست ۹۰ ماده‌ای^۹، دارای ضریب همبستگی $0/83 (P < 0/01)$ بود (حسنوند عموزاده، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/82$ بدست آمد.

پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدنی^{۱۰} (DCQ): این پرسشنامه شامل ۷ گویه می‌باشد که توسط استوزین^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۸) در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای ساخته شده است. کسب نمرات بیشتر در این پرسشنامه به معنی نگرانی بیشتر است. استوزین و همکاران (۱۹۹۸) در تایید روایی همگرایی پرسشنامه، ضریب همبستگی میان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک^{۱۲} را $0/42 (P < 0/01)$ و همسانی درونی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ را $0/88$ گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه را کاظمینی و همکاران (۱۳۹۴) ترجمه و تهیه کردند که ضریب آلفای کرونباخ آن را $0/78$ بدست آمد و

- 1 . Guadagnoli
- 2 . Social Phobia Inventory (SPIN)
- 3 . Cannor
- 4 . Fear
- 5 . Avoidance
- 6 . Physiological Discomfort
- 7 . Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)
- 8 . Brief Social Phobia Scale (BSPS)
- 9 . Symptom Checklist-90-Revised (SCL90-R)
- 10 . Deformity Concern Questionnaire (DCQ)
- 11 . Oosthuizen
- 12 . Beck Depression Inventory (BDI)

۹۲ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...

در تایید روایی همگرا نتایج ضرایب همبستگی با مقیاس شرم بیرونی^۱ $0/38 (P < 0/01)$ و مقیاس عاطفه منفی^۲ $0/22 (P < 0/01)$ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/73$ بدست آمد.

مقیاس افکار پارانویا^۳ (GPTS): این مقیاس توسط گرین^۴ و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. نسخه اصلی شامل ۳۲ گویه است که افکار پارانویید را در دو زیرمقیاس ایده‌های برداشت اجتماعی و هذیان‌های گزند و آسیب^۵ اندازه می‌گیرد. در این پژوهش از زیرمقیاس برداشت اجتماعی استفاده گردید که شامل ۱۶ گویه می‌باشد و افکار برداشت اجتماعی را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای سنجش می‌کند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده ایده‌های برداشت اجتماعی بالاتری است. گرین و همکاران (۲۰۰۸) با بدست آوردن همبستگی معنادار زیرمقیاس برداشت اجتماعی با فهرست هذیان‌ات پیترز^۶ $0/50 (P < 0/01)$ و پرسشنامه اضطراب بک^۷ $0/46 (P < 0/01)$ ، روایی همگرایی را تایید نمودند. همچنین جهت بررسی همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده نمودند که برای گروه غیربالینی ضریب $0/95$ بدست آمد. در نسخه فارسی، همبستگی بین نمرات این زیرمقیاس با نمره مقیاس پارانویای پرسشنامه چند محوری میلون^۸ $0/27 (P < 0/01)$ ، بیانگر روایی همگرا مقیاس بود و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مربوطه $0/79$ بدست آمد (کل‌العماد و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/80$ بدست آمد.

مقیاس واکنش‌پذیری بین فردی^۹ (IRI): برای سنجش همدلی از مقیاس ۲۸ گویه‌ای دیویس (۱۹۸۳) استفاده شد. زیرمقیاس‌های آن شامل زیر مقیاس تخیل^{۱۰}، دغدغه همدلانه^{۱۱}، دیدگاه‌گیری^{۱۲} و نگرانی شخصی^{۱۳} است که در طیفی از لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. دامنه نمرات این شاخص بین ۲۸ تا ۱۴۰ می‌باشد و از نمره‌گذاری معکوس نیز استفاده شده است. نمره بالاتر در این مقیاس به معنای همدلی بالاتر است. دیویس (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را بین $0/71$ تا $0/77$ بدست آورد و روایی همگرایی آن را با بررسی همبستگی میان این پرسشنامه با پرسشنامه‌هایی که عملکرد بین فردی، عزت نفس، حساسیت بین فردی و هوش هیجانی را ارزیابی می‌کردند را در دو گروه مرد و زن مورد تایید قرار داد. نسخه فارسی این مقیاس توسط فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۸۷) ترجمه و تهیه شد که در آن پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/70$ بدست آمد. در پژوهش فعلی ضریب آلفای کرونباخ $0/71$ بدست آمد.

- 1 . External Shame Scale (ESS)
- 2 . Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
- 3 . Green Paranoid Thoughts Scale (GPTS)
- 4 . Green
- 5 . Persecutory Delusions
- 6 . Peters Delusions Inventory (PDI)
- 7 . Beck Anxiety Inventory (BAI)
- 8 . Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
- 9 . Interpersonal Reactivity Index (IRI)
- 10 . Fantasy
- 11 . Empathetic Concern
- 12 . Perspective Taking
- 13 . Personal Distress

پرسشنامه آگاهی هیجانی^۱ (EAQ): این پرسشنامه توسط ریف^۲ و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شده است و ۶ مولفه تمایز هیجانها^۳، مشارکت کلامی هیجانها^۴، آشکارسازی هیجانها^۵، آگاهی بدنی^۶، توجه به هیجانهای دیگران^۷ و تحلیل هیجانها^۸ را در ۳۰ گویه میسنجد. نمرهدهی این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت سه درجهای می باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده آگاهی هیجانی بالاتر است. تحلیل عاملی انجام شده بر روی نسخه اصلی توسط سازندگان حاکی از ۶ عامل ذکر شده است که مجموعاً ۴۹ درصد واریانس را تبیین می کنند. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه در یک نمونه ۶۶۵ نفری از نوجوانان با همبستگی مثبت با پرسشنامه هوش هیجانی صفت^۹ در دامنه‌ای از ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ ($P < ۰/۰۱$) تایید کردند و همسانی درونی مولفه‌های آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۷ بدست آوردند. در نسخه فارسی این پرسشنامه که توسط طغیانی و یوسفی (۱۳۹۸) ترجمه و تهیه شده است که نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان دهنده استخراج پنج مؤلفه تمایز هیجانها، ابراز هیجانها، آگاهی بدنی، توجه به هیجانهای دیگران و تحلیل هیجانها بود که در مجموع ۵۲/۱۳ درصد از واریانس را تبیین کرد. روایی همگرایی پرسشنامه با همبستگی با پرسشنامه هوش هیجانی^{۱۰} سنچیده شد که به طور مثبت در دامنه‌ای از ۰/۱۳ تا ۰/۸۱ ($P < ۰/۰۱$) معنادار بود. همچنین همسانی درونی برای کل پرسشنامه را ۰/۷۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای کل پرسشنامه بدست آمد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۴۶ نفر شرکت کننده دختر نوجوان ۱۶۱ نفر (۴۶/۵ درصد) ۱۶ سال و ۱۸۵ نفر (۵۳/۵ درصد) از آنها نیز ۱۷ سال داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۱۶/۵۳ و انحراف استاندارد آن ۰/۴۹ بدست آمد. با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- بود، داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند. دیگر شاخص‌های پراکندگی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
ایده‌های برداشت اجتماعی	۳۵/۸۴	۸/۸۱	۰/۴۳۸	-۰/۳۲۸
نگرانی از بدشکلی بدنی	۱۲/۸۹	۳/۶۰	۰/۳۸۰	-۰/۳۲۰

1 . Emotion Awareness Questionnaire (EAQ)

2 . Rieffe

3 . Differentiating Emotions

4 . Verbal Sharing of Emotions

5 . Not Hiding Emotions

6 . Bodily Awareness

7 . Attending to Others' Emotions

8 . Analyses of Emotions

9 . Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)

10 . Schutte Self-Report Inventory (SSRI)

۹۴ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...

تخیل	۲۰/۴۶	۳/۴۲	۰/۰۳۴	-۰/۳۴۳
دغدغه همدلانه	۲۳/۷۲	۳/۸۴	۰/۱۱۸	-۰/۳۳۳
دیدگاه‌گیری	۲۰/۳۰	۴/۸۱	۰/۰۸۳	-۰/۲۵۸
نگرانی شخصی	۲۰/۷۹	۳/۸۷	۰/۰۱۶	-۰/۴۶۹
کل نمرات همدلی	۸۵/۲۸	۱۰/۰۹	۰/۰۱۰	۰/۰۵۳
تمایز هیجان‌ها	۱۳/۶۷	۳/۰۵	۰/۲۰۸	-۰/۳۷۴
ابراز هیجان‌ها	۱۴/۲۰	۲/۶۳	۰/۲۱۱	-۰/۴۰۳
آگاهی بدنی	۹/۴۷	۱/۸۸	۰/۲۳۳	۰/۱۶۲
توجه به هیجان‌های دیگران	۷/۶۸	۱/۴۵	۰/۷۳۹	۰/۵۷۵
تحلیل هیجان‌ها	۱۱/۲۶	۲/۲۴	-۰/۲۸۳	-۰/۶۰۲
کل نمرات آگاهی هیجانی	۵۶/۲۹	۸/۰۳	۰/۴۳۴	۰/۴۱۶
ترس	۱۱/۸۲	۳/۶۸	۰/۶۷۸	۰/۲۲۸
اجتناب	۱۴/۸۴	۴/۱۳	۰/۶۷۸	۰/۲۲۸
ناراحتی فیزیولوژیکی	۹/۱۵	۳/۰۹	۰/۵۴۱	۰/۰۱۴
کل نمرات اضطراب اجتماعی	۳۵/۸۲	۹/۱۵	۰/۵۰۷	-۰/۱۳۷

به منظور بررسی مدل ابتدا ضرایب همبستگی بین متغیرها بررسی شد، که در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

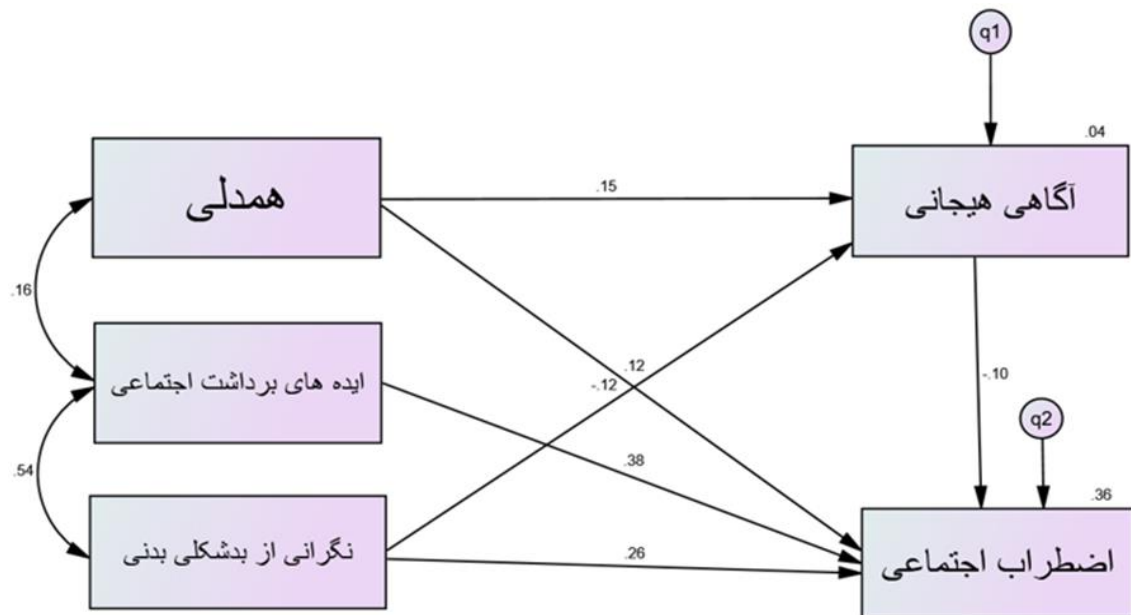
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- ایده‌های برداشت اجتماعی	۱				
۲- نگرانی از بدشکلی بدنی	۰/۵۴**	۱			
۳- همدلی	۰/۱۶**	-۰/۰۱	۱		
۴- آگاهی هیجانی	-۰/۱۰*	-۰/۱۱*	۰/۱۴**	۱	
۵- اضطراب اجتماعی	۰/۵۴**	۰/۴۷**	۰/۱۷**	-۰/۱۴**	۱

*: معناداری در سطح ۰/۰۵

** : معناداری در سطح ۰/۰۱

در ادامه و برای تحلیل مسیر نیازمند بررسی برخی مفروضات اساسی وجود دارد. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با در نظر گرفتن کجی و کشیدگی ± 2 نشان دهنده نرمال بودن توزیع تک متغیره در تمامی متغیرها بود. در بررسی نرمال بودن توزیع چند متغیره از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و سطح معناداری چند متغیره از ۰/۰۱ بزرگتر بود که نشان‌دهنده توزیع نرمال چند متغیره است. جهت تشخیص داده‌های پرت چند متغیری از آزمون فاصله ماهالانوبیس استفاده گردید.

همچنین برای بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد که مقدار آن ۱/۹۱ بود، ضرایب نزدیک به ۲ نشان‌دهنده برآورده شدن این مفروضه است. برای بررسی مفروضه عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین اگر شاخص تحمل کوچکتر از ۱ و بزرگتر از ۰/۴ و شاخص تورم واریانس کوچکتر از ۱۰ باشد این مفروضه رعایت شده است که نتایج نشان داد ضرایب تحمل بین ۰/۶۸۱ تا ۰/۹۷۴ و شاخص تورم واریانس بین ۱/۰۲ تا ۱/۴۶ بود. در نهایت با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های مدل می‌توان از تحلیل مسیر برای بررسی مدل پیشنهادی استفاده کرد. تمامی ضرایب مسیرهای استاندارد مدل پژوهش به جز مسیر نگرانی از بدشکلی به آگاهی هیجانی و برداشت اجتماعی به آگاهی هیجانی در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار بودند. در ادامه به سنجش شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر پرداخته شد که نتایج نشان‌دهنده عدم برازش مدل و نیاز به اصلاح آن بود که با حذف مسیر ایده‌های برداشت اجتماعی به آگاهی هیجانی، مدل تغییر کرده و مسیر نگرانی از بدشکلی بدنی به آگاهی هیجانی نیز سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار شد. در شکل ۱ مدل نهایی نمایش داده شده است.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

بررسی شاخص‌های برازش مدل نهایی نشان داد که با توجه به مقادیر بدست آمده می‌توان برازش مدل را تایید کرد (۰/۴۷ χ^2/DF = ۰/۰۱، RMSEA = ۰/۰۱، IFI = ۱، GFI = ۱، AGFI = ۰/۹۹، TLI = ۱، CFI = ۱ و NFI = ۰/۹۹). در ادامه ضرایب مسیرهای مستقیم مدل اصلاحی بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در بین مسیرهای مدل، تمامی مسیرهای مستقیم موجود پس از اصلاح معنادار هستند ($P < ۰/۰۵$).

۹۶ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...

جدول ۳. اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل

مقدار	آماره	خطای		مسیر	
		استاندارد	مسیر		
P	T	استاندارد	مسیر		
۰/۰۱	۷/۲۳	۰/۰۵	۰/۳۷		ایده‌های برداشت اجتماعی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۱	۵/۰۲	۰/۱۳	۰/۲۶		نگرانی از بدشکلی بدنی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۱	۲/۷۷	۰/۰۴	۰/۱۲		همدلی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۲	-۲/۳۳	۰/۰۵	-۰/۱۱		آگاهی هیجانی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۱	۲/۷۹	۰/۰۴	۰/۱۴		همدلی ← آگاهی هیجانی

در نهایت برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای همدلی و نگرانی از بدشکلی بدنی بر اضطراب اجتماعی به وسیله میانجی - گری آگاهی هیجانی از آزمون بوت‌استرپ استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج حاکی از تاثیر معنادر غیرمستقیم همدلی و نگرانی از بدشکلی بدنی بر اضطراب اجتماعی از طریق متغیر میانجی گری آگاهی هیجانی، در سطح ۰/۰۵ است، هر چند مقدار آن ناچیز بود.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت‌استرپ برای اثر میانجی

مقدار	دامنه بالای	دامنه پایین	خطای		مسیر	
			استاندارد	مسیر		
P			استاندارد	مسیر		
۰/۰۲	-۰/۰۱	-۰/۰۳	۰/۰۱	-۰/۰۱		همدلی ← آگاهی هیجانی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۲		نگرانی از بدشکلی بدنی ← آگاهی هیجانی ← اضطراب اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی مدل تحلیل مسیر بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی بر اختلال اضطراب اجتماعی، با نقش میانجی آگاهی هیجانی بود. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که اثر مستقیم و معناداری بین نگرانی از بدشکلی بدنی با اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد که همسو با نتایج صلاحی و کامران کسمایی (۱۳۹۹) و سرفلیکان و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد. به طور کلی دیتل و همکاران (۲۰۲۱)، نگرانی از بدشکلی بدن و اضطراب اجتماعی را سازه‌هایی شبیه به هم در نظر گرفته‌اند و معتقدند این دو مولفه با مسیرهای مشابه با یکدیگر و همبودی متقابل بالا مشخص می‌شوند و به طور ویژه در مدل‌های شناختی اختلال اضطراب اجتماعی و نگرانی از بدشکلی بدن عوامل شناختی و رفتاری مشابهی دارند که با فرآیندهای شناختی ناکارآمد (مانند ارزیابی منفی تصویر بدن و توجه متمرکز بر خود) و رفتارهای ناسازگار (مانند بررسی خود در آینه و اجتناب اجتماعی)، مشخص می‌شود. به علاوه ماهیت دوران نوجوانی با تغییرات زیاد فیزیکی و روانی همراه است که ذهنیت نوجوان از ظاهر خود را با تغییراتی همراه می‌کند. در صورتی که نوجوان تصویر منفی از خودش در

ذهن داشته باشد، با نگرانی شدیدی درباره نحوه دیده شدن در دید دیگران و مورد قبول قرار گرفتن از سوی همسالان همراه است که منجر به کاهش احساس ارزشمندی می‌شود. نوجوان جبران این کاهش احساس ارزشمندی خود را در تاییدطلبی از دیگران پی می‌گیرد و به ارزیابی و قضاوت دیگران بیش از حد توجه می‌کند و نگرانی از طرد توسط دیگران، زمینه را برای شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند. به خصوص در جامعه امروزی که تاکید فرهنگی اجتماعی بالایی بر زیبایی و تناسب اندام، به خصوص در نوجوانان دختر وجود دارد و بر اساس نظریه خود ایده‌آل- واقعی تامپسون (۱۹۹۰)، نوجوان تحت تاثیر دیگر افراد و رسانه‌ها، بدن خود را با استانداردهای بالایی سنجش می‌کند که با مقایسه خود با دیگر افراد دارای این استانداردها، تفاوت بالایی بین خود واقعی و خود ایده‌آل به وجود می‌آید که موجب نارضایتی از بدن می‌شود و با توجه به اهمیتی که ادراک خویشتن به عنوان عامل نگهدارنده اختلال اضطراب اجتماعی بازی می‌کند، ادراک تصویر بدنی منفی و حفظ باورهای منفی در مورد ویژگی‌های ظاهری، نقش اساسی در ایجاد ماندگاری اختلال اضطراب اجتماعی دارد.

دیگر یافته این مطالعه نشان می‌دهد که ایده‌های برداشت اجتماعی بر اختلال اضطراب اجتماعی اثر مستقیمی دارد که همسو با نتایج وونگ (۲۰۲۰) و اونجیتساکول و همکاران (۲۰۲۲) بود. در تبیین این یافته نیز مدل‌های شناختی اصلی‌ترین و مهم‌ترین تبیین‌ها را ارائه می‌دهند و بر مکانیسم‌های روان‌شناختی مشترک اما با انگیزه‌های متفاوت تاکید می‌کنند و می‌توان هر دو را با انتظارات تهدید اجتماعی و باورهای منفی درباره خود توضیح داد. به طور خاص، فردی که اضطراب اجتماعی و ایده‌های برداشت اجتماعی را تجربه می‌کند، محتوای شناختی و فرآیندهایی را به اشتراک می‌گذارد که پریشانی را حفظ می‌کند و باورهای منفی پنهانی در مورد خود (منفی یا معیوب) در موقعیت‌های اجتماعی را فعال می‌کند (فن و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان این تبیین را ارائه داد که دوره نوجوانی با تغییر روابط با خانواده، دوستان و جوامع و به طور کلی افزایش حساسیت نسبت به محیط اجتماعی مشخص می‌شود که در نتیجه این تغییرات نوجوانان از نحوه درک دیگران از آن‌ها بیشتر آگاه می‌شوند، مقایسه اجتماعی بیشتری را دارند و نسبت به طرد شدن احتمالی بیش از حد حساس می‌شوند و ممکن است این حساسیت به طرد و چرایی آن، نوجوانان را به سمت ایده‌های منفی برداشت اجتماعی منحرف کند و با کناره‌گیری اجتماعی و اجتناب همراه باشد و زمینه را برای ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی فراهم آورد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که اثر همدلی بر اختلال اضطراب اجتماعی مستقیم و معنادار است که همسو با نتایج ویسمان و همکاران (۲۰۲۰) و ناهمسو با نتایج فون داوانز و همکاران (۲۰۲۲) می‌باشد. در سطوح سالم، همدلی می‌تواند منجر به واکنش‌های دلسوزانه مناسب نسبت به حالات عاطفی دیگران شود و با توانایی ارزیابی دقیق آن چیزی که فرد دیگری در حال فکر یا احساس است، همراه باشد (مرنو- پایتو و همکاران، ۲۰۲۱) و منجر به انگیزه نوع دوستانه و رفتار کمکی به منظور کاهش رنج دیگران شود. اما می‌توان گفت ممکن است در صورتی که واکنش نوجوان به دیگری در سطح بالایی باشد و فرد بیش از حد درگیر ابراز یک پاسخ مناسب به دیگر افراد در موقعیت اجتماعی شود، با بالا بردن توقع خود جهت ابراز پاسخ درست، احساس کند که ناکام در درک دیگری بوده، که در نتیجه آن دچار اضطراب و حتی اجتناب از این موقعیت‌ها گردد. مخصوصاً در دوران نوجوانی که یک دوره مهم در زندگی برای ایجاد و حفظ روابط جدید است و نوجوان مهارت‌های اجتماعی را می‌آموزد، احتمال این احساس که نتوانسته باشد واکنش مناسب در ابراز همدلی داشته باشد، بالاتر می‌رود. این

۹۸ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...

اعتقاد به قضاوت منفی و نقد دیگران ناشی از همدلی معیوب درباره خود، می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در افزایش اضطراب اجتماعی در نوجوانان عمل کند.

در حالی که در این مطالعه میانجی‌گری آگاهی هیجانی بر اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مولفه‌های مورد مطالعه بسیار ضعیف بود، اما در تبیین تاثیر آگاهی هیجانی بر اضطراب اجتماعی باید گفت که آگاهی هیجانی بالا به عنوان پیش‌نیاز تنظیم موثر هیجانات، توجه به هیجانات و انگیزه‌های عاطفی است (ویسمان و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانانی که آگاهی هیجانی کمتری دارند، نمی‌توانند تشخیص دهند هیجاناتشان در یک موقعیت اجتماعی به چه معناست و چگونه باید برخورد کنند، در نتیجه ترس‌ها و اضطراب‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و کمتر می‌توانند به درستی نگرانی و ترس‌های خود را تشخیص دهند، به طور خاص، این ترس‌ها، از عدم موفقیت در تعاملات اجتماعی و یا انجام عملکردهایی که از آنها انتظار می‌رود، دیده می‌شود که با عملکرد اجتماعی نامطلوب همراه است. همچنین آگاهی و تنظیم هیجانی پایین با استراتژی‌های ناسازگاری همچون نشخوار، سرکوب، درک نامناسب موقعیت و سرزنش خود و دیگران همراه است که عملکرد را مختل می‌کنند، عواطف منفی را افزایش می‌دهند و منجر به افزایش اضطراب اجتماعی شوند (برومندیان و همکاران، ۲۰۲۰). به علاوه، یکی از ابعاد آگاهی هیجانی، درک و شناسایی هیجانات در دیگران است و نوجوانانی که آگاهی هیجانی کمتری دارند، ممکن است دشواری‌هایی در فهم عواطف و نیازهای دیگران داشته باشند و نتوانند به درستی با دیگران همدلی کنند که می‌تواند با واکنش عاطفی نامناسب، تفسیر غلط نشانه‌های اجتماعی و افزایش اضطراب اجتماعی همراه شود.

با تکیه بر یافته‌های مطالعه حاضر، از دید بنیادین می‌توان بر اهمیت عوامل پیش‌بینی‌کننده دیدگاه نوجوانان در مورد ظاهر خود، روابط، افراد و آگاهی از هیجانات برخوردار شد. در نهایت پیشنهاد می‌گردد به فراهم آوردن محیط‌هایی که در آن نوجوانان بتوانند با بازی کردن نقش‌های متفاوت، کسب مهارت‌های حل اختلاف و تمرینات گروهی به توسعه مهارت‌های اجتماعی برسند و دیدگاه و هیجانات خود را نسبت به خود و دیگران اصلاح کنند، اقدام گردد. همچنین می‌توان با ایجاد تصویر بدنی مثبت از نوجوانان دختر و کاهش اختلاف میان خود ایده‌آل و خود واقعی از میزان نگرانی از بدشکلی بدنی آن‌ها کاست و دید مثبت نسبت به ظاهرشان را افزایش داد.

مانند دیگر پژوهش‌ها، در این پژوهش هم محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه این پژوهش بر روی دختران ۱۶ و ۱۷ ساله مدارس شهرستان جوین انجام گرفته است، از این سبب در تعمیم نتایج به دیگر نوجوانان با توجه به ماهیت بالای تغییر-پذیری این دوره و تک جنسیت بودن پژوهش، بایستی جانب احتیاط رعایت شود. همچنین باید به عوامل فرهنگی-اجتماعی این شهرستان که ممکن است بر وجود و نمایش این مولفه‌ها تاثیرگذار باشد، اشاره نمود. در باب محدودیت‌های روش-شناختی باید بیان داشت که ماهیت طرح پژوهشی حاضر از نوع همبستگی می‌باشد که با محدودیت‌هایی در زمینه اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی در پژوهش همراه است. به علاوه داده‌ها از طریق ابزار خود گزارشی جمع‌آوری شده‌اند که احتمال سوگیری در پاسخ دادن به گویه‌ها وجود دارد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش جهت همکاری تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- فیض آبادی، زهرا، ولی الله، فرزاد، مهرناز، شهرآرای. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی آزمون فهرست واکنش‌های بین فردی (IRI)، فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۸ (۳)، ۱۵۷.
- صلاحی، علی اکبر، کامران کسمایی، مریم. (۱۳۹۹). رابطه ترس از تصویر بدنی با هراس اجتماعی زنان و مردان ساکن شهر ری در دوران کرونا. *روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۴۰ (۵)، ۱۱۰-۱۱۹.
- طغیانی، الهه، یوسفی، رحیم. (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه هیجان آگاهی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹ (۳۵)، ۲۳۲-۲۱۳. <https://doi: 10.22054/jem.2019.13739.1382>
- کاظمینی، محبت، فروغی، علی اکبر، خانجانی، سجاده، محمدی، ابوالفضل. (۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن. *نوید نو*، ۱۸ (۶۱)، ۶۵-۶۶. <https://dori.net/dor/20.1001.1.22285516.1397.9.31.6.6>
- کل‌العماد، فرزانه سادات، کراسکیان موجمباری، آدیس، بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۷). تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افکار پارانوئیدی گرین و همکاران. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹ (۳۱)، ۹۷-۱۱۰. <https://dori.net/dor/20.1001.1.22285516.1397.9.31.6.6>
- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۹): ۱۶۶-۱۷۷.
- Aunjitsakul, W., McLeod, H. J., & Gumley, A. (2022). Understanding psychological mechanisms linking social anxiety and paranoia: A cross-cultural general population survey in Thailand and the United Kingdom. *Psychiatry Research Communications*, 2(4), 100079. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100079>
- Boroomandian, N., Mohammadi, N., & Rahimi Taghanaki, C. (2020). Comparing the effectiveness of group therapy by “interaction and psychodrama” on emotional awareness of adolescent girls with psychological distress. *Psychological Achievements*, 27(1), 1-22. <https://doi.org/10.22055/psy.2020.29101.2312> [Persian].
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Dietel, F. A., Möllmann, A., Bürkner, P. C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Interpretation bias across body dysmorphic, social anxiety and generalized anxiety disorder—A multilevel, diffusion model account. *Cognitive Therapy and Research*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10180-7>
- Dondzilo, L., Grafton, B., & MacLeod, C. (2021). The role of facial appearance concern and appraisal perspective in the experience of task-irrelevant intrusions. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 450-455. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-020-10179-0>

- ۱۰۰ رابطه بین نگرانی از بدشکلی بدنی، ایده‌های برداشت اجتماعی و همدلی با ...
- Fan, L., Bass, E., Klein, H., Springfield, C., & Pinkham, A. (2022). A preliminary investigation of paranoia variability and its association with social functioning. *Schizophrenia Research: Cognition*, 29, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100258>
- Feyzabadi, Z., Farzad, Vali elah, & Sharari, M. (2008). explanatory and confirmatory factor analysis of the "interpersonal reactivity index" (iri) questionnaire. *Journal of Psychology and Education*, 38(3), 157-178. [Persian].
- Fred, F. (2022). *Ferri's Clinical Advisor*, 2022. Elsevier Health Sciences. Netherlands.
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38(1), 101-111. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001638>
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Hassanvand Amouzadeh, M. (2016). Validity and reliability of social phobia inventory in students with social anxiety. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(139), 166-177. [Persian].
- [Kazemini](#), M., foroughi, A., khanjani, S., & Mohammadi, A. (2016). Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire. *Navid No*, 18(61), 56-65. <https://doi.org/10.22038/nmj.2016.7369>. [Persian].
- Kolloleamad, F., Kraskian Mujembari, A., & Barami Hidji, M. (2018). Determine the Psychometric Properties of Green et al. Paranoid Thoughts Scale (GPTS). *Psychological Methods and Models*, 9(31), 97-110. <https://dori.net/dor/20.1001.1.22285516.1397.9.31.6.6>. [Persian].
- Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME. CAT Working Group. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335-343. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>
- Nikolić, M., Majdandžić, M., Colonnese, C., de Vente, W., Möller, E., & Bögels, S. (2020). The unique contribution of blushing to the development of social anxiety disorder symptoms: results from a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(12), 1339-1348.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129-132. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Terwogt, M. M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 756-761. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.001>
- Rodríguez-Testal, J. F., Bendala-Rodríguez, P., Perona-Garcelán, S., & Senín-Calderón, C. (2019). Examining the structure of ideas of reference in clinical and community samples. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.006>
- Salahi, A., Kamran kasmeh, M. (2019). The relationship between fear of body image and social fear of women and men living in Rey during the Corona epidemic. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 40(5), 110-119. [Persian].

- Sereflican, B., Tuman, T. C., Tuman, B. A., & Parlak, A. H. (2019). Type D personality, anxiety sensitivity, social anxiety, and disability in patients with acne: a cross-sectional controlled study. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 36(1), 51-57. <https://doi.org/10.5114/ada.2019.82824>
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Pergamon Press.
- Toghyani, E., & Yousefi, R. (2019). Psychometric Properties of Persian Version of Emotion Awareness Questionnaire. *Quarterly of Educational Measurement*, 9(35), 213-232. <https://doi.org/10.22054/jem.2019.13739.1382>. [Persian].
- Tonge, N. A., Lim, M. H., Piccirillo, M. L., Fernandez, K. C., Langer, J. K., & Rodebaugh, T. L. (2020). Interpersonal problems in social anxiety disorder across different relational contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102275. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102275>
- Vilaplana-Pérez, A., Pérez-Vigil, A., Sidorchuk, A., Brander, G., Isomura, K., Hesselmark, E., ... & de la Cruz, L. F. (2021). Much more than just shyness: the impact of social anxiety disorder on educational performance across the lifespan. *Psychological Medicine*, 51(5), 861-869. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003908>
- Von Dawans, B., Trueg, A., Voncken, M., Dziobek, I., Kirschbaum, C., Domes, G., & Heinrichs, M. (2022). Empathy modulates the effects of acute stress on anxious appearance and social behavior in social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 875750. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.875750>
- Weissman, D. G., Nook, E. C., Dews, A. A., Miller, A. B., Lambert, H. K., Sasse, S. F., ... & McLaughlin, K. A. (2020). Low emotional awareness as a transdiagnostic mechanism underlying psychopathology in adolescence. *Clinical Psychological Science*, 8(6), 971-988. <https://doi.org/10.1177/2167702620923649>
- Wong, G. H. Y. (2020). Social anxiety within a network of mild delusional ideations, negative symptoms and insight in outpatients with early psychosis: A psychopathological path analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(3), 342-354. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1723007>
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان اختلال کندگامی شناختی

کیمیا فاندی^۱، فاطمه نعمتی^{۲*}

چکیده

مطالعات اخیر اختلالی به نام کندگامی شناختی را شناسایی کرده‌اند که در مشکلات توجه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی شباهت‌هایی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دارای نشانگان اختلال کندگامی شناختی و نوجوانان عادی بود. پژوهش مقطعی با طرح پس‌رویدادی است، جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دختر دوره متوسطه اول شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود و نمونه پژوهش ۱۸۰ دانش‌آموز که بر اساس پرسش‌نامه کندگامی شناختی پنی در ۲ گروه ۹۰ نفری: عادی و دارای کندگامی شناختی قرار گرفتند را شامل می‌شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی سبیریا و شرینگ و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های خودانگیزی، خودآگاهی، هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در گروه ۱ به طور معناداری بالاتر از گروه ۲ بود. همچنین، اختلال در کیفیت کلی خواب، کارایی خواب و عملکرد روزانه (عملکرد صبحگاهی) در گروه ۲ به شکل معناداری بالاتر از گروه ۱ بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال کندگامی شناختی در مقایسه با نوجوانان عادی، هوش هیجانی پایین‌تر و مشکلات خواب بیش‌تری دارند.

کلیدواژه‌ها: کندگامی شناختی، مشکلات خواب، نوجوان، هوش هیجانی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. f.nemati84@gmail.com

مقدمه

اختلالات روان‌پزشکی به دلیل ماهیت ژنتیکی، بیولوژیکی و روانی بسیار پیچیده هستند و رفتار، احساسات و شناخت فرد مبتلا را در بستر فرهنگ خاص دچار مشکلاتی می‌کند (شادبافی و محمدی، ۱۴۰۰). پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ برای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، سه زیرگروه را از هم متمایز می‌کند شامل: نوع کمبود توجه^۲، نوع فزون‌کنشی^۳ و نوع مختلط (کمبود توجه/ بیش‌فعالی^۴). تحقیقات اخیر نشان می‌دهند گروهی از کودکان نوع کمبود توجه دارای ویژگی‌هایی هستند که تحت عنوان کنگامی شناختی^۵ (SCT) از آن یاد می‌شود (عبدالرحیم پور و همکاران، ۱۴۰۰). در طول دو دهه گذشته، علاقه به کنگامی شناختی به سرعت در حال رشد بوده است (بکر^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). علائم کنگامی شناختی تقریباً ۳۰ سال است که شامل مجموعه‌های نیمه‌مستقلی از علائم بی‌توجه^۷ (IN) و بیش‌فعال - تکانشی^۸ (HI) دخیل در اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) است (بارکلی^۹، ۲۰۱۴). هیچ اصطلاح تشخیصی رسمی برای کودکانی که محققان آن‌ها را دارای کنگامی شناختی نامیده‌اند وجود ندارد. با این حال، محققان برجسته‌ترین علائم این اختلال را شناسایی کرده‌اند که عبارت‌اند از: خیال‌بافی^{۱۰}، مشکل در بیدارماندن/ هشیار ماندن^{۱۱}، مه‌آلودگی ذهنی/ به‌راحتی گیج شدن^{۱۲}، خیره‌شدن زیاد^{۱۳}، ذهن در جای دیگری است^{۱۴}، بی‌حال^{۱۵}، کم‌تحرك^{۱۶}، حرکات کند^{۱۷}، سوالات یا توضیحات را به طور دقیق پردازش نمی‌کند^{۱۸}، ظاهراً خواب‌آلود/ خواب‌آلود^{۱۹}، بی‌تفاوت/ گوشه‌گیر^{۲۰}، غرقه در افکار^{۲۱}، به‌کندی وظایف را کامل می‌کند^{۲۲}، فاقد ابتکار عمل است^{۲۳} (بارکلی، ۲۰۱۵). مطالعاتی که آسیب‌شناسی روانی بالقوه را بررسی می‌کنند، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های کنگامی شناختی نشان داده‌اند که بی‌توجهی، افسردگی، اضطراب (اسمیت و سهر^{۲۴}، ۲۰۲۱ و او^{۲۵} و

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders
2. attention deficit
3. hyperactivity
4. attention deficit/hyperactivity
5. Sluggish cognitive tempo
6. Becker
7. inattentive
8. hyperactive
9. Barkley
10. daydreaming
11. trouble staying awake/alert
12. mentally foggy/easily confused
13. stares a lot
14. spacey, mind is elsewhere
15. lethargic
16. under-active
17. slowmoving/ sluggish
18. doesn't process questions or explanations accurately
19. drowsy/sleepy appearance
20. apathetic/withdrawn
21. lost in thoughts
22. slow to complete tasks
23. lacks initiative
24. Smith & Suhr
25. Oh

همکاران، ۲۰۱۹)، شکایات جسمانی، خواب بیش از حد یا کاهش یافته، علائم اوتیسم (فردریک و همکاران، ۲۰۲۲)، مشکلات شناختی (نلسون و لوت، ۲۰۲۳؛ کولادو- والروآ و همکاران، ۲۰۲۱) و مشکلات تحصیلی و اجتماعی (بکر و همکاران، ۲۰۱۹، ۲۰۲۲؛ فردریک و همکاران، ۲۰۲۳؛ کامپرودون-روزاناس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) به طور منحصربه‌فردی با این اختلال مرتبط هستند. برای مثال، یانگ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود ۸۸ کودک ۶ تا ۱۲ ساله را با هدف بررسی ارتباط بین کمبود توجه پایدار و توجه انتخابی با مشکلات اجتماعی در کودکان دارای علائم کنگدگامی شناختی بررسی کردند. نتایج نشان داد که مشکلات اجتماعی و رفتارهای انزواگرانه که به طور معمول در کودکان مبتلا به کنگدگامی شناختی دیده می‌شود، با کمبودهایی در توجه پایدار و توجه انتخابی، حتی پس از حذف علائم اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی همراه است. کنگدگامی شناختی هم چنین، به شکل ویژه‌ای با کیفیت خواب ضعیف (بکر و همکاران، ۲۰۱۴) مدت‌زمان خواب، و خواب‌آلودگی در طول روز (فردریک و همکاران، ۲۰۲۲ و وود^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) در ارتباط است. باین‌حال، اطلاعات کمی در مورد رابطه بین کنگدگامی شناختی و اختلالات خواب وجود دارد (مایس^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). اولستورن^۷ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود بر روی بازماندگان کودک تومور مغزی، به بررسی رابطه اختلالات خواب و کنگدگامی شناختی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که اختلالات خواب بیشتر، وضعیت بدتر کنگدگامی شناختی را پیش‌بینی می‌کند. علی‌محمدی و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود به بررسی ارتباط بین اختلالات خواب، نقص در کارکردهای اجرایی و اختلال کنگدگامی شناختی در نمونه‌ای متشکل از ۲۶۵۹ نوجوان پرداختند. آن‌ها مشاهده کردند که اختلال کنگدگامی شناختی ارتباط مثبتی با اختلالات خواب و نقص در کارکردهای اجرایی دارد. اختلالات خواب به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند، شامل بدخوابی‌ها و نابهنجاری‌های خواب. افراد مبتلا به انواع بدخوابی‌ها نمی‌توانند به اندازه کافی بخوابند، با اینکه تمام شب را خوابیده‌اند، احساس سرحالی نمی‌کنند و از کیفیت خواب خود راضی نیستند. بدخوابی‌ها عبارت‌اند از: اختلال بی‌خوابی، اختلال پرخوابی، حمله خواب، اختلالات خواب مرتبط با تنفس و اختلالات خواب - بیداری ریتم شبانه‌روزی (گنجی، ۱۴۰۲). باتوجه‌به همپوشانی علائم کنگدگامی شناختی با خواب‌آلودگی، پژوهشگران شروع به تعیین رابطه بین کنگدگامی شناختی با خواب‌آلودگی در طول روز کردند. این مطالعات نشان داد که کنگدگامی شناختی و خواب‌آلودگی در طول روز با یکدیگر همبستگی دارند اما به صورت تجربی متمایز از یکدیگرند. شواهد جدید نیز از ارتباط بین کنگدگامی شناختی با مشکلات خواب شبانه پشتیبانی می‌کنند (اوه‌آر^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی دیگر، کیفیت خواب پایین می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر باعث کاهش عملکرد شناختی، اختلالات خلقی، مدیریت ناقص استرس شود (پرز - فونتس^۹ و همکاران، ۲۰۱۹؛ فان^{۱۰} و اسمیت، ۲۰۲۰). باین‌وجود تقریباً هیچ مطالعه‌ای در

1. Nelson & Lovett
2. Collado-Valero
3. Fredrick
4. Camprodon-Rosanas
5. Wood
6. Mayes
7. Koriakin
8. O'Hare
9. Pérez-Fuentes
10. Fan

۱۰۶ مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان...

زمینه بررسی هوش هیجانی در این افراد وجود ندارد. در واقع، بیشتر تحقیقات اولیه در این زمینه بر تمایز تجربی بین کنگدگامی شناختی و بی‌توجهی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی متمرکز بود. به دنبال کشف شواهدی مبنی بر تمایز این دو اختلال از یکدیگر، محققان به طور فزاینده‌ای به دنبال تعیین علل، همبستگی‌ها و پیامدهای اختلال کنگدگامی شناختی هستند (بکر و همکاران، ۲۰۲۲). که این موضوع به درک بیش‌تر عوامل محافظتی که ممکن است در برابر اثر ناملاپمات روانی - اجتماعی بر این اختلال مهم باشد، کمک می‌کند (فردریک و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به آنچه گفته شد و با استناد به اینکه همبستگی بین کنگدگامی شناختی در مواجهه با مشکلات مختلف خواب ممکن است یکسان نباشد، و همچنین، با در نظر گرفتن این موضوع که شواهد قطعی و روشنی در مورد وضعیت هوش هیجانی افراد مبتلا به اختلال کنگدگامی شناختی وجود ندارد، به همین منظور، پژوهشگران این پژوهش با هدف بررسی مشکلات خواب و هوش هیجانی در این نوجوانان در قالب دو فرضیه شامل: نوجوانان دارای نشانگان اختلال کنگدگامی شناختی و نوجوانان عادی از نظر مشکلات خواب با یکدیگر تفاوت دارند و نوجوانان دارای نشانگان اختلال کنگدگامی شناختی و نوجوانان عادی از نظر هوش هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند؛ اقدام به پژوهش کردند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مقطعی، با طرح پس رویدادی است. جامعه آماری آن شامل کلیه دانش‌آموزان دختر، در دوره اول متوسطه (۱۲ تا ۱۶ سال) شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۰۲ بود. بر اساس آمار ارائه شده توسط سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی تعداد این دانش‌آموزان حدود ۴۰ هزار نفر بود. بر اساس نمره برش ۱۸ در پرسش‌نامه کنگدگامی شناختی پنی، تعداد ۱۸۰ شرکت‌کننده انتخاب شده و در ۲ گروه ۹۰ نفره نوجوانان دارای نشانگان و عادی قرار گرفتند؛ و پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی سبیریا و شرینگ و کیفیت خواب پترزبورگ را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۲ تا ۱۶ سال، نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات روانی و جسمانی شدید و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک خروج نیز شامل تمایل نداشتن افراد شرکت‌کننده به ادامه همکاری در هر زمان از اجرای پژوهش بود. روش اجرا: پس از اخذ مجوزهای لازم، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهرستان تبریز، ۲ ناحیه و از هر یک از این نواحی ۲ مدرسه دخترانه جهت نمونه‌گیری به صورت تصادفی انتخاب شدند. در ادامه، به منظور غربالگری دانش‌آموزان دارای نشانگان اختلال کنگدگامی شناختی، از پرسش‌نامه کنگدگامی شناختی پنی استفاده شد. پیش از ارائه پرسش‌نامه، توضیحاتی درباره موضوع و اهمیت پژوهش داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS ویراست ۲۰ و تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) تجزیه و تحلیل شد. از آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ ($PSQI^1$): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکارانش برای سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شد. این پرسش‌نامه در اصل دارای ۹ گویه است، اما چون گویه ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی می‌شود، بنابراین کل پرسش‌نامه دارای ۱۹ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه ۷ زیرمقیاس شامل: کیفیت ذهنی خواب^۲، تأخیر در به خواب‌رفتن^۳، مدت‌زمان خواب^۴، میزان بازدهی خواب^۵، اختلالات خواب^۶، استفاده از داروهای خواب‌آور^۷ و اختلالات عملکردی روزانه^۸ را می‌سنجد. مجموع نمرات ۷ زیرمقیاس که در کل بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود و کسب نمره کل بالاتر از ۵ در کل پرسش‌نامه نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌صورت معکوس است. دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و در ایران نیز، این پرسش‌نامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و پایایی ۰/۸۳ و آزمون مجدد ۰/۸۵ گزارش کرد. در ایران نیز، این پرسش‌نامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و پایایی ۰/۸۳ و روایی ۰/۸۹ برای آن گزارش شده است (زر و همکاران، ۱۳۹۸). هدایت و عارفی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود ضریب پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۷۸ و با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ به دست آوردند. این ضریب از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس کیفیت ذهنی خواب ۰/۷۶، تأخیر در خواب ۰/۸۳، مدت خواب ۰/۸۱، کفایت خواب ۰/۹۱ و اختلال خواب ۰/۷۹ به دست آمد (هدایت و مختار، ۱۳۹۴). همچنین، مقدار آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه هوش هیجانی سیبریا و شرینگ^۹ ($EISS$): این پرسش‌نامه ۳۳ گویه دارد و دارای زیرمقیاس‌هایی از جمله خودآگاهی^{۱۰}، خوداندگیختگی^{۱۱}، خودکنترلی^{۱۲}، هشیاری اجتماعی^{۱۳} و مهارت‌های اجتماعی^{۱۴} می‌باشد. هر گویه حاکی از یک موقعیت در زندگی است و شرکت‌کننده باید حضور خود را در آن موقعیت فرض کند و یکی از گزینه‌ها که با حالات روانی او مطابقت بیش‌تری دارد را انتخاب کند. از مجموع زیرمقیاس‌ها نمره کل حاصل می‌شود که دارای طیف ۳۳ تا ۱۶۵ است که از طریق گزینه‌های پاسخ لیکرت ۵ درجه‌ای به دست می‌آید. گابل و الحسینی^{۱۵} (۲۰۲۰) در مقاله خود میزان اعتبار سازه این

1. Pittsburgh Sleep Quality Index
2. subjective sleep quality
3. sleep latency
4. sleep duration
5. sleep efficiency
6. sleep disturbance
7. use of sleep medication
8. daytime dysfunction
9. Siberia and Schering Emotional Intelligence questionnaires
10. self-awareness
11. self-motivation
12. self-control
13. social consciousness
14. social skills
15. Gabal & Elhussiney

۱۰۸ مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان...

پرسش‌نامه را بین ۰/۴۵ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. در پژوهش صفاری‌نیا و سلگی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آمد. در بررسی روایی پرسش‌نامه مذکور، این پرسش‌نامه بر روی یک نمونه ۳۰ نفری اجرا و همبستگی بین نمرات کل افراد در این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه عزت نفس کوپراسمیت بررسی شد. بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده، میزان همبستگی بین نمرات ($r=0/63$) از لحاظ آماری معنادار است (منصوری، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسش‌نامه کندگامی شناختی پنی^۱: این پرسش‌نامه توسط پنی (۲۰۰۷) تهیه شده است و دارای ۱۸ گویه و سه زیرمقیاس است شامل: کندی^۲، خواب‌آلودگی^۳ و رؤیاپردازی^۴. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت بوده به‌نحوی که به‌صورت صفر (هرگز)، یک (کمی)، دو (نسبتاً زیاد) و سه (خیلی زیاد) انجام می‌شود. از سویی، نسخه اصلی این مقیاس با گویه‌های چک‌لیست رفتار کودک مرتبط با ادبیات پژوهشی با علائم کندگامی شناختی ساخته شده است. نمره برش این مقیاس ۱۸ است. جهت بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسش‌نامه فرض شده است که نمرات کندگامی شناختی باید با نشانگان بی‌توجهی در اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مرتبط باشد (روایی همگرا) ولی با نشانگان بیش‌فعالی در این اختلال و نشانگان لجبازی مقابله‌ای مرتبط نباشد (روایی واگرا). نتایج نشان داد که میان نمرات کندگامی شناختی و نقص توجه همبستگی قوی و معنادار ($r=0/89$ و $p<0/01$) وجود دارد در حالی که همبستگی میان نمرات کندگامی شناختی با بیش‌فعالی ($r=0/38$ و $p>0/01$) و کندگامی شناختی با لجبازی مقابله‌ای ($r=0/43$ و $p>0/01$) بسیار ضعیف‌تر بود. بنابراین، نتایج حاکی از اعتبار واگرا و همگرایی خوب برای این پرسش‌نامه دارند. ضریب آلفای پرسش‌نامه کندگامی شناختی، ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است (پنی، ۲۰۰۷). این پرسش‌نامه در ایران توسط هاشمی و ماشینچی و یک متخصص آشنا به متون روانشناسی به صورت مجزا ترجمه و سپس بر روی ۲۰۰۰ کودک مقطع دبستان در نواحی پنج‌گانه شهرستان تبریز اجرا شد. درستی صوری و محتوایی آزمون توسط اساتید روانشناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز تأیید شده است. مقدار آلفای کرونباخ در این پژوهش، ۰/۹۸ به دست آمد. در این پژوهش از این پرسش‌نامه به‌منظور شناسایی نوجوانان دارای اختلال کندگامی شناختی و غربال آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای هوش هیجانی و مشکلات خواب را در نمونه بررسی شده نشان می‌دهد.

1. Penny sluggish cognitive tempo questionnaire
2. the slowness
3. drowsiness
4. daydreaming

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات خرده مقیاس‌های هوش هیجانی و مشکلات خواب

گروه متغیر	کندگام شناختی		عادی	
	M	SD	M	SD
<u>هوش هیجانی</u>				
خودانگیزی	۲۰/۵۳	۴/۰۵	۲۱/۸۵	۴/۱۰
خودآگاهی	۲۹/۴۶	۵/۴۱	۳۱/۱۸	۵/۵۱
هشیاری اجتماعی	۱۸/۹۸	۳/۷۹	۲۰/۲۶	۳/۵۰
خودکنترلی	۲۰/۶۴	۵/۷۷	۲۲/۱۳	۶/۲۱
مهارت‌های اجتماعی	۱۶/۱۶	۳/۲۴	۱۷/۳۳	۲/۹۹
<u>مشکلات خواب</u>				
کیفیت کلی خواب	۱/۵۵	۰/۹۷	۱/۱۶	۰/۹۳
تأخیر در به خواب رفتن	۳/۰۳	۱/۹۳	۲/۷۲	۲/۰۸
طول مدت خواب مفید	۱/۰۵	۱/۱۲	۰/۹۶	۱/۰۲
بازدهی خواب	۱/۰۱	۱/۱۱	۰/۶۵	۰/۹۵
اختلالات خواب	۱/۵۶	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۷۱
میزان داروی خواب‌آور مصرفی	۰/۳۶	۰/۸۵	۰/۳۵	۰/۶۸
عملکرد صبحگاهی	۱/۶۱	۰/۹۹	۱/۲۳	۱/۰۳

به منظور مقایسه نمرات نوجوانان دارای نشانه‌های کندگامی شناختی با نوجوانان عادی در متغیرهای هوش هیجانی و خواب، از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. برای تحلیل واریانس، ابتدا نرمال بودن و سپس یکسانی متغیرهای وابسته از طریق آزمون لوین بررسی شد. چنان‌که در جدول (۲) آمده است، باتوجه به معنادار نبودن آزمون لوین در هیچ یک از خرده مقیاس‌ها، مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها زیر سؤال نرفته و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره قابل انجام بود.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین بر خطای واریانس متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	F	df1	df2	سطح معناداری
خودانگیزی	۰/۱۴	۱	۱۷۸	۰/۷۱
خودآگاهی	۰/۳۸	۱	۱۷۸	۰/۵۴
هشیاری اجتماعی	۰/۹۳	۱	۱۷۸	۰/۳۴
خودکنترلی	۰/۲۳	۱	۱۷۸	۰/۶۳
مهارت‌های اجتماعی	۰/۳۷	۱	۱۷۸	۰/۵۵

۱۱۰ مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان...

کیفیت کلی خواب	۱/۸۵	۱	۱۷۸	۰/۱۸
تأخیر در به خواب رفتن	۰/۰۲	۱	۱۷۸	۰/۹۰
طول مدت خواب مفید	۱/۳۰	۱	۱۷۸	۰/۲۶
بازدهی خواب	۲/۷۰	۱	۱۷۸	۰/۱۰
اختلالات خواب	۱/۲۲	۱	۱۷۸	۰/۲۷
میزان داروی خواب‌آور مصرفی	۰/۶۵	۱	۱۷۸	۰/۴۲
عملکرد صبحگاهی	۰/۴۰	۱	۱۷۸	۰/۵۳

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین دو گروه در خرده مقیاس‌های هوش هیجانی، در جدول (۳) آورده شده است. طبق جدول (۳)، بین دو گروه در خرده مقیاس‌های خودانگیزی ($F = 4/72$ و $\alpha < 0/05$)، خودآگاهی ($F = 4/46$) و $\alpha < 0/05$ ، هشیاری اجتماعی ($F = 5/49$ و $\alpha < 0/05$)، و مهارت‌های اجتماعی ($F = 6/28$ و $\alpha < 0/01$)، تفاوت معنادار وجود داشت.

جدول ۳. خلاصه تحلیل واریانس چندمتغیره برای خرده مقیاس‌های هوش هیجانی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	خودانگیزی	۷۸/۶۷	۱	۷۸/۶۷	۴/۷۲	۰/۰۳
	خودآگاهی	۱۳۳/۴۷	۱	۱۳۳/۴۷	۴/۴۶	۰/۰۳
گروه	هشیاری اجتماعی	۷۳/۴۷	۱	۷۳/۴۷	۵/۴۹	۰/۰۲
	خودکنترلی	۹۹/۷۵	۱	۹۹/۷۵	۲/۷۷	۰/۱۰
	مهارت‌های اجتماعی	۶۱/۲۵	۱	۶۱/۲۵	۶/۲۸	۰/۰۱

همچنین، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین دو گروه در خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه کیفیت خواب در جدول (۴) آمده است. همچنان که مشهود است، بین دو گروه در خرده مقیاس‌های کیفیت کلی خواب ($F = 7/44$) و $\alpha < 0/01$ ، بازدهی خواب ($F = 5/29$ و $\alpha < 0/05$) و عملکرد صبحگاهی ($F = 6/23$ و $\alpha < 0/01$) تفاوت معنادار بود، اما این تفاوت در خرده مقیاس‌های تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، اختلالات خواب و میزان داروی خواب‌آور مصرفی بین دو گروه معنادار نبود.

جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس چندمتغیره برای خرده مقیاس‌های خواب

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	کیفیت کلی خواب	۶/۸۰	۱	۶/۸۰	۷/۴۴	۰/۰۱
	تأخیر در به خواب رفتن	۴/۳۵	۱	۴/۳۵	۱/۰۷	۰/۳۰
	طول مدت خواب مفید	۰/۳۵	۱	۰/۳۵	۰/۳۰	۰/۵۸
گروه	بازدهی خواب	۵/۶۸	۱	۵/۶۸	۵/۲۹	۰/۰۲
	اختلالات خواب	۰/۸۰	۱	۰/۸۰	۱/۴۲	۰/۲۳
	میزان داروی خواب‌آور مصرفی	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۲
	عملکرد صبحگاهی	۶/۴۲	۱	۶/۴۲	۶/۲۳	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین مشکلات خواب و هوش هیجانی در نوجوانان دختر دارای نشانگان اختلال کاندگامی شناختی و نوجوانان عادی بود. بر اساس نتایج حاصل، نوجوانان دارای نشانگان اختلال کاندگامی شناختی در مؤلفه‌های خودانگیزی، خودآگاهی، هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، کیفیت کلی خواب، بازدهی خواب و عملکرد صبحگاهی با نوجوانان عادی دارای تفاوت معنادار بودند. نتایج پژوهش حاضر در خصوص خودانگیزی در افراد کاندگام شناختی با یافته‌های کولادو - والرو و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که افراد مبتلا به کاندگامی شناختی اغلب پردازش ذهنی و عملکرد شناختی کندی را تجربه می‌کنند (بارکلی، ۲۰۱۵) که این کندی به ایجاد مشکل در شروع کارها (بکر و همکاران، ۲۰۲۲) و تمرکز (کامپروودون - روزاناس و همکاران، ۲۰۲۰) منجر می‌شود. این مشکل در تمرکز می‌تواند باعث مشکلاتی در تعیین و پیگیری اهداف درازمدت شود که از جنبه‌های ضروری خودانگیزگی هستند.

در نتایج پژوهش حاضر، نوجوانان دارای نشانگان اختلال کاندگامی شناختی، خودآگاهی کمتری در مقایسه با نوجوانان عادی داشتند. از آنجایی که تا کنون پژوهشی در این رابطه انجام نشده است، لذا نمی‌توان در مورد همسویی یا ناهمسویی با پژوهش‌های گذشته اظهار نظر کرد؛ اما در تبیین این یافته می‌توان گفت بی‌توجهی و حواس‌پرتی که از علائم تشخیصی در کاندگامی شناختی هستند (بارکلی، ۲۰۱۵)، ممکن است نظارت مداوم و آگاهی از حالات شناختی و عاطفی درونی خود که از ضروریات رشد خودآگاهی است، را برای افراد چالش‌برانگیز کند و در نتیجه بر توانایی ایجاد درک جامع از نقاط قوت و ضعف خود تأثیر بگذارد.

یافته‌های پژوهش همچنین، حاکی از وجود تفاوت معنادار در هشیاری اجتماعی نوجوانان دارای نشانگان اختلال کاندگامی شناختی با نوجوانان عادی بود. نتایج به‌دست‌آمده، از یافته‌های شادبافی و همکاران (۱۴۰۰) و عبدالرحیم پورو همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به کاندگامی شناختی حمایت می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق چندین بررسی، مشکلات اجتماعی همراه با کاندگامی شناختی، مربوط به کناره‌گیری اجتماعی و یا انزوای اجتماعی است

۱۱۲ مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان...

که این ارتباط حتی پس از حذف آماری علائم نقص توجه / بیش‌فعالی، لجبازی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اضطراب عمومی، همچنان باقی می‌ماند (یانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ فردریک و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، افراد مبتلا به کندگامی شناختی ممکن است شروع و حفظ روابط اجتماعی را به دلیل علائمی مانند کناره‌گیری اجتماعی و مشکلات در برقراری ارتباط دشوار بدانند (بکر و همکاران، ۲۰۱۹) که این موضوع می‌تواند بر قرارگرفتن در معرض دیدگاه‌های مختلف در مسائل اجتماعی و به دنبال آن، هشیاری اجتماعی را محدود کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دارای نشانگان اختلال کندگامی شناختی به طرز معناداری از نوجوانان عادی کمتر است. نویسندگان، پژوهشی در رابطه با مهارت‌های اجتماعی در افراد دارای کندگامی شناختی نیافتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به کندگامی شناختی احتمالاً در جریان اطلاعات سریع و پیچیده‌ای که برای تعاملات اجتماعی مؤثر به طور مداوم باید پردازش شوند، غرق می‌شوند که این موضوع به کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی و در نتیجه، انزوای فرد (فردریک و همکاران، ۲۰۲۳) و عدم درک نشانه‌های عاطفی در موقعیت‌های اجتماعی منجر می‌شود (مایس و همکاران، ۲۰۲۱) که تمامی این‌ها از جنبه‌های اساسی در شکل‌گیری و رشد مهارت‌های اجتماعی می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نوجوانان دارای نشانگان اختلال کندگامی شناختی در مقایسه با نوجوانان عادی، کیفیت کلی خواب کمتری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش فردریک و همکاران (۲۰۲۲) و وود و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خواب‌آلودگی بیش از حد که از نشانه‌های اصلی کندگامی شناختی است (بارکلی، ۲۰۱۵) می‌تواند بر توانایی حفظ یک چرخه خواب و بیداری منظم تأثیر بگذارد و در نتیجه کیفیت کلی خواب را کاهش دهد. بعلاوه، بر اساس تحقیقات گذشته، کندگامی شناختی اغلب با اضطراب همراه است (اسمیت و سهر، ۲۰۲۱) و نلسون و لاوت، (۲۰۲۳) و این اضطراب و برانگیختگی می‌تواند به بدتر شدن کیفیت خواب شبانه منجر شود (اوه و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که کارایی خواب نوجوانان دارای نشانگان اختلال کندگامی شناختی کمتر از نوجوانان عادی است. این یافته با نتایج پژوهش فردریک و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کارایی خواب به درصد زمانی که در رختخواب سپری می‌شود اشاره دارد که به صورت تقسیم میزان خواب بر مدت‌زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می‌شود (رید و ساکو، ۲۰۱۶). عوامل متعددی می‌تواند به طور بالقوه در کاهش کارایی خواب در افراد مبتلا به کندگامی شناختی نقش داشته باشد. مثلاً، تمایل این افراد به رویاپردازی (بارکلی، ۲۰۱۵) می‌تواند منجر به مشکلاتی در آرام‌کردن ذهن در شب و شروع خواب شود و یا غرق‌شدن در افکار (بارکلی، ۲۰۱۵) که از نشانه‌های بارز این افراد است نیز می‌تواند مدت‌زمان به خواب‌رفتن را طولانی کند و کارایی کلی خواب را کاهش دهد.

آخرین یافته پژوهش نشان داد که اختلال در عملکرد روزانه به دلیل خواب‌آلودگی در نوجوانان دارای نشانگان اختلال کندگامی شناختی بیشتر از نوجوانان عادی است. این یافته با نتایج پژوهش فردریک و همکاران (۲۰۲۲) و وود و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتارهای کندگامی شناختی به طور قابل‌توجهی با کیفیت خواب ضعیف‌تر و اختلال خواب بیشتر (مثلاً دیدن رؤیاهای بد، بیدارشدن در طول شب) مرتبط هستند (بکر و همکاران، ۲۰۱۴).

بدیهی است که اثرات خواب ضعیف با رفتارهای اصلی کندگامی شناختی؛ مانند احساس خستگی و سردرگمی ذهنی همپوشانی دارد (وود و همکاران، ۲۰۲۰) که این عوامل منجر به افزایش زمان واکنش، کاهش هشیاری و تحریفات ادراکی و شناختی شده و توانایی افراد برای انجام کار را مختل کرده و به اختلال در عملکرد روزانه منجر می‌شود (فان و اسمیت، ۲۰۲۰). بر اساس آنچه گفته شد، می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال کندگامی شناختی در مقایسه با نوجوانان عادی، هوش هیجانی پایین‌تر و مشکلات خواب بیش‌تری دارند. در واقع، افراد مبتلا به اختلال کندگامی شناختی، اغلب با شناسایی و ابراز احساسات، شروع و حفظ روابط اجتماعی، همدلی و درک نشانه‌های عاطفی در موقعیت‌های اجتماعی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که همگی منجر به اختلال در هوش هیجانی و در نتیجه روابط اجتماعی و رفاه عاطفی پایین در این افراد می‌شود. همچنین، خواب‌آلودگی بیش از حد، رؤیایپردازی و غرق‌شدن در افکار که از علایم این اختلال است، به‌طورکلی وضعیت خواب را در این افراد تحت‌تأثیر قرار داده و منجر به تجربه بیشتر مشکلات خواب در این اختلال می‌شود که ترکیب این عوامل همگی در نهایت می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر عملکرد روزانه و کیفیت کلی زندگی فرد مبتلا، تأثیر بگذارد؛ بنابراین، باتوجه به اینکه جامعه هدف این پژوهش نوجوانان دارای نشانه‌های کندگامی شناختی بودند، پیشنهاد می‌شود که از نتایج این پژوهش در فرایند برنامه‌ریزی به‌منظور بهبود این اختلال در افراد مبتلا، استفاده شود. همچنین، جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دوره اول متوسطه بود، لذا برای تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی باید احتیاط شود. بعلاوه، شرکت‌کنندگان در این پژوهش فقط دختر بودند که این امر تعمیم‌پذیری نتایج به پسرها را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که به این موارد در پژوهش‌های آتی توجه شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاریم.

منابع

- زر، عبدالصالح؛ رضائی، فاطمه و صادقی پور، حمیدرضا (۱۳۹۸). بررسی کیفیت زندگی و کیفیت خواب سربازان فعال و غیرفعال. سلامت و بهداشت. ۱۰ (۳): ۳۶۸-۳۵۹. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-1916-fa.html>
- شادبافی، محمد؛ محمدی، الناز و عبدالرحیم‌پور، رقیه (۱۴۰۰). مقایسه نظریه ذهن در کودکان با نارسایی توجه/فزون کنشی و کودکان مبتلا به کندگامی شناختی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۷(۶۷): ۳۲۳-۳۱۳. https://jip.stb.iau.ir/article_683196.html
- صفاری نیا، مجید؛ سلگی، زهرا و توکلی، سوده (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه هوش اجتماعی در دانشجویان دانشگاه های استان کرمانشاه. پژوهش های روان شناسی اجتماعی، ۱(۳): ۷۰-۵۷. <https://sid.ir/paper/207291/fa>
- عبدالرحیم پور، رقیه؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ پورهدایتی، ساناز و ملکی، منیژه (۱۴۰۰). مقایسه ابعاد همدلی در کودکان مبتلا به کمبود توجه/فزون کنشی و کودکان مبتلا به کندگامی شناختی. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۰ (۹۸)، ۱۹۹-۲۰۸. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.98.13.2>
- گنجی، مهدی (۱۴۰۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 TR جلد دوم. تهران: انتشارات ساوالان.

- ۱۱۴ مقایسه هوش هیجانی و مشکلات خواب در نوجوانان دختر با و بدون نشانگان...
- منصوری، بهزاد (۱۳۸۰). *هنجاریابی پرسش‌نامه هوش هیجانی سیبیریا شرینگ در بین دانشجویان کارشناسی‌ارشد دانشگاه‌های تهران*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- هدایت، سعیده و عارفی، مختار (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب سالمندان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۲)، ۶۸-۶۰. https://journals.iau.ir/article_533967.html.
- Abdolrahimpour, R., Hashemi Nasratabad, T., Pourehdaiti, S., & Maleki, M. (2021). A comparison of dimensions of empathy in children with attention deficit/hyperactivity disorder and children with cognitive retardation. *Journal of Psychological Sciences*, 20(98), 199-208. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.98.13.2> (in persian)
- Alimohamadi, A., Bayati, M., & Abdolmohammadi, K. (2022). Investigation of the relationship among sleep disorders, executive dysfunction, and sluggish cognitive tempo in adolescents: a network analysis. *Iranian Journal of Learning and Memory*, 5(19), 51-62. <https://doi.org/10.22034/iepa.2022.168320>
- Barkley, R. A. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 117-125. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9824-y>.
- Barkley, R. A. (2015). Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). in R. A. Barkley (Ed.), *attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 435–452). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-57877-017>
- Becker, S.P., Luebbe, A.M. & Langberg, J.M. Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*. 45, 675–685 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0436-8>
- Becker SP, Garner AA, Tamm L, Antonini TN, Epstein JN. Honing in on the social difficulties associated with sluggish cognitive tempo in children: withdrawal, peer ignoring, low engagement. *J Clin Child Adolescent Psychol*. (2019) 48:228–37. [doi: 10.1080/15374416.2017.1286595](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1286595)
- Becker, S. P., Willcutt, E. G., Leopold, D. R., Fredrick, J. W., Smith, Z. R., Jacobson, L.A., Burns, G. L., Mayes, S. D., Waschbusch, D. A., Froehlich, T. E., McBurnett, K., Servera, M., & Barkley, R. A. (2022). Report of a work group on sluggish cognitive tempo: key research directions and a consensus change in terminology to cognitive disengagement syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 62(6), 629-645. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.821>
- Becker, S. P., Willcutt, E. G., Leopold, D. R., Fredrick, J. W., Smith, Z. R., Jacobson, L. A., ... & Barkley, R. A. (2023). Report of a work group on sluggish cognitive tempo: key research directions and a consensus change in terminology to cognitive disengagement syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(6), 629-645. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.821>
- Becker, S. P., Epstein, J. N., Burns, G. L., Mossing, K. W., Schmitt, A. P., Fershtman, C. E., ... & Tamm, L. (2022). Academic functioning in children with and without sluggish cognitive tempo. *Journal of School Psychology*, 95, 105-120. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.10.001>
- Buysse, DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The pittsburgh sleep quality index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research* 213-28:193, 1989. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Camprodon-Rosanas, E., Ribas-Fitó, N., Batlle, S., Persavento, C., Alvarez-Pedrerol, M., Sunyer, J., & Forns, J. (2020). Association between sluggish cognitive tempo symptoms and attentional

- network and working memory in primary schoolchildren. *Journal of Attention Disorders*, 24(13), 1787-1795. <https://doi.org/10.1177/1087054717702245>
- Collado-Valero, J., Navarro-Soria, I., Delgado-Domenech, B., Real-Fernández, M., Costa-López, B., Mazón-Esquiva, I., & Lavigne-Cerván, R. (2021). ADHD and sluggish cognitive tempo: comparing executive functioning response patterns. *Sustainability*, 13(19), 10506. <https://doi.org/10.3390/su131910506>
- Fan, J., & Smith, A. P. (2020). Effects of occupational fatigue on cognitive performance of staff from a train operating company: a field study. *Frontiers in Psychology*, 11, 558520. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.558520>
- Flannery, A. J., Luebke, A. M., & Becker, S. P. (2017). Sluggish cognitive tempo is associated with poorer study skills, more executive functioning deficits, and greater impairment in college students. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1091-1113. <https://doi.org/10.1002/jclp.22406>
- Fredrick, J. W., Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2022). Low school support exacerbates the association between peer difficulties and sluggish cognitive tempo in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 1024-103. DOI: [10.1080/15374416.2021.1923021](https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1923021)
- Fredrick, J. W., Burns, G. L., Langberg, J. M., & Becker, S. P. (2022). Examining the structural and external validity of the adult concentration inventory for assessing sluggish cognitive tempo in adults. *Assessment*, 29(8), 1742-1755. <https://doi.org/10.1177/10731911211027224>
- Fredrick, J. W., & Becker, S. P. (2023). Cognitive disengagement syndrome (sluggish cognitive tempo) and social withdrawal: advancing a conceptual model to guide future research. *Journal of Attention Disorders*, 27(1), 38-45. <https://doi.org/10.1177/10870547221114602>
- Gabal, H. A. M., & Elhussiney, D. M. (2020). Emotional intelligence and its correlation with job satisfaction, performance and organizational commitment among medical staff at faculty of medicine; Ain Shams University, Egypt. *Egyptian Journal of Community Medicine*, 38(2). <https://doi.org/10.21608/ejcm.2020.89891>
- Ganji, M. (2023). *Psychological pathology based on DSM-5-TR volume two*. Tehran: Savalan Publications. (in persian)
- Hedayat, S., & Arefi, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on improving the sleep quality of the elderly. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 16(2), 60-68. https://journals.iau.ir/article_533967.html (in persian)
- Jacobson, L. A., Murphy-Bowman, S. C., Pritchard, A. E Tart-Zelvin, A., Zabel, T. A., & Mahone, E. M. (2012). Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9643-6>
- Mansouri, B. (2001). *Standardization of the siberia shering emotional intelligence questionnaire among master's students at tehran universities*. Master's thesis, faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University. (in persian)
- Mayes, S. D., Waschbusch, D. A., Fernandez-Mendoza, J., & Calhoun, S. L. (2021). Relationship between sluggish cognitive tempo and sleep, psychological, somatic, and cognitive problems in elementary school children. *Journal of Pediatric Neuropsychology*, 7(4), 182-191. <https://doi.org/10.1007/s40817-021-00109-7>
- Nelson, J. M., & Lovett, B. J. (2023). Sluggish cognitive tempo (SCT), comorbid psychopathology, and functional impairment in college students: the clinical utility of SCT subfactors. *Journal of Attention Disorders*, 27(3), 313-323. <https://doi.org/10.1177/10870547221142458>

- O'Hare, K., White, N., Harding, R., Galland, B., Sellbom, M., Shine, B., & Schaughency, E. (2021). Sluggish cognitive tempo and daytime sleepiness mediate relationships between sleep and academic performance. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 42(8), 637-647. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000948>
- Oh, C. M., Kim, H. Y., Na, H. K., Cho, K. H., & Chu, M. K. (2019). The effect of anxiety and depression on sleep quality of individuals with high risk for insomnia: a population-based study. *Frontiers In Neurology*, 10, 849. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00849>
- Olsthoorn, I. M., Holland, A. A., Hawkins, R. C., Cornelius, A. E., Baig, M. U., Yang, G., ... & Stavinoha, P. L. (2022). Sleep disturbance and its association with sluggish cognitive tempo and attention in pediatric brain tumor survivors. *Frontiers In Neuroscience*, 16, 918800. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.918800>
- Penny, A. M. (2007). Attention deficit/hyperactivity disorder in children: Constructing a measure of sluggish cognitive tempo. <https://www.semanticscholar.org/paper/Attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-a-of-Penny/924b8fec3c0685e1d23c4c72a0adf837c6e9674>
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Simón Márquez, M. D. M., Barragán Martín A. B., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Emotional effects of the duration, efficiency, and subjective quality of sleep-in healthcare personnel. *International Journal of Research And Public Health*, 16(19), 3512. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193512>
- Reed, D. L., & Sacco, W. P. (2016). Measuring sleep efficiency: what should the denominator be?. *Journal of clinical sleep medicine*, 12(2), 263-266. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5498>
- Safarinia, M., Salegi, Z., & Tavakkoli, S. (2011). Preliminary investigation of the reliability and validity of the social intelligence questionnaire among students of kermanshah universities. *Social Psychology Research*, 1(3), 57-70. <https://sid.ir/paper/207291/fa> (in persian)
- Shadbafi, M., Mohammadi, E., & Abdolrahimpour, R. (2021). A comparison of theory of mind in children with attention deficit/hyperactivity disorder and children with cognitive retardation. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 17(67), 313-323. https://jip.stb.iau.ir/article_683196.html (in persian)
- Smith, J. N., & Suhr, J. A. (2021). Sluggish cognitive tempo factors in emerging adults: symptomatic and neuropsychological correlates. *Developmental Neuropsychology*, 46(3), 169-183. <https://doi.org/10.1080/87565641.2021.1902528>
- Wood, W. L., Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., & Antshel, K. (2020). Sluggish cognitive tempo and impairment: The role of lifestyle factors. *Psychology In The Schools*, 57(7), 1171-1188. <https://doi.org/10.1002/pits.22378>
- Yung, T. W., Lai, C. Y., Chan, J. Y., Ng, S. S., & Chan, C. C. (2021). Examining the role of attention deficits in the social problems and withdrawn behavior of children with sluggish cognitive tempo symptoms. *Frontiers In Psychiatry*, 12, 585589. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.585589>
- Zar, A., Rezaei, F., & Sadeghipour, H. (2019). Investigation of life quality and sleep quality among active and inactive soldiers. *Health and Hygiene*, 10(3), 359-368. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-1916-fa.html> (in persian)



نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و

نظارت والدین در نوجوانان

آزاده چوب فروش زاده ^۱، علی امینی ^۲، یاسر رضاپور میر صالح ^۳، الهام نصرآزادانی ^۴

چکیده

نوجوانی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی می‌باشد. و بیشترین ناسازگاری‌های رفتاری، از جمله گرایش به رفتارهای پرخطر در این دوره نمود می‌یابد. این پژوهش با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و نظارت والدین در نوجوانان با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان کوهپایه در سال تحصیلی ۱۴۰۰ بود. تعداد ۲۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس‌های خطرپذیری نوجوانان ایرانی، سبک‌های هویت بروزنسکی، نظارت والدینی سینگر و خودکارآمدی عمومی شرر بود. تحلیل آماری داده‌ها، از روش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر انجام شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد سبک هویت هنجاری، نظارت والدین و خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر به صورت مستقیم اثر داشت. نتایج آزمون بوت استراپ نشان داد که متغیر خودکارآمدی نقش میانجی در رابطه بین نظارت والدین، سبک هویتی با رفتارهای پرخطر ایفا کرد. در نتیجه، برنامه‌ریزی نهادهای مربوطه و آموزش والدین، با توجه به نقش مهم نحوه‌ی نظارت والدین، سطح خودکارآمدی و سبک هویتی نوجوان در بروز رفتارهای پرخطر ضروری است.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، رفتارهای پرخطر، سبک‌های هویتی، نظارت والدین

^۱ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

مقدمه

نوجوانی^۱ دوره گذار از کودکی به بزرگسالی (گابریل^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) و تغییر و تحول در زمینه بیولوژیکی، فیزیکی، روانی و اجتماعی است (میراندا^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). به همین دلیل زمینه برای بسیاری از رفتارهای پرخطر^۴ در این دوره رشدی فراهم است. چنانچه صحت و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند در ایران نیز جهت‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر در نوجوانان افزایش داشته است. در دوره نوجوانی، نوجوان خواه آگاهانه یا ناآگاهانه دست به رفتارهای پرخطر می‌زند که می‌تواند تابعی از رشد بهنجار و طبیعی باشد، که اغلب این رفتارها دارای کارکرد، هدفمند و جهت‌یابی شده هستند. رفتارهای پرخطر علاوه بر درگیر کردن و آسیب زدن به نوجوان، خانواده و افراد نزدیک به او، باعث آسیب غیرمستقیم به سایر اعضای جامعه نیز می‌گردد (هوباچ^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

چارچوب نظری رفتارهای پرخطر در این پژوهش بر اساس سه نظریه کنترل اجتماعی^۶، زمان‌بندی بلوغ^۷، و یادگیری اجتماعی^۸ مطرح می‌شود. هیرشی^۹ (۱۹۹۰) از مهم‌ترین نظریه‌پردازان نظریه کنترل اجتماعی، خانواده را به عنوان یکی از سازمان‌های کنترل اجتماعی مطرح می‌کند و معتقد است چون برخی از نیروهای اجتماعی بازدارنده و کنترل‌کننده انحراف اجتماعی از بین رفته یا کارکرد آنها تضعیف شده، جوانان مرتکب رفتار بزهکارانه می‌شوند. نظریه زمان‌بندی بلوغ نیز رفتار پرخطر را به عنوان یک مولفه طبیعی در دوره نوجوانی مطرح می‌کند که چهار عامل اجتماعی-روانی در حوزه شناختی، خود-پنداره، ادراک از محیط اجتماعی و ارزش‌های فردی بر رفتار پرخطر نوجوانان از طریق توجه به مقوله ادراک خطر و خصوصیات گروه همسالان تأثیر می‌گذارند (اروین^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۶). و در نهایت بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا^{۱۱} (۱۹۷۷) رفتارهای پرخطر آموختنی است. صرف نظر از اینکه رفتاری را که فرد مشاهده می‌کند چقدر خوب مورد توجه قرار داده و آن‌ها را به یاد سپرده یا چقدر توانایی انجام آنها را دارد، بدون فرآیندهای تشویقی یا انگیزشی آن‌ها را انجام نخواهد داد. بنابراین محیط از طریق ارائه‌ی الگو نقش مهمی در یادگیری نوجوانان دارد.

دوران نوجوانی، بحرانی‌ترین دوره برای سازگاری و شکل‌گیری شخصیت و هویت‌یابی است. هویت^{۱۲} فرآیندی است شامل ظرفیت مواجهه و توانایی ایجاد تعادل بین دغدغه‌های اجتماعی و منافع فردی و همچنین ایجاد تعادل بین زندگی فردی و تبعیت از تعهدات اجتماعی است (سیژوفسکا^{۱۳}، ۲۰۲۲). سبک‌های هویت شامل سبک هویت اطلاعاتی^{۱۴}، هنجاری^۱ و

-
1. Adolescence
 2. Gabriel
 3. Miranda
 4. Risky-taking behaviors
 5. Hubach
 6. Social Control Theory
 7. Puberty timing theory
 8. Social learning theory
 9. Hirschi
 10. Irwin
 11. Bandura
 12. identify
 13. Czyżowska
 14. informational style

سردرگم-اجتنابی^۲ می‌باشد. این سبک‌های هویتی اولویت نسبی فرد برای حل مسائل هویتی به گونه‌ای خاص و پردازش اطلاعات مربوط به خود می‌باشد (برزونسکی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). بهمنی و همکاران (۱۴۰۰) اشاره می‌کنند سبک‌های هویتی نقش مهمی در بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان دارند. پندار و همکاران (۱۴۰۲) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست‌یافتند که جهت‌گیری گفت و شنود به صورت غیرمستقیم از طریق سبک‌های هویتی، مسئولیت‌پذیری شخصی را پیش-بینی می‌کند. بنابراین می‌توان چنین استنباط کرد خانواده نقش ویژه‌ای در شکل‌گیری هویت سالم و چگونگی مواجهه و گذران بحران هویت دارد (سکراگز و همکاران، ۲۰۲۱). از میان متغیرهای خانوادگی، نظارت والدین^۵ به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی به وجود آمدن و بقای رفتارهای مخرب و ضداجتماعی در نوجوان محسوب می‌شود. نظارت والدینی منجر به افزایش سازگاری اجتماعی در نوجوان می‌شود و سازگاری اجتماعی خود به افزایش رفتارهای همسو با هنجارهای اجتماعی ختم می‌شود (هزاریان و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع رابطه نزدیک فرزندان با والدین امکان نظارت موثر را برای والدین از طریق ایجاد کانال‌های ارتباطی قوی فراهم می‌کند و فرصت برقراری روابط منفی و مخرب را بین نوجوانان کاهش می‌دهد (فلانگان^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

از دیگر متغیرهای مهم در رابطه با دوره نوجوانی، خودکارآمدی^۷ به معنای توانایی ادراک‌شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص است (بندورا، ۲۰۰۶). افراد دارای خودکارآمدی بالا، شناخت بالایی از ویژگی و توانمندی‌های خود، خطرات و عواقب روابط خطرناک دارند. به همین دلیل عمل آنان کمتر به رفتار پرخطر می‌انجامد چرا که این افراد دوستان مناسبی انتخاب می‌نمایند، قدرت درک خود و افراد دیگر را همراه با نقاط ضعف و توانمندی دارند و از توانایی شناختی مناسبی برای شناسایی شرایط و محیط‌های خطرناک برخوردارند. حیدری و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند حمایت و کنترل خانواده به همراه تجهیز کردن نوجوانان به مهارت‌های فردی همچون خودکارآمدی نقش مهمی در پیشگیری از گرایش به رفتارهای پرخطر دارد. در واقع نظارت والدین با رشد خوداکنفایی، اعتماد به نفس و خودکارآمدی می‌تواند افراد را در مقابل انجام رفتارهای پرخطر و ارتباط با همسالان پرخطر حفاظت کند و توان بالای بازداری رفتاری را در فرزندان ایجاد نماید (اصغری و همکاران، ۱۳۹۴).

در نهایت از آنجا که جامعه‌شناسی به دنبال درمان رفتارهای پرخطر به عنوان یک آسیب اجتماعی است به خصوص در طبقه آسیب‌پذیر (نوجوانان)، لازم است که این رفتارهای پرخطر و بسترهای شکل‌گیری آن را شناخت و به افراد برای جلوگیری از بروز مجدد آن کمک نمود. همچنین به لحاظ اهمیت و تبعات جبران‌ناپذیر رفتارهای پرخطر در نوجوانان، که آینده‌ساز و نیروی محرک جامعه هستند، پژوهش در این حیطه لازم و ضروری است. بنابراین با مشخص شدن تاثیر عوامل فردی و روان

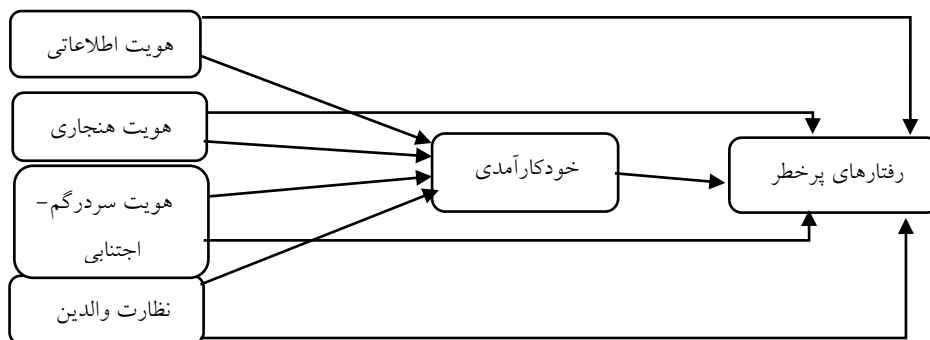
1. normative style
2. diffuse -avoidant style
3. Berzonsky
4. Scruggs
5. parental supervision
6. Flanagan
7. Self-efficacy

۱۲۰..... نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و ...

شناختی (سبک هویتی و خودکارآمدی) (قربانی و همکاران، ۱۴۰۰) و خانوادگی (نظارت والدین) (مائر^۱ و همکاران، ۲۰۲۲) بر رفتارهای پرخطر، جای خالی پژوهشی که تمام این عوامل را به صورت مستقیم و غیر مستقیم هم‌زمان مورد بحث و بررسی قرار دهد، احساس گردید. لذا به دلایل مذکور این تحقیق جهت کمک و تسریع در ارائه راهکارهای پیشگراانه جدید، براساس ارتباط عوامل متعدد تاثیرگذار بر رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان، با هدف کلی پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و نظارت والدین در نوجوانان با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی مفروض شد.

فرضیه‌های پژوهش حاضر شامل موارد زیر است:

۱. سبک هویتی، نظارت والدین و خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر اثر مستقیم دارد. ۲. سبک هویتی و نظارت والدین بر خودکارآمدی اثر مستقیم دارد. ۳. سبک هویتی و نظارت والدین با واسطه‌ی خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر اثر غیر مستقیم دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ نوع هدف جزو تحقیقات کاربردی و از نوع (توصیفی-همبستگی) و به روش تحلیل مسیر بود. جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان شهرستان کوهپایه که در مقطع متوسطه دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰ تشکیل دادند که ۹۲۰ نفر بودند. برای تهیه نمونه مورد نظر از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. براین اساس ابتدا از بین بخش‌های شهرستان کوهپایه (استان اصفهان)، یک بخش و به طور تصادفی ۶ مدرسه انتخاب شد، سپس از بین مدارس نیز یک کلاس از هر پایه (دهم، یازدهم و دوازدهم) انتخاب شد. برای انجام پژوهش‌های معادلات ساختاری، نمونه‌ای با حجم ۲۰۰ تا ۴۰۰ کافی است (میرزا^۲ و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه با توجه به ریزش احتمالی مد نظر قرار گرفت. که در نهایت پس از توزیع مقیاس در نمونه مورد نظر، تعداد ۲۶۰ داده به مرحله تحلیل وارد شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و تحصیل در مقاطع تحصیلی ذکر شده و ملاک خروج از پژوهش نیز

1. Mauer
2. Myers

عدم تمایل به ادامه پژوهش بود. در مقیاس‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که پاسخ به گویه‌های مقیاس اختیاری و اطلاعات هر مقیاس کاملاً به صورت محرمانه بود و شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که در صورت عدم تمایل به ادامه، انصراف دهند. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش همبستگی و تحلیل مسیر با نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-27 تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS): مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی توسط محمدی زاده و احمد آبادی (۱۳۸۷) ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان با ۷ زیر مقیاس ۱-رانندگی^۲ (۶ گویه)، ۲-خشونت^۳ (۵ گویه)، ۳-سیگار کشیدن^۴ (۵ گویه)، ۴-مصرف مواد مخدر^۵ (۸ گویه)، ۵-مصرف الکل^۶ (۶ گویه)، ۶-رابطه با رفتار جنسی^۷ (۴ گویه)، و ۷-گرایش به جنس مخالف^۸ (۴ گویه)، بکار برده می‌شود. شرکت‌کنندگان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱)، تا کاملاً موافق (نمره ۵) مطرح می‌کنند. نمره بالاتر نشان‌گر میزان خطرپذیری بیشتر است (دامنه نمرات بین نمره ۳۸ تا ۱۹۰ قرار دارد). محمدی زاده و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل ۳۸ گویه را در مقیاس IARS برابر ۰/۹۴ بدست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ را نیز برای زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب: ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۳، ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ حکایت کردند. روایی سازه^۹ به روش تحلیل عاملی اکتشافی با مولفه‌های اصلی نشان داد که این مقیاس هفت بعدی ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند (محمدی زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز مقدار آلفا کرونباخ به میزان ۰/۷۳ بدست آمد.

سبک‌های هویتی برزونسکی^{۱۰} (ISI-6G): مقیاس سبک هویت برزونسکی یک مقیاس ۴۰ گویه‌ای و شامل ۴ سبک هویت است که ۱۱ گویه آن مربوط به سبک اطلاعاتی، ۹ گویه آن مربوط به سبک هنجاری، ۱۰ گویه آن مربوط به سبک سردرگم - اجتنابی و ۱۰ گویه دیگر مربوط به سبک تعهد^{۱۱} است که یک سبک هویتی محسوب نمی‌شود. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در این مقیاس بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از گزینه کاملاً مخالفم = ۱ تا گزینه کاملاً موافقم = ۵ نمره‌گذاری می‌شود. برزونسکی (۱۹۹۲) پایایی درونی مقیاس را به کمک آلفای کرونباخ برای سبک هویت اطلاعاتی ۰/۶۲، برای سبک هویت هنجاری ۰/۶۶ و برای سبک هویت سردرگم-اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کرد. وایت^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۸) از طریق توافق بین فرم اصلی ISI و

1. Iranian Adolescent Riskiness Scale
2. driving
3. Violence
4. smoking
5. drug use
6. alcohol consumption
7. Relationship with sexual behavior
8. Orientation to the opposite sex
9. Construct Validity
10. Berzonsky Identity Styles
11. Committed Style
12. White

۱۲۲..... نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و...

فرم ISI-6G روایی همگرا^۱ را بررسی و مشاهده کردند که نمرات خام هر دو مقیاس بسیار به هم شبیه است. ضریب همبستگی دو فرم نیز بالا و در سطح $P < 0/001$ معنی دار بود (اطلاعاتی ۰/۸۱، هنجاری ۰/۸۵ و سردرگم-اجتنابی ۰/۸۵). در ایران حجازی و برجلی لو (۱۳۸۸) روایی سازه‌ی نسخه فارسی مقیاس سبک هویت را در دانشجویان دبیرستانی شهر تهران مورد بررسی و ۷ عامل شناسایی شد که ۶۰ درصد واریانس تبیین شده را برای سبک هویت بطورکلی دارا بود و سه سبک بین ۳۵ تا ۵۷ درصد واریانس را تبیین کرده بود. برای مقیاس‌های سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم/اجتنابی و تعهد، به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ، ۰/۶۵، ۰/۶۰، ۰/۶۳ و ۰/۷۰ را گزارش کردند. در این پژوهش مقادیر آلفای کرونباخ برای سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هنجاری و سردرگم-اجتنابی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۸۳ بدست آمد.

مقیاس نظارت والدین^۲ (PMS): این مقیاس ۸ گویه‌ای توسط سینگر^۳ و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شد و در ایران توسط آلبو کردی و همکاران (۱۳۹۱)، به نقل از احمدی و همکاران، (۱۳۹۴) ترجمه و هنجاریابی شد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت صورت می‌پذیرد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود (هیچ وقت = ۰؛ همیشه = ۳). دامنه نمرات از ۰ تا ۲۴ متغیر است و نمرات بالا نشان از سطح بالای نظارت والدین است. سینگر و همکاران (۲۰۰۴) پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند و روایی محتوایی^۴ و صوری^۵ آن را نیز قابل قبول گزارش کردند. نظری و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس را ۰/۷۵ و اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای دو گروه بزهکار و بهنجار نیز به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۲ گزارش کردند و روایی محتوایی و صوری آن را بنابر نظر متخصصان و افراد صاحب نظر در این حوزه مورد تأیید قرار دادند. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۷ بدست آمد.

مقیاس خودکارآمدی^۶ (GSES): این مقیاس ۲۳ گویه‌ای توسط شرر^۷ و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. این ابزار سه زیرمقیاس میل به آغازگری رفتار^۸، میل به ادامه تلاش برای کامل کردن تکلیف^۹، و پافشاری در تکلیف^{۱۰} را اندازه‌گیری میکند. به هر گویه ۵ امتیاز از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) تعلق می‌گیرد. بجز گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ که از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد، بقیه گویه‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. نمره بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده خودکارآمدی بالاتر است (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکارآمدی عمومی توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ۰/۸۶ گزارش شد. همچنین در پژوهش شرر و همکاران (۱۹۸۲) بین نمرات مقیاس خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر همبستگی منفی متوسطی وجود داشت (۰/۲۹- و ۲)

1. Convergent Validity
2. Parental Monitoring Scale
3. Singer
4. Content Validity
5. Face Validity
6. Self-efficacy Scale
7. Sherer
8. willingness to initiate behavior
9. willingness to expand effort in completing the behavior
10. persistence in the face of adversity

$P=0/001$ که حاکی از روا بودن این مقیاس است. اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی گزارش کردند نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی آشکارا از ساختار سه عاملی این مقیاس حمایت می‌کند و در مجموع ۴۳/۷۵ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کرد. همچنین، پایایی مقیاس خودکارآمدی عمومی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۶ به دست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر را ۵۰/۴ درصد پسر و ۴۹/۶ درصد دختر تشکیل دادند. که از مجموع آنها ۲۱/۲ درصد در پایه دهم، ۲۸/۰ درصد در پایه یازدهم و ۵۰/۸ درصد در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول (۱) ارائه شده است. از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p>0/05$).

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

کولموگروف-اسمیرنف		انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	زیر مقیاس‌ها	متغیرها	
سطح معناداری								
۰/۱۴	۰/۲۱	۶/۶۱	۳۶/۸۲	۵۳	۲۳	سبک هویت اطلاعاتی	سبک‌های	
۰/۰۹	۰/۳۳	۴/۸۵	۲۹/۴۳	۴۱	۱۹	سبک هویت هنجاری	هویتی	
۰/۱۱	۰/۲۹	۵/۴۹	۳۰/۱۷	۴۹	۱۶	سبک هویت سردرگم-اجتنابی		
۰/۱۲	۰/۳۱	}	۵/۶۳	۱۳/۵۲	۳۸	۸	مصرف مواد مخدر	رفتارهای پرخطر
			۴/۷۹	۹/۶۱	۲۷	۶	مصرف الکل	
			۴/۸۸	۹/۴۸	۲۴	۵	سیگار کشیدن	
			۴/۲۹	۱۱/۱۳	۲۵	۵	خشونت	
			۳/۸۶	۹/۱۹	۱۹	۴	رابطه و رفتار جنسی	
			۳/۶۴	۱۱/۲۰	۲۰	۴	دوستی با جنس مخالف	
			۵/۱۰	۱۳/۰۶	۳۰	۶	رانندگی پر خطر	
۰/۱۴	۰/۲۴	۴/۳۲	۱۲/۶۸	۲۱	۰		نظارت والدین	
۰/۰۸	۰/۴۵	۱۰/۱۸	۵۵/۵۳	۸۰	۳۴		خودکارآمدی	

۱۲۴..... نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و...

باتوجه به اینکه زیربنای تحلیل مسیر مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

چنان‌که در جدول (۲) مشاهده می‌گردد بین هویت سردرگمی/اجتناب با متغیر رفتارهای پرخطر، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$) ولی بین متغیرهای هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری، نظارت والدین و خودکارآمدی با متغیر رفتارهای پرخطر، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). نظارت والدین قوی‌ترین رابطه را با متغیر رفتارهای پرخطر دارد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی مرتبه صفر^۱ بین متغیرهای مختلف پژوهش

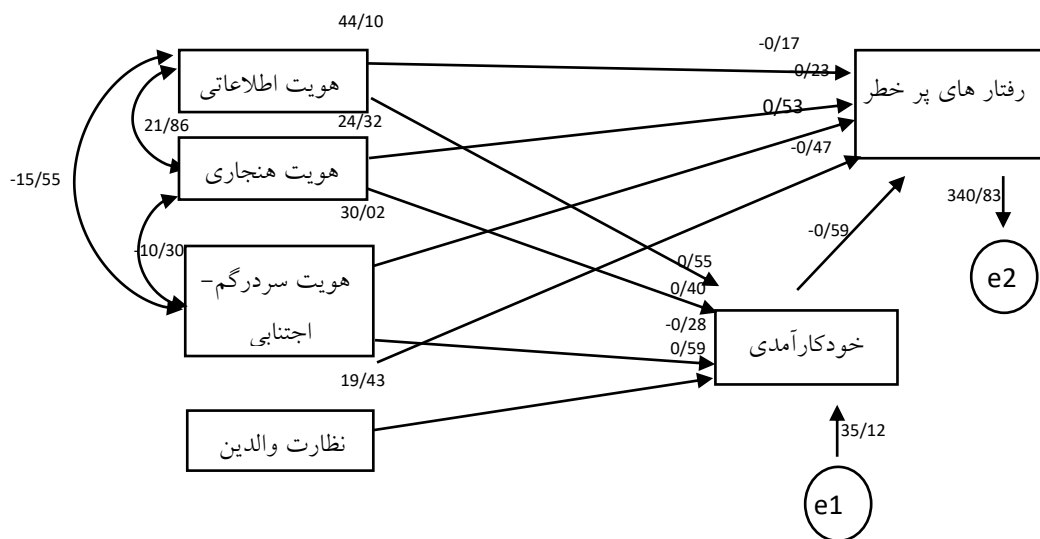
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- هویت اطلاعاتی	۱					
۲- هویت هنجاری	۰/۶۶**	۱				
۳- هویت سردرگم-اجتنابی	-۰/۴۲**	-۰/۳۸**	۱			
۴- نظارت والدین	۰/۷۳**	۰/۷۰**	-۰/۴۹**	۱		
۵- خودکارآمدی	۰/۷۴**	۰/۶۷**	-۰/۵۰**	۰/۷۳**	۱	
۶- رفتارهای پرخطر	-۰/۵۷**	-۰/۵۹**	۰/۴۴**	-۰/۶۴**	-۰/۶۳**	۱

** $p < 0/01$

در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عامل تأییدی از مشخصه‌های χ^2/df ، GFI، TLI، NFI، CFI، IFI و RMSEA استفاده شده است. شاخص χ^2/df فاقد یک معیار ثابت برای یک مدل قابل قبول است، اما مقدار کم χ^2/df دلالت بر برازش بهتر مدل دارد (هومن، ۱۳۹۲) و مقادیر کمتر از ۳ مطلوب ارزیابی می‌شود.

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است. در مدل اصلاح شده مجذور کای بر درجات آزادی (χ^2/df) ۱/۷۵ و مقدار درجات GFI، TLI، NFI، CFI، IFI در مدل اصلاح شده به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۹۳ به دست آمد که حاکی از برازش خوب مدل در پژوهش حاضر است. همچنین مقدار RMSEA (۰/۰۶) به دست آمد که نشانگر برازش قابل قبول مدل می‌باشد.

شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل اصلاح شده (نهایی) پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل نهایی آزمون شده پژوهش در حالت ضرایب استاندارد

بر حسب مقادیر برآورد شده از جداول شماره ۳ و ۴، می توان تحلیل فرضیه های تحقیق را بدین صورت مطرح کرد:

اثر مستقیم سبک هویت هنجاری ($\beta = -0/217$ و $P < 0/05$)، نظارت والدین ($\beta = -0/279$ و $P < 0/01$) و خودکارآمدی ($\beta = -0/226$ و $P < 0/05$) بر رفتارهای پرخطر به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، فرض اینکه سبک هویت هنجاری، نظارت والدین و خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر تأثیر مستقیم دارد، تأیید شد. ولی اثر مستقیم سبک هویت اطلاعاتی ($\beta = -0/049$ و $P > 0/05$) و سبک هویت سردرگم-اجتنابی ($\beta = 0/124$ و $P > 0/05$) بر رفتارهای پرخطر به لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین، فرض تأثیر مستقیم سبک هویت اطلاعاتی و سردرگم-اجتنابی بر رفتارهای پرخطر، تأیید نشد. همچنین اثر مستقیم سبک هویت اطلاعاتی بر خودکارآمدی ($\beta = 0/413$ و $P < 0/001$)، سبک هویت هنجاری بر خودکارآمدی ($\beta = 0/40$ و $P < 0/05$)، سبک هویت سردرگم-اجتنابی بر خودکارآمدی ($\beta = -0/174$ و $P < 0/01$) و نظارت والدین بر خودکارآمدی ($\beta = 0/295$ و $P < 0/01$) به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، فرض اثر مستقیم سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی و نظارت والدین بر خودکارآمدی تأیید شد. و همچنین فرض معنادار بودن اثر غیرمستقیم سبک هویت اطلاعاتی بر رفتارهای پرخطر به واسطه خودکارآمدی ($\gamma = -0/093$ و $P < 0/05$)، سبک هویت هنجاری بر رفتارهای پرخطر به واسطه خودکارآمدی ($\gamma = -0/051$ و $P < 0/05$)، سبک هویت سردرگم-اجتنابی بر رفتارهای پرخطر به واسطه خودکارآمدی ($\gamma = 0/039$ و $P < 0/05$) و نظارت والدین بر رفتارهای پرخطر به واسطه خودکارآمدی ($\gamma = -0/067$ و $P < 0/01$) تأیید شد.

اثرات مستقیم، غیرمستقیم (آزمون بوت استروپ) متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته در ادامه گزارش شده است:

جدول ۳. مقدار و معناداری ضرایب مسیر مدل پیشنهادی

معناداری مسیر	مقدار T	خطای استاندارد	اثر		مسیرها	
			اثر استاندارد	غیراستاندارد	به:	از روی:
۰/۰۰	۶/۱۵	۰/۰۵۵	۰/۵۵	۰/۴۱	خودکارآمدی	سبک هویتی اطلاعاتی
۰/۵۷	-۱/۷۵	۰/۱۰	-۰/۱۷	-۰/۰۴	رفتارهای پرخطر	سبک هویتی اطلاعاتی
۰/۰۱	۵/۷۶	۰/۰۶	۰/۲۲	۰/۴۰	خودکارآمدی	سبک هویتی هنجاری
۰/۰۱	-۳/۷۵	۰/۰۶	-۰/۲۳	-۰/۲۱	رفتارهای پرخطر	سبک هویتی هنجاری
۰/۰۰	-۲/۹۵	۰/۰۹	-۰/۲۸	-۰/۱۷	خودکارآمدی	سبک هویتی سردرگمی (اجتنابی)
۰/۰۹	۱/۱۴	۰/۰۹	۰/۵۳	۰/۱۲	رفتارهای پرخطر	سبک هویتی سردرگمی (اجتنابی)
۰/۰۰	۴/۷۵	۰/۰۷	۰/۵۹	۰/۲۹	خودکارآمدی	نظارت والدین
۰/۰۰	-۵/۰۱	۰/۰۴	-۰/۴۷	-۰/۲۷	رفتارهای پرخطر	نظارت والدین
۰/۰۱	-۴/۹۸	۰/۰۶	-۰/۵۹	-۰/۲۲	رفتارهای پرخطر	خودکارآمدی

جدول ۴. برآورد اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر رفتارهای پرخطر (بوت استراپ)

معناداری مسیر	مقدار	متغیرها		
		وابسته	میانجی	مستقل
۰/۰۱	-۰/۰۹	رفتارهای پرخطر	خودکارآمدی	سبک هویتی اطلاعاتی
۰/۰۲	-۰/۰۵	رفتارهای پرخطر	خودکارآمدی	سبک هویتی هنجاری
۰/۰۱	۰/۰۳	رفتارهای پرخطر	خودکارآمدی	سبک هویتی سردرگم
۰/۰۰	-۰/۰۶	رفتارهای پرخطر	خودکارآمدی	نظارت والدین

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و نظارت والدین در نوجوانان به واسطه خودکارآمدی انجام گرفت. برای دستیابی به این هدف، روابط بین متغیرها و آزمون فرضیه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل مسیر با تکنیک خودگردان‌سازی بررسی شد. مدل کلی پژوهش مبنی بر اثرگذاری سبک‌های هویتی و نظارت والدین به واسطه خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان تایید شد.

یافته‌های اولیه این پژوهش نشان داد سبک هویت اطلاعاتی و سردرگم-اجتنابی بر رفتارهای پرخطر رابطه ندارند ولی سبک هویت هنجاری بر رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معنادار دارد. یافته عدم رابطه سبک هویت اطلاعاتی با یافته‌های گراوند (۱۴۰۱) و رابطه سبک هویت هنجاری بر رفتارهای پرخطر با یافته‌های بهمنی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در بیان این نتایج می‌توان گفت از آنجا که مسیر بین سبک پردازش هویت اطلاعاتی با رفتارهای پرخطر معنادار نشد، می‌تواند بیانگر این نکته باشد که دانش‌آموزان دارای سبک پردازش هویت اطلاعاتی رفتارهای پرخطر را در حد خطر جوی بهنجار دوره نوجوانی تجربه نمیکنند. با این حال یافته تامل برانگیز دیگر این پژوهش نقش سبک پردازش هویت هنجاری در پیشگیری از بروز

رفتارهای پرخطر است. افرادی که سبک هویتی آنان از نوع هنجاری است نسبت به موضوعات هویتی و تصمیم‌گیری‌ها به همنوایی با انتظارات و دستورات افراد مهم و گروه‌های مرجع می‌پردازند (برزونسکی و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین والدین با الگودهی سالم و همنوا با ارزش‌های جامعه در جهت‌دهی و هدایت رفتاری نوجوانان موثرند. طبق نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) نوجوانان با مشاهده رفتار والدین از طریق تجربه جانشینی پیامدهای مطلوب را دریافت می‌کنند و ارزش و هنجارهای خانواده را درونی‌سازی می‌کنند. بنابراین این افراد به علت تبعیت از قوانین بازداری کننده از رفتارهای پرخطر و عمل طبق ارزش‌های محافظت‌کننده والدین، کمتر به رفتارهای پرخطر سوق پیدا می‌کنند؛ و از این طریق از عواقب رفتارهای پرخطر دوری می‌کنند.

یافته عدم ارتباط سبک هویت سردرگم-اجتنابی بر رفتارهای پرخطر با تحقیقی همخوان نبود. در تبیین می‌توان اظهار داشت افراد داری سبک سردرگم- در موقعیت‌های تصمیم‌گیری معمولاً از راهبردهای تصمیم‌گیری نامناسب مانند اجتناب کردن استفاده می‌کنند و مسئولیت کمی نسبت به خود و دیگران می‌پذیرند؛ که این وضعیت سبب سطح پایینی از مشارکت و تعهد و همچنین مسئولیت‌پذیری می‌شود (برزونسکی و همکاران، ۲۰۲۲). لذا این احتمال می‌رود از پاسخ‌گویی صحیح و تعهد به گویه مقیاس اجتناب کنند که می‌تواند یکی از دلایل عدم معناداری این فرضیه باشد. هر چند در این پژوهش اثر سبک هویتی مذکور به صورت مستقیم بر رفتارهای پرخطر در این پژوهش اثبات نشد؛ اما اثرگذاری سبک هویت سردرگم-اجتنابی در مسیر غیرمستقیم بر رفتارهای پرخطر اثبات شد. بنابراین اهمیت تاثیر غیر مستقیم این سبک هویتی بر رفتارهای پرخطر همچنان باقی است.

یافته دیگر نشان داد خودکارآمدی با رفتارهای پرخطر رابطه معکوس و معنادار دارد که با یافته حیدری و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در بیان آن می‌توان گفت خودکارآمدی بالا احساس کفایت را در نوجوانان افزایش می‌دهد و موجب می‌شود آنها به نحو مؤثرتری با مشکلات خود مقابله کنند. افراد با خودکارآمدی بالا، با دارا بودن خودآگاهی و شناخت توانایی‌های خود برای رسیدن به هدف‌های خود تلاش کرده و کمتر خود را درگیر رفتارهای بدون تفکر و غیرمنطقی می‌کنند و با اندیشیدن و سنجش پیامد و توانایی رفتاری خود در جهت حل چالش‌ها و مسائل اقدام می‌کنند. خودکارآمدی بالا احساس توانایی و کفایت را در نوجوانان افزایش می‌دهد و باعث می‌گردد که آنها توان مقابله بیشتری را در برخورد با مشکلات داشته باشند و کمتر خود را درگیر رفتارهای پرخطر کنند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۱).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، نظارت والدین با خودکارآمدی رابطه دارد و به صورت غیرمستقیم و به واسطه خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر اثرگذار است که با یافته مائر و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در بیان این یافته‌ها می‌توان گفت والدین طبق نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) و نظریه کنترل اجتماعی هیرشی (۱۹۹۰)، الگویی مهم برای یادگیری رفتار و مهم‌ترین منبع کنترل در نوجوانان هستند. نوجوانان با مشاهده موفقیت والدین در حل مسائل و چالش‌های زندگی، انگیزه می‌یابند و توانایی حل مشکلات را در خود می‌بینند. والدینی که خود، از کارآمدی بالا برخوردار هستند، شیوه نظارتیشان به گونه‌ای است که راه را برای رشد خودکارآمدی نوجوان، فراهم می‌سازند. چنین والدینی اهداف و معیارهایی را برای فرزندان تعیین می‌کنند که در حیطه توانایی آنهاست. نوجوانان با رسیدن به این اهداف، مورد تشویق و حمایت بیشتر

۱۲۸..... نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و ...

والدین قرار می‌گیرند. بدین ترتیب احساس خودکارآمدی در نوجوانان افزایش می‌یابد. نوجوانانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند، به دلیل قدرت شناختی بالا، انتخاب‌های صحیحی در زمینه دوست یا شغل انجام می‌دهند و قدرت درک خود و افراد دیگر را همراه با نقاط ضعف و توانمندی دارند. این افراد از خودکنترلی بالایی بر عملکرد خود برخوردارند، همچنین از قدرت سازش بالایی برخوردارند، پس توانایی شناختی مناسبی برای شناسایی شرایط و محیط‌های نامناسب و خطرساز دارند، و به همین دلیل کمتر به رفتارهای پرخطر دست می‌زنند.

طبق یافته‌ها، سبک‌های هویتی شامل، سبک هویت اطلاعاتی، سبک هنجاری و سبک سردرگم-اجتنابی بر خودکارآمدی رابطه دارد که با یافته‌های قربانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. رابطه سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری با خودکارآمدی مثبت و رابطه سبک هویت سردرگم-اجتنابی با خودکارآمدی منفی بود. در بیان این یافته می‌توان گفت افراد دارای سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هنجاری نسبت به افراد دارای سبک هویتی سردرگم-اجتنابی خودکارآمدی بالاتری دارند. افراد با سبک هویتی اطلاعاتی توانایی انطباق با شرایط مختلف را دارند (برزونسکی، ۲۰۱۱) که از مشخصه‌های خودکارآمدی بالا نیز محسوب می‌شود (بندورا، ۲۰۰۶) و در هنگام مواجهه با تکالیف و چالش‌های زندگی، آنان را با شیوه مسئله‌مدار و متفکرانه حل و با موفقیت آن را پشت سر می‌گذارند. در نتیجه با افزایش خودکارآمدی در افراد با سبک هویت اطلاعاتی، تاب‌آوری آنان در هنگام شکست و یا مواجهه با مشکلات افزایش می‌یابد. در نهایت با افزایش تاب‌آوری، کارآمدی آنان در رویارویی با مسائل افزایش می‌یابد و بدین ترتیب سبک هویت اطلاعاتی و خودکارآمدی بر هم اثر می‌گذارند.

افراد با سبک هویتی هنجاری چون هنجارمند هستند و در برخورد با مسائل پیرو ارزش‌های جامعه‌اند؛ عمل آنان مورد تایید جامعه قرار می‌گیرد و با تشویق و تمجید همراه می‌شود که در نهایت سبب افزایش خودکارآمدی در این گروه می‌شود. افراد با سبک هویت سردرگم-اجتنابی، از مواجهه با مشکلات اجتناب دارند به این دلیل که آنان توانایی حل و مقابله با چالش‌های پیش‌رو را در خود نمی‌بینند و از راهبردهای شناختی ضعیف و بیشتر هیجانی استفاده می‌کنند. شکست و ناکامی این افراد در حل موفقیت آمیز مسائل سبب کاهش و سرکوب خودکارآمدی می‌شود.

براساس آخرین یافته‌ها، انواع سبک‌های هویتی اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم-اجتنابی به واسطه خودکارآمدی با رفتارهای پرخطر رابطه دارند. در پژوهش قربانی و همکاران (۱۴۰۰) نیز رابطه سبک‌های هویتی بر رفتارهای پرخطر و همچنین بر خودکارآمدی بررسی شده بود. در نتیجه براساس رابطه سبک‌های هویتی بر خودکارآمدی و همچنین رابطه خودکارآمدی بر رفتارهای پرخطر در تحقیقات پیشین، می‌توان دریافت سبک‌های هویتی به واسطه خودکارآمدی می‌تواند در رفتارهای پرخطر موثر باشد.

افراد با سبک هویت اطلاعاتی انتظار کارایی بالایی دارند، این انتظار باعث انگیزه و حرکت به سمت مشکلات می‌شود. بنابراین می‌توان دریافت تعارض بین انتظار کارایی و انتظار پیامد منجر به خودکارآمدی پایین می‌شود. خودکارآمدی پایین توانایی شناختی و مقابله‌ای افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و احتمال انتخاب راهبرد جایگزینی خطرساز را برای مسائل فراهم می‌کند. در مقابل افراد دارای خودکارآمدی بالا، در توانایی حل مسائل تردید نمی‌کنند و با جدیت به حل آن ادامه می‌دهند تا به انتظار پیامد مطلوب خود برسند و برای آن اهداف روشن و مشخصی دارند که مطابق با ارزش جامعه است (برزونسکی و

همکاران ، ۲۰۰۵). اما هر فرد برای اطمینان جهت رسیدن به اهداف، ابتدا باید به توانایی‌ها و ظرفیت‌های مقابله‌ای خود اطمینان و باور داشته باشد. این باور باعث کنترل افکار و عوامل آسیب‌زا می‌شود. بنابراین خودکارآمدی عامل مهمی در این اطمینان بخشی محسوب می‌شود. افراد خودکارآمد توانایی جهت‌دهی به مسیر زندگی را دارند و بنابراین می‌توانند مسیر مطلوب و جامعه‌پسند و عاری از خطر را انتخاب کنند.

افراد با سبک هویتی سردرگم-اجتنابی از آنجایی که سیستم شناختی ضعیفی دارند قدرت تشخیص پیامدهای مطلوب را ندارند. بنابراین با تصمیم‌گیری‌های غلط باعث وقوع پیامدهای نامطلوب و در نتیجه تضعیف روحیه خودکارآمدی خویش می‌شوند. خودکارآمدی ضعیف در این افراد آنان را به سمت رفتارهای می‌کشاند که پیامدهای نامطلوب و گاه جبران‌ناپذیر دارد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت با توجه به برازش مدل، اهمیت و تاثیرگذاری عوامل سبک‌های هویتی، نظارت والدین و خودکارآمدی در پیش‌بینی و اثرگذاری رفتارهای پرخطر گروه نوجوانان غیرقابل اغماض است. با توجه به شیوع رفتارهای پرخطر سیاست‌های جامعه باید همگی در راستای کاهش رفتارهای پرخطر به ویژه در سنین نوجوانی باشد. لذا در این راستا با توجه به نقش مهم نحوه نظارت والدین، سطح خودکارآمدی و سبک هویتی نوجوان در بروز رفتارهای پرخطر، برنامه‌ریزی نهادهای مربوطه، و آموزش والدین جهت کمک به هویت‌یابی موفق و افزایش سطح خودکارآمدی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر در نوجوانان توصیه می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت جغرافیایی، ناتوانی در کنترل تمام عوامل دخیل و تاثیرگذار در موضوع مورد مطالعه، عواملی مانند: تاثیر گروه همسالان، وضعیت روانی شرکت‌کنندگان، محیط خانوادگی و غیره اشاره نمود که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در زمان، مکان و شرایط و گروه دیگر اجرا و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان و افرادی که در پژوهش همکاری داشته‌اند کمال تشکر، و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

منابع

- احمدی، خدابخش و خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۴). بررسی وضعیت نظارت والدین بر نوجوانان در خانواده‌های نظامی. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۲(۳): ۱۲۷-۱۳۳. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.mcs.2.3.127>
- اصغری، فرهاد، صادقی، عباس، قاسمی جوبنه، رضا و درگاهی، شهریار (۱۳۹۴). نقش نظارت والدینی و خودکارآمدی در هم نشینی با همسالان بزهکار و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دبیرستانی. *پژوهش نامه حقوق کیفری*، ۶(۲): ۳۳-۴۸.
- اصغرنژاد، طاهره، احمدی، محمد، فرزاد، ولی اله و خداپناهی، محمدکریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. *مجله روانشناسی*، ۱۰(۳): ۲۶۲-۲۷۴.
- بهمنی، پارسا، مکوندی، بهنام و جوهری فرد، رضا (۱۴۰۰). مدل ساختاری رفتارهای پرخطر بر اساس سبک های پردازش هویت با میانجیگری فرسودگی تحصیلی در نوجوانان متوسطه دوم. *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۲(۴۴): ۹۱-۱۰۴.

- ۱۳۰..... نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های هویتی و...
 حجازی، الهه و برجعلی لو، سمیه (۱۳۸۸). تفکر انتقادی، سبک‌های هویت و تعهد هویت در نوجوانان: ارائه یک الگو علی. *روانشناسی معاصر*، ۴ (۲)، ۳-۱۵.
- حیدری، مهرانوش، محب، نعیمه، واحدی، شهرام و علیوندیوف، مرضیه (۱۴۰۱). بررسی مدل ساختاری رابطه بین کنترل روانشناختی والدین و خودکارآمدی عمومی با رفتارهای پرخطر نوجوانان با میانجی‌گری خودنظم‌جویی هیجانی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۱ (۱۱۵): ۱۴۶۳-۱۴۸۴. DOI: [10.52547/JPS.21.115.1463](https://doi.org/10.52547/JPS.21.115.1463)
- پندار، زینب، آزاد، اسفندیار و سهرابی، فرامرز (۱۴۰۲). تدوین مدل مسئولیت‌پذیری شخصی بر اساس الگوی ارتباطی خانواده در نوجوانان با نقش واسطه‌ای سبک‌های هویتی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۲): ۶۳-۷۲. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.2.6.2>
- قربانی، علیرضا و یازرلو، سمانه (۲۰۲۱). مدل‌یابی معادلات ساختاری سبک‌های هویتی‌یابی و خودکارآمدی با نگرش به بزهکاری در دانش‌آموزان. *جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، ۷ (۱): ۱-۱۴. DOI: 10.22034/ijes.2021.244678
- گراوند (۲۰۲۳). مدل‌یابی ساختاری سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۶): ۱۱۳-۱۴۴. DOI.org/10.52547/etiadjohi.16.66.113.۱۴۴-۱۱۳
- محمدی زاده، علی، احمدآبادی، زهره و حیدری، محمود (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۳): ۲۱۸-۲۲۵. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1417-fa.html>
- نظری، علی محمد؛ امینی منش، سجاد و شاهینی، علی. (۱۳۹۱). نظارت والدین و همنشینی با همسالان بزهکار در نوجوانان پسر بزهکار و بهنجار. *فصلنامه علمی پژوهشی، پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۶ (۴): ۶۰-۶۸. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20080166.1391.6.4.6.9>
- هزاریان، صفی‌اله، بختیار پور، سعید، پاشا، رضا، عسگری، پرویز و حافظی، فریبا (۱۴۰۰). رابطه بین عملکرد خانواده و نگرش به مواد مخدر با میانجی‌گری سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵ (۵۹): ۱۳۹-۱۵۶. <http://dx.doi.org/10.52547/etiadjohi.15.59.139>
- هومن، حیدرعلی (۱۳۹۲). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. چاپ هشتم. تهران، ایران: سمت.
- Adams, G. R., Munro, B., Munro, G., Doherty-Poirer, M., & Edwards, J. (2005). Identity processing styles and Canadian adolescents' self-reported delinquency. *Identity*, 5(1), 57-65. https://doi.org/10.1207/s1532706xid0501_4
- Ahmadi K, khodadad sakgdehi J. (2015). Parental monitoring among adolescents of military families. *MCS*; 2 (3) :127-133. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.mcs.2.3.127>. (Text in Persian)
- Asghari, F., Sadeghi, A., Ghasemi Jobaneh, R., & Dargahi, Sh. (2015). Role of parental monitoring and self-efficacy in affiliation with delinquents' peers and high risky behaviors of high school students. *A Biannual Journal Criminal Law Research*, 6(2):33-48. SID. <https://sid.ir/paper/246730/fa>. (Text in Persian)
- Asgharnejad, T., Ahmadi, M., Farzad, V. & Khodapanahi, M. K. (2006). A study of the psychometric properties of scherer's general self-efficacy scale. *Journal of Psychology*, 10(3): 262-274. (Text in Persian)
- Bahmani, P., Makvandi, B., & Joharifard, R. (2021). A causal model to explain high risk behaviors in high school students based on identity processing styles with mediation of school burnout. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 12(44): 91-104. doi: 10.30495/jpmm.2021.27901.3380. (Text in Persian)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.
- Berzonsky, M. D., & Papini, D. R. (2022). Cross-lagged associations between cognitive dispositions, identity processing styles, and identity commitments. *Self and Identity*, 21(8), 963-979. <https://doi.org/10.1080/15298868.2021.2013309>

- Berzonsky, M. D., & Kinney, A. (2019). Identity processing style and depression: The mediational role of experiential avoidance and self-regulation. *Identity*, 19(2), 83 -97. URL:<https://doi.org/10.1080/15283488.2019.1567341>
- Berzonsky, M. D., Cieciuch, J., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.007>.
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. S. (2005). Identity style, psychosocial maturity, and academic performance. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 235-247. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.01.010>
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. S. (2000). Identity status, identity processing style, and the transition to university. *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/0743558400151005>.
- Berzonsky, M. D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality*, 60(4), 771-788. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00273.x>.
- Czyżowska N. (2022). Identity processing style and meaning in life among emerging adults: mediational role of commitment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11),6585. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116585>
- Gabriel, E. T., Oberger, R., Schmoeger, M., Deckert, M., Vockh, S., Auff, E., & Willinger, U. (2021). Cognitive and affective theory of mind in adolescence: Developmental aspects and associated neuropsychological variables. *Psychological Research*, 85(2), 533 -553. URL:<https://doi.org/10.1007/s00426-019-01263-6>
- Ghorbani, A., & Yazrloo, S. (2021). Structural equation modeling identity styles and self-efficacy with the attitude to crime in students. *Scientific Quarterly Journal of Sociology of Education*, 14(1):1-14. URL:<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.244678>. (Text in Persian)
- Garavand H (2023). Structural modeling of identity styles with tendency to high-risk behaviors in students: The mediating role of alexithymia. *Etiadpajohi*: 16 (66) :113-144 URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2711-fa.html>. (Text in Persian)
- Heidari M, Moheb N, vahedi S, Alivandi Vafa M. (2022). Investigate the structural model of the relationship between parental psychological control and general self-efficacy with adolescents' high-risk behaviors mediated by emotional self-regulation. *Journal of Psychological Science*. 21(115), 1463-1484. doi:[10.52547/JPS.21.115.1463](https://doi.org/10.52547/JPS.21.115.1463) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1512-fa.html>. (Text in Persian)
- Hirschi, Travis and Michael R. Gottfredson. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Hezarian, S., Bakhtiarpour, S., Pasha, R., Asgari, P., & Hafezi F. (2021). The relationship between family function and drug attitude by mediating role of social adjustment among students. . *Scientific Quarterly of Research on Addiction*, 15 (59):139-156. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2430-fa.html>. (Text in Persian)
- Hubach, R. D., O'Neil, A., Stowe, M., Giano, Z., Curtis, B., & Fisher, C. B. (2021). Perceived confidentiality risks of mobile technology-based ecologic momentary assessment to assess high-risk behaviors among rural men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 50, 1641-1650. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01612-x>.
- Irwin Jr, C. E., & Millstein, S. G. (1986). Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence: Can the physician intervene? *Journal of Adolescent Health Care*, 7(6), S82-S96. [https://doi.org/10.1016/S0197-0070\(20\)30008-5](https://doi.org/10.1016/S0197-0070(20)30008-5)
- Scruggs, X., & Schrod, P. (2021). The frequency and comfort of political conversations with parents as mediators of family communication patterns and relational quality in parent –child relationships. *Journal of Family Communication*, 21(1), 17 -33. URL:<https://doi.org/10.1080/15267431.2020.1860053>
- Sehat A, Aminimanesh, S. (2020). Predicting high-risk behaviors in female adolescents based on psychological motivations. *Caspian Journal of Pediatrics*, 6(2); 442-8 <http://dx.doi.org/10.22088/CJP.BUMS.6.2.442>. (Text in Persian)

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Singer, M. I., Flannery, D. J., Guo, S., Miller, D., Leibbrandt, S. (2004). Exposure to violence, parental monitoring, and television viewing as contributors to children's psychological trauma. *Journal of Community Psychology*, 32, 489-504. <https://doi.org/10.1002/jcop.20015>
- Pendar, Z., Azad, E., & Sohrabi F. (2023). Designing a model of personal responsibility based on the family communication pattern in with the mediating role of identity styles. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 12 (2) 63-72. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.2.6>. (Text in Persian)
- Mauer, V. A., Waterman, E. A., Edwards, K. M., & Banyard, V. L. (2022). Adolescents' relationships with important adults: Exploring this novel protective factor against interpersonal violence victimization and perpetration. *Journal of interpersonal violence*, 37(19-20), NP19176-NP19187. <https://doi.org/10.1177/08862605211031252>
- Mehdipour, S., Forughian, Z., Flahati, F., & Nadian, K. (2017). Parental communication patterns predicting adolescent identity styles. *Contemporary Psychology*, 6(12):168-1685. URL: <https://civilica.com/doc/732471/>. (Text in Persian)
- Mehrabi Koushki, R., Emamjomehzadeh, S. J., Massodnia, H., & Rabani, A. (2016). Investigating the role of identity styles in explaining national identity (case study: students of the University of Isfahan). *Journal of Applied Sociology*, 27(2), 43-60 <https://doi.org/10.22108/jas.2016.20490>. (Text in Persian)
- Miranda, V. P., Amorim, P. R. S., Bastos, R. R., Souza, V. G., Faria, E. R., Franceschini, S. C., Teixeira, P. C., Morais, N. de S. de, & Priore, S. E. (2021). Body image disorders associated with lifestyle and body composition of female adolescents. *Public Health Nutrition*, 24(1), 95-105. URL: <https://doi.org/10.1017/S1368980019004786>
- Mohammadi, A. Z., Ahmadabadi, Z., & Heidari, M. (2011). Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents' risk-taking scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(3):218-225. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1417-fa.html>. (Text in Persian)
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications.
- Nazari A M, Aminimanesh S, Shahini A. (2013). family structure, parental monitoring and affiliation with delinquent peers among male delinquent and non-delinquent adolescents. *Quarterly Journal of Research in Psychological Health*; 6 (4) :60-68. URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-1535-en.html>
- Flanagan, India M. L., Auty, Katherine M., & Farrington, David P. (2019). Parental supervision and later offending: A systematic review of longitudinal studies. *Aggressions and Violent Behavior*, 47, 215-229. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.06.003>.
- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research*, 13(2), 223-245.



داوران این شماره

Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Hassan Amiri	Assistant Professor of Islamic Azad University, Kermanshah Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه	حسن امیری
Sajad Bashar Pour	Professor Mohaqeq of Ardebili University	استاد دانشگاه محقق اردبیلی	سجاد بشرپور
Maryam Talebi	Assistant Professor of Babol University	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Morteza Tarkhan	Associate Professor of Payam Noor University	دانشیار دانشگاه پیام نور	مرتضی ترخان
Ghazal Zand Karimi	Assistant Professor of Refah Faculty	استادیار دانشکده رفاه	غزال زند کریمی
Asghar Jafari	Associate Professor of Kashan University	دانشیار دانشگاه کاشان	اصغر جعفری
Mohammad Ghamari	Associate Professor of Islamic Azad University, Abhar Branch	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر	محمد قمری
Seyedeh Fatemeh Mosavi	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	سیده فاطمه موسوی
Balal Izanlo	Associate Professor of Kharazmi University	دانشیار دانشگاه خوارزمی	بلال ایزانلو
Mandana Niknam	Assistant Professor of Khatam University	استادیار دانشگاه خاتم	ماندانا نیکنام
Homayoon Haroon Rashidi	Assistant Professor of Islamic Azad University, Kermanshah Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول	همایون هارون رشیدی
Rahim Badri Gargari	Professor of Tabriz University	استاد دانشگاه تبریز	رحیم بدری گرگری
Mahnaz Babaei	Assistant Professor of Islamic Azad University, Gorgan Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان	مهناز بابایی

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

Faculty of Education and Psychology
Vol. 19, No.4, Winter 2024, Serial No.73
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 Hashemian.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

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

Aylin Mardanpour

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

GholamReza Dehshiri

Associate Professor, Alzahra University

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Fatemeh Vaziri

Layout Designer

Fatemeh Vaziri

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

- Prediction of Anger Rumination and Expression Based on Behavioral Inhibition and Activation Systems with Mediation of Difficulty in Emotion Regulation** 7-22
Sara Ebrahimi
- The Effectiveness of Schema Therapy on Stress, Social Adaptation and Psychological Cohesion of Women with Cancer** 23-38
Narjes Rezaouriyan; Hodayoon Haroon Rashidi
- Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence** 39-54
Seyedeh Saeideh Ghorbanzadeh; Azar Kiamarsi; Abas Abolghasemi
- The Mediating Role of Time Attitude and Time Metaphorical Perception in the Relationship between Mindfulness and Procrastination** 55-70
Fatemeh Raiisi; Sedighe Khanifar; Reza Mohamaddoust
- The Mediation Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Childhood Trauma and Borderline Personality Traits** 71-86
Mehrnaz Motaghi Pishnamazi; Hakimeh Aghayi
- The Relationship between Body Dysmorphic Concern, Ideas of Reference and Empathy with Social Anxiety Disorder: The mediating Role of Emotional Awareness** 87-101
Mostafa Hokmabadi; Rahim Yousefi
- Comparison of Emotional Intelligence and Sleep Problems in Adolescents Girls with Sluggish Cognitive Tempo Disorder Symptoms and Without** 103-116
Kimiya Ghaedi; Fatemeh Nemati
- The Role of Self-efficacy in Predicting High-risk Based on Identity Styles and Parental Monitoring in Adolescents** 117-132
Azadeh Choobforoushzadeh; Ali Amini; Yasser Rezapour Mirsaleh; Elham Nasr azadani



Research paper

Prediction of Anger Rumination and Expression Based on Behavioral Inhibition and Activation Systems with Mediation of Difficulty in Emotion Regulation

Sara Ebrahimi ¹

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the relationship between the behavioral inhibition and activation systems and anger rumination and expression with the mediation of difficulty in emotion regulation in college students. This was descriptive correlational research. The study population included all students aged 18 to 22 years studying in Tehran's public universities in 2023, and 384 people were selected as a sample using the convenience sampling method, and responded to the Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation Scale Carver & White, Anger Rumination Scale Sukhodolsky et al., Anger Expression Scale Buss & Perry, and Brief Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale Bjureberg et al. In order to analyze the data, path analysis was used with the hierarchical regression method according to Baron and Kenny suggestion and Sobel test. The results showed that the behavioral inhibition/activation systems were able to predict anger rumination and expression respectively through difficulty in emotion regulation. The findings are useful for having practical implications for preventive and therapeutic interventions in anger management.

Keywords: Anger expression/ rumination, behavioral activation system, behavioral inhibition system, difficulty in emotion regulation

¹ Corresponding Author: Faculty member of Organization for Educational Research and Planning (OERP), Tehran, Iran. ebrahimi@oerp.ir



Research paper

The Effectiveness of Schema Therapy on Stress, Social Adaptation and Psychological Cohesion of Women with Cancer

Narjes Rezapourian¹; Homayoon Haroon Rashidi^{2*}

Abstract

This research aimed to determine the effectiveness of schema therapy on stress, social adaptation and psychological cohesion of women with cancer. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research was all women with cancer in Dezful city of Iran in 2022. The sample consisted of 30 women with cancer, who were selected by the available sampling method and according to the inclusion and exclusion criteria of the study. The experimental group received eight 90-minute weekly sessions of the intervention. The tools used in this research included perceived stress questionnaires, social adjustment questionnaire and sense of coherence questionnaire (before, after and two months later after the schema therapy). Data were analyzed by univariate and multivariate analysis of covariance. The findings showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of stress, social adjustment and psychological cohesion in women with cancer. According to these findings, schema therapy can be suggested as an effective method to reduce stress and increase social adaptation and psychological cohesion in women with cancer.

Keywords: Cancer, psychological coherence, schema therapy, social adaptation, stress.

¹ M.A. Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

² Corresponding Author: Assistant Professor Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran Haroon_rashidi2003@yahoo.com



Research paper

Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence

Seyedeh Saeideh Ghorbanzadeh¹; Azar Kiamarsi^{2*}; Abas Abolghasemi³

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of self-compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy on family functions among women experienced domestic violence. This was a semi-experimental study with two experimental groups and one control group. The design was conducted using the pre-test, post-test and follow-up method. Based on this, 60 women with domestic violence experience, referred to the welfare centres of Tehran city in 2022, were selected on purposeful sampling and randomly assigned to three groups (20 women in each group). In order to collect information, family assessment device was used. At first, the participants were pre-tested, then experimental group1 was treated compassion-focused therapy and experimental group2 was treated emotionally focused couple therapy. After the end of the training, the post-test was conducted on all participants, with an interval of one week. Two months later, the follow-up test was completed by 3 groups.. The results of variance analysis with repeated measurements applied to data. The results showed that both methods were suitable, but the emotionally focused couple therapy had a greater and more meaningful effect.

Keywords: Domestic violence, emotionally focused couple therapy, family functions, self-compassion-focused therapy

¹ Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

² Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

³ Professor, Department of General Psychology, Faculty of Human Science, Guilan University, Iran.



Research paper

The Mediating Role of Time Attitude and Time Metaphorical Perception in the Relationship between Mindfulness and Procrastination

Fateme Raiisi ^{ID}*¹; Sedighe Khanifar ^{ID}²; Reza Mohamaddoust ^{ID}³

Abstract

This study was conducted to investigate the mediating role of time attitude and time metaphorical perception in the relationship between mindfulness and procrastination. The method of this descriptive-correlation study was based on structural equation modeling. The statistical population of the research included all the students of the Islamic Azad University- Karaj branch in 2023, from which 300 students were selected through available sampling. The participants completed the Procrastination, Mindfulness, Time Attitude Scales, and Time Metaphorical Perception Questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation and structural equations modeling. The results showed that procrastination had negative and significant relationship with mindfulness. The effect of positive time attitude and time metaphorical perception on mindfulness was positive and directly meaningful and the effect of negative time attitude on mindfulness was negatively significant. Furthermore, time attitude and time metaphorical perception played mediating role in the relationship between procrastination and students' mindfulness. On the other hand, the procrastination had a negative and significant relationship with mindfulness through the mediation of negative time attitudes. Therefore, it is suggested that behavioral sciences researchers should pay attention to factors related to time from different dimensions to study the foundation of students' procrastination.

Keywords: Mindfulness, procrastination, time attitude, time metaphorical perception.

¹ Corresponding Author: Ph.D. in Cognitive Linguistics. Cognitive Linguistics Dep, Institute of Cognitive Science Studies, Tehran, Iran. elhamaraiisi@gmail.com

² M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Counselling, Islamic Azad University, Saveh Branch. Iran

³ Assistant Professor, Computer Engineering and Information Dep, Payame Noor University. Tehran, Iran.



Research paper

The Mediation Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Childhood Trauma and Borderline Personality Traits

Mehrnazsadat Motaghi Pishnamazi ¹; Hakimeh Aghayi *²

Abstract

The present study aimed to determine the mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between childhood trauma and borderline personality traits. The descriptive research method was of the correlation type (structural equations). Among the students of Islamic Azad University of Shahrood in the academic year of 2022-2023, through an internet call, 300 people were selected using available sampling method. The tools were borderline personality scale (Claridge and Borkes), childhood trauma questionnaire (Bernstein et al.) and primary maladaptive schemas questionnaire (Young). Pearson correlation test and structural equation method were used to analyze the data. The findings showed that childhood trauma had a direct and significant effect on the characteristics of borderline personality and the schemas of disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, other directedness, over-vigilance and inhibition and impaired limits mediate the relationship between childhood trauma and borderline personality traits. The results showed that the model had a good fit. It is suggested that the relationship between early maladaptive schemas, childhood trauma and borderline personality traits should be taken into consideration in interventions related to students' mental health.

Keywords: Borderline personality traits, childhood trauma, early maladaptive schemas

¹ M.Sc. Student, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran.

² Corresponding Author: Assistant Prof, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran ha.aghae@gmail.com



Research paper

The Relationship between Body Dysmorphic Concern, Ideas of Reference and Empathy with Social Anxiety Disorder: The mediating Role of Emotional Awareness

Mostafa Hokmabadi¹; **Rahim Yousefi²**

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between body dysmorphic concern, ideas of reference, and empathy with social anxiety disorder with the mediation of emotional awareness. The research method was descriptive correlational (structural equations). The statistical population consisted of all female students, aged 16-17 years, studying in Jovein County. The instruments were the Social panic questionnaire, Dysmorphic concern, Paranoid thought, Interpersonal reactivity, and Emotional awareness. Path analysis were used to analyze the data. The findings showed an excellent fit of the model after modification. The results indicated that the body dysmorphic concerns, ideas of reference, and empathy directly associated with social anxiety disorder. Further analysis revealed a significant relationship only between ideas of reference and empathy and social anxiety disorder, mediated by emotional awareness. Although the value of its coefficient was weak. Based on these findings, it can be said that body dysmorphic concerns, ideas of reference, and empathy are effective on social anxiety of adolescent females and it is suggested to be considered in interventions related to the social anxiety of adolescents.

Keywords: Body dysmorphic concern, emotional awareness, empathy, ideas of reference, social anxiety disorder.

¹ Corresponding Author: M.A in General Psychology, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani, Tabriz, Iran mostafahokmabadii1376@gmail.com

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology & Education, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran



Research paper

Comparison of Emotional Intelligence and Sleep Problems in Adolescents Girls with Sluggish Cognitive Tempo Disorder Symptoms and Without

Kimiya Ghaedi ¹; Fatemeh Nemati ^{*2}

Abstract

Recent studies have identified a disorder called Sluggish Cognitive Tempo (SCT) that has similarities with ADHD in attention problems. The aim of the present research was to compare emotional intelligence and sleep problems in adolescents with Sluggish cognitive tempo disorder symptoms and without. The method was ex-post facto, cross-sectional design. The statistical population consisted of all female first school students in Tabriz province during the academic year of 2022-2023. The research sample was 180 students who were selected on the bases of SCT Penny questionnaire in 2 groups of 90 people: 1) Normal 2) with SCT. To collect data, the Siberia and Schering emotional intelligence questionnaire and the Pittsburgh Sleep Quality Index were used. Research data were analyzed through multivariate analysis of variance test. The results showed self-motivation, self-awareness, social consciousness, and social skills in the group 1 was significantly higher than the group 2, also disturbance in overall sleep quality, sleep efficiency and daily functioning in the group 2 was significantly higher than the group 1. Based on the research findings, it can be concluded that adolescents with SCT symptoms, compared to normal adolescents, have lower emotional intelligence and more sleep problems.

Keywords: Adolescent, Emotional intelligence, Sleep problems, Sluggish cognitive tempo

¹ M. A student in General psychology, psychology department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

² Corresponding Author: Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. f.nemati84@gmail.com.



Research paper

The Role of Self-efficacy in Predicting High-risk Based on Identity Styles and Parental Monitoring in Adolescents

Azadeh Choobforoushzadeh *¹; Ali Amini ²; Yasser Rezapour Mirsaleh ³; Elham Nasr Azadani ⁴

Abstract

Adolescence is one of the most critical periods of life. The most behavioral inconsistencies, including the tendency to risky behaviors, appear in this period. This research aimed at predicting high-risk behaviors based on identity styles and parental monitoring in adolescents with the role of self-efficacy as a mediator. The research design was descriptive-correlational. The population included all secondary school students of Kohpayeh city in the academic year of 2022. By multi-stage cluster random sampling, 260 people were selected as a sample. The research tools were risk-taking scales for Iranian teenagers, Brozensky's identity styles, Singer's parental monitoring and Sherer's general self-efficacy. Statistical analysis of the data was done by Pearson correlation method and path analysis. The results of path analysis showed that normative identity style, parental monitoring and self-efficacy had direct effects on high-risk behaviors. The results of the bootstrap test showed that the self-efficacy variable played a mediating role in the relationship between parental monitoring of identity style and risky behaviors. As a result, it is recommended to plan relevant institutions and educate parents, considering the important role of parental monitoring, self-efficacy level and adolescent's identity style in the occurrence of high-risk behaviors.

Keywords: Adolescence, identity styles, parental monitoring, risky behaviors, self-efficacy

¹ Corresponding Author: Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Science Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

² M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Science, Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran

³ Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Science Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran

⁴ M.A. Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Science, Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran