



# مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۷۴، دوره ۲۰، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

## صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهراء (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

## مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد  
دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

## سر دبیر:

سیده‌منور یزدی  
استاد دانشگاه الزهراء (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 الزهراء (س)  
روشک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)  
زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهراء (س)  
عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی  
چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز  
سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)  
کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)  
النی جی هیبدو

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

سیده‌منور یزدی  
استاد دانشگاه الزهراء (س)

## ویراستار فارسی:

آیلین مردان پور

## ویراستار انگلیسی:

سیده‌منور یزدی

## مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهراء (س)

## مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

## طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

## طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

## ناشر:

دانشگاه الزهراء (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 الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، طبقه دوم، اتاق ۳۰۹

## صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

## تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

## وبگاه:

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

## پست الکترونیک:

[psychstudies@alzahra.ac.ir](mailto:psychstudies@alzahra.ac.ir)

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

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 الزهراء (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.

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی [www.sid.ir](http://www.sid.ir)

- پایگاه اطلاعات نشریات کشور [www.magiran.com](http://www.magiran.com)

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

[www.noormags.com](http://www.noormags.com)

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

[www.iranpsych.tums.ac.ir](http://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 درکمتر 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 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 گروه‌های 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 هم‌یار، 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). درکل متن مقاله از کلمه شرکت‌کننده / 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 ازمون 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 انها) 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 درکل 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 اخر 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 انها 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 بر اساس 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

- نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی-اجباری  
سحر سرحدی؛ محمود نجفی  
۷-۲۱
- تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان  
نارساخوان  
مهديه حسين زاده؛ عباسعلي حسين خانزاده؛ عباس ابوالقاسمی  
۲۳-۳۸
- مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر  
احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری  
پریسا احمدی آذر؛ محبوبه طاهر؛ سقا افراخته؛ فائزه جهان  
۳۹-۵۴
- نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی  
روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان  
محمدرضا تمنایی فر؛ زهرا سلیمانیان  
۵۵-۷۰
- رابطه بین ادراک کیفیت دلبستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان: نقش واسطه‌ای بهزیستی معنوی  
الناز نورافکن؛ سمیه کشاورز؛ علیرضا کاکاوند  
۷۱-۸۵
- اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری: نقش میانجی گر امنیت  
عاطفی  
حسن جرفی؛ سعید ی قائد امینی هارون؛ نسیم خواجه پور  
۸۷-۱۰۱
- بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در فرزندان  
طلاق  
صدیقه علی نقی پور؛ سیدمحمد قلمکاریان؛ ریحانه فهامی  
۱۰۳-۱۱۷
- طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشنهادهاى اضطراب اجتماعى دانشجویان  
مهدی حسنونند عموزاده  
۱۱۹-۱۳۴

## نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی-اجباری

سحر سرحدی<sup>۱</sup>، محمود نجفی<sup>۲\*</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش میانجی استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی-اجباری انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. از میان جمعیت عمومی ۳۹۱ نفر از طریق فراخوان اینترنتی در سال ۱۴۰۰، با توجه به ملاک‌های ورود به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس وسواس فکری عملی (فوا و همکاران)، باورهای وسواسی (گروه کار شناخت‌های وسواس-اجبار)، مقیاس ترس از کرونا (آهورسو و همکاران) و استرس کرونا (تیلور و همکاران) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که باورهای وسواسی با استرس کرونا و ترس از کرونا و نشانگان وسواسی-اجباری رابطه مستقیم و معناداری دارد و استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی-اجباری نقش میانجی دارد. در مجموع نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. از این یافته می‌توان برای طراحی مداخله جهت کاهش ترس و استرس در هنگام شیوع بیماری‌های واگیردار استفاده کرد. بنابراین برنامه‌ریزی جهت کاهش استرس و باورهای وسواسی نقش موثری در کاهش نشانگان وسواسی جبری دارد و امری ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** استرس کرونا، باورهای وسواسی، ترس کرونا، وسواسی جبری

### مقدمه

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران [m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir)

۸..... نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان...

گسترش سریع سندرم تنفسی حاد شدید (ویروس کرونا) منجر به همه‌گیری در سراسر جهان شده و با علائم و اختلالات بهداشت روان همراه است. مشکلات بیماری کرونا و ویروس به خوبی شناخته شده است و تأثیرات آن بر پاسخ‌های روانی افراد به صورت تجربی گزارش شده است (وانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که این همه‌گیری بر سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری نیز تأثیر گذاشته است و منجر به تشدید شدت علائم در آن‌ها شده و نگرانی‌های خاصی را برای مبتلایان به اختلال وسواسی جبری به دلیل تمایل آن‌ها به ارائه پاسخ به عوامل آسیب‌زا و عدم قطعیت ایجاد کرده است (خسروانی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ ویتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). به طور خاص، پیشنهاد شده است که توصیه‌های بهداشتی در زمینه همه‌گیری ممکن است شدت این اختلال را تشدید کند، به‌ویژه در افرادی که علائم وسواس دارند (لی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

اختلال وسواسی جبری، یک اختلال ناتوان‌کننده است که به طور معمول در سنین نوجوانی آغاز می‌شود. این اختلال با وسواس فکری یا عملی و یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، درحالی که وسواس‌های عملی، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا برطبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). نولس و اولاتونجی (۲۰۲۰) گزارش کردند که کووید-۱۹ با بدتر شدن بالینی شدت علائم اختلال وسواسی جبری و همچنین با بروز وسواس‌ها و اجبارهای جدید مرتبط است.

افزون بر این، بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری باورهای ناکارآمدی در طی این دوره همه‌گیری دارند. باورها، عقایدی درباره خود و دنیا را شامل می‌شود که نحوه تفسیرمان از حوادث را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این باورها می‌تواند شامل احساس مسئولیت افراطی و تمایل به برآورد بیش از حد تهدیدات، کمال‌گرایی و ناتوانی در تحمل ابهام، اهمیت بیش از حدی برای فکر قائل شدن و نیاز به کنترل افکار خود باشد (کدیوری و همکاران، ۲۰۲۳). نظریات و مدل‌های شناختی اختلال وسواس فکری جبری نشان می‌دهد که باورهای وسواسی به ایجاد و تداوم نشانگان وسواس فکری-عملی منجر می‌شود و انواع خاصی از باورهای ناکارآمد زمینه‌ساز ایجاد این اختلال هستند (راچمن<sup>۶</sup>؛ ۱۹۹۸؛ سالکووسیکس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بین باورهای فراشناختی و اختلال وسواسی-اجباری رابطه وجود دارد و علائم وسواسی با باورهای مربوط به افکار و نیاز برای کنترل افکار رابطه دارد (هکیومراگلو<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰؛ نجفی و طباطبایی، ۱۴۰۱). رجبی‌خامسی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند مولفه‌های باورهای وسواسی نظیر سردرگمی/تهدید و به دنبال آن سازه‌های کمال‌گرایی/یقین و سازه اهمیت/کنترل، پیش‌بینی‌کننده موثری از علائم وسواس فکری عملی هستند. اعتقادات مربوط به مسئولیت بیش از حد و بیش برآورد احتمال تهدید، پیش‌بینی‌کننده میزان آلودگی اختلال وسواسی-اجباری است؛ که شامل وسواس در مورد آلودگی، میکروب‌ها و

1. Wang
2. Khosravani
3. Wheaton
4. Lee
5. American Psychiatric Association
6. Rachman
7. Salkovskis
8. Hacıomeroglu



بیماری‌ها، همراه با تشریفات شستشو و تمیزکردن است (ویتون و همکاران، ۲۰۲۱). ناصری‌نیا و برجعلی (۱۳۹۹) نیز نشان داد از میان باورهای وسواسی، باورها در مورد کمال‌گرایی و اطمینان با تمام ابعاد وسواسی، و باورها در مورد مسئولیت و برآورد تهدید و اهمیت کنترل افکار فقط با ابعاد مسئولیت برای آسیب و تقارن همبستگی داشتند. در چنین شرایطی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به‌ویژه آن‌هایی که اجبار آلودگی و شستشو دارند ممکن است حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر به ترس از کووید-۱۹ باشند و در معرض خطر زوال یا عود علائم اختلال وسواسی-اجباری باشند. همچنین، توصیه‌های بهداشتی (به عنوان مثال شستن دست) می‌تواند باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و بینش ضعیف را تقویت کند (سیلوا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی ترس بیش از حد و متناسب با شرایط نباشد، می‌تواند منجر به ایجاد یک اختلال اضطرابی شود. افرادی که ترس را جدی گرفته و نسبت به آن واکنش بیش از حد نشان دهند، به احتمال زیاد در گروه مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری دسته‌بندی می‌شوند (جی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی، این ویژگی‌های عادی ویروس‌ها و میکروب‌ها نیستند که زمینه‌ساز ترس وسواسی هستند بلکه بیشتر باورهای فرد باعث ایجاد ترس وسواسی می‌شود (آردما<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰).

اگر چه ارتباط بین باورهای وسواسی با نشانگان وسواسی-اجباری مورد بررسی قرار گرفته؛ با این وجود، توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از مکانیزم‌های میانجی این رابطه، استرس کرونا و ترس از کرونا می‌باشد. پاسخ‌های استرس ناشی از همه‌گیری کنونی و ترس‌های مرتبط با آن ممکن است یک مکانیسم اساسی مهم برای تشدید علائم در میان مبتلایان به اختلال وسواسی جبری در طول همه‌گیری فعلی باشد. پیش از این نشان داده شده بود که رویدادهای استرس‌زا در زندگی و همچنین پریشانی به طور کلی، با تشدید علائم وسواسی جبری مرتبط هستند (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ خسروانی و همکاران، ۲۰۲۱). به گزارش تیلور<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، مطالعات و مشاهدات بالینی نشان داده است که در زمان همه‌گیری ویروس، بسیاری از افراد پاسخ‌ها و رفتارهای مرتبط با استرس و اضطراب ناشی از آن ویروس را از خود بروز می‌دهند. استرس مرتبط با کووید-۱۹ به طور قابل توجهی با علائم استرس مشابه اختلال وسواسی جبری (تیلور و همکاران، ۲۰۲۰)، افکار مزاحم (ماروکوین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، اطمینان جویی، علائم وسواسی جبری، اضطراب سلامت (مک کی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، علائم اضطراب و رفتارهای اجتنابی (نیسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، به ویژه در افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با اضطراب و مبتلایان به اختلال وسواسی جبری همراه است. طبق نتایج مطالعات، این احتمال وجود دارد که مولفه‌های باورهای وسواسی نظیر مسئولیت‌پذیری افراطی و افکار وسواسی غیرقابل قبول، همراه با تجربه استرس کرونا، شدت و علائم اختلال وسواسی جبری را در طول همه‌گیری افزایش دهند. بنابراین، استرس کرونا ممکن است افکار وسواسی غیرقابل قبول را در افراد جامعه و نمونه‌های بالینی، به همراه بروز علائم وسواسی، افزایش دهد در واقع، ترس از ویروس کرونا نیز باعث افزایش اضطراب در افراد می‌شود و در نتیجه آن استفاده از رفتارهای مراقبتی به خصوص شستشو و افکار وسواسی مربوط به آن افزایش می‌یابد که این

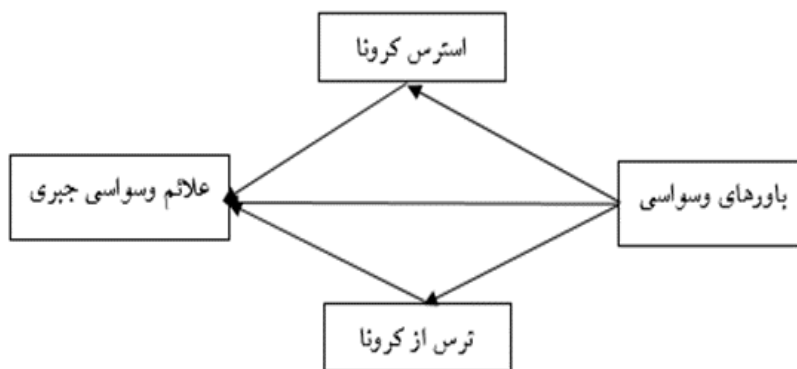
1. Silva
2. Ji
3. Aardema
4. Taylor
5. Marroquín
6. McKay
7. Nissen

۱۰..... نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان...

امر می‌تواند منجر به افزایش آمار مبتلایان به وسواس فکری عملی شود (نولس و اولاتونجی، ۲۰۲۰). در نتیجه، انتظار می‌رود افزایش علائم وسواسی جبری در نتیجه همه‌گیری فعلی به طور قابل توجهی توسط آنچه اخیراً به عنوان "سندرم استرس کووید" نامگذاری شده است پیش‌بینی شود (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیلور و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور کلی، باورهای وسواسی عامل کلیدی در بروز استرس کرونا و ترس از کرونا است؛ با این حال، مکانیسم‌هایی که از طریق آن باورهای وسواسی بر علائم وسواسی جبری تأثیر می‌گذارد، نیاز به بررسی بیشتر دارد.

با مروری بر آنچه ذکر شد و با در نظر گرفتن رابطه بین باورهای وسواسی با استرس کرونا و ترس از کرونا، همچنین رابطه بین استرس کرونا و ترس از کرونا با نشانگان اختلال وسواسی-اجباری شاید بتوان مدلی علی را طراحی کرد که در آن باورهای وسواسی، ترس از کرونا و استرس کرونا در قالب یک مدل نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری را پیش‌بینی کند و استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و اختلال وسواسی-اجباری نقش متغیر میانجی را داشته باشد؛ یعنی باورهای وسواسی با تأثیری که روی استرس کرونا و ترس از کرونا دارد باعث افزایش وسواس‌های فکری و عملی که از نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد، شود. همچنین، از آنجا که اختلال وسواس فکری-عملی شیوع بالایی دارد، اکثر تلاش‌های تحقیقاتی به عوامل زیربنایی این اختلال پرداخته‌اند. از این رو، با توجه به نقش باورهای وسواسی، استرس کرونا و ترس از کرونا در بروز و درمان علائم وسواسی جبری و کمبود پژوهش در این زمینه‌ها، به خصوص در ایران، به نظر می‌رسد تعیین رابطه بین متغیرهای باورهای وسواسی، استرس و ترس از کرونا با نشانگان وسواس فکری-عملی در جمعیت غیربالیینی حائز اهمیت است. با توجه به آنچه ذکر شد، به نظر می‌رسد افرادی که باورهای وسواسی دارند، در همه‌گیری کرونا ترس و استرس بیشتری دارند و این امر منجر به بروز علائم وسواسی جبری در آن‌ها خواهد شد. مطالب مذکور می‌تواند بیانگر اهمیت استرس کرونا و ترس از کرونا در علائم وسواسی جبری باشد. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در علائم وسواسی جبری در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. به طور کلی با توجه به اینکه رویکردهای پیشگیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش استرس کرونا و ترس از کرونا در علائم وسواسی جبری مبهم باقی مانده و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور همزمان این متغیرها را بررسی کند کمتر انجام شده، فرضیه اصلی پژوهش حاضر این است :

=استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی جبری نقش میانجی دارد.



شکل ۱. مدل فرضی پژوهش

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه جمعیت عمومی بین ۲۰ تا ۵۰ سال در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. 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 حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم دهی بهتر، نمونه‌ای برابر با ۴۰۰ نفر، به روش در دسترس انتخاب شدند. با توجه به شرایط کرونا، اجرای این پژوهش به صورت آنلاین صورت گرفت، بدین صورت که پرسشنامه در فضای پرس‌لاین ایجاد و پس از آماده‌سازی از طریق شبکه‌های مجازی پرمخاطب (اینستاگرام، واتساپ و تلگرام)، درج شد و پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تمایل و رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و شرایط خروج نیز عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه‌ها بود. در نهایت با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۹۱ پرسشنامه تحلیل شد. تحلیل داده‌ها نیز با نرم افزارهای SPSS۲۶ و AMOS۲۲، با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و معادلات ساختاری انجام شد. جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سوالات اختیاری بود.

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان با شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1398.266 مصوب گردیده است.

## ابزار

پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۸ گویه می‌باشد که توسط فوآ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از هیچوقت تا بیشتر اوقات) تنظیم شده است که هریک از گویه‌ها چهار گزینه‌ای به صورت (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) نمره‌گذاری می‌شوند. کل نمره فرد از صفر تا ۷۲ متغیر خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر حضور بیشتر نشانگان وسواس در فرد است. این ابزار دارای زیرمقیاس‌های شستشو<sup>۳</sup>، وسواس فکری<sup>۴</sup>، نظم‌دهی<sup>۵</sup>، وارسی<sup>۶</sup> و ختنی‌سازی ذهنی<sup>۷</sup> است. هان و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۹)، پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش آزمون-بازآزمون را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه وسواس مادزلی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. عامری و نجفی (۱۴۰۰) پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش نمودند. روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه پادوا<sup>۹</sup> بین ۰/۶۷ گزارش شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۶۷). در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای وسواسی<sup>۹</sup>: گروه کار شناخت‌های وسواس-اجبار این پرسشنامه را به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش شناخت‌ها در سبب‌شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده است (گروه کار شناخت‌های وسواس اجبار<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). پرسشنامه باور وسواسی شامل ۴۴ گویه می‌باشد که شامل خرده مقیاس‌های مسئولیت/برآورد تهدید<sup>۱۱</sup> (۱۶ مورد)، کمال‌گرایی/یقین<sup>۱۲</sup> (۱۶ ماده) و اهمیت/کنترل افکار<sup>۱۳</sup> (۱۲ مورد) است. طبق گزارش کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، برای مقیاس مسئولیت/تهدید و کمال‌گرایی/اطمینان ۰/۹۳، برای اهمیت کنترل افکار ۰/۸۹ و برای کل نمره‌ی کل پرسشنامه ۰/۹۵ بود. همچنین گویه‌ها دارای همبستگی معناداری با یکدیگر بودند. نتایج تحقیق گروه کار شناخت‌های وسواس-اجبار (۲۰۰۳) نشان داد که این پرسشنامه دارای ثبات درونی ۰/۸۰ است. علاوه بر این، روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه وسواس مادزلی ۰/۵۷ گزارش شده است. شمس و همکاران (۱۳۸۳) پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی با سه روش ثبات درونی، دو نیمه کردن و روش آزمون-بازآزمون، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۲ اعلام کردند. روایی همگرای این پرسشنامه را نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه وسواس مادزلی ۰/۵۰ و با پرسشنامه وسواس فوآ ۰/۵۷ گزارش نمودند. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

1. Obsessive-compulsive Disorder- revision (OCD-R)
2. Foa
3. Washing
4. Obsessing
5. Ordering
6. Checking
7. Mental Neutralizing
8. Hon
9. Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)
10. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)
11. Responsibility/overestimated threat
12. Perfectionism/tolerance of uncertainty
13. control and importance of thoughts

**مقیاس ترس از کرونا<sup>۱</sup>:** این مقیاس توسط آهورسو<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۲۰۲۰ برای سنجش شاخص ترس از ویروس کرونا ساخته شده است. مقیاس ترس از کرونا یک مقیاس ۷ گویه‌ای است که شرکت‌کنندگان در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهند. هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد، میزان ترس از ویروس کرونا بالاتر ارزیابی می‌شود. طبق پژوهش آهورسو و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی اعتبار مقیاس ترس از کرونا در جمعیت ایرانی پرداخته‌اند، پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و با روش آزمون-بازآزمون با مقدار ۰/۷۲ قابل قبول بود. روایی همگرای این پرسشنامه را نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با افسردگی ۰/۴۲ و با اضطراب ۰/۵۱ گزارش نمودند. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**مقیاس استرس کرونا<sup>۳</sup>:** این مقیاس دارای ۳۶ گویه با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که توسط تیلور و همکاران در سال ۲۰۲۰ برای سنجش میزان استرس افراد از ویروس کرونا ساخته شد. این مقیاس شامل پنج مولفه ترس از آلودگی<sup>۴</sup>، ترس از پیامدهای اقتصادی<sup>۵</sup>، بیگانه‌هراسی<sup>۶</sup>، بررسی وسواسی و جستجوی اطمینان‌بخش<sup>۷</sup> و نشانه‌های استرس ترومایی درباره کووید-۱۹<sup>۸</sup> است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از استرس کرونا می‌باشد. طبق گزارش تیلور و همکاران (۲۰۲۰) ضرایب آلفای کرونباخ هرکدام از مقیاس‌ها در هر نمونه بالای ۰/۸۰ بود که نشان‌دهنده اعتبار خوب تا عالی پایایی مقیاس است. علاوه بر این، روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه فوا ۰/۶۷ گزارش شده است. نتایج پژوهش خسروانی و همکاران که در سال ۲۰۲۰ برای اعتباریابی مقیاس استرس کرونا بر روی جمعیت ایرانی انجام شد، نشان داد که ضریب امگا برای این پرسشنامه در جمعیت مبتلا به اختلالات اضطرابی برابر ۰/۹۷ و در جمعیت مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری برابر ۰/۹۸ بود. روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه فوا بین ۰/۵۵ گزارش شده است. ضریب آزمون-بازآزمون برای کل پرسشنامه و مولفه‌های خطر آلودگی، پیامدهای اقتصادی-اجتماعی ویروس، بیگانه‌هراسی، استرس ترومایی و بررسی وسواسی به ترتیب برابر ۰/۹۵، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بود که نشان‌دهنده پایایی خوب این آزمون می‌باشد. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

## یافته‌ها

اعضای نمونه در میانگین سنی  $33/71 \pm 10/12$  قرار داشتند. از مجموع آن‌ها، ۱۰۴ نفر مرد (۲۶/۴ درصد)، ۲۸۷ نفر زن (۷۳/۴ درصد) بودند. ۱۰۸ نفر تحصیلات دیپلم (۲۷/۶ درصد)، ۱۶۲ نفر لیسانس (۴۱/۴ درصد)، ۱۰۰ نفر فوق لیسانس (۲۵/۶ درصد) و ۲۵ نفر (۵/۴ درصد) تحصیلات دکتری داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Fear of COVID-19 scale
2. Ahorsu
3. COVID Stress Scales
4. fear of becoming infected
5. fear of the socio-economic consequences
6. xenophobia
7. compulsive checking and reassurance-seeking
8. traumatic stress symptoms about the pandemic

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و نتیجه آزمون نرمالیت متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون آماره	کولموگروف-اسمیرنف سطح معناداری
باورهای وسواسی	مسئولیت / برآورد تهدید	۶۲/۶۶	۱۹/۳۷	۰/۰۴	۰/۱۵
	کمال گرایی / یقین	۶۶/۹۲	۱۹/۰۱	۰/۰۶	۰/۲۲
	اهمیت / کنترل افکار	۴۰/۸۳	۱۴/۵۹	۰/۰۳	۰/۲۰
	نمره کل باورهای وسواسی	۱۷۰/۴۲	۴۹/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۹
نشانگان وسواسی جبری	وسواس فکری	۳/۵۳	۳/۱۶	۰/۱۴	۰/۰۸
	وارسی	۳/۸۴	۲/۹۳	۰/۱۴	۰/۱۰
	نظم‌دهی	۴/۱۰	۳/۰۴	۰/۱۳	۰/۱۵
	ختی سازی ذهنی	۲/۴۹	۲/۷۸	۰/۱۹	۰/۲۱
	شستشو	۳/۰۱	۲/۸۰	۰/۱۵	۰/۱۹
	نمره کل علائم وسواس	۱۷/۰۱	۱۱/۶۳	۰/۰۸	۰/۱۱
	ترس از خطر و آلودگی	۲۳/۱۶	۱۱/۸۷	۰/۰۵	۰/۲۳
استرس کرونا	ترس از نتایج اقتصادی-اجتماعی	۴/۷۳	۵/۳۲	۰/۰۸	۰/۱۰
	بیگانه‌هراسی	۸/۸۵	۶/۸۲	۰/۱۲	۰/۰۸
	نشانگان استرس تروماتیک	۳۳/۱۹	۱۷/۹۵	۰/۰۷	۰/۱۱
	چک کردن اجباری	۸/۴۳	۵/۸۱	۰/۱۵	۰/۲۵
ترس از کرونا	نمره کل استرس کرونا	۷۸/۳۹	۴۰/۳۶	۰/۰۷	۰/۱۹
	-	۱۵/۸۹	۶/۲۲	۰/۱۰	۰/۰۷

باتوجه به اینکه زیربنای تحلیل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. باتوجه به جدول ۲، بین باورهای وسواسی، مؤلفه‌های علائم وسواسی جبری، استرس کرونا و ترس از کرونا رابطه مثبت و معناداری در سطح  $(P < 0/01)$  وجود دارد.

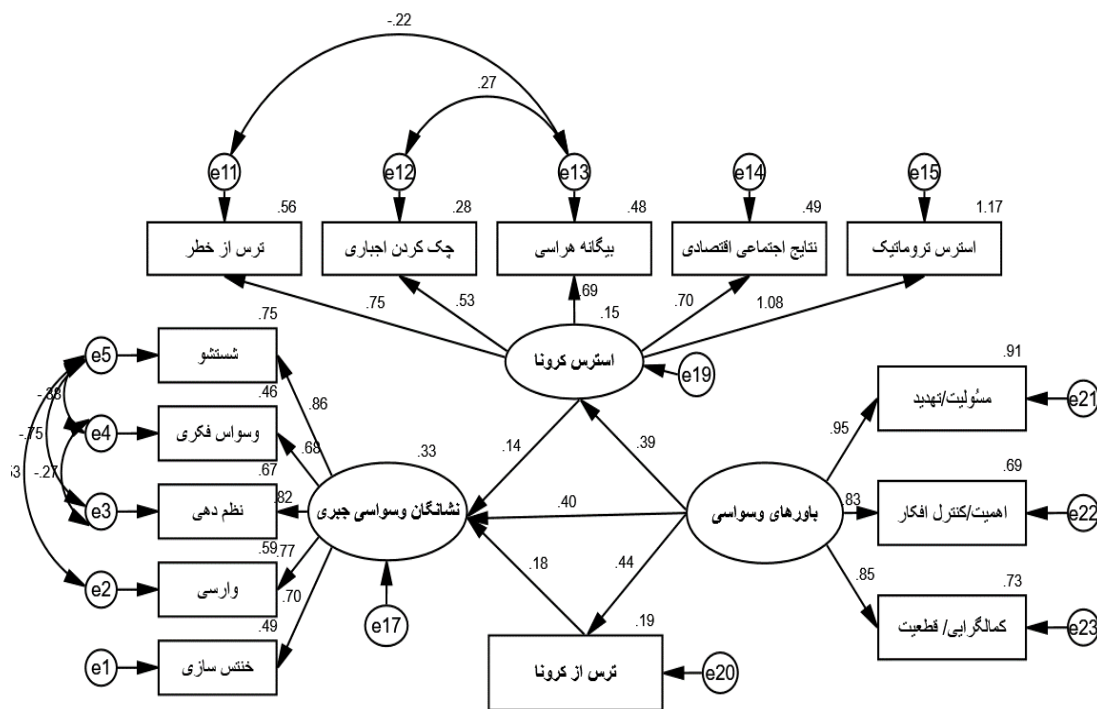
جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- مسئولیت / تهدید	۱								
۲- کمال‌طلبی / یقین	۰/۸۱**	۱							

۳- اهمیت/کنترل فکر	۰/۷۸**	۰/۷۳**	۱						
۴- ترس از خطر	۰/۳۸**	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۱					
۵- ترس از نتایج	۰/۲۹**	۰/۲۴**	۰/۱۵**	۰/۵۵**	۱				
۶- بیگانه هراسی	۰/۳۴**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۱			
۷- استرس تروماتیک	۰/۴۷**	۰/۳۷**	۰/۳۰**	۰/۸۱**	۰/۷۴**	۰/۷۳**	۱		
۸- چک کردن اجباری	۰/۲۷**	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۵۴**	۰/۵۴**	۱	
۹- ترس از کرونا	۰/۴۲**	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۶۶**	۰/۵۱**	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۳۳**	۱
۱۰- وسواسی جبری	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۳۸**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/۴۴**	۰/۱۹**	۰/۴۴**

\*\* $p < 0.01$

به منظور بررسی نقش میانجی استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی جبری از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS22 استفاده شد. با توجه به مدل مفهومی ارائه شده انتظار می‌رود که باورهای وسواسی از طریق استرس کرونا و ترس از کرونا با نشانگان وسواسی جبری رابطه دارند. شاخص‌های برازش مدل نهایی نشان‌دهنده برازش نسبتاً مطلوب مدل است (CFI=0/91، GFI=0/91، NFI=0/90، IFI=0/91 و RMSEA=0/073). نتایج حاصل از تحلیل‌ها در شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که برازش مناسبی بین داده‌ها با مدل وجود دارد.



شکل ۲. مدل تایید شده پژوهش

۱۶..... نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان...

جدول ۳ اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. طبق نتایج جدول ۳ همه مسیرهای مدل تأیید شد و باورهای وسواسی به واسطه استرس کرونا و ترس از کرونا تبیین‌کننده نشانگان وسواسی جبری است.

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم

نتیجه	P	C.R	خطای استاندارد	ضریب T	ضریب استاندارد	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تایید	۰/۰۰۱	۸/۲۷	۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۳۹	استرس کرونا	باورهای وسواسی
تایید	۰/۰۰۱	۹/۰۷	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۴۴	ترس از کرونا	باورهای وسواسی
تایید	۰/۰۰۱	۷/۰۳	۰/۰۰	۰/۰۴	۰/۴۰	وسواسی جبری	باورهای وسواسی
تایید	۰/۰۰۱	۳/۷۸	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۱۴	وسواسی جبری	استرس کرونا
تایید	۰/۰۰۱	۳/۸۵	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۱۸	وسواسی جبری	ترس از کرونا
سطح معناداری	حد پایین	حد بالا	خطای استاندارد	اثر غیرمستقیم	متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۰/۱۳۲	۰/۳۲۸	۰/۱۰۱	۰/۰۵	وسواسی جبری	استرس کرونا	باورهای وسواسی
۰/۰۰۳	۰/۰۶۴	۰/۴۱۹	۰/۰۳۴	۰/۰۷	وسواسی جبری	ترس از کرونا	باورهای وسواسی

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش استرس کرونا و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی جبری 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 باورهای وسواسی با نشانگان وسواسی جبری بود که با نتایج ویتون و همکاران (۲۰۲۱)، هکیومراگلو (۲۰۲۰)، طباطبایی و نجفی (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به تاثیر باورهای وسواسی و مولفه‌های آن بر علائم وسواسی-اجباری اشاره کرد. هکیومراگلو (۲۰۲۰) نشان داد باورهای مربوط به کمالگرایی و کسب اطمینان به طور قابل توجهی تقارن را پیش‌بینی می‌کند که تنظیم هیجان منفی و حوزه‌های ارزیابی افکار منفی با این نوع وسواس و اجبارها مرتبط است. بنابراین، ارتباط بین باورهای وسواسی در بیماران وسواسی و شدت علائم آن‌ها با یافته‌های مطالعات قبلی مطابقت داشت. مرور پژوهش‌ها در حیطه رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان وسواسی-اجباری نشان‌دهنده این است که افراد وسواسی افکار مزاحمی را که در شرایط استرس‌زا ایجاد می‌شوند، غیرقابل تحمل تلقی می‌کنند و معتقدند برای پیشگیری از رخ دادن آن، لازم است اقدامی انجام داده و به اجتناب و رفتارهای اجباری بپردازد که این فعالیت‌ها به نوبه خود ثبات تصورات ناکارآمد و میزان بروز آن‌ها را افزایش می‌دهد؛ بنابراین می‌توان دریافت که باورهای وسواسی و اهمیت به افکار مزاحم رفتارهای اجباری جهت فرونشانی آن‌ها را فراخوانی می‌نماید. به‌طور کلی این نتایج بر اهمیت عوامل آسیب‌پذیری شناختی در اختلال وسواسی جبری تأکید می‌کند، که مطابق با مطالعات قبلی است.



یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد ضریب مسیر باورهای وسواسی بر استرس کرونا و ترس از کرونا معنی‌دار است. این یافته همسو با نتایج آرهما (۲۰۲۰)، جی و همکاران (۲۰۲۰)، سیلوا و همکاران (۲۰۲۰)، تیلور و همکاران (۲۰۲۰) است که نشان می‌دهند اشتغال ذهنی راجع به مسئولیت‌پذیری با ترس کرونا و استرس کرونا ارتباط دارد. همسو با نتایج پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که در زمان همه‌گیری ویروس بسیاری از افراد پاسخ‌ها و رفتارهای مرتبط با استرس و اضطراب ناشی از آن ویروس را از خود بروز می‌دهند. درواقع، استرس کرونا در افراد با نشانگان وسواسی را میتوان ترس از تفکرات و اضطراب حاصل از آن‌ها در نظر گرفت. این احتمال وجود دارد که مولفه‌های باورهای وسواسی نظیر مسئولیت‌پذیری افراطی و افکار وسواسی غیرقابل قبول تجربه استرس کرونا و ترس از کرونا را در طول همه‌گیری افزایش می‌دهد. مسئولیت‌پذیری افراطی و بیش برآورد تهدید نیز در زمانی که فرد خودش را مسئول ایجاد و جلوگیری از یک رویداد ناخوشایند می‌داند، می‌تواند تفکر مزاحم را فراخوانی کند و رفتارهای اجباری همسو با آن‌ها صورت می‌گیرد. بنابراین، هرچه تجربه باورهای وسواسی بیشتر باشد، شدت ترس و اضطراب ناشی از کووید-۱۹ در افراد مبتلا و غیر مبتلا بیشتر است. در نتیجه، افکار وسواسی غیرقابل قبول در افراد جامعه و نمونه‌های بالینی ترس از کرونا و استرس کرونا را افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج حاکی از آن است که استرس کرونا و ترس از کرونا تاثیر مستقیم معناداری بر نشانگان وسواسی جبری دارد که با نتایج ویتون و همکاران (۲۰۲۱)، خسروانی و همکاران (۲۰۲۱)، تیلور و همکاران (۲۰۲۰)، لی (۲۰۲۰)، ماروکوین و همکاران (۲۰۲۰)، نولس و اولتونجی (۲۰۲۰) و ناصری‌نیا و برجعلی (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته میتوان به این موضوع اشاره کرد که استرس کرونا و ترس از کرونا با افزایش همه ابعاد علائم وسواسی جبری، از جمله آلودگی، مسئولیت آسیب، افکار غیرقابل قبول و تقارن مرتبط است. علاوه بر این، همانطور که در مطالعات قبلی گزارش شده است (تیلور و همکاران، ۲۰۲۰)، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه گیری کرونا ویروس باعث افزایش شدت علائم کلی اختلال وسواسی جبری شده است. درواقع، کووید-۱۹ چالش‌های مهمی را برای بسیاری از افراد ایجاد می‌کند که انتظار می‌رود منجر به افزایش علائم وسواسی جبری در ابعاد مختلف شود. نگرانی در مورد خطرناک بودن کووید-۱۹ پاسخ‌های استرس‌زا را در افراد برانگیخته و ناراحتی و اجتناب را تشدید می‌کند (تیلور و همکاران، ۲۰۲۰). طبق مطالعات در این زمینه هرچه سطح استرس بیشتر باشد، شدت نشانه‌های وسواسی در افراد مبتلا و غیرمبتلا بیشتر است (ویتون و همکاران، ۲۰۲۱). باتوجه به آنچه بیان شد کووید-۱۹ به دلیل افزایش سطوح عدم اطمینان و غیرقابل پیش‌بینی بودن، اثرات منفی بر سلامت روان دارد (ویتون و همکاران، ۲۰۲۱؛ لی، ۲۰۲۰) و منجر به پریشانی، ترس و اضطراب (ماروکوین و همکاران، ۲۰۲۰) و نگرانی‌های مربوط به سلامت (تیلور و همکاران، ۲۰۲۰) می‌گردد. درواقع، هنگامی که علائم وسواسی جبری در افراد جامعه به دلیل همه‌گیری کرونا ویروس ظاهر می‌شود (ژنگ، شیائو، شی، وانگ و وانگ، ۲۰۲۰)، علائم در ابعاد مختلف در بیماران مبتلا به این اختلال بروز می‌یابد. به طور خاص، همانطور که بیان شد، ترس و استرس مرتبط با کووید-۱۹ ناشی از همه‌گیری کنونی ممکن است یک مکانیسم اساسی مهم برای تشدید علائم، از جمله علائم وسواسی جبری باشد.

علاوه براین، باورهای وسواسی نه تنها به‌طور مستقیم بلکه غیرمستقیم نیز از طریق مسیر ترس از کرونا و استرس کرونا با شدت علائم وسواسی جبری همراه است. در تبیین این یافته میتوان گفت، باورها و افکار وسواسی غیرقابل قبول به طور غیرمستقیم بر

۱۸..... نقش میانجی استرس و ترس از کرونا در رابطه بین باورهای وسواسی و نشانگان...

علائم وسواسی جبری از طریق پاسخ به ترس و استرس در واکنش به همه‌گیری، به ویژه علائم ترس آسیب‌زا و بررسی اجباری تأثیر می‌گذارد. در حقیقت، یافته‌های فعلی نشان می‌دهد که باورهای وسواسی به تنهایی جزء مهمی از آسیب‌پذیری در برابر بروز علائم وسواسی نبوده است و استرس کرونا و ترس از کرونا ویروس در این رابطه ضروری است؛ زیرا باورهای وسواسی در صورتی با علائم وسواسی جبری رابطه مثبت دارد که استرس کرونا و ترس از کرونا بالا باشد. با این حال و مهمتر از همه، ترس و استرس مربوط به کووید-۱۹ ممکن است به شدت علائم اختلال وسواسی جبری در افراد کمک کند. افرادی که احساس استرس کرونا و ترس از کرونا می‌کنند، احتمال دارد که باورهای وسواسی بیشتری را تجربه کنند و وقتی چنین اعتقادی وجود دارد، نگرانی فرد افزایش می‌یابد و اختلال وسواسی جبری تداوم می‌یابد. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری که افکار غیرقابل قبول را تجربه می‌کنند، برای مقابله با احساسات ناخواسته چالش‌هایی دارند (نولس و اولاتونجی، ۲۰۲۰)، لذا کرونا ویروس افکار مزاحم را افزایش می‌دهد. به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد که ابعاد خاص باورهای وسواسی در مسئولیت آسیب و افکار غیرقابل قبول و همچنین کمالگرایی از طریق نقش استرس کرونا و ترس از کرونا و بررسی رفتارهای مرتبط با همه‌گیری، با شدت علائم وسواسی جبری مرتبط است. از آنجایی که ابعاد علائم وسواس جبری و شدت آن‌ها را می‌توان با اثرات کووید-۱۹، به ویژه پاسخ‌های استرس در واکنش به بیماری همه‌گیر افزایش داد (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۱)، احتمالاً اثرات کرونا ویروس منجر به حاد شدن علائم وسواسی جبری، ایجاد وسواس‌ها و اجبارهای جدید و تغییر شیوه بروز ابعاد علائم وسواسی جبری می‌شود. بنابراین، علاوه بر در نظر گرفتن ماهیت ذاتی ابعاد باورهای وسواسی مانند مسئولیت آسیب و افکار غیرقابل قبول، درمان‌های رایج برای این ابعاد و شدت علائم وسواسی جبری باید برای درمان پاسخ‌های استرس مرتبط با بیماری همه‌گیر، به‌ویژه ترس و استرس آسیب‌زا و بررسی اجباری تنظیم شود. این امر به ویژه برای بیمارانی با افکار غیرقابل قبول یا بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری که شک و عدم اطمینان را تجربه می‌کنند، محوریت دارد. در مجموع بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که باورهای وسواسی با نقش میانجی استرس کرونا و ترس از کرونا با علائم وسواسی اجباری در ارتباط است، طوری که هر چقدر استرس کرونا و ترس از کرونا بیشتر باشد متعاقب آن زمینه بروز علائم وسواسی-جبری یا شدت آن نیز بیشتر می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که به دلیل شیوع کووید-۱۹ امکان روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی نبود و روش نمونه‌گیری به صورت روش دردسترس بود. همچنین عدم استفاده از نمونه‌های بالینی از جمله دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. براساس محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی و همچنین از نمونه‌های بالینی استفاده شود. همچنین ماهیت همبستگی این پژوهش مانع استنتاج روابط علی می‌شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود با استفاده از طرح طولی روابط علی بین متغیرها مطالعه شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود درمانگران علائم ترس از کرونا و استرس کرونا را برای کاهش علائم وسواس فکری عملی، علاوه بر استانداردهای معمول مراقبت برای مدیریت وسواس مورد بررسی قرار دهند. طبق نتایج، طراحی مداخله جهت کاهش ترس و استرس از کرونا و مدیریت علائم وسواسی جبری در هنگام شیوع بیماری‌های واگیردار پیشنهاد می‌شود. براین اساس، برنامه‌ریزی جهت کاهش استرس و باورهای وسواسی نقش

موثری در کاهش نشانگان وسواسی جبری دارد و امری ضروری است. همچنین به منظور کمک به افراد مبتلا به این اختلال برای داشتن زندگی بهتر، نیاز است که این اختلال از جوانب کلی مورد بررسی قرار گیرد و عوامل زمینه‌ساز آن به خوبی شناخته شود.

## سپاسگزاری

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

## منابع

- شمس، گیتی؛ کرم‌قدیری، نرگس؛ اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب و ابراهیم خانی، نرگس (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۲-۱)، ۳۶-۲۳. <http://icssjournal.ir/article-1-29-fa.html>
- طباطبایی، آذرسادات و نجفی، محمود (۱۴۰۱). رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای ترس از خود. *مطالعات روانشناختی*، ۱۸(۲)، ۴۷-۶۱. doi: 10.22051/psy.2022.38964.2557
- عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۰). نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) در رابطه بین اجتناب تجربی با علائم وسواس فکری-عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۴)، ۳۱-۱۱. doi: 10.22051/psy.2021.34131.2367
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ فتی، لادن (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی وسواسی اجباری-بازنگری‌شده در جمعیت دانشجویی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۲۱(۱)، ۷۸-۶۶. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-413-fa.html>
- ناصری‌نیا، سجاد و برجعی، محمود (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا، *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۰(۳۹)، ۱۰۵-۱۳۵. doi: 10.22054/jcps.2021.55622.2447
- Aardema, F. (2020). COVID-19, obsessive-compulsive disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100558. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100558>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Ameri, N., & Najafi, M. (2022). The mediating role of psychological distress (stress, anxiety and depression) in the relationship between experiential avoidance and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 17(4), 11-31. [Text in Persian]. doi: 10.22051/psy.2021.34131.2367
- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 235.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Haciomeroglu, B. (2020). The role of reassurance seeking in obsessive compulsive disorder: the associations between reassurance seeking, dysfunctional beliefs, negative emotions, and obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02766-y>

- Hon, K., Siu, B. W., Cheng, C. W., Wong, W. C., & Foa, E. B. (2019). Validation of the Chinese version of obsessive-compulsive inventory-revised. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(4), 103-111. <https://doi.org/10.12809/eaap1832>
- Ji, G., Wei, W., Yue, K. C., Li, H., Shi, L. J., Ma, J. D., ... & Hu, X. Z. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive symptoms among university students: Prospective cohort survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e21915. <https://doi.org/10.2196/21915>
- Kadivari, F., Najafi, M., & Khosravani, V. (2023). Childhood emotional maltreatment, maladaptive coping and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2829>
- Khosravani, V., Asmundson, G. J., Taylor, S., Bastan, F. S., & Ardestani, S. M. S. (2021). The Persian COVID stress scales (Persian-CSS) and COVID-19-related stress reactions in patients with obsessive-compulsive and anxiety disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100615. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100615>
- Khosravani, V., Bastan, F. S., Ardestani, S. M. S., & Amirinezhad, A. (2020). Psychometric evaluation of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory (VOCI) and its adaptation based on the DSM-5 in Iranian patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 100536. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100536>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2021). Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102323. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102323>
- Lee, S. A. (2020). How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional? *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 97. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.067>
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, 293, 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- McKay, D., Yang, H., Elhai, J., & Asmundson, G. J. (2020). Anxiety regarding contracting COVID-19 related to interoceptive anxiety sensations: The moderating role of disgust propensity and sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102233. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102233>
- Mohammadi, A., zamani, R., & Fata, L. (2015). Validation of the Persian version of the compulsory obsessive-compulsive questionnaire-revised in the student population. *Psychological Research*, 1 (21), 66-78. [Text in Persian]. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-413-fa.html>
- Naserinia, S., & borjali, M. (2020). The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive symptoms in patients with Corona disease. *Clinical Psychology Studies*, 10(39), 135-155. [Text in Persian]. doi: 10.22054/jcps.2021.55622.2447
- Nissen, J. B., Højgaard, D. R. M. A., & Thomsen, P. H. (2020). The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02905-5>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: *Part I. Behaviour Research and Therapy*, 41, 863–878. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00099-2)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385-401. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10041-9)
- Rajabi Khamesi, S., Najafi, M., & Khosravani, V. (2021). The effect of childhood maltreatment on suicidal ideation through cognitive emotion regulation strategies and specific obsessive-

- compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1435-1444. <https://doi.org/10.1002/cpp.2582>
- Shams, G., Karam Ghadiri, N., Esmaeli Torkanbori, Y., & Ebrahimkhani, N. (2004). Validation and Reliability Assessment of The Persian Version of Obsessive Beliefs Questionnaire-44. *Advances in Cognitive Sciences*. 6 (1 and 2) :23-36. [Text in Persian]. <http://icssjournal.ir/article-1-29-fa.html>
- Silva, R. M., Shavitt, R. G., & Costa, D. L. (2020). Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43, 108-108. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1189>
- Tabatabayi, A. S., & Najafi, M. (2022). Relationship between ethical sensitivity with obsessive-compulsive symptoms and sleep problems: The mediating role of fear of self. *Journal of Psychological Studies*, 18(2), 47-61. [Text in Persian]. doi: 10.22051/psy.2022.38964.2557
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706-714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID stress scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>
- Taylor, S., Landry, C. A., Rachor, G. S., Paluszek, M. M., & Asmundson, G. J. (2020). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102289. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289>
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Wheaton, M. G., Messner, G. R., & Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100605. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100605>



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/>).



مطالعات روان‌شناختی دوره ۲۰، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی صفحات: ۳۸-۲۳

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۷/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱

DOI : 10.22051/PSY.2024.45166.2862

[https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article\\_7578.html](https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_7578.html)



مقاله پژوهشی

## تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان

مهديه حسين زاده<sup>۱</sup>، عباسعلي حسين خانزاده<sup>۲\*</sup>، عباس ابوالقاسمي<sup>۳</sup>

### چکیده

مهم‌ترین شاخص نارساخوانی، اختلال در مهارت‌های خواندن است که موجب کاهش انگیزه تحصیلی می‌شود. این پژوهش به‌منظور تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان انجام شد. طرح پژوهش، شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله نارساخوان شهر رشت بودند که در سال ۱۴۰۲ به مراکز اختلالات یادگیری مراجعه کردند. نمونه ۳۰ کودک نارساخوان که با روش دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. گروه آزمایش برنامه آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر را طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. در طی این مدت گروه کنترل فقط ابزارها را در مرحله پیش و پس‌آزمون تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده شامل آزمون رسمی خواندن و نارساخوانی نما، مقیاس سنجش و برآورد هوش‌های چندگانه عابدی، و مقیاس انگیزش پیشرفت هرمنس بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد؛ نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر به‌عنوان زبان یادگیری، باتکیه بر توانایی‌های هوشی، در ارتقای مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان نقش معناداری داشت؛ بنابراین استفاده از آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر، انگیزش تحصیلی، مهارت‌های خواندن، نارساخوانی

<sup>۱</sup> دانشجوی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران [khanzadehabbas@guilan.ac.ir](mailto:khanzadehabbas@guilan.ac.ir)

<sup>۳</sup> استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

بیش از ۲/۴ میلیون کودک در سیستم مدارس دولتی جهان مبتلا به اختلال یادگیری خاص<sup>۱</sup> هستند (الوای<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال یادگیری خاص، اختلالی عصب‌شناختی است که فرد در پردازش اطلاعات، موفقیتی کمتر از حد انتظار نسبت به سن، تحصیلات، و هوش خود کسب می‌کند (فولادی و همکاران، ۱۴۰۲). امروزه "تفاوت های یادگیری"<sup>۳</sup> اصطلاحی است که محبوبیت زیادی پیدا کرده است؛ به‌ویژه هنگامی که با کودکان در مورد مشکلات آنها صحبت می‌شود، زیرا به آن‌ها برچسب "فرد با اختلال" زده نمی‌شود. این اختلال در چهار مقوله تشخیصی گنجانده شده است: اختلال نارساخوانی، اختلال بیان نوشتاری، اختلال ریاضیات، و اختلال یادگیری که به گونه‌های دیگر مشخص نشده است. رایج‌ترین گروه اختلالات یادگیری، اختلالات خواندن است که اگر جنبه اکتسابی داشته باشد، ناخوانی<sup>۴</sup> و در صورتی که جنبه تحولی داشته باشد، نارساخوانی<sup>۵</sup> نام دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۳) که ۵ تا ۱۵ درصد از مجموع دانش‌آموزان را شامل می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). بر اساس قانون آموزش افراد با کم‌توانایی (ها)، نارساخوانی بر سه نوع است: ۱. اختلال خواندن پایه (دشواری در درک روابط بین حروف، صداها، و کلمات) ۲. اختلال روان‌خوانی (دشواری در بیان درست، دقیق، و با سرعت مناسب خواندن) ۳. اختلال درک خواندن (ناتوانی در فهم معنی متن، عبارت‌ها، و کلمات است) (شای‌ویتز و شای‌ویتز، ۲۰۲۱).

برای بسیاری از دانش‌آموزان نارساخوان، انگیزش تحصیلی (تاکر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ کریمی و همکاران، ۱۴۰۰) که عملکرد تحصیلی آنها را مستقیماً تحت تأثیر قرار می‌دهد، در دوران ابتدایی، به مرور کاهش می‌یابد (قدم پورو همکاران، ۱۴۰۰). انگیزش تحصیلی نقشی اساسی در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دارد (هوارد<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و فرد را به سمت تلاش و علاقه خود برای یادگیری و تسلط بر آنچه از او انتظار می‌رود بیاموزد، سوق می‌دهد (نوانکو<sup>۱۰</sup> و نوانکو، ۲۰۲۰). پایدارترین نوع انگیزه، انگیزه درونی است و زمانی که فعالیتی دنبال می‌شود، رخ می‌دهد، زیرا برای فرد ذاتاً لذت‌بخش و جالب است (رایان و دسی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۰؛ به نقل از هورنسترا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۳). از آنجایی که ناتوانی در مهارت‌های خواندن، به‌عنوان مانعی برای موفقیت تحصیلی (وکسلر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۱؛ نعمتی و همکاران، ۱۴۰۱) و افت انگیزش تحصیلی که به طور مستقیم با میزان یادگیری کودک نارساخوان در ارتباط است (ایزان و علی آبادی، ۱۴۰۲)، از اساسی‌ترین مشکلاتی است که کودکان نارساخوان با آن مواجه هستند، درمان‌گران و پژوهشگران در تلاش هستند تا مداخلات متعدد و با روی‌آوردهای متفاوت، در جهت کاهش مشکلات

- 
1. Specific learning disability
  2. Alloway
  3. Learning differences
  4. Alexia
  5. Dyslexia
  6. American Psychiatric Association (APA)
  7. Shaywitz & Shaywitz
  8. Tucker
  9. Howard
  10. Nwankwo
  11. Ryan & Deci
  12. Hornstra
  13. Wexler

این افراد انجام دهند (قدم پور و همکاران، ۱۴۰۰). اگرچه برای اختلال یادگیری خاص هیچ درمان قطعی وجود ندارد، اما می‌توان با موفقیت در طول زندگی و اتکا به نقاط قوت فرد، آن را مدیریت و مهار کرد. مداخله زودهنگام، هدفمند، و ساختاریافته برای افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص نقش کلیدی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). معلمان مدارس و والدین کودکان، اغلب برای حل این دو مشکل از روش‌های قدیمی که بر مبنای یک روش مناسب برای همه است، کمک می‌گیرند که نه تنها نتیجه‌ای به دنبال ندارد، بلکه ممکن است موجب خستگی، ناامیدی، ازدست رفتن علاقه و انگیزه دانش‌آموزان به یادگیری و محیط آموزشی، و در نهایت افت تحصیلی شود (پرماتا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

تا به امروز از مداخله‌های آموزشی متفاوتی برای حل مشکلات این افراد استفاده شده است (دریکوند و همکاران، ۱۴۰۱؛ فابیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، از جمله این روش‌ها، آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر است (فولادی و همکاران، ۱۴۰۲). در روش آموزشی گاردنر هر کودک می‌تواند شیوه یادگیری مورد علاقه (از ریاضی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ گونزالس-تروینو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰) خود را پیدا کرده و نقاط ضعف خود را جبران کند (گاردنر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱؛ به نقل از کاروادی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳). این آموزش به دلیل اتکا بر هوش بهنجار کودکان نارساخوان (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) که یکی از نقاط قوت این کودکان است، می‌تواند مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی این کودکان را کنترل و بهبود دهد (آبنتی<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). گاردنر برخلاف نظر روان‌شناسان گذشته که تنها یک نمره کلی برای بهره هوشی (هوش عمومی) افراد در نظر می‌گرفتند (دوبلن، ۲۰۲۳)، توانایی‌های هوشی را ابتدا به هفت، سپس به هشت، و در نهایت به نه بخش (دوبلن<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳) تقسیم کرد که شامل هوش منطقی - ریاضی؛ هوش موسیقایی؛ هوش کلامی - زبانی؛ هوش درون‌فردی؛ هوش میان‌فردی؛ هوش حرکتی - جنبشی؛ هوش هستی‌گرا؛ هوش طبیعت‌گرا؛ و هوش فضایی است (گاردنر، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه گاردنر، دانش‌آموزان قابلیت‌ها و توانایی‌های هوشی چندگانه منحصر به فرد و متفاوتی دارند و ضعف در یک بعد هوشی، با تقویت بعد هوشی دیگر جبران خواهد شد (گاردنر، ۲۰۲۱؛ به نقل از کاروادی، ۲۰۲۳). نکته اصلی در ارتباط با این نظریه این است که تا زمانی که تکالیف، هماهنگ با توانایی‌های هوشی و سبک یادگیری دانش‌آموز نارساخوان (آبنتی، ۲۰۲۰) باشد، معلمان با مشکلات درسی این افراد برخورد خلاق‌تر و مناسبی (گونزالس-تروینو، ۲۰۲۰) خواهند داشت و دانش‌آموز بهتر به یادگیری می‌پردازد (پاکپاهان<sup>۹</sup>، ۲۰۲۳). علاوه بر این کودکان در سنین دبستان دارای ویژگی‌های مهمی هستند که باید در فرایند یادگیری در نظر گرفته شود؛ مانند لذت بردن مستقیم، قدردانی، انجام فعالیت‌های بسیار واقع‌بینانه، کنجکاو، اشتیاق به یادگیری، احساس نیاز به کمک معلمان / والدین، و تشکیل گروه‌های همسالان (صفری<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱؛ به نقل از کاروادی، ۲۰۲۳). آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر با دانش از طبیعت متفاوت کودکان می‌تواند به معلمان ایده‌ای از روش‌های تدریس مناسب

1. Permata
2. Fabio
3. Azriah
4. Gonzalez-Trevino
5. Gardner
6. Karwadi
7. Abenti
8. Doblton
9. Pakpahan
10. Safari



۲۶..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

بدهد(کاروادی، ۲۰۲۳) همچنین موجب افزایش حرمت خود<sup>۱</sup>، مهارگری درونی، شکیبایی، درک و فهم، استقلال فردی، انگیزش و موفقیت تحصیلی این کودکان می‌شود(پنالبر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳؛ دوبلن، ۲۰۲۳؛ رید<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲).

در مطالعات مختلف آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر بهبود عملکرد عمومی زبان(اصغری و احمدی، ۱۴۰۲)؛ انگیزش تحصیلی، مهارت‌های خواندن، و درک مطلب(پاکپاهان، ۲۰۲۳؛ پنالبر، ۲۰۲۳)؛ یادگیری مهارت‌های زبانی(تندوک و گارنادوزو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰)؛ پیشرفت و انگیزش تحصیلی(قادری و یوسفی اقدم، ۱۴۰۱؛ رید، ۲۰۲۲)؛ پردازش، یادگیری، و ارتباط کلاسی(آبتی، ۲۰۲۰)؛ تحریک محیطی، خلاقیت، و انگیزه(دوبلن، ۲۰۲۳)؛ انگیزه درونی و علاقه به یادگیری(پرماتا و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳)؛ و تنوع آموزشی(کاروادی، ۲۰۲۳) اثربخش بوده است.

باتوجه به اهمیت و نقش اساسی مهارت خواندن در سیستم آموزشی، شیوع بالا و نگران‌کننده اختلالات یادگیری خصوصا نارساخوانی، عدم وجود انگیزش و پیشرفت تحصیلی به دلیل شکست‌های پی‌درپی با وجود صرف انرژی، هزینه، و زمان زیاد سیستم آموزش و پرورش، اهمیت نقش انگیزش تحصیلی در یادگیری و تثبیت انواع مهارت‌های خواندن؛ و خلاء پژوهشی در زمینه آموزش مبتنی بر توانمندی‌های هوشی و نقاط قوت و ضعف؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان انجام شد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر این است که آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان تأثیر دارد.

## روش پژوهش

طرح پژوهش، شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله نارساخوان از مراجعین به مراکز اختلالات یادگیری دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی شهر رشت در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ کودک از جامعه آماری ذکر شده بود که بر اساس عملکرد تحصیلی و آزمون‌های تشخیصی، توسط معلمان و روان‌شناس مراکز درمانی تشخیص نارساخوانی را بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دریافت کردند. انتخاب افراد نمونه به شیوه در دسترس و جایدهی آنها در دو گروه آزمایش(۱۵ نفر) و کنترل(۱۵ نفر) به شیوه تصادفی بود. کودکان گروه آزمایش آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر را به صورت فردی طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. در طی این مدت کودکان گروه کنترل فقط آموزش‌های مرکز آموزشی خود را دریافت کردند. ملاک‌های ورود علاوه بر موارد بالا، دامنه سنی ۷ تا ۱۱ سال، نداشتن اختلال همبود دیگر مانند اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، رضایت داوطلبانه کودک و والدین، تحصیل در مراکز آموزش عمومی در کنار دریافت خدمات در مراکز اختلالات یادگیری و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و تکالیف بود. اصول اخلاقی در پژوهش کسب مجوز کتبی از

1. Self-respect
2. Penalber
3. Wreede
4. Tandoc & Garnadozo
5. Permata

معاونت پژوهش دانشگاه، رضایت کتبی از والدین کودک، بیان اهداف و فواید این پژوهش برای والدین کودک، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم پرداخت هزینه‌ای جهت شرکت در دوره درمان، و محق بودن در ترک پژوهش در هر زمان از انجام پژوهش رعایت شد. داده‌های جمع‌آوری شده، با آزمون تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

#### ابزار

**مقیاس سنجش و برآورد هوش‌های چندگانه عابدی<sup>۱</sup> (۱۳۸۷)** - در این پژوهش از این مقیاس جهت ارزیابی سطوح هوش‌های چندگانه کودکان نارساخوان استفاده شد که بر مبنای بیشترین نمره برآورده شده در هوش‌های چندگانه، مداخله آموزشی هر کودک طراحی شد. این مقیاس بر اساس نه هوش نظریه گاردنر توسط مک‌کنزی طراحی شده است (گاردنر، ۲۰۱۱؛ به نقل از دوبلن، ۲۰۲۳) و در سال ۱۳۸۷ توسط عابدی برای برآورد هوش‌های نه‌گانه گاردنر دانش‌آموزان ۱۰-۶ ساله شهر اصفهان تهیه و هنجاریابی شده است. این مقیاس توسط والدین یا کودکان تکمیل می‌شود. فرم پاسخ‌نامه به صورت مقیاس پنج درجه‌ای از خیلی کم (فعالیتی که به ندرت انجام می‌شود، یک امتیاز) تا خیلی زیاد (فعالیتی که متعدد تکرار می‌شود، پنج امتیاز) طراحی شده است. برای هر هوش ۱۰ سؤال اختصاص یافته است. دوبلن (۲۰۲۳) ضریب همسانی درونی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس در پژوهش عابدی (۱۳۸۷) نشان داد عامل‌های این پرسش‌نامه در مجموع می‌توانند ۶۹/۷۴ درصد از واریانس خرده‌آزمون‌های ۹ گانه این آزمون را تبیین کنند. همچنین ضرایب همسانی درونی مقوله‌های هوشی به روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش شد. همسانی درونی این آزمون در پژوهش حاضر نیز از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**آزمون رسمی خواندن و نارساخوانی نما<sup>۲</sup> (۱۳۸۴)** - در این پژوهش از این آزمون جهت ارزیابی مهارت‌های خواندن کودکان نارساخوان استفاده شد. این آزمون که شامل ده خرده‌مقیاس می‌شود، توسط کرمی نوری و مرادی (۱۳۸۴) تدوین و بر روی ۱۶۱۴ دانش‌آموز به صورت فردی در پنج‌پایه تحصیلی شهر تبریز، سنجندج، و تهران هنجاریابی شد. شرکت‌کننده به‌ازای هر پاسخ صحیح یک نمره می‌گیرد. با توجه به نقطه برش این آزمون (۱۵۷)، شرکت‌کننده‌ای که نمره او ۱۵۷ یا کمتر از ۱۵۷ بود به‌عنوان فرد نارساخوان تشخیص داده می‌شود. در پژوهش عباسی فشمی و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ نمره خرده مؤلفه‌های این آزمون شامل: خواندن ناکلمات، خواندن کلمات، حذف آواها، درک متن، ناکلمات، قافیه‌ها، درک کلمات، نشانه کلمات، نامیدن تصاویر، و نشانه حروف به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۷۷، ۰/۸۴ به دست آمد. نتیجه تحلیل عاملی در مجموع ۶۲/۰۳ درصد از واریانس خرده‌آزمون‌های ۱۰ گانه آزمون نما را تبیین می‌کند. نتایج روایی عاملی این ابزار توسط مرادی و همکاران (۱۳۹۴) مورد بررسی و تایید قرار گرفت؛ عامل‌های این پرسش‌نامه می‌توانند در کل ۶۲/۳۵ درصد از واریانس خرده‌آزمون‌های ۱۰ گانه این آزمون را تبیین کنند. همچنین همسانی درونی این آزمون در پژوهش حاضر نیز از روش آلفای کرونباخ، ۰/۶۶ به دست آمد.

1. Multiple Intelligences Inventory (MII)

2. Reading and Dyslexia Test- NEMA

۲۸..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

پرسش‌نامه انگیزش پیشرفت هرمنس<sup>۱</sup> (۱۹۷۰) - این پرسش‌نامه ۲۹ سؤال به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم دارد که مبتنی بر ۱۰ ویژگی: از سطح انگیزه قوی به سوی پیشرفت، مقاومت پایدار در مواجهه با تکالیف، با سطح متوسط انگیزه، تمایل به تلاش مجدد در تکمیل کردن تکالیف نیمه‌تمام، آینده‌نگری، توجه به ملاک‌های شایستگی در انتساب دوست، بازشناسی از طریق عملکرد خوب و مناسب، کار را به‌خوبی انجام‌دادن، و عمل و رفتار با ریسک پایین می‌شود. دامنه نمره این پرسش‌نامه از ۲۹ تا ۱۱۶ است. نمره کل از مجموع سوالات به دست می‌آید که اگر بالا باشد، نشان‌دهنده انگیزش تحصیلی قوی و اگر پایین باشد، نشان‌دهنده انگیزش تحصیلی ضعیف است. هرمنس با استفاده از روایی محتوا و ضریب همبستگی هر سؤال با رفتارهای پیشرفت‌گرا، ضرایب سوالات پرسشنامه را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۷ به دست آورد؛ همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی پس از گذشت سه هفته به میزان ۰/۸۴ محاسبه کرد (هرمنس، ۱۹۷۰). در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۴۰۲) روایی این پرسش‌نامه به روش تحلیل عاملی نشان داد که عامل‌های این پرسش‌نامه در کل ۶۲/۴۰ در صد از کل واریانس را تبیین می‌کند. همسانی درونی این آزمون در پژوهش حاضر نیز از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ به دست آمد.

### برنامه مداخله‌ای و روش اجرا

برنامه آموزشی و مداخله بر پایه نظریه هوش چندگانه گاردنر طراحی شده است. به منظور ساخت برنامه آموزشی ابتدا پیشینه‌های به‌روز مربوط به هوش چندگانه گاردنر در نظر گرفته شده است. جلسات آموزشی هوش چندگانه گاردنر از برنامه آموزشی که توسط آرمسترانگ در سال ۲۰۰۱ تدوین شده، الگوبرداری شده است. این برنامه توسط نویسنده اول این مقاله در مرکز اختلالات یادگیری اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر (آرمسترانگ، ۲۰۰۱، ترجمه صفری، ۱۳۹۲)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تمرین
۱	ارتباط بین کودک و درمانگر	آشنایی با دانش آموز و والدین او، ایجاد ارتباطی دوستانه، و توضیح اهداف، انتظارات و انواع هوش - های چندگانه گاردنر به دانش آموز.	آشنایی، آگاهی، تسهیل ارتباط، و ایجاد انگیزه	نقاشی، داستان
۲	سنجش و برآورد هوش‌های چندگانه دانش آموز	اجرای آزمون هوش‌های چندگانه گاردنر	آگاهی یافتن درمانگر، والدین، و خود دانش آموز از سطح دقیق هوش‌های چندگانه دانش آموز	نقاشی مرتبط با هوش‌های چندگانه
۳	برگزاری پیش‌آزمون	اجرای آزمون خواندن و نارساخوانی نما و مقیاس انگیزش پیشرفت هرمنس	آگاهی یافتن درمانگر از سطح دقیق مهارت‌های خواندن و انگیزش	بازی متناسب با توانایی‌های هوشی دانش آموز

### 1. Hermans Achievement Motivation Questionnaire (HAMQ)

تحصیلی دانش آموز قبل از اجرای مداخله آموزشی			
ضبط صدای دانش آموز هنگام خواندن کتاب	بهبود هوش زبانی	تلفیق مفاهیم درسی با یکدیگر و تعریف آن در قالب داستان ، بازگویی کلیه افکار و تصوراتی که دانش آموز در زمینه موضوع درسی به ذهنش می رسد در فابل ضبط صوت و پخش صوت او در انتها کلاس	۴ ارائه آموزش مبتنی بر هوش زبانی
طبقه بندی حیوانات و پرسش و پاسخ توسط والدین	بهبود هوش منطقی - ریاضی	تقسیم نکته های اصلی متن درسی به بخش های مختلف توسط دانش آموز، ارزیابی هر بخش برای یافتن موضوع اصلی ، کمیت نمایی، طبقه بندی، درک مطلب(پرسش های سقراطی)، در قالب بازی با کلمات	۵ ارائه آموزش مبتنی بر هوش منطقی-ریاضی
پازل، نقاشی، لگو	بهبود هوش مکانی - فضایی	اجرای مطلب درسی به صورت بحث علمی ، ارزیابی عقاید دانش آموز ، کشیدن مفاهیم اصلی به صورت نقاشی، تصویر و نمودار با رنگ های مختلف روی تخته کلاس ، و تجسم و تصور مطالب درسی با چشمان بسته در ذهن دانش آموز	۶ ارائه آموزش مبتنی بر هوش مکانی - فضایی
طراحی یک نمایش و اجرای آن، پانتومیم	بهبود هوش حرکتی - جسمانی	نرمش آغازین ، اجرای مفاهیم درسی به صورت بازی پانتومیم توسط دانش آموز	۷ ارائه آموزش مبتنی بر هوش حرکتی - جسمانی
آموزش یکی از مهارت های خود به یک دوست	بهبود هوش میان فردی	بازگو کردن احساسات و تجربه های دانش آموز در زمینه مطلب درسی ، پرسش و پاسخ گروهی، و تدریس مطالب به یکی از هم کلاسی های خود	۸ ارائه آموزش مبتنی بر هوش میان فردی
تهیه یک دفتر خاطرات و نوشتن لحظه های عاطفی خود	بهبود هوش درون فردی	فراهم کردن موقعیتی برای افزایش سطح حرمت خود دانش آموز، دادن فرصت برای تأمل در خصوص موضوع درس، و نشان دادن اهداف درس از طریق نقاشی توسط دانش آموز	۹ ارائه آموزش مبتنی بر هوش درون فردی
تهیه و خواندن ریتمیک یک آهنگ	بهبود هوش موسیقایی	خواندن آهنگین موضوع درسی ، ارائه یک موسیقی آرام، و بازگو کردن مطالب درسی در همان حال برای دانش آموز	۱۰ ارائه آموزش مبتنی بر هوش موسیقایی
نگهداری از یک گیاه در خانه و پیاده روی	بهبود هوش طبیعت گرایانه	آوردن گیاه به کلاس و قراردادن آن کنار پنجره، و پرداختن دانش آموز به یک تکلیف درسی خواندنی در مورد حیوانات و گیاه خانگی	۱۱ ارائه آموزش مبتنی بر هوش طبیعت گرایانه
طراحی یک داستان مرتبط با هوش های چندگانه	آگاهی یافتن درمانگر از سطح دقیق مهارت های خواندن و انگیزش	اجرای آزمون خواندن و نارساخوانی نما و مقیاس انگیزش پیشرفت هرمنس ، توضیح برنامه آموزشی	۱۲ برگزاری پس آزمون و آموزش مداخله

۳۰..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

آموزشی به والدین  
خاص هر کودک به والدین و دادن هدیه‌ای به شرکت‌کنندگان  
تحصیلی دانش‌آموز پس از اجرای مداخله آموزشی

### یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی درگروه آزمایش و کنترل آورده شده است. باتوجه به معنادارنبودن آماره شاپیرو-ویلک ( $P > 0/05$ )، توزیع متغیرها نرمال است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره S-W	سطح معناداری
خواندن کلمات	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۳/۶۰	۸/۲۵	۰/۹۷	۰/۸۶
		کنترل	۷۳/۴۰	۸/۱۴	۰/۹۳	۰/۲۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۳/۹۳	۷/۹۹	۰/۹۵	۰/۶۳
		کنترل	۷۳/۹۳	۷/۹۵	۰/۹۵	۰/۵۴
زنجیره کلمات	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۲۷	۱۰/۷۹	۰/۹۰	۰/۱۱
		کنترل	۳۴/۷۳	۹/۹۴	۰/۹۲	۰/۲۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۸/۳۳	۸/۹۶	۰/۹۵	۰/۵۴
		کنترل	۳۴/۲۷	۱۰/۳۰	۰/۸۹	۰/۰۸
قافیه‌ها	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۷/۳۳	۱۹/۴۴	۰/۹۳	۰/۳۲
		کنترل	۷۴/۴۷	۲۱/۱۳	۰/۸۹	۰/۰۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۹۳/۴۰	۱۴/۹۷	۰/۹۰	۰/۱۱
		کنترل	۷۴/۲۰	۲۰/۷۲	۰/۹۰	۰/۰۹
نامیدن تصویر	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۶/۲۰	۸/۰۳	۰/۹۲	۰/۲۳
		کنترل	۷۵/۶۰	۱۰/۲۱	۰/۸۹	۰/۰۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۷/۱۳	۷/۷۰	۰/۹۷	۰/۹۱
		کنترل	۷۵/۸۷	۱۰/۲۴	۰/۹۵	۰/۵۹
درک متن	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۶/۶۷	۱۴/۶۰	۰/۹۲	۰/۲۴
		کنترل	۷۹/۶۰	۱۶/۲۳	۰/۸۷	۰/۰۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۷۳	۱۷/۹۸	۰/۹۳	۰/۲۸
		کنترل	۷۸/۸۰	۱۵/۳۶	۰/۸۹	۰/۰۹

۰/۷۵	۰/۹۶	۱۱/۱۳	۱۰/۸۰	آزمایش	پیش آزمون	درک کلمات
۰/۶۲	۰/۹۵	۱۶/۲۷	۹۹/۰۷	کنترل		
۰/۵۴	۰/۰/۹۵	۱۱/۳۰	۱۱/۴۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۵۵	۰/۹۵	۱۶/۴۰	۹۸/۲۷	کنترل		
۰/۰۶	۰/۸۹	۲۰/۱۲	۲۸/۶۷	آزمایش	پیش آزمون	آواها
۰/۰۹	۰/۹۰	۱۶/۴۴	۲۴/۸۷	کنترل		
۰/۰۶	۰/۸۶	۲۸/۰۲	۵۳/۶۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۱۱	۰/۹۰	۱۵/۵۴	۲۴/۰۷	کنترل		
۰/۳۱	۰/۹۳	۱۵/۶۷	۷۵/۸۷	آزمایش	پیش آزمون	خواندن ناکلمات
۰/۱۶	۰/۹۱	۱۶/۲۴	۷۰/۲۷	کنترل		
۰/۷۵	۰/۹۶	۱۷/۰۶	۹۴/۲۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۵۰	۰/۹۴	۱۵/۴۵	۶۹/۶۷	کنترل		
۰/۰۹	۰/۸۹	۱۵/۲۶	۷۷/۳۳	آزمایش	پیش آزمون	حرف
۰/۱۱	۰/۹۱	۱۵/۴۶	۷۴/۷۳	کنترل		
۰/۳۱	۰/۹۳	۱۶/۸۱	۹۹/۰۰	آزمایش	پس آزمون	
۰/۵۳	۰/۹۵	۱۴/۷۵	۷۴/۱۳	کنترل		
۰/۴۸	۰/۹۴	۲۱/۳۰	۷۲/۱۳	آزمایش	پیش آزمون	مقوله
۰/۱۰	۰/۹۰	۲۰/۷۰	۷۰/۵۳	کنترل		
۰/۲۵	۰/۹۲	۱۷/۵۴	۸۹/۸۷	آزمایش	پس آزمون	
۰/۵۲	۰/۹۵	۲۰/۳۵	۷۱/۱۳	کنترل		
۰/۱۲	۰/۹۰	۸/۶۲	۷۴/۷۲	آزمایش	پیش آزمون	مهارت های خواندن
۰/۰۶	۰/۸۵	۸/۹۳	۷۳/۲۰	کنترل		
۰/۹۸	۰/۹۸	۸/۷۳	۸۸/۵۳	آزمایش	پس آزمون	
۰/۰۷	۰/۸۶	۱۰/۶۰	۷۱/۱۳	کنترل		
۰/۱۲	۰/۹۰	۹/۹۹	۴۱/۴۰	آزمایش	پیش آزمون	انگیزش تحصیلی
۰/۸۱	۰/۹۶	۶/۲۸	۴۳/۶۷	کنترل		
۰/۷۰	۰/۸۹	۹/۶۴	۴۹/۸۷	آزمایش	پس آزمون	
۰/۲۹	۰/۹۳	۶/۴۳	۴۲/۲۰	کنترل		

۳۲..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

برای بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. با توجه به برابری واریانس مهارت های خواندن ( $F=0/01, P=0/90 > 0/05$ ) و انگیزش تحصیلی ( $F=0/46, P=0/27 > 0/05$ ) در گروه ها؛ و همگونی شیب رگرسیون مهارت های خواندن ( $F=0/09, P=0/75 > 0/05$ ) و انگیزش تحصیلی ( $F=0/17, P=0/25 > 0/05$ )؛ پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر روی متغیرهای وابسته به صورت مجزا، در جدول ۳ مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات متغیرهای وابسته بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ و آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر احتمالاً موجب افزایش ۶۳ درصدی مهارت های خواندن و افزایش ۴۳ درصدی انگیزش تحصیلی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در رابطه با مهارت های خواندن و انگیزش تحصیلی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مهارت های خواندن	۱۲۵۱/۵۸	۱	۱۲۵۱/۵۸	۴۶/۰۰	۰/۰۰	۰/۶۳	۱/۰۰
انگیزش تحصیلی	۶۳۸/۵۹	۱	۶۳۸/۵۹	۲۰/۳۹	۰/۰۰	۰/۴۳	۰/۹۹

برای بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر انواع مهارت های خواندن از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. با توجه به برابری واریانس مؤلفه ها ( $F=0/00, P=0/13 > 0/05$ )، برابری ماتریس کواریانس آنها ( $F=0/45, P=0/08 > 0/05$ )، معناداری رابطه بین آنها ( $F=2/14, P=0/00 < 0/05$ )، و همگونی شیب رگرسیون ( $F=0/05, P=0/93 > 0/05$ ) در گروه ها؛ در جدول ۴، مشاهده می شود که گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه ها تفاوت معناداری دارند ( $p < 0/05$ )؛ به عبارتی احتمالاً ۹۷ درصد از کل واریانس های گروه ها ناشی از اثر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی انواع مهارت های خواندن

نام آزمون	مقدار	آماره F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
لامبدای ویکلز	۰/۰۲	۳۸/۸۸	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۷	۱/۰۰

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که در دو گروه آزمایش و کنترل، بین انواع مهارت خواندن کودکان نارساخوان تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ به عبارتی آموزشی مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر احتمالاً موجب افزایش ۸۵ درصدی مهارت خواندن کلمات، ۹۰ درصدی زنجیره کلمات، ۶۲ درصدی قافیه ها، ۵۲ درصدی نامیدن تصویر، ۶۵ درصدی درک متن، ۸۲ درصدی درک کلمات، ۶۱ درصدی آواها، ۵۰ درصدی خواندن ناکلمات، ۶۹ درصدی حرف، و ۵۸ درصدی مقوله گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در رابطه با انواع مهارت‌های خواندن

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماري
خواندن کلمات	۶۶۳/۶۱	۱	۶۶۳/۶۱	۱۰۵/۵۴	۰/۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
زنجیره کلمات	۱۵۰۳/۱۰	۱	۱۵۰۳/۱۰	۱۶۶/۸۷	۰/۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
قافیه‌ها	۲۰۳۰/۷۹	۱	۲۰۳۰/۷۹	۲۹/۶۳	۰/۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
نامیدن تصویر	۸۰۷/۳۹	۱	۸۰۷/۳۹	۲۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۹۸
درک متن	۳۰۹۲/۴۸	۱	۳۰۹۲/۴۸	۳۴/۰۹	۰/۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
درک کلمات	۲۳۹۱/۱۶	۱	۲۳۹۱/۱۶	۸۲/۷۱	۰/۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
آواها	۴۹۴۵/۶۳	۱	۴۹۴۵/۶۳	۲۸/۵۴	۰/۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
خواندن ناکلمات	۲۲۳۲/۲۳	۱	۲۲۳۲/۲۳	۱۸/۴۳	۰/۰۱	۰/۵۰	۰/۹۸
حرف	۲۹۹۸/۱۰	۱	۲۹۹۸/۱۰	۴۱/۶۰	۰/۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
مقوله	۲۰۳۹/۴۰	۱	۲۰۳۹/۴۰	۲۵/۲۶	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت‌های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر، مهارت‌های خواندن (خواندن کلمات و ناکلمات، درک متن، آواها، قافیه‌ها، ناکلمات، حروف، مقوله، و نامیدن تصویر) و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان را بهبود بخشید. یافته‌های این پژوهش از نظر اثربخشی با نتایج پژوهش‌هایی همچون کاروادی (۲۰۲۳)، قادری و یوسفی اقدم (۱۴۰۱)، فولادی و همکاران (۱۴۰۲)، پاکپاهان (۲۰۲۳)، و تندوک و گارنادوزو (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به نتایج مطالعات انجام شده مبنی بر اینکه اغلب کودکان نارساخوان در بدو ورود به آموزش رسمی مدارس ابتدا در یادگیری صدای حروف کلمات، مشکلاتی را نشان می‌دهند (کریمی و همکاران، ۱۴۰۰) و از عوامل آن نادیده گرفتن توانایی‌های هوشی (پاکپاهان، ۲۰۲۳) و عدم اجرای مداخله زودهنگام (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) این کودکان است؛ بنابراین استفاده بهنگام از آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر به دلیل اتکا بر هوش بهنجار (آبنتی، ۲۰۲۰) این کودکان می‌تواند موجب بهبود عملکرد خواندن آن‌ها شود. این در حالی است که کودکان در پایان پایه اول تحصیلی، به طور معناداری در واج، نحو و ریخت شناسی دچار اختلال می‌شوند (عباسی فشمی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از علت‌های این مسئله، یادگیری با شیوه‌های سنتی است (دریکوند و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین این مداخله از طریق ارائه شیوه‌های نوین و هماهنگ با انواع هوش کودک می‌تواند علائم نارساخوانی دانش‌آموزان را کاهش دهد و موجب بهبود مهارت‌های خواندن آنها شود.



۳۴..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

از سوی دیگر، پایه و اساس مهارت های خواندن، درک مطلب است (پاکپاهان، ۲۰۲۳). از آن جایی که امروزه در مدارس تأکید بر هوش زبانی است و همین آموزش تک بعدی موجب افت درک مطلب کودکان نارساخوان می شود (فولادی و همکاران، ۱۴۰۲)؛ پژوهش حاضر همسو با نتایج یافته های اصغری و احمدی (۱۴۰۲)، از طریق آموزشی تلفیقی (گاردنر، ۲۰۲۱)؛ به نقل از کاروادی، (۲۰۲۳) مبتنی بر انواع هوش گاردنر، بر بهبود مهارت های خواندن از جمله درک مطلب تأثیر دارد. همچنین طبق نتایج پژوهش های تاکر و همکاران (۲۰۲۰)، و قدم پور و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اینکه انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان، در دوران ابتدایی به مرور کاهش می یابد؛ و از آنجایی که عوامل درونی مانند انگیزش تحصیلی بهترین پیش بین برای پیشرفت در مهارت های خواندن است (هوارد و همکاران، ۲۰۲۰)؛ این مداخله آموزشی با اتکا بر نقاط قوت (آبنتی، ۲۰۲۰) می تواند این عامل درونی را در کودکان نارساخوان به مرور ارتقا دهد (ازریا و همکاران ۲۰۲۰)، و از این طریق موجب بهبود مهارت های خواندن آنها می شود. از طرفی عوامل بیرونی شامل موقعیت یادگیری، شیوه آموزش، و جو عاطفی کلاس نیز از عوامل پیش بینی کننده انگیزش تحصیلی هستند و از آنجایی که امروزه اغلب از شیوه های تکراری و یکنواخت برای آموزش کودکان نارساخوان استفاده می شود؛ نتایج این پژوهش همسو با مطالعات رید (۲۰۲۲)، گاردنر (۲۰۲۱)، پنالبر (۲۰۲۳)، پرماتا و همکاران (۲۰۲۳)، دویلن (۲۰۲۳)، و ازریا و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر به عنوان زبان یادگیری کودکان نارساخوان، با ارائه آموزشی متناسب با استعداد و علاقه کودکان نارساخوان موجب بهبود انگیزش تحصیلی و در نهایت ارتقای مهارت های خواندن آنها می شود.

پژوهش های بسیاری در زمینه بررسی اثربخشی آموزش هوش چندگانه گاردنر بر مؤلفه های مهارت های خواندن با نمونه های مشابه این پژوهش انجام شده است، خوشبختانه تعدادی از این پژوهش ها آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر را بر روی کودکان دارای کم توانایی های یادگیری اجرا کرده اند. در مطالعات پیشین به طور مستقیم اثربخشی آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر کودکان نارساخوان مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به نتایج این پژوهش، آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر به کودکان نارساخوان که یکی از نقاط قوت آنها، هوش بهنجار آنهاست، می آموزد که همه افراد دارای هر نه هوش گاردنر به نسبت های منحصر به فرد، مجزا، قابل آموزش، و ارتقا هستند. آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر با ایجاد فرصت ها و امکانات متناسب با هر فرد به کودکان نارساخوان کمک می کند با اتکا بر توانایی های هوشی خود، انگیزه و توانایی های هوشی نهفته خود را بروز دهند و از این طریق حرمت خود و انگیزش تحصیلی آنها در کلاس ارتقا یابد. آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر موجب بهبود مؤلفه های مهارت های خواندن می شود. درحقیقت، در این روش آموزشی با شناخت توانایی ها، تفاوت های فردی، و علائق خاص هر فرد، می تواند زبان یادگیری هر کودک نارساخوان را کشف کند و آموزش مهارت های خواندن را تسهیل دهد. آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر این مداخله با ارائه برنامه آموزشی فردی برای هر کودک نارساخوان و آموزش آن به والدین و آموزگاران موجب بهبود رابطه معلم - والدین - دانش آموز می شود و از این طریق خستگی روانی را در والدین و کودک نارساخوان کاهش می دهد. این آموزش با ارائه شیوه های نوین، چندبعدی، و متناسب با نیازهای کودکان نارساخوان در شیوه تدریس، اداره کلاس، گروه بندی، ارائه تکالیف، و شیوه ارزشیابی می تواند موجب علاقه و اشتیاق کودکان نارساخوان به یادگیری خواندن شود. با توجه به اینکه مهارت های خواندن، پایه یادگیری سایر دروس است؛ و همچنین

انگیزش تحصیلی به عنوان مهم ترین پیش نیاز یادگیری، در نتیجه این مداخله موجب پیشرفت تحصیلی نیز می شود. بنابراین آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر با تأثیری که بر مهارت های خواندن و انگیزش تحصیلی کودکان نارساخوان دارد، می تواند در کنار سایر پژوهش های مرتبط، به نظریه ای آموزشی و جزئی از برنامه آموزشی کلیه مدارس اعم از کودکان با و بدون اختلالات روان شناختی شود.

این پژوهش در گروه کودکان نارساخوان ۷ تا ۱۱ ساله انجام شد؛ بنابراین در تعمیم به سایر اختلالات روان شناختی و پایه های تحصیلی باید احتیاط شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی، مرحله پیگیری و جایدی تصادفی جهت تعمیم دقیق تر استفاده شود. همچنین به عنوان پیشنهاد کاربری می توان به اجرای آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر در مراکز اختلالات یادگیری و آموزش چگونگی اجرای آن به والدین و معلمان به عنوان زبان یادگیری کودکان نارساخوان اشاره کرد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه گیلان نویسنده یکم با راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم است. مجوز علمی اجرای این پژوهش طی نامه ای با شماره ۱۱۶۹۱۷ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۸ از سوی معاونت علمی و پژوهش دانشگاه صادر شده است.

از تمامی دانش آموزان و والدینشان که در این پژوهش با ما همکاری کردند تشکر می نمایم.

#### تعارض منافع و حمایت مالی

نویسندگان اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی و حمایت مالی وجود ندارد.

#### منابع

اصغری، نجما؛ و احمدی، پروین. (۱۴۰۲). تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه هوش چندگانه گاردنر بر عملکرد عمومی یادگیرندگان زبان انگلیسی. *مطالعات برنامه درسی*، ۱۹(۷۲)، ۱-۱۰. [https://www.jcsicsa.ir/article\\_170868.html](https://www.jcsicsa.ir/article_170868.html)

ایزان، محسن؛ و احمدی علی آبادی، افسانه. (۱۴۰۲). بررسی تأثیر روش های آموزش انفرادی بر عزت نفس، انگیزش تحصیلی و عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان مقطع ابتدایی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲۳(۱)، ۴۷-۶۴.

<http://dx.doi.org/10.52547/joec.23.1.47>

دریکوند، محمد؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ و حاجی یخچالی، علیرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی توان بخشی شناختی آرام بر بهبود کارکردهای اجرایی (توجه پایدار، بازداری پاسخ) و مهارت ها خواندن (سرعت، صحت، و درک متن) در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص از نوع نارساخوانی. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۱۱(۲۰)، ۲۴-۱.

<https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2022.26400.2476>

رحیمی، محمد؛ افروز، غلامعلی؛ واعظ موسوی، سیدمحمدکاظم؛ و غلامعلی لوسانی، مسعود. (۱۴۰۲). طراحی یک مداخله تربیتی-حرکتی و ارزیابی اثربخشی آن بر انگیزه پیشرفت نوجوانان فوتبالیست. *نشریه رشد و یادگیری حرکتی ورزشی*، ۱۵(۱)، ۴۵-۶۱.

<http://doi.org/10.22059/jsmdl.2023.353180.1696>

عابدی، احمد. (۱۳۸۷). ساخت و هنجاریابی مقیاس سنجش و برآورد هوش های چندگانه کودکان ۶ تا ۱۰ ساله شهر اصفهان. *سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان*، ۴۵-۶۰.

۳۶..... تأثیر آموزش مبتنی بر هوش چندگانه گاردنر بر مهارت های خواندن و انگیزش...

عباسی فشمی، نازنین؛ اکبری، بهمن؛ و حسین‌خانزاده، عباسعلی. (۱۴۰۰). اثربخشی پسخوراند زیستی بر بهبود عملکرد خواندن و ادراک دیداری- حرکتی کودکان با نارساخوانی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۸(۴)، ۱۶-۲۸.

<http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.4.3>

فولادی، بهروز؛ نریمانی، محمد؛ موسی زاده، توکل؛ و تکلوی، سمیه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر هوش چندگانه و آگاهی واج شناختی و ترکیب این دو روش بر بهبود مهارت‌های خواندن دانش‌آموزان نارساخوان. ناتوانی‌های یادگیری، ۱۲(۴)، ۵۱-۶۵.

<https://doi.org/10.22098/jld.2023.13131.2099>

قادری، سامان؛ و یوسفی اقدم، گلاویژ. (۱۴۰۱). بررسی رابطه هوش چندگانه گاردنر و پیشرفت تحصیلی و نگرش دانش‌آموزان نسبت به رشته های مختلف. پیشرفت های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۵(۵۲)، ۳۸-۶۰.

<https://www.jonapte.ir/fa/showart-19c6838b5e0f71eb0bef509720eb1df2>

قدم پور، عزت‌الله؛ قاسم زاده، فاطمه؛ پادروند، حافظ؛ عالی پور، کبری. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر هوش موفق بر انگیزش تحصیلی و خودتنظیمی تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱(۱۶۷)، ۹۳-۸۳.

<http://exceptionaleducation.ir/article-1-2496-fa.html>

کریمی نوری، رضا؛ و مرادی، علیرضا. (۱۳۸۴). آزمون خواندن و نارساخوانی (نما). رج: جهاددانشگاهی، تربیت معلم.

کریمی لیچاهی، رقیه؛ اکبری، بهمن؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ و اسدی مجره، سامره. (۱۴۰۰). تأثیر برنامه مداخله‌ای چندوجهی (آموزش یکپارچگی حسی- حرکتی در سطح کودک و والدین) بر نگرش و عملکرد خواندن دانش‌آموزان نارساخوان فصلنامه سلامت روان

کودک، ۸(۲)، ۵۹-۷۰. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2368-fa.html>.

نعمتی، شهرزاد؛ میرنسب، میرمحمد؛ باردل، محمد؛ و ابراهیمی، وحیده. (۱۴۰۱). تأثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه. مطالعات روان‌شناختی، ۱۸(۳)، ۷۹-۹۱. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.38653.2549>

مرادی، علیرضا؛ حسینی، مریم؛ کریمی نوری، رضا؛ حسینی، جعفر؛ و پرهون، هادی. (۱۳۹۵). بررسی اعتبار و روایی عاملی آزمون خواندن و نارساخوانی (نما). تازه های علوم شناختی، ۱۸(۱)، ۳۴-۲۲. <http://icssjournal.ir/article-1-409-fa.html>.

Abbasi Fashami, N., Akbari. B., & Hosseinkhanzadeh, A. A. (2021). The effectiveness of biofeedback on improving reading performance and visual-motor perception in children with dyslexia. *Child Ment Health*, 8(4), 16-28. (Text in Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.4.3>

Abedi, A. (1387). Construction and standardization of the scale for measuring and estimating the multiple intelligences of children aged 6 to 10 in Isfahan city. *Education Organization of Isfahan Province*, 60-45.

Abenti, H.F. (2020). How do i teach you? An examination of multiple intelligences and the impact on communication in the classroom. *Language & Communication*, 73, 29-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.langcom.2020.04.001>

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM5, (5th ed)*. Arlington: American Psychiatric.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM5, (5th ed)*. Arlington: American Psychiatric.

Alloway, T. P., Carpenter, R. K. J. T. E., & Psychologist, D. (2020). The relationship among children's learning disabilities, working memory, and problem behaviours in a classroom setting: Three case studies. *Educational and Developmental Psychologist*, 37(1), 4-10. <http://dx.doi.org/10.1017/edp.2020.1>

Armstrong, T. (2001). *Multiple intelligences in the classroom*. Translation Mahshid Safari. (2013), Tehran: school Publishing.

- Asghari, N., & ahmadi, P.(2023). The effect of teaching based on Gardner's theory of multiple intelligences on the general performance of English language learners. *Journal of Curriculum Studies*,(), -. (Text in Persain) [https://www.jcsicsa.ir/article\\_170868.html](https://www.jcsicsa.ir/article_170868.html)
- Azriah, M.A., Ku Suhaila,K.J.,& Izwan,M.(2020). Relationship between multiple intelligence and career interest among secondary school students. *Education and Humanities Research*, 464, 671-677. <http://dx.doi.org/10.2991/assehr.k.200824.152>
- Derikvand, M., Shehni Yailagh, M., & Hajiyakhchali, A.(2023). The effectiveness of cognitive rehabilitation game of executive function and reading skills in students with dyslexia. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 11(20), 1-24.( Text in Persian) <https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2022.26400.2476>
- Doblon, M. G. B.(2023). Senior high school students' multiple intelligences and their relationship with academic achievement in science. *Integrated Science Education Journal*, 4(1), 01-08. <https://doi.org/10.37251/isej.v4i1.298>
- Fooladi, B., Narimani, M., Mousazadeh, T., & Taklavi, S.(2023). Comparing the effectiveness of education based on multiple intelligences and phonological awareness and the combination of these two methods on improving the working memory of dyslexic students. *Journal of Learning Disabilities*, 12(4), 65-51(Text in Persian) . <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22518673.1402.12.4.4.4>
- Qhadri, S., & Yousefi Aghdam, G.(1401). Investigating the relationship between Gardner's multiple intelligences and academic achievement and students' attitudes towards different fields. *New Developments in Psychology, Educational Sciences and Education*, 5(52), 38-60. (Text in Persian) <https://www.jonapte.ir/fa/showart-19c6838b5e0f71eb0bef509720eb1df2>
- Ghadampour, A., Ghasemzadeh, F., Padrond, H.,& Alipour, K.(2022). The effectiveness of successful intelligence-based education on academic motivation and academic self-regulation of students with specific learning disorder. *Journal of Exceptional Education*, 1(167),83-93. (Text in Persian) <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2496-fa.html>
- Gonzalez-Trevino,I.M., Núñez-Rocha,G.M., Valencia-Hernandez,J.M.,& Arrona-Palacios,A.(2020). Assessment of multiple intelligences in elementary school students in Mexico, *An exploratory study. Heliyon*,6,2-5. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03777>
- Hermans, H.J.(1970). A questionnaire measure of achievement motivation. *Journal of Applied Psychology*,54(4),353-63. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0029675>.
- Hornstra,L., Mathijssen,A.C.S., Denissen,J.J.A.,& Bakx,A.(2023). Academic motivation of intellectually gifted students and their classmates in regular primary school classes: A multidimensional, longitudinal, personand variable-centered approach. *Learning and Individual Differences*,107,1-15. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2023.102345>.
- Howard, J. L., Gagn'e, M., van den Broeck, A., Guay, F., Chatzisarantis, N., Ntoumanis, N., & Luc, ., & Pelletier, G..(2020). A review and empirical comparison of motivation scoring methods: An application to self-determination theory. *Motivation and Emotion*, 44, 534-548. <https://doi.org/10.1007/s11031-020-09831-9>.
- Izan,M.,& Ahmadi aliabadi, A.( 2023). Effect of individual education methods on the self-esteem, academic motivation and reading performance of dyslexic elementary students. *Exceptional Children*,23(1),47-64. <http://dx.doi.org/10.52547/joec.23.1.47>
- Karimi Lichahi, R., Akbari ,B., Hoseinkhanzadeh, A. A.,& Asadimajreh, S.(2021). The effectiveness of Sensory-Motor Integration Trainingon working memory and visual-motor coordination of dyslexic students. *Journal of Exceptional Education*,1(161),59-70. (Text in Persian) <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2368-fa.html>.

- Karmi Nouri, R., & Moradi, A.(1384). *Reading and dyslexia test(NEMA)*. RJ: University Jihad, Teacher Training.( Text in Persian)
- Karwadi,K.(2023). Implementation of multiple intelligence in elementary school or madrasah ibtidalyah learning. *Golden Age : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*,7(1),43-52. <https://doi.org/10.29313/ga:jpaud.v7i1.11738>
- Moradi, A., Hosaini,M., Korminouri,R., Hassani, J., & Parhoon, H.(2016). Reliability and validity of reading and dyslexia test. *Advances in Cognitive Sciences*, 18(1),22-34(Text in Persian) . <http://icssjournal.ir/article-1-409-fa.html>
- Nemati, S., Mir Nasab, M. M., Bardel, M., & Ebrahimi,V.(2022). The effect of cognitive strategies on reading performance of students with specific learning disability. *Journal of Psychological Studies*, 18(3), 79-91.( Text in Persian) <https://doi.org/10.22051/psy.2022.38653.2549>
- Nwankwo, C. A., & Nwankwo, C. A.(2020). Relationship between students' academic achievement motivation and their attitude towards examination malpractice. *Nnadiesube Journal of Education*, 5(1), 71-83. [https://www.acjol.org/index.php/njea/article/view/njea\\_v5n1\\_6](https://www.acjol.org/index.php/njea/article/view/njea_v5n1_6)
- Pakpahan, C.(2023). The multiple intelligences strategy into students' reading comprehension mastery at eleventh grade students' of SMA Swasta HKBP Sidorame. *English Language Teaching Prima Journal(ELT)*, 5(1), 24-38. <https://doi.org/10.34012/eltp.v5i1.3815>
- Penalber,M.(2023). The practice of Gardner's multiple intelligences theory in the classroom. *Journal for Educators, Teachers and Trainers* ,14(4),62-74. <https://doi.org/10.47750/jett.2023.14.04.006>
- Permata, K.I.,Salsabilla,R.,&Sikandarali,M.(2023).Multiple intelligence-based instruction to increase students' intrinsic motivation in learning english. *Applied Research on English Education*,1(1),48-59. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/AREE/article/view/11552>
- Rahimi, M., Afroz, G., Vaez Mousavi, M.k. & Lavasani, G. (2023). Designing and evaluating the effectiveness of an educational-motor intervention on the achievement motivation of adolescent soccer players. *Journal of Sports and Motor Development and Learning*, 15 (1),45-61.( Text in Persian) <http://doi.org/10.22059/jsmdl.2023.353180.1696>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L.(2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a selfdetermination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61 <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Shaywitz, S.E., Shaywitz, J.E., & Shaywitz, B.A.(2021). Dyslexia in the 21st century. *Current Opinion in Psychiatry*,34(2),80-86. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000670>
- Tandoc, J., & Garnadozo, J. M.(2022). Multiple intelligences and level of mental ability in language learning. *International Journal of Linguistics, Literature and Translation*, 5(4), 32–41. <https://doi.org/10.32996/ijllt.2022.5.4.5>
- Tucker ,C. M., Zayco, R .A., & Herman, K.C.(2020).Teacher and child variables as predictors of academic engagement among low-income African American children. *Psychology in the Schools*, 39(4), 477-488. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.10038>
- Wexler, J.(2021). Improving instruction in co-taught classrooms to support reading comprehension. *Intervention in School and Clinic*, 56(4), 195-199. <https://doi.org/10.1177/1053451220944212>
- Wreede,P.(2022).Utilizing the Multiple Intelligences Theory in Classrooms(Thesis,ConcordiaUniversity,St.Paul).Retrievedfrom[https://digitalcommons.csp.edu/teachereducation\\_masters/64](https://digitalcommons.csp.edu/teachereducation_masters/64).



## مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری

پریسا احمدی آذر<sup>۱</sup>، محبوبه طاهر<sup>۱\*</sup>، سقا افراخته<sup>۲</sup>، فائزه جهان<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه استفاده شد. ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه، هر گروه ۱۵ نفر، گمارده شدند. ابزارهای مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و پرسشنامه احساس گناه بود که در سه مرحله استفاده شد؛ در ابتدا از شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، گروه‌های آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مواجهه‌سازی و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی اجرا شد. پس‌آزمون پس از مداخله و مرحله پیگیری اجرا گردید. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی، احساس گناه را کاهش داد و درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ تأثیر موثرتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. **کلیدواژه‌ها:** احساس گناه، اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران [Mahboobe.taher@yahoo.com](mailto:Mahboobe.taher@yahoo.com)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

## مقدمه

اختلال وسواسی-بی‌اختیاری<sup>۱</sup> یک وضعیت روانی شدید است (کاتیراوان و چاکرابارتی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳) که با افکار مزاحم و رفتارهای تکراری با هدف ختنی کردن اضطراب یا رنج ناشی از این افکار مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و شیوع آن در طول زندگی در سراسر جهان ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود و شیوع ۱۲ ماهه تقریباً ۱ درصد است (ملچویر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال وسواسی-بی‌اختیاری برای فرد آزاردهنده و غیرقابل کنترل است و اغلب منجر به صدمه زدن به خود یا افراد مهم می‌شود (لاثوری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با وجود وسواس و اجبار مشخص می‌شود (دنزل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه وجود تنها یکی از این دو علامت برای دریافت تشخیص اختلال وسواسی-بی‌اختیاری کافی است (گومس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)، بیماران معمولاً هر دوی آن ظاهر می‌سازند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). از سوی دیگر می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با علائم اضطرابی در ارتباط است به طوری که می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری باعث می‌شود فرد مبتلا احساس اضطراب کند (مک‌کای<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این‌ها را می‌توان از هذیان‌ها متمایز کرد، زیرا اغلب به‌عنوان مزاحم درک می‌شوند، و معمولاً به‌عنوان غیرواقعی یا اغراق‌آمیز شناخته می‌شوند، اگرچه این تفاوت در برخی شرایط می‌تواند مبهم شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳).

عوامل مختلفی می‌توانند با وسواسی-بی‌اختیاری در ارتباط باشند، که بر اساس تحقیقات، می‌توان گفت که احساس گناه<sup>۸</sup> یکی از این عوامل تاثیرگذار است، به طوری که مجموعه‌ای از شواهد تجربی ثابت برای وجود سرزنش و گناه بیش از حد در بین جمعیت بالینی مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری در مقایسه با افراد غیر بالینی مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری وجود دارد (کینی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ سمنوویک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). مانچینی<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۸) اصطلاح مفهوم گناه را پیشنهاد کرد که بین گناه وظیفه‌گرا<sup>۱۲</sup> و نوع‌دوستانه<sup>۱۳</sup> تمایز قائل شد. اولی متضمن نقض یک قاعده در نظام ارزشی فرد و دومی ضرورت وجود یک قربانی است (مانچینی، ۲۰۱۸). مدل شناختی اختلالات وسواسی ارائه شده توسط مانچینی (۲۰۱۸) به عنوان فرض اصلی خود نشان می‌دهد که هدف اولیه مبتلایان به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری جلوگیری از احساس گناه وظیفه‌گرا است و شکست بالقوه در دستیابی به این هدف «به عنوان یک فاجعه غیرقابل قبول و غیرقابل تحمل تلقی می‌شود» (مانچینی، ۲۰۱۸). همچنین نشان داده شده

1. obsessive-compulsive disorder
2. Kathiravan & Chakrabarti
3. Melchior
4. Lauri
5. Denzel
6. Gomes
7. MacKay
8. guilt feeling
9. Kenny
10. Semeniuc
11. Mancini
12. deontological
13. altruistic

است بیماران وسواسی-بی‌اختیاری مستعد نوعی احساس گناه هستند که در آن نقض یک هنجار اخلاقی درونی شده ضروری و کافی است (مانچینی و همکاران، ۲۰۲۲).

نقش احساس گناه در اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مدت‌هاست که نظریه‌پردازی شده است (مانچینی و همکاران، ۲۰۲۲؛ تینلا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و داده‌های جدیدتر احساس گناه قوی‌تری را در بین بیماران اختلال وسواسی-بی‌اختیاری در مقایسه با گروه کنترل همسان تأیید می‌کند. به طور خاص، شواهد فزاینده نشان می‌دهد که احساس گناهی که بیماران اختلال وسواسی-بی‌اختیاری از آن می‌ترسند، عمدتاً «وظیفه‌گرا» است (گانگمی و مانچینی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ کانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). احساس گناه می‌تواند باعث تشدید، حفظ و بدتر شدن دوره بیماری اختلال وسواسی-بی‌اختیاری شود و در این اختلال، احساس گناه وظیفه‌گرا بیشتر وجود دارد و می‌تواند اجبارهای بررسی و پاکسازی را تحریک کند (باسیلی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، احساس گناه افراد مبتلا را وادار می‌کند تا رفتارهای اجباری را فعال و افزایش دهند، زیرا احساس می‌کنند که آن اعمال (اجبارها) اشکال پیشگیری از مشکلات پیچیده‌تر هستند (دی‌اولیمپو و مانچینی، ۲۰۱۴).

با توجه به آنچه گفته شد به کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای کاهش مشکلات این افراد (مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری) اهمیت دارد، که از جمله مداخلات موثر بر کاهش مشکلات آنان، درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ<sup>۵</sup> است (سونگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ رید<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این روش درمانی شامل مواجهه شدن بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها (لیوویرک<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و سپس اجتناب یا جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده و سرانجام بازسازی شناختی<sup>۹</sup> با هدف اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی‌تر می‌باشد (هزل<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اگرچه خط اول فعلی برای درمان اختلال وسواسی-بی‌اختیاری است، و با وجود موثر بودن، اما دارای محدودیت‌های بزرگی است و میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان رها می‌کنند (آبرموویتز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸؛ هیملی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). لذا باید به دنبال درمان‌های جایگزین آن بود، که در برخی پژوهش‌ها از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۳</sup> به عنوان یک درمان مناسب و کارآمد برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری نام برده شده است (کلائوس<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Tinella
2. Gangemi & Mancini
3. Kang
4. Basile
5. exposure and response prevention therapy
6. Song
7. Reid
8. Leeuwerik
9. cognitive remediation
10. Hezel & Simpson
11. Abramowitz
12. Himle
13. mindfulness-based cognitive therapy
14. Claus



۴۲ ..... مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ...

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از دیگر درمان‌های موثر بر اختلال وسواسی-بی‌اختیاری هستند (کولز و همکاران، ۲۰۱۹) که از درمان‌هایی می‌باشد که برای تنظیم گروهی ابداع شده‌اند و جزو رویکردهای به اصطلاح موج سوم<sup>۱</sup> محسوب می‌شوند، زیرا از عناصر درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند، اما به طور خاص به اجتناب تجربی<sup>۲</sup> و تقویت فاصله<sup>۳</sup> و پذیرش پریشانی<sup>۴</sup> می‌پردازند و می‌توان گفت که از دیدگاه نظری، پیشنهاد شده است که برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در درمان اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مفید باشد (کالودیوس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اشتراوس<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۸) به مکانیسم‌های مختلفی اشاره کرده‌اند که می‌تواند نشان دهنده سودمندی این مداخله در این بیماران باشد. در این میان عدم قضاوت، دوری از اندیشه، از بین رفتن قدرت اندیشه بر عمل و یا از منظر اخلاقی، تمایز موضوع بین آنها و افکارشان برجسته شده است (پرز-آراند<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس پیشینه و سوابق پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد (خادم و همکاران، ۱۴۰۲) و این نوع شناخت درمانی می‌تواند علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را در این افراد کم کند (کلائوس و همکاران، ۲۰۲۳).

آنچه که مشخص است هم در درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ (سونگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ رید و همکاران، ۲۰۲۱) و هم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی معنادار بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری دارند (خادم و همکاران، ۱۴۰۲؛ کلائوس و همکاران، ۲۰۲۳). اما مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمتر بر روی این بیماران انجام شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این بیماران برای کاهش مشکلات‌شان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به درمانگران روان‌شناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات کاهش بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری فعالیت می‌کنند، کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روان‌شناسان و درمانگران برخوردار است. بر اساس آنچه گفته شد در این پژوهش، این فرضیه آزمون شده است که بین درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری تفاوت وجود دارد.

1. third-wave approaches
2. experiential avoidance
3. foster distance from
4. acceptance of distress
5. Cludius
6. Strauss
7. Pérez-Aranda

## روش پژوهش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء پژوهش‌های کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند.

فرایند انتخاب نمونه بدین صورت بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افرادی که در چهار مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی غرب شهر تهران دارای پرونده بودند و تشخیص قطعی اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را دریافت کرده و مایل به شرکت در مطالعه باشند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب (از بین ۵۷ نفر دارای تشخیص وسواسی-بی‌اختیاری) و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه درمان مواجهه و اجتناب از پاسخ، ۱۵ نفر گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند.

کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و همکاران (۱۹۸۹)، توانایی شرکت در برنامه‌های درمانی و عدم سابقه دریافت درمان مواجهه و اجتناب از پاسخ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فرد قرار نگرفتن تحت درمان‌های دارویی روان‌شناختی باشد از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. همچنین دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی و روان‌شناختی، عدم اجرای تمرین‌های خانگی و مخدوش بودن پاسخنامه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

دادن اطمینان به افراد نمونه از جهت محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق آنان، توضیح فرآیند مطالعه برای همه آنان، پاسخ به گویه‌های و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان، ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (به دلیل وجود مرحله پیگیری) استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و مقایسه اثربخشی درمان‌ها از «آزمون تعقیبی بن فرونی»<sup>۱</sup> استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ بود.

## ابزار پژوهش

مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون<sup>۲</sup> (Y-BOCS) - این مقیاس توسط گودمن<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شده است و شامل ۱۰ گویه است که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که نمرات از صفر (بدون علامت) تا ۴ (علائم شدید) متغیر است. دامنه نمرات به دست آمده بین ۰ تا ۴۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده علائم وسواسی-بی‌اختیاری بیشتر در فرد پاسخ دهنده است و نقطه برش آن برای تشخیص افراد مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری نمره ۱۶ است

1. Bonferroni
2. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)
3. Goodman

۴۴..... مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ...

(گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن به دو شیوه آلفای کرونباخ و بازآزمایی محاسبه شده است که ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۵ تا ۰/۹۷ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ ماه ۰/۹۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است. همچنین در نسخه ترجمه شده روایی ملاکی<sup>۱</sup> (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس وسواس فکری-عملی چک لیست اختلالات روانی<sup>۲</sup> (SCL-90) دراکوتیس<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۷۷) در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (راجری اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل گویه‌ها در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۹۳ و پیگیری ۰/۹۰ به دست آمده است.

پرسشنامه احساس گناه<sup>۴</sup> (GFQ) - این پرسشنامه توسط کلوگر و جونز<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) تهیه شده است و شامل ۴۵ گویه است که سه خرده مقیاس خصیصه گناه<sup>۶</sup> (۲۰ گویه)، حالت گناه<sup>۷</sup> (۱۰ گویه) و معیارهای اخلاقی<sup>۸</sup> (۱۵ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین نمره‌گذاری ۵ درجه‌ای است به این صورت که به کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۴۵ تا ۲۲۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده احساس گناه بیشتر است. سازندگان پرسشنامه ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن را بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون با مقیاس گناه و شرم<sup>۹</sup> چیک و هوگان<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۳) در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۵۱ گزارش کردند (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲). در ایران روایی محتوا و صوری آن به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روانپزشک، دستیاران سال آخر روانپزشکی و کارشناسان ارشد روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند و پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای معیارهای اخلاقی ۰/۸۱، خصیصه گناه ۰/۷۲ و حالت گناه ۰/۵۶ به دست آمده است (دمهری و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل گویه‌ها در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ به دست آمده است.

1. concurrent
2. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)
3. Derogatis
4. Guilt Feelings Questionnaire (GFQ)
5. Kogler & Jones
6. guilt characteristics
7. guilt state
8. moral standards
9. Guilt and Shame Scales
10. Cheek & Hogan

## جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اقتباس از استکتی و نیشیت (۱۹۹۵) ترجمه بخشی پور رودسری

و همکاران، (۱۳۷۶)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	برقراری رابطه خوب با مراجع	توضیح سبب شناسی اختلال وسواس و آموزش منطق و طرح درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و بررسی میزان انگیزش درمانجو برای شرکت در درمان	به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس اعضای گروه	معرفی منابع حمایتی و بستن قرارداد درمانی
۲	خوگیری مراجع در هنگام جلسه‌های درمان	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی	تجزیه و تحلیل ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا	انجام ندادن رفتارهای اجباری
۳	مواجهه تخیلی با افکار مزاحم	مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی	تجزیه و تحلیل ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا	انجام ندادن رفتارهای اجباری به آن
۴ تا ۷	ارائه تکنیک‌های مواجهه	آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ	تغییر افکار مزاحم	انجام ندادن رفتارهای اجباری
۸	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی	بازبینی برگه ۵ ستون افکار	تغییر افکار مزاحم	پر کردن برگه ۷ ستونی افکار
۹	ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی	آزمایش رفتاری برای عمل ختنی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر	اصلاح باورهای ناکارآمد	نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم
۱۰	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و اتمام جلسه	بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسات.	جایگزینی باورهای منطقی‌تر با باورهای قبلی	-

جدول ۲. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از سگال و همکاران (۲۰۱۸)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	آشنایی اعضا با هم، تعیین اهداف جلسه.	تمرین کشمش خوردن؛ مراقبه واریسی بدن - آغاز تمرین با تنفس کوتاه.	افزایش میزان توجه، تمرکز و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و حس - های بدنی.	مراقبه و واریسی بدن، تمرین ذهن آگاهی
۲	تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر وقایع روزانه.	مراقبه واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، ۱ دقیقه تنفس با حضور ذهن.	افزایش میزان توجه، توجه کردن به طریق جدید در لحظه و بدون قضاوت.	مراقبه واریسی بدن؛ ۱۰ دقیقه تنفس با حضور ذهن و ثبت وقایع خوشایند
۳	تنفس با ذهن آگاهی و حضور در لحظه حاضر.	تمرین دیدن و شنیدن به مدت کوتاه؛ تمرین تنفس با حضور ذهن؛ تمرین حرکات هوشیارانه؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.	تشخیص حالت خود در هنگام آرمیدگی عضلانی و حالت عادی، پذیرش افکار و احساسات.	آرمیدگی عضلانی همراه با توجه به زمان حال؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و ثبت وقایع ناخوشایند.
۴	آموزش فنون حضور در زمان حال.	آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و انتخاب های آگاهانه؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.	پذیرش افکاری که در سطح هشیاری قرار دارد.	مراقبه نشسته؛ تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای - منظم و مقابله‌ای به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساس های ناخوشایند.
۵	ایجاد پذیرش و اجازه.	مراقبه در وضعیت نشسته؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ تأکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی افکار، احساس ها و حس های بدنی ایجاد شده.	آگاهی توأم با پذیرش و عدم قضاوت.	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.
۶	افکار حقایق نیستند.	تکنیک آموزش توجه؛ تمرین مراقبه؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار - با معرفی مشکلات مربوط به تمرین و پی بردن به اثرات آن بر روی بدن و ذهن.	آگاهی نسبت به افکار و تغییر روابط با افکار.	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تمرکز بر یک رویداد ناخوشایند، تمرین خروج افکار منفی به صورت ارادی.
۷	یادگیری خودمراقبتی.	تمرین مراقبه در وضعیت نشسته؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانات؛ طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن بر روی بدن و ذهن.	افزایش فعالیت های مفید و تنظیم هیجان.	فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، به طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای؛ گسترش برنامه فعالیت برای مواجه با حالت خلقی بد.

کاربرد آموخته‌ها در محیط واقعی زندگی در آینده.	مراقبه واریسی بدن، به پایان رساندن مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده.	مراقبه واریسی بدن، به پایان رساندن مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده.	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی بدون قضاوت افکار منفی کنونی.
۸	محیط واقعی زندگی در آینده.	مراقبه واریسی بدن، به پایان رساندن مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده.	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی بدون قضاوت افکار منفی کنونی.

## روش اجرا

در ابتدا بر روی افرادی که تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و همکاران (۱۹۸۹) اجرا شد که از بین آنها ۵۷ نفر نمره ۱۶ و بالاتر (نقطه برش) کسب کردند و از بین آنها ۴۵ نفر تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۳ گروه یعنی ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر گروه ۱۵ نفر). سپس جلسات درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و بعد از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه به سوالات مقیاس احساس گناه به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین بعد از ۲ ماه مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت داده‌های گردآوری شده تحلیل شدند.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه مواجهه‌سازی ۳۰/۷۳ و ۴/۱۱؛ میانگین گروه شناخت درمانی ۳۲/۶۷ و ۴/۱۵؛ گروه کنترل ۳۳/۴۰ و ۵/۵۹ بود. میزان آماره  $F$  بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با  $F=۱/۳۰$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $sig=۰/۲۸۲$ ) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین از آنجایی که آماره تحلیل خی دو آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با  $Chi=۱/۸۸$   $Square$  است و این آماره به لحاظ آماری معنادار نبود ( $sig=۰/۹۸۴$ )، این عدم معناداری نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات است. جدول ۳- میانگین و انحراف معیار احساس گناه گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ( $P>۰/۰۵$ )، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P>۰/۰۵$ ) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ( $P>۰/۰۵$ ). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون<sup>۱</sup> بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار احساس گناه در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		مواجهه‌سازی	ذهن‌آگاهی	کنترل	مواجهه‌سازی	ذهن‌آگاهی	کنترل
خصیصه گناه	پیش‌آزمون	۶۱/۹۳	۶۲/۴۰	۶۲/۶۷	۰/۹۶	۱/۱۲	۰/۷۲
	پس‌آزمون	۵۷/۴۰	۵۹/۰۰	۶۲/۵۳	۲/۵۹	۱/۴۶	۰/۶۴
	پیگیری	۵۷/۴۷	۵۸/۹۳	۶۲/۶۰	۲/۶۴	۱/۳۹	۰/۶۳
حالت گناه	پیش‌آزمون	۲۴/۴۰	۲۴/۳۳	۲۴/۱۳	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۲۰/۲۷	۲۱/۸۷	۲۴/۰۷	۰/۸۸	۱/۵۵	۱/۰۳
	پیگیری	۲۰/۳۳	۲۲/۰۰	۲۴/۱۳	۰/۹۸	۱/۴۶	۱/۰۶
معیارهای اخلاقی	پیش‌آزمون	۳۷/۸۷	۳۳/۹۳	۳۴/۶۰	۰/۷۴	۱/۰۳	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۳۱/۱۳	۳۱/۸۷	۳۴/۴۷	۱/۱۹	۱/۶۰	۱/۱۲
	پیگیری	۳۱/۲۰	۳۲/۰۷	۳۴/۵۳	۱/۲۶	۱/۵۴	۱/۱۹
نمره کل احساس گناه	پیش‌آزمون	۱۲۱/۲۰	۱۲۰/۶۷	۱۲۱/۴۰	۱/۵۲	۱/۸۹	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۱۰۸/۸۰	۱۱۲/۷۳	۱۲۱/۰۷	۳/۴۷	۳/۳۱	۱/۸۳
	پیگیری	۱۰۹/۰۰	۱۱۳/۰۰	۱۲۱/۲۷	۳/۷۶	۲/۸۹	۱/۸۷

با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای احساس گناه برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است، لذا فرض یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. برای این منظور از آزمون گرین هاوس-گیسر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۴- نشان می‌دهد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه اثربخشی معناداری دارد.

جدول ۴. نتایج اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی احساس گناه

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
خصیصه گناه	گروه	۳۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	زمان	۸۴/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
حالت گناه	گروه	۲۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	زمان	۱۶۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰

۱/۰۰	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱۷/۳۴	گروه	معیارهای اخلاقی
۱/۰۰	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۱۳۴/۸۱	زمان	
۱/۰۰	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۳۹/۳۸	زمان×گروه	
۱/۰۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۵۸/۴۷	گروه	نمره کل احساس گناه
۱/۰۰	۰/۸۴	۰/۰۰۱	۲۱۸/۰۳	زمان	
۱/۰۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۵۸/۷۸	زمان×گروه	

در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در احساس گناه در جدول ۵- آمده است که نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین تفاوت میانگین گروه مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس گناه دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی احساس گناه برای بررسی پایداری نتایج

معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	مراحل	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	۲/۶۹	پیش آزمون-پس آزمون	۶۲/۳۳	پیش آزمون	خصیصه گناه
۰/۰۰۱	۲/۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۵۹/۶۴	پس آزمون	
۰/۹۹۹	-۰/۰۲	پس آزمون-پیگیری	۵۹/۶۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	۲/۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	۲۴/۲۹	پیش آزمون	حالت گناه
۰/۰۰۱	۲/۱۳	پیش آزمون-پیگیری	۲۲/۰۷	پس آزمون	
۰/۳۳۰	۰/۰۹	پس آزمون-پیگیری	۲۲/۱۶	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۹۸	پیش آزمون-پس آزمون	۳۴/۴۷	پیش آزمون	معیارهای اخلاقی
۰/۰۰۱	۱/۸۷	پیش آزمون-پیگیری	۳۲/۴۹	پس آزمون	
۰/۴۱۷	۰/۱۱	پس آزمون-پیگیری	۳۲/۶۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۶/۸۹	پیش آزمون-پس آزمون	۱۲۱/۰۹	پیش آزمون	نمره کل احساس گناه
۰/۰۰۱	۶/۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۱۱۴/۲۰	پس آزمون	
۰/۲۸۱	۰/۲۲	پس آزمون-پیگیری	۱۱۴/۴۲	پیگیری	



## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری بود. نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ بر کاهش احساس گناه موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات سونگ و همکاران (۲۰۲۲) و رید و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشت. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که تمرینات ذهن‌آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به طور خودکار و عادت‌وار، طراحی شده است. در ذهن‌آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند، فرایندی که باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی افراد می‌شود و از این طریق احساس گناه کمتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد.

نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ بر کاهش احساس گناه موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات خادم و همکاران (۱۴۰۲) و کلائوس و همکاران (۲۰۲۳) همسویی باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با افکار ناراحت‌کننده و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که درمان آن زمان بر و کنترل آن دشوار است. اگرچه زمانی تصور می‌شد که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری غیرقابل درمان باشد، اما در چند دهه اخیر موفقیت زیادی در کاهش علائم با درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ مشاهده شده است، که اکنون به عنوان اولین روان‌درمانی برای این اختلال در نظر گرفته می‌شود (هزل و سیمپسون، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان گفت که اصل اصلی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ، مواجهه‌سازی بیماران در معرض محرک‌های اضطراب‌آور (اشیاء، موقعیت‌ها و افکار) همراه با پیشگیری دقیق از انجام رفتار تشریفاتی است که این می‌تواند به کاهش علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری کمک کند (لیوویرک و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین یک فرد بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری وقتی علائم کمتری از بیماری خود را تجربه کند، این باعث می‌شود که احساس گناه خود نسبت به مشکلی که دارد و از آن رنج می‌برد کمتر شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ می‌تواند احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد. در نهایت نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری بر بهبود احساس گناه دارد. گرچه پژوهشی یافت نشد که نشان داده باشد بین اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری تفاوت وجود دارد، اما این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات سونگ و همکاران (۲۰۲۲) و رید و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشته باشد که اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب

از پاسخ در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بیماران وسواسی به دلیل داشتن تحمل کم استرس و حساسیت اضطرابی، عقاید منفی قوی‌ای درباره پیامدهای برانگیختگی جسمانی مرتبط با هیجانات‌شان تجربه می‌کنند، حال آنکه بیماران وسواسی در طی دوره درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ به احساسات بدنی و رفتارهای غیرکلامی خود که در گذشته انگاشته شده‌اند توجه می‌کنند تا به آگاهی عمیق‌تر و هشیارانه‌تر از تجارب هیجانی دست یابند. بنابراین این امر موجب می‌شود مشکلات کمتری از جمله احساس گناه کمتری را تجربه کنند. در تبیین دیگر این یافته، هدف درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ آن است که بیمار با ترس‌های خود مواجه شود تا پاسخ‌های ناشی از احساس گناه ناشی از وسواس کاهش یابد. لذا منطقی است گفته شود درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری داشته باشد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم نمونه پایین مطالعه که به سبب کنترل هزینه و وقت، کمترین میزان توصیه شده برای انجام مطالعه در نظر گرفته شده، توجه نمود، لذا ممکن است مقدار خطا بالا و توان مطالعه کم باشد. همچنین هرچند تخصیص افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مطالعه به صورت تصادفی بود اما در کل انتخاب نمونه به صورت در دسترس از ارزش تعمیم‌پذیری مطالعه می‌کاهد. این احتمال وجود دارد که در پاسخ افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که با توجه به اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این مداخلات می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ است.

## تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## حمایت مالی و تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- استکتی، گ.، اس.، و نیشیت، پی. (۱۳۷۶). *درمان اختلال وسواسی-اختیاری*، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری، مجید محمود علیلو و حمیدپورشریفی. تبریز، نشر روان پویا. تاریخ انتشار به زبان اصلی (۱۹۹۵). <http://www.lib.ir/book/63581492>
- دمهری، فرنگیس، رستمی، معصومه؛ و سعیدمنش، محسن. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر احساس گناه، کمال‌گرایی و طرحواره شرم در فرزندان نیروهای انتظامی. *نشریه روان‌شناسی نظامی*، ۱۲ (۴۸)، ۵۹-۷۴. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1400.12.48.4.9>
- راجرز اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواس-بی اختیاری ییل و براون. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۲۹۷-۳۰۳. <http://ijpep.iuims.ac.ir/article-1-1453-en.html>
- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications. <https://books.google.com/books?>
- American Psychiatric Association . (2023) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. Washington: American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup>ed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Bozzali, M. (2014). Abnormal processing of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder. *Brain Structure and Function*, 219 (1), 1321-1331. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0570-2>
- Cheek, J. M., & Hogan, R. (1983). Self-concepts, self-presentations, and moral judgments. *Psychological Perspectives on the Self*, 2 (1), 249-273. <https://www.researchgate.net>
- Claus, N., Miegel, F., Jelinek, L., Landmann, S., Moritz, S., Külz, A. K., ... & Cludius, B. (2023). Perfectionism as possible predictor for treatment success in mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive training as third-wave treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 47 (3), 439-453. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10361-0>
- Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schröder, J., ... & Moritz, S. (2020). Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: twelve-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 291 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113119>
- D'Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder-like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2 (6), 727-739. <https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
- Demehri, F., Rostami, M., & Saeidmanesh, M. S. (2021). The effectiveness of compassion therapy on guilt, perfectionism and imperfection schema in the children of law enforcement unit. *Military Psychology*, 12 (48), 59-74. (Text in Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1400.12.48.4.9>
- Denzel, D., Runge, K., Feige, B., Pankratz, B., Pitsch, K., Schlump, A., ... & Endres, D. (2023). Autoantibodies in patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Translational Psychiatry*, 13 (1), 241-255. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02545-9>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scales*

- Series. Chicago: Johns Hopkins University school of medicine. <http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf>
- Gangemi, A., & Mancini, F. (2017). Obsessive patients and deontological guilt: a review. *Psychopathology Review*, 4 (2), 155-168. <https://doi.org/10.5127/pr.045916>
- Gomes, M., Pérez, M. P., Castro, I., Moreira, P., Ribeiro, S., Mota, N. B., & Morgado, P. (2023). Speech graph analysis in obsessive-compulsive disorder: The relevance of dream reports. *Journal of Psychiatric Research*, 161 (1), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.035>
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46 (1), 1006- 1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61 (1), 85-95. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry\\_516\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_516_18)
- Hezel, D. M., Rapp, A. M., Glasgow, S., Cridland, G., & Simpson, H. B. (2023). Year of zoom in a year of doom: lessons learned delivering ERP remotely during the COVID-19 pandemic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(2), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.12.005>
- Himle, J. A., Grogan-Kaylor, A., Hiller, M. A., Mannella, K. A., Norman, L. J., Abelson, J. L., ... & Fitzgerald, K. D. (2024). Exposure and response prevention versus stress management training for adults and adolescents with obsessive compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 172(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104458>
- Kang, L. L., Rowatt, W. C., & Fergus, T. A. (2016). Moral foundations and obsessive-compulsive symptoms: A preliminary examination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11 (1), 22-30. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2016.06.004>
- Kathiravan, S., & Chakrabarti, S. (2023). Development of a protocol for videoconferencing-based exposure and response prevention treatment of obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *World Journal of Psychiatry*, 13 (2), 60-70. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i2.60>
- Kenny, N. C., Starcevic, V., & Berle, D. (2023). Associations between fear of guilt and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Change*, 40 (3), 169-181. <https://doi.org/10.1017/bec.2022.14>
- Külz, A. K., Hertenstein, E., Rose, N., Heidenreich, T., Herbst, N., Thiel, N., ... & Voderholzer, U. (2013). Achtsamkeitsbasierte kognitive therapie bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 45 (1), 327-344. <https://doi.org/10.1186%2Fs12888-014-0314-8>
- Lauri, K. O., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Norlin, L., Eriksson, V., Melin, K., ... & Aspvall, K. (2023). Long-term effect of stepped-care vs in-person cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Internet Interventions*, 32 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100613>
- Leeuwerik, T., Caradonna, G., Cavanagh, K., Forrester, E., Jones, A. M., Lea, L., ... & Strauss, C. (2023). A thematic analysis of barriers and facilitators to participant engagement in group exposure and response prevention therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96 (1), 129-147. <https://doi.org/10.1111/papt.12430>
- MacKay, M., Yang, B. H., Dursun, S. M., & Baker, G. B. (2024). The gut-brain axis and the microbiome in anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *Current Neuropharmacology*, 22(5), 866-883. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230222092029>
- Mancini, A., Granzio, U., Gragnani, A., Femia, G., Migliorati, D., Cosentino, T., ... & Mancini, F. (2022). Guilt feelings in obsessive compulsive disorder: An investigation between diagnostic groups. *Journal of Clinical Medicine*, 11 (16), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm11164673>

- Mancini, F. (Ed.). (2018). *The obsessive mind: Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. Routledge. <https://www.routledge.com>
- Melchior, K., van der Heiden, C., Deen, M., Mayer, B., & Franken, I. H. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 36 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1186%2Fs13063-019-3381-9>
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., ... & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- Rajazi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and validity of the persian version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 297-303. (Text in Persian) <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://doi.org/10.1037%2F0022-006X.76.3.524>
- Semeniuc, S., Păduraru, A. E., & Soponaru, C. (2023). Guilt, disgust, and not Just right experience mediate the effect of demanding parent mode on obsessive-compulsive-disorder-like tendencies, and punitive parent mode moderates this mediation. *Behavioral Sciences*, 13 (9), 700-715. <http://dx.doi.org/10.3390/bs13090700>
- Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., Su, Y., ... & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861>
- Stekette's, G., S., & Nishith, P. (1995). *Obsessive-compulsive disorder treatment*, translated by Bakshipour Rudsari, Mahmoud Alilou & Poursharifi. Tabriz, Rwan Poya Publication. Date of publication in original language 1376). <http://www.lib.ir/book/63581492/>
- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A. M., & Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 57 (1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
- Tinella, L., Lunardi, L., Rigobello, L., Bosco, A., & Mancini, F. (2023). Relationship obsessive compulsive disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt, and personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 37(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100801>



## نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان

محمد رضا تمنایی فر<sup>۱\*</sup>، زهرا سلیمانیان<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان با پرونده فعال در بخش انکولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و امام حسین (ع) شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه ۲۵۰ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوی‌باند و لوی‌باند، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و همکاران، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران بود. داده‌ها با استفاده از ماتریس همبستگی و مدلیابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم با پریشانی روان‌شناختی رابطه معنادار دارد. همین‌طور راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌طور غیرمستقیم و از طریق سهم میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی با پریشانی روان‌شناختی رابطه معنادار داشت. به نظر می‌رسد که تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با میانجیگری نقش تاب‌آوری و خودکارآمدی، پریشانی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. این مطالعه ضرورت افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، تاب‌آوری و خودکارآمدی را برای زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد.

**کلیدواژه‌ها:** پریشانی روان‌شناختی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرطان پستان.

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران [tamannai@kashanu.ac.ir](mailto:tamannai@kashanu.ac.ir)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

## مقدمه

سرطان پستان<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در میان زنان در اکثر کشورهای جهان است (پارک-سیمون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و هر ساله شمار زیادی از زنان تشخیص بیماری سرطان پستان می‌گیرند (ولان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). بعد از سرطان ریه، سرطان پستان در زنان، شایع‌ترین علت مرگ زنان دنیا محسوب می‌شود و سرطان هم از جهت نوع بیماری و از جهت این که پستان نماد زنانگی است، برای همه زنان مبتلا، اهمیت هیجانی داشته و موجب پریشانی روان‌شناختی<sup>۴</sup> در آنها می‌شود (سسینتی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). به طوری که می‌توان گفت که در نتیجه تشخیص سرطان و عمدتاً درمان چندوجهی و استرس‌زا، پریشانی روان‌شناختی یک علامت رایج در زنان مبتلا به سرطان پستان است (هاس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین تحقیقات نشان داده است که پریشانی روان‌شناختی با بدتر شدن علائم در طول دوره درمان فعال و کاهش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل اولیه همراه است (الانازی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

بنابراین سرطان یک رویداد فراهنجاری است که در مسیر زندگی، پروژه‌ها و برنامه‌های فرد در کوتاه‌مدت، میان‌مدت و گاهی درازمدت تداخل می‌کند و از آنجایی که ایمنی فرد را تهدید می‌کند و اغلب نیاز به درمان‌های سخت‌گیرانه دارد، جزو آسیب‌های احتمالی است که در طول زندگی رخ می‌دهد (موزاتی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). تأثیر سرطان از نظر کاهش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی به خوبی در ادبیات برای انواع مختلف سرطان و برای مراحل مختلف مسیر بیماری ثبت شده است و به طور خاص، زنان و جوان‌ترها به نظر آسیب‌پذیرتر از هم‌تایان خود هستند (نایک<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از عواملی که می‌تواند بر پریشانی روان‌شناختی تأثیرگذار باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است (سو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، به طوری که تحقیقات نشان داده است استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگارانه در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی با افزایش پریشانی روان‌شناختی همراه است (گویموند<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات در مورد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده است که از یک سو، راهبردهایی که معمولاً به عنوان «کمتر سازگارانه<sup>۱۲</sup>» یا «ناسازگارانه<sup>۱۳</sup>» شناخته می‌شوند (روسو<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹)، مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی، مستقیماً با پریشانی روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی مرتبط هستند (الوادهی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

1. breast cancer
2. Park-Simon
3. Whelan
4. Psychological distress
5. Secinti
6. Hass
7. Alanazi
8. Muzzatti
9. Naik
10. Su
11. Guimond
12. less adaptive
13. maladaptive
14. Rusu
15. Alawadhi

از سوی دیگر، به اصطلاح «راهبردهای سازگارانه»<sup>۱</sup> مانند تمرکز کردن مجدد مثبت، ارزیابی کردن مجدد از نوع مثبت، دیدگاه‌گیری نسبت به دیگران، تمرکز کردن مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش کردن با چنین علائمی یعنی پریشانی روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی رابطه معکوس دارند (لاسا-آرستو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین پریشانی روان‌شناختی یک مشکل جدی سلامت روان است و مشکلات در تنظیم هیجان‌ات برانگیخته پس از رویدادهای استرس‌زا زندگی منجر به پریشانی روان‌شناختی بیشتر در فرد می‌شود (روداس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس آنچه گفته شد تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه مستقیماً با پریشانی روان‌شناختی (الوادهی و همکاران، ۲۰۲۳) و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با پریشانی روان‌شناختی همبستگی منفی دارد (لاسا-آرستو و همکاران، ۲۰۱۹).

اما آنچه در تحقیقات کمتر به آن توجه شده است بررسی متغیرهای میانجی اثرگذار در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان است که در این پژوهش تاب‌آوری و خودکارآمدی به عنوان متغیرهای میانجی بررسی شده‌اند. بر اساس تحقیقات، تاب‌آوری چه در سطح فردی و چه در سطح خانواده می‌تواند با سطوح پایین علائم پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان در ارتباط باشد (تائو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است که انسان‌ها را برای رسیدن به اهدافی که تعیین کرده‌اند، از ظرفیت تولید الگوهای رفتاری که به آنها اجازه انجام این کار را می‌دهد، سوق می‌دهد و به عنوان متغیری تعریف شده است که با عملکرد انطباقی یک فرد در موقعیت‌های استرس‌زا یا بحرانی از دیدگاه رشدی و فرهنگی مرتبط است (فرناندز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از این رو، متخصصان بهداشت و درمان اغلب با زنانی که در معرض تاب‌آوری ضعیف پس از تشخیص و درمان سرطان پستان هستند، مواجه می‌شوند، نشان می‌دهد که زنانی که تشخیص سرطان پستان می‌گیرند، به دلیل تاب‌آوری ضعیف، علائم بیشتری از پریشانی روان‌شناختی را نیز تجربه می‌کنند (مانیکیس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

از سوی دیگر داشتن خودکارآمدی و اینکه بیمارانی که احساس می‌کنند توانایی مقابله با سرطان را دارند و به این توانایی خود باور دارند، کمتر در معرض پریشانی روان‌شناختی قرار می‌گیرند (پومی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). رفتارهای خودمدیریتی فردی ارتباط تنگاتنگی با خودکارآمدی دارند، یعنی این باور که فرد می‌تواند یک وظیفه خاص را انجام دهد در موقع ابتلا به سرطان توانایی خودمدیریتی بیشتری از خود نشان دهد (چنگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). بندورا معتقد است، خودکارآمدی یک پیش‌بینی‌کننده مؤثر رفتار است که نحوه تفکر، احساس و انگیزه فرد برای انجام اعمال را منعکس می‌کند (بندورا<sup>۹</sup>، ۱۹۷۷؛ به نقل از چن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و هنگام مواجهه با مشکلات، تداوم و احتمال موفقیت رفتارهای سالم در افراد با خودکارآمدی بالا بیشتر از

1. adaptive strategies
2. Lasa-Aristu
3. Rodas
4. Tao
5. Fernández
6. Manikis
7. Pomey
8. Cheng
9. Bandura
10. Chen



۵۸..... نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ...

افراد با خودکارآمدی پایین است (بندورا، ۱۹۷۷؛ به نقل از کوآن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین خودکارآمدی می‌تواند توانمندسازی را ارتقا دهد و افراد را برای انجام مؤثر اقدامات خاص ترغیب کند، بنابراین به آنها اجازه می‌دهد به نتایج دلخواه خود برسند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند، به طوری که بیماران مبتلا به سرطان پستان که توانایی خودکارآمدی بیشتری دارند کمتر علائم پریشانی روان‌شناختی را از خود بروز می‌دهند (پومی و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به آنچه گفته شد و در باب اهمیت و ضرورت انجام پژوهش می‌توان گفت که در سرتاسر جهان، سرطان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر است (توراگا و گیروترا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳) و پس از تشخیص، این زنان در معرض خطر بالایی برای پریشانی روان‌شناختی هستند و ممکن است به دلیل پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی کمتری را تجربه کنند (دالدوآل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو، انجام پژوهشی که بتواند به شناخت عوامل مؤثر بر پریشانی روان‌شناختی منجر شود اهمیت دارد و از نتایج اینگونه تحقیقات می‌توان در برنامه‌ریزی‌ها و طراحی مداخلات روان‌شناختی در راستای بهبود پریشانی روان‌شناختی و توانمندسازی زنان برای مبارزه با بیماری استفاده کرد. بنابراین، با توجه به موارد بیان شده پژوهش حاضر به دنبال این آزمون فرضیه کلی است که تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان سهم میانجی ایفا می‌کند.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان با پرونده فعال در بخش انکولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و امام حسین (ع) شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه بر اساس مدل کلاین<sup>۴</sup> (۲۰۲۳) تعداد ۳۶۰ نفر انتخاب شد، اما تعداد ۱۱۰ نفر به دلیل داده پرت و انتهایی از تحلیل کنار گذاشته شدند و تحلیل نهایی بر روی ۲۵۰ نفر انجام شد. این افراد به شیوه آنلاین به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. تشخیص بیماری سرطان پستان، قرار داشتن در مرحله درمانی رادیوتراپی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش و حق انصراف از ادامه پژوهش و داشتن زمان کافی برای پاسخ به پرسشنامه‌ها و نداشتن اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی بر اساس پرونده بیماران از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه‌ها، نداشتن همکاری لازم برای شرکت در پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. داده‌ها با استفاده از ماتریس همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۸ و برنامه AMOS بود.

1. Kuan
2. Turaga & Girotra
3. Daldoul
4. Kline

## ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> (DASS): این پرسشنامه توسط لایویند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) تدوین شده است و دارای ۲ فرم ۲۱ گویه ای (فرم کوتاه) و ۴۲ گویه ای (فرم بلند) است که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شده است. فرم کوتاه شامل ۲۱ گویه است که هر یک از سازه‌های آن را توسط ۷ گویه متفاوت، ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها به صورت روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۳) علامت گذاری می‌شود. حداکثر نمره برای هر سازه (۲۱) و برای حداقل (۰) است. سازنده پرسشنامه پایایی آن را با روش بازآزمایی بررسی و برای افسردگی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۸۱ و استرس ۰/۸۱ گزارش شده کرده و از نظر روایی نیز همبستگی سازه اضطراب با پرسشنامه اضطراب بک<sup>۳</sup> (BAI)، ۰/۸۱ و سازه افسردگی با پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> (BDI)، ۰/۷۴ گزارش شده است (لایویند، ۱۹۹۵). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ به دست آمده است و روایی سازه آن به شیوه تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و سه خرده مولفه در مجموع ۴۶/۶۶ درصد از واریانس را تبیین کردند (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴). در یک پژوهش پایایی مرکب<sup>۵</sup> برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۷۸ و ۰/۹۰ به دست آمده است و میزان واریانس استخراج شده<sup>۶</sup> نیز به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۳۴ و ۰/۴۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس است (کائو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ افسردگی ۰/۷۱، استرس ۰/۸۰، اضطراب ۰/۷۶ و کل سوالات ۰/۹۳ به دست آمده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۸</sup> (CERQ): این پرسشنامه توسط گرانیفسکی<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است و دارای ۳۶ گویه، شامل راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود<sup>۱۰</sup> با ۴ گویه، سرزنش دیگران<sup>۱۱</sup> با ۴ گویه، نشخوارگری<sup>۱۲</sup> با ۴ گویه، فاجعه نمایی<sup>۱۳</sup> با ۴ گویه) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری<sup>۱۴</sup> با ۴ گویه، تمرکز مجدد مثبت<sup>۱۵</sup> با ۴ گویه، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۶</sup> با ۴ گویه، پذیرش<sup>۱۷</sup> با ۴ گویه و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۱۸</sup> با ۴ گویه) است. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره). سازندگان پرسشنامه ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی کرده‌اند و ضریب آلفای

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
2. Lovibond
3. Beck Anxiety Inventory
4. Beck Depression Inventory
5. construct reliability
6. average variance extracted
7. Cao
8. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
9. Garnefski
10. self-blame
11. other blame
12. focus on thought/rumination
13. catastrophizing
14. putting into perspective
15. positive refocusing
16. positive reappraisal
17. acceptance
18. refocus on planning

۶۰..... نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ...

کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با چک لیست اختلالات روانی<sup>۱</sup> محاسبه و ضرایب در دامنه ۰/۱۷ تا ۰/۵۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند که نشان دهنده روایی ملاکی (همزمان) است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است و پایایی آن با آلفای کرونباخ محاسبه و ضرایب برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷، راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی ملاکی آن با سیاهه افسردگی بک بررسی و برای راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۲۵- تا ۰/۳۲-، راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (حسنی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ راهبردهای سازگارانه ۰/۸۸ و راهبردهای ناسازگارانه ۰/۹۰ به دست آمده است.

پرسشنامه تاب‌آوری<sup>۲</sup> (RISC): این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) تدوین شده است و دارای ۲۵ گویه و ۵ خرده مقیاس شامل تصور از شایستگی فردی<sup>۴</sup> با ۸ گویه، تحمل عاطفه منفی<sup>۵</sup> با ۷ گویه، پذیرش مثبت تغییر<sup>۶</sup> ۵ گویه، کنترل<sup>۷</sup> با ۳ گویه و تاثیرات معنوی<sup>۸</sup> با ۲ گویه را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته شده است. سازندگان پرسشنامه روایی همگرایی<sup>۹</sup> (ملاکی از نوع همزمان) آن را با سنجش سرسختی کوباسا<sup>۱۰</sup> بررسی و ضریب همبستگی ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند و ضریب کل گویه‌ها ۰/۹۳ به دست آمده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه در ایران ترجمه و اعتباریابی گردیده است؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان پرسشنامه و تأیید طراحی کنندگان پرسشنامه، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده و مقادیر نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی  $X^2/d$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA<sup>11</sup>) به ترتیب ۱/۵۶۳، ۰/۹۰۳ و ۰/۰۵۳ به دست آمده است و برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل ۰/۸۲ و برای مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله ۲ هفته ضریب ۰/۴۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است.

1. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)
2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
3. Conner & Davidson
4. personal competence
5. tolerance of negative affects
6. positive acceptance of change
7. control
8. spirituality
9. convergent validity
10. Kobasa hardiness measure
11. root mean square error of approximation (RMSEA)

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی<sup>۱</sup> (GSES): این پرسشنامه توسط شرر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۲) تدوین شده است و شامل ۱۷ گویه است که سه خرده مقیاس شامل آغازگری رفتار<sup>۳</sup> (تلاش) با ۸ گویه، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف<sup>۴</sup> (پشتکار) با ۶ گویه و متفاوت در رویارویی با موانع<sup>۵</sup> (ابتکار) با ۳ گویه را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است. به این صورت که گزینه کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می گیرد. سازندگان پرسشنامه ویژگی های روان سنجی آن را بررسی کرده اند و ضریب آلفای کرونباخ و کاملاً مخالفم ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با پرسشنامه عزت نفس (RSEs) روزنبرگ<sup>۶</sup> (۱۹۸۹) بررسی و ضریب ۰/۵۱ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی ملاکی (همزمان) است (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). همچنین این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است و ضریب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۳ برای نمره کل به دست آمده است (اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵)؛ به نقل از رضایی راد و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین در یک پژوهش روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضرایب همبستگی آن با مقیاس استرس ادراک شده ۰/۷۷- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (لطفی سعیدآباد و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است.

## یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و در روش های استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS استفاده شد. پژوهش ۲۰۶ نفر (۸۲/۴ درصد) متاهل و ۴۴ نفر (۱۷/۶ درصد) مجرد در این پژوهش شرکت کردند. ۶۱ نفر (۲۴/۴ درصد) ابتدایی، ۵۳ نفر (۲۱/۲ درصد) متوسطه، ۷۷ نفر (۳۰/۸ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۱/۶ درصد)، فوق دیپلم، ۴۰ نفر (۱۶ درصد)، کارشناسی، ۱۲ نفر (۴/۸ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱/۲ درصد) دکترا بودند. ۱۹۷ نفر (۷۸/۸ درصد) خانه دار و ۵۳ نفر (۲۱/۲ درصد) کارمند بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده ۴۹/۴۵ و انحراف معیار سن ۱۱/۲۹ بود.

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. تعداد افراد شرکت کننده ۲۵۰ نفر بودند. برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشدگی» استفاده می شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان

1. general of self-efficacy scale (GSES)
2. Sherer
3. willingness to initiate behavior
4. willingness to expand effort in completing the behavior
5. persistence in the face of adversity
6. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSEs)

۶۲..... نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ...

دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۰/۹۹۲ و مقدار نسبت بحرانی ۰/۷۵۰ به دست آمد که نشان دهند، برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
افسردگی	۲۵۰	۵/۵۶	۴/۳۹	۰/۸۴	۰/۳۸
اضطراب	۲۵۰	۵/۵۵	۳/۹۱	۰/۹۵	۱/۲۰
استرس	۲۵۰	۷/۸۷	۴/۳۵	۰/۴۹	۰/۲۱
نمره کل پریشانی روان‌شناختی	۲۵۰	۱۸/۹۵	۱۱/۵۴	۰/۸۴	۰/۸۴
سرزنش خود	۲۵۰	۱۰/۵۰	۳/۶۴	۰/۰۲	-۰/۴۹
سرزنش دیگران	۲۵۰	۸/۵۲	۴/۴۳	۰/۹۸	۰/۱۴
نشخوارگری	۲۵۰	۱۲/۹۹	۳/۴۲	-۰/۲۴	-۰/۱۰
فاجعه نمایی	۲۵۰	۱۰/۸۱	۳/۶۶	۰/۰۸	-۰/۴۴
نمره کل تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۲۵۰	۴۲/۸۲	۱۱/۲۷	۰/۱۸	-۰/۰۹
دیدگاه‌گیری	۲۵۰	۱۳/۷۸	۳/۳۶	-۰/۴۶	-۰/۰۲
تمرکز مجدد	۲۵۰	۱۴/۱۰	۳/۴۵	-۰/۳۹	-۰/۰۲
ارزیابی مجدد	۲۵۰	۱۴/۸۰	۳/۷۱	-۰/۵۲	-۰/۱۲
پذیرش	۲۵۰	۱۳/۳۴	۳/۲۹	-۰/۶۳	۰/۷۲
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲۵۰	۱۵/۱۸	۳/۳۷	-۰/۷۸	۰/۶۲
نمره کل تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۲۵۰	۷۱/۲۱	۱۳/۴۸	-۰/۸۱	۱/۳۹
تصور از شایستگی فردی	۲۵۰	۲۱/۷۲	۶/۲۱	-۰/۳۷	-۰/۲۶
تحمل عاطفه منفی	۲۵۰	۱۷/۱۹	۵/۱۸	-۰/۰۸	۰/۲۹
پذیرش مثبت تغییر	۲۵۰	۱۳/۸۸	۳/۷۴	-۰/۲۲	-۰/۴۲
کنترل	۲۵۰	۸/۲۶	۲/۶۵	-۰/۷۲	۰/۲۶
تاثیرات معنوی	۲۵۰	۶/۰۷	۱/۷۰	-۰/۹۷	۰/۷۰
نمره کل تاب‌آوری	۲۵۰	۶۷/۱۲	۱۶/۸۶	-۰/۲۷	-۰/۲۰

نمایش	۲۵۰	۳۱/۴۸	۵/۰۹	۰/۲۳	-۰/۴۷
پشتکار	۲۵۰	۱۹/۹۶	۲/۸۴	۰/۰۷	۰/۹۱
ابتکار	۲۵۰	۱۰/۴۹	۲/۱۱	۰/۲۵	-۰/۱۰
نمره کل خودکارآمدی	۲۵۰	۶۱/۹۲	۸/۳۰	۰/۲۶	-۰/۰۱
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۰/۹۹۲	نسبت بحرانی: ۰/۷۵۰			

در جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، که همان‌گونه که مشاهده می‌شود بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، تاب‌آوری و خودکارآمدی با پریشانی روان‌شناختی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با پریشانی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

### جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱- پریشانی روان‌شناختی	۱				
۲- تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۰/۵۱**	۱			
۳- تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	-۰/۵۶*	۰/۲۰**	۱		
۴- تاب‌آوری	-۰/۵۲**	-۰/۲۱**	۰/۳۹**	۱	
۵- خودکارآمدی	-۰/۴۴**	-۰/۱۴*	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۱

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

در ادامه در جدول ۳- ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ( $\beta = 0/52$  و  $sig = 0/001$ )، تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ( $\beta = -0/66$  و  $sig = 0/001$ )، تاب‌آوری ( $\beta = -0/30$  و  $sig = 0/001$ ) و خودکارآمدی ( $\beta = -0/22$  و  $sig = 0/001$ ) بر پریشانی روان‌شناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. همچنین در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده است. برای تعیین معنی‌داری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی از طریق نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی از روش بوت استروپ استفاده شد. بر اساس جدول ۳ نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول ۳ این قاعده در مورد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی با نقش میانجی خودکارآمدی و تاب‌آوری صدق می‌کند.

۶۴ ..... نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ...

جدول ۳. ضرایب استاندارد و مستقیم و نتایج حدود بوت استروپ برای بررسی روابط غیرمستقیم در مدل پژوهش

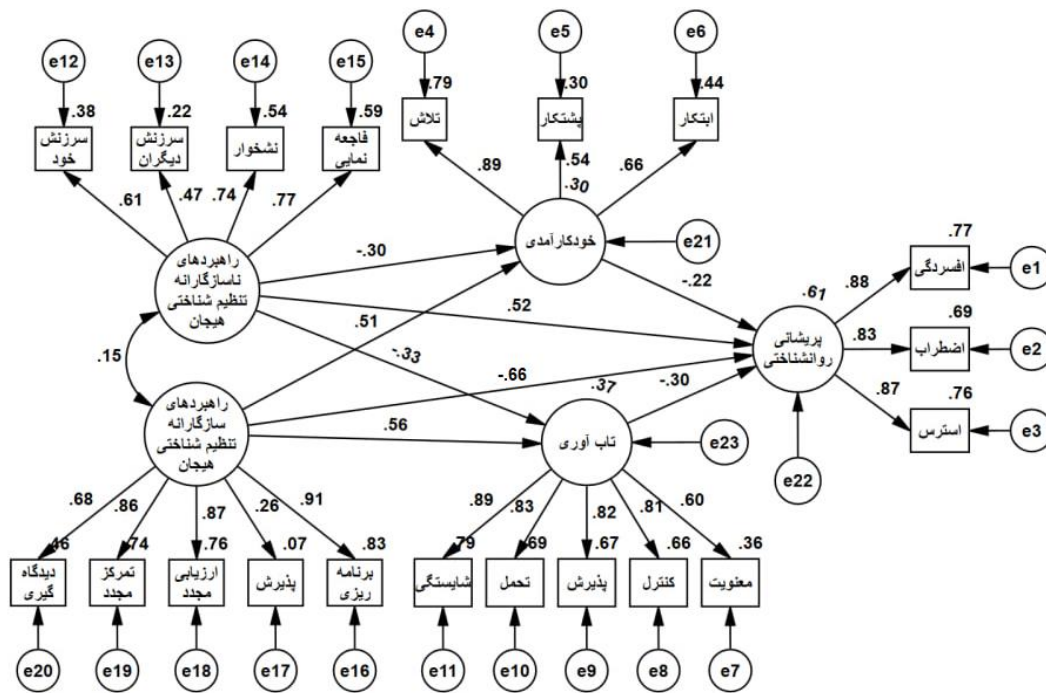
ضرایب مستقیم				
معناداری	C.R.	S.E	Beta	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۱	۶/۴۰	۰/۱۴	۰/۵۲	تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	-۵/۱۸	۰/۰۹	-۰/۶۶	تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	-۳/۹۲	۰/۲۷	-۰/۳۰	تاب‌آوری ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۲	-۲/۷۴	۰/۰۷	-۰/۲۲	خودکارآمدی ← پریشانی روان‌شناختی
مسیرهای غیرمستقیم (حدود بوت استروپ)				
معناداری	حدود بوت استروپ			مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۲	-۰/۲۷	-۰/۱۰		تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ← تاب‌آوری ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۱۶		تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ← تاب‌آوری ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۲	-۰/۵۰	-۰/۲۱		تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ← خودکارآمدی ← پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۲۶		تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ← خودکارآمدی ← پریشانی روان‌شناختی

در جدول شماره ۴ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است. بر اساس جدول ۴ همگی شاخص‌ها در مقدار قابل قبول و مطلوب قرار دارند و همچنین شاخص RMSEA برابر ۰/۰۷ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) نشان دهنده برازش مدل است.

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

شاخص	$\chi^2/df$	NFI	GFI	IFI	PNFI	PCFI	AGFI	CFI	RMSEA
مقدار مدل	۲/۲۵	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۷۴	۰/۷۸	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۰۷
مقدار مطلوب	< ۳	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۶۰	> ۰/۶۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸

در شکل ۱- مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با میانجی خودکارآمدی و تاب‌آوری در مجموع ۶۱ درصد از واریانس پریشانی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پیشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی همسو وجود ندارد که نشان داده باشد که تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد، اما نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات سو و همکاران (۲۰۲۴)، الاودهی و همکاران (۲۰۲۳) و گویموند و همکاران (۲۰۱۹) همسویی داشته باشد که رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پیشانی روان‌شناختی را نشان داده‌اند. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که افرادی که کمبودهای بیشتری در تنظیم هیجان نشان می‌دهند یعنی از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه برای مقابله با استرس‌ها و رویدادهای تنش‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد در تلاش برای کاهش یا کم کردن تجربه هیجانات منفی، درگیر رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌شوند و این باعث می‌شود که تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات و رویدادهای تنش‌زا کمتر شود. لذا نقص در تنظیم هیجان سازگارانه و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ممکن است بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر منفی بگذارد و وقتی آنان سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را داشته باشند باعث می‌شود که در برابر علائم اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سرطان پستان آسیب‌پذیر باشند و این علائم اضطراب، افسردگی و استرس، باعث می‌شود که پیشانی روان‌شناختی آنان نسبت به هم‌تایان آنها (زنان غیرمبتلا و سالم) بیشتر باشد. بنابراین می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم



۶۶..... نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ...

شناختی هیجان ناسازگارانه با تاثیرگذاری منفی بر تاب‌آوری باعث می‌شود که تاب‌آوری این زنان کاهش پیدا کند و آنان در برابر مشکلات و مصائب ناشی از سرطان پستان، توانمندی هیجانی و روان‌شناختی کمتری از خود نشان دهند و همین سبب شود که پریشانی روان‌شناختی بیشتری از خود بروز دهد.

همچنین نتایج نشان داد که تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی در این زمینه وجود ندارد، اما نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات سو و همکاران (۲۰۲۴)، الاوادی و همکاران (۲۰۲۳) و گویموند و همکاران (۲۰۱۹) همسویی داشته باشد که رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روان‌شناختی را نشان داده‌اند. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه راهبردهایی را شامل می‌شوند که نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارد. از میان این راهبردها تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به افکاری در مورد گام‌های بعدی برای مدیریت موقعیت استرس‌زا اشاره دارد. تمرکز مجدد مثبت افکار مربوط به سایر تجربیات مثبت و شاد را منعکس می‌کند. ارزیابی مجدد مثبت به نسبت دادن معنای مثبت به رویداد استرس‌زا اشاره دارد و دیدگاه‌گیری به افکاری اشاره دارد که در مقایسه با سایر موقعیت‌های منفی، ارزش تجربه استرس‌زا را کاهش می‌دهند (روسو و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجان‌های منفی می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت شود و همچنین زنان مبتلا به سرطان پستان به این دلیل تاب می‌آورند که از احساسات مثبت به طور راهبردی و هوشمندانه برای دستیابی به نتایج مقابله‌ای برتر استفاده می‌کنند. وقتی این زنان بتوانند در برابر هیجان‌های منفی حاصل از بیماری سرطان پستان تاب بیاورند، این تاب‌آوری به آنان کمک می‌کند که بهتر بتوانند از هیجان‌های منفی کنار آیند و پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه کنند. افزون بر این نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. پژوهشی در این زمینه وجود ندارد که همسو با این یافته باشد. لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی نامشخص است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که فرایند ناسازگارانه تنظیم هیجان در بیماران دچار سرطان پستان، استرس بیماران را افزایش و فرایند رویارویی با بیماری و آسیب‌های همراه آن را دچار نقصان می‌کند و سبب می‌شود که بیمار آگاهانه اهداف درمانی را به عنوان راهبرد حل مشکل نپذیرد و نسبت به بهبود بیماری خود باور و خودکارآمدی لازم را نشان ندهد. در تبیین نقش خودکارآمدی می‌توان گفت که انجام موفقیت‌آمیز وظایف به افراد کمک می‌کند تا احساس کنند که می‌توانند وظایف مشابه را در آینده انجام دهند. از سوی دیگر، شکست مکرر می‌تواند خودکارآمدی را تضعیف کند (بندورا، ۱۹۷۷؛ به نقل از چن و همکاران، ۲۰۲۳). لذا وقتی یک بیمار مبتلا به سرطان پستان روند بهبودی وی کند پیش برود و نسبت به بهبود خود امیدوار نباشد این خودکارآمدی ضعیف باعث می‌شود خودمدیریتی ضعیفی برای مبارزه با بیماری سرطان داشته باشد و به راحتی هیجان‌های منفی را تجربه کند و این هیجان‌ها باعث سطح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی در آنان شود.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش میانجی دارد. پژوهشی در این زمینه وجود ندارد که همسو با این یافته باشد. لذا

همسویی و ناهمسویی این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی نامشخص است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با عواملی همچون تمرکز مجدد مثبت مشخص می‌شود که این جنبه از تنظیم شناختی هیجان به فکر کردن بر جنبه‌های مثبت به جای آنچه واقعا تجربه شده است و فکر کردن درباره وقایع مثبت به جای وقایع منفی. بنابراین زمانی که زنان مبتلا به سرطان پستان به جای فکر کردن وقایع منفی به وقایع مثبت و جنبه‌های مثبت این رویداد استرس‌زا فکر کنند باعث می‌شود که به توانمندی و پتانسیل‌های خود برای مبارزه با بیماری سرطان پستان باور داشته باشند و این باور به توانایی‌های خود برای مقابله با مشکلات خودکارآمدی آنان را افزایش می‌دهد. لذا وقتی یک زن مبتلا به سرطان پستان از میزان بالایی از خودکارآمدی برخوردار باشند این خودکارآمدی به وی کمک می‌کند که بهتر با چالش‌های بیماری سرطان پستان کنار آید و کمتر هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و استرس (به عنوان نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی) را تجربه کنند.

در کل در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌طور غیرمستقیم و از طریق سهم میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی با پریشانی روان‌شناختی رابطه معنادار داشت که این راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با تاثیرگذاری بر روی خودکارآمدی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان، آخر در برابر پریشانی روان‌شناختی محافظت یا از آن در برابر پریشانی روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب شرکت‌کنندگان از یک منطقه جغرافیایی و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بودند. بنابراین، تعمیم نتایج این مطالعه دشوار است و درآینده، انجام یک مطالعه دیگر که مناطق مختلف را هدف قرار می‌دهند، ضروری است. پیشنهاد می‌شود که در راستای بهبود پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان به نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی، تاب‌آوری و خودکارآمدی، به دلیل آن که این کارکردهای شناختی-هیجانی و شخصیتی قابل آموزش است توجه شود. بر این اساس روان‌شناسانی که در زمینه پریشانی روان‌شناختی و مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان فعالیت می‌کنند در مراکز مشاوره با در نظر گرفتن کارگاه‌های آموزشی مانند مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان، تاب‌آوری و خودکارآمدی بر روی زنانی که پریشانی روان‌شناختی بیشتری دارند به آنان در زمینه کاهش این علائم و تحکیم بنیان خانواده کمک کنند.

### تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی (زنان مبتلا به سرطان پستان) که در پژوهش شرکت کردند و همچنین پرسنل و پزشکانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش کمک کردند، نهایت تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

### تعارض منافع و حمایت مالی

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد. همچنین این مقاله از حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است و با هزینه‌های شخصی دانشجو و استاد راهنما انجام شده است.

## منابع

- آهانگرزاده رضایی، سهیلا، و رسولی، مریم. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه تاب‌آوری کانر دیویدسون در نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳ (۹)، ۷۴۷-۷۳۹. <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html>
- حسنی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۳)، ۷۳-۸۴. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031>
- رضایی‌راد، مجتبی، ظروفیان، فاطمه، ماجانی، نفیسه، و رضایی‌راد، مهدیس. (۱۴۰۲). رابطه خودکارآمدی با یادگیری خودتنظیمی در آموزش مجازی دانشجویان در دوران کرونا. *نشریه آموزش پرستاری*، ۱۲ (۲)، ۱۵-۲۴. <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.12.2.15>
- صاحبی، علی، اصغری، محمدجواد، و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس برای جمعیت ایرانی. *نشریه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱ (۴)، ۵۴-۳۶. [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443.html](https://jip.stb.iau.ir/article_512443.html)
- لطفی سعیدآباد، شیدا، بشرپور، سجاد، رفیعی راد، زهره. (۱۴۰۰). نقش استرس ادراک شده، صفات شخصیتی و خودکارآمدی در پیش بینی میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی درطول پاندمی کووید ۱۹. *نشریه رویش روانشناسی*، ۱۰ (۱۱)، ۱۰۹-۱۲۰. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.11.9.9>
- Ahangarzadeh Rezaei, S., & Rasouli, M. (2015). Examining the psychometric properties of the Farsi version of the Connor Davidson Resilience Scale in teenagers with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*, 13 (9), 739-747. (Text in Persian) <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html>
- Alanazi, A. K., Lynch-Kelly, D., Weaver, M., & Lyon, D. E. (2023). A scoping review of psychological distress instruments in women with early-stage breast cancer during chemotherapy. *Cancer Reports*, 1 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1833>
- Alawadhi, Y. T., Smith, M. R., & King, K. M. (2023). The relations between real-time use of emotion regulation strategies and anxiety and depression symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 79 (4), 1082-1098. <https://doi.org/10.1002/jclp.23458>
- Cao, C. H., Dang, C. Y., Zheng, X., Chen, W. G., Chen, I. H., & Gamble, J. H. (2023, February). The psychometric properties of the DASS-21 and its association with problematic internet use among Chinese college freshmen. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 5, p. 700). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050700>
- Chen, X. Y., Usher, E. L., Roeder, M., Johnson, A. R., Kennedy, M. S., & Mamaril, N. A. (2023). Mastery, models, messengers, and mixed emotions: Examining the development of engineering self-efficacy by gender. *Journal of Engineering Education*, 112 (1), 64-89. <http://dx.doi.org/10.1002/jee.20494>
- Cheng, H. L., Leung, D. Y. P., Ko, P. S., Lam, W. M., Lam, P. T., Luk, A. L., ... & Lam, S. C. (2023). Mediating role of self-efficacy between unmet needs and quality of life in palliative cancer caregivers. *Psycho-Oncology*, 32 (3), 457-464. <https://doi.org/10.1002/pon.6099>
- Conner, K.M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18 (1), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Daldoul, A., Khechine, W., Bhiri, H., Ammar, N., Bouriga, R., Krir, M. W., ... & Zaied, S. (2018). Factors predictive of quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19 (6), 1671. <https://doi.org/10.22034/2FAPJCP.2018.19.6.1671>
- Fernández, M. S., Rueda, C. Z., Patrignani, G. G., Rivero, J. C. C., & Padilla, J. H. (2023). Adaptation to the disease, resilience and optimism in woman with breast cancer. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.016>

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal Personality and Individual Differences*, 30 (8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Guimond, A. J., Ivers, H., & Savard, J. (2019). Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms?. *Psychology & Health*, 34 (1), 44-63. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1514462>
- Hasani, J. (2010). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (3), 84-73. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031>
- Hass, H. G., Seywald, M., Wöckel, A., Muco, B., Tanriverdi, M., & Stepien, J. (2023). Psychological distress in breast cancer patients during oncological inpatient rehabilitation: incidence, triggering factors and correlation with treatment-induced side effects. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307 (3), 919-925. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06657-3>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Fourth Edition, Guilford publications. <https://books.google.com/books?>
- Kuan, C. C., Kuo, W. H., Chang, S. H., & Sun, H. F. (2023). A longitudinal study on the changes in the self-efficacy of breast cancer patients during adjuvant chemotherapy. *Nursing Open*, 10 (5), 2912-2919. <https://doi.org/10.1002/nop2.1533>
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J., & Domínguez-Sánchez, F. J. (2019). Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clínica y Salud*, 30 (1), 33-39. <https://psycnet.apa.org/doi/10.5093/clysa2019a6>
- Lotfi saeidabad, S., Basharpour, S., & Rafieerad, Z. (2022). The Role of Perceived Stress, Personality Traits, and Self-Efficacy in Predicting Health Protocols During the Covid Pandemic. *Rooyesh* 10(11), 109-120 (Text in Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.11.9.9>
- Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. *Sydney psychology foundation*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370294643851494273>
- Manikis, G., Simos, N. J., Kourou, K., Kondylakis, H., Poikonen-Saksela, P., Mazzocco, K., ... & Fotiadis, D. (2023). Personalized risk analysis to improve the psychological resilience of women undergoing treatment for breast cancer: Development of a machine learning-driven clinical decision support tool. *Journal of Medical Internet Research*, 25 (1), 1-10. <https://doi.org/10.2196/43838>
- Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Annunziata, M. A. (2020). Quality of life and psychological distress during cancer: a prospective observational study involving young breast cancer female patients. *Bio Med Central Cancer*, 20 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07272-8>
- Naik, H., Leung, B., Laskin, J., McDonald, M., Srikanthan, A., Wu, J., ... & Ho, C. (2020). Emotional distress and psychosocial needs in patients with breast cancer in British Columbia: younger versus older adults. *Breast Cancer Research and Treatment*, 179 (1), 471-477. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05468-6>
- Park-Simon, T. W., Müller, V., Jackisch, C., Albert, U. S., Banys-Paluchowski, M., Bauerfeind, I., ... & Thill, M. (2023). Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie recommendations for the diagnosis and treatment of patients with early breast cancer: Update 2023. *Breast Care*, 18 (4), 288-304. <https://doi.org/10.1159/000531578>
- Pomey, M. P., Nelea, M. I., Normandin, L., Vialaron, C., Bouchard, K., Côté, M. A., ... & de Guise, M. (2023). An exploratory cross-sectional study of the effects of ongoing relationships with accompanying patients on cancer care experience, self-efficacy, and psychological distress. *Bio Med Central Cance*, 23 (1), 369-389. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-10856-9>

- Rezaei Rad, M., Zarofian, F., Majani, N., Rezaei Rad, M. (2023). The relationship of self-efficacy with self-regulated learning in the virtual education of students during the Covid-19 epidemic. *Journal of Nursing Education* 12 (2), 15-24. (Text in Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.12.2.15>
- Rodas, J. A., Jara-Rizzo, M. F., Greene, C. M., Moreta-Herrera, R., & Oleas, D. (2022). Cognitive emotion regulation strategies and psychological distress during lockdown due to COVID-19. *International Journal of Psychology*, 57 (3), 315-324. <https://doi.org/10.1002/ijop.12818>
- Rosenberg, M. (1989). Determinants of self-esteem-a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, 1 (11), 16-16. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1184974>
- Rusu, P. P., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2019). Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36 (1), 359-376. <https://doi.org/10.1177/0265407517751664>
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Developmental Psychology Iranian Psychologist*, 1 (4), 36-54. (Text in Persian) [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443.html](https://jip.stb.iau.ir/article_512443.html)
- Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 71 (1), 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.001>
- 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>
- Su, C. H., Liu, Y., Hsu, H. T., & Kao, C. C. (2024). Cancer fear, emotion regulation, and emotional distress in patients with newly diagnosed lung cancer. *Cancer Nursing*, 47 (1), 56-63. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001150>
- Tao, L., Zhong, T., Hu, X., Fu, L., & Li, J. (2023). Higher family and individual resilience and lower perceived stress alleviate psychological distress in female breast cancer survivors with fertility intention: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 31 (7), 408-420. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07853-w>
- Turaga, K. K., & Girotra, S. (2023). Are we harming cancer patients by delaying their cancer surgery during the COVID-19 pandemic? *Annals of Surgery*, 278 (5), 960-965. <https://doi.org/10.1097%2FSLA.0000000000003967>
- Whelan, T. J., Smith, S., Parpia, S., Fyles, A. W., Bane, A., Liu, F. F., ... & Levine, M. N. (2023). Omitting radiotherapy after breast-conserving surgery in luminal A breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 389 (7), 612-619. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302344>



## رابطه بین ادراک کیفیت دلبستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان:

### نقش واسطه‌ای بهزیستی معنوی

الناز نورافکن<sup>۱</sup>، سمیه کشاورز<sup>۲\*</sup>، علیرضا کاکاوند<sup>۳</sup>

#### چکیده

هدف از پژوهش بررسی رابطه ادراک کیفیت دلبستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان با نقش واسطه‌ای بهزیستی معنوی بود. روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی است که در آن از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان در حال تحصیل در مقطع متوسطه مدارس استان مازندران، ایران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰۰ دانش‌آموز بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های دلبستگی به والدین و همسالان، بهزیستی معنوی و اضطراب اجتماعی نوجوانان را تکمیل نمودند. نتایج تحلیل آماری، معادلات ساختاری، رابطه معنادار اضطراب اجتماعی نوجوانان و کیفیت ادراک دلبستگی را با واسطه‌گری بهزیستی معنوی نشان داد. علاوه بر آن بین ادراک کیفیت دلبستگی و بهزیستی معنوی و بین بهزیستی معنوی و اضطراب اجتماعی نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد. همچنین اثر مستقیم ادراک کیفیت دلبستگی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان نیز مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه روان‌شناسی، در مداخلات درمانی اضطراب اجتماعی در نوجوانان به نقش متغیرهای تأثیرگذار از جمله ادراک کیفیت دلبستگی و بهزیستی معنوی توجه ویژه داشته باشند.

**کلیدواژه‌ها:** ادراک کیفیت دلبستگی، اضطراب اجتماعی، بهزیستی معنوی، نوجوانان

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران [s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir](mailto:s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

## مقدمه

نوجوانی مرحله‌ای از رشد است که در آن تغییرات زیستی، جسمی و روانی زیادی رخ می‌دهد. همچنین مرحله دوره شکل‌گیری هویت جوانان است که در شکل‌گیری هویت، فضای امن و زندگی اجتماعی اهمیت بالایی دارد (پکرینگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). رابطه با همسالان، احساس تعلق به یک گروه، سازگاری در زندگی بزرگسالی را آسان‌تر می‌کند. بنابراین روابط با دیگران، یک متغیر مهم در زندگی نوجوانان است. اضطراب اجتماعی<sup>۲</sup> یکی از مشکلات در حوزه روابط است که در این گروه سنی شیوع بالایی دارد و در این سن، اضطراب اجتماعی برای اولین بار ظهور پیدا می‌کند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین نوجوانی دوره‌ای از جهت‌گیری اجتماعی است و در این سن کودکان معمولاً به مدرسه راهنمایی می‌روند و بیش از هر زمان دیگری از زندگی، با همسالان خود زمان بیشتری را می‌گذرانند. توانایی ایجاد و حفظ دوستی‌ها و ادغام با گروه همسالان خود ضروری می‌شود و دوستان و گروه همسالان نقش مهمی در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی ایفا می‌کنند (فردریک و لوبب<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). بنابراین علائم اضطراب اجتماعی معمولاً برای اولین بار در اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود؛ زمانی که تعاملات اجتماعی و روابط با همسالان برجسته می‌شود. این وضعیت می‌تواند به طور قابل توجهی در روابط و زندگی افراد تداخل ایجاد کند و منجر به سایر مشکلات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب در افراد گردد (دو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب اجتماعی به معنی ترس بیش از حد از قضاوت منفی است، ترس مشخص و مداوم از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی که در آن خجالت یا تحقیر ممکن است رخ دهد. این ترس‌ها عمدتاً شامل ترس از شرم، طرد شدن یا تحقیر، حماقت و دست و پا چلفتی بودن، قرار گرفتن در مرکز توجه یا ارزیابی منفی توسط دیگران است. رایج‌ترین محرک‌های ترس شامل ملاقات با افراد جدید، صحبت در جمع، صحبت با همسالان، ارائه در کلاس، فعالیت‌های اجتماعی و تعامل با دیگران است. زیرا در مقابل مردم افکار و تصورات منفی و تحریف شده از خود دارند. آنها سعی می‌کنند از مکان‌ها و موقعیت‌های اجتماعی که آنها را در معرض خطر بازمینی، تحقیر یا ارزیابی منفی دیگران قرار می‌دهد اجتناب کنند (مورگان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

شیوع این اختلال در طول عمر بعد از اختلال‌های افسردگی اساسی و وابستگی به الکل در رتبه سوم قرار دارد (اولندیک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب اجتماعی با اختلال در پیشرفت تحصیلی و استقلال مالی همراه است و این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که این نگرانی شروع به اختلال در ارتباطات بین‌فردی می‌کند (لی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). بدون درمان، اختلال اضطراب اجتماعی بهبود پیدا نمی‌کند و با اختلال عملکردی قابل توجه همراه می‌شود. علائم از طریق اجتناب یا درگیری محدود با محرک‌های پریشان‌کننده و افزایش توجه به تهدید (مثلاً ارزیابی‌ها و قضاوت‌های منفی) حفظ می‌شوند. اضطراب ناسازگار از طریق فقدان یادگیری اصلاحی در مورد سطح تهدید واقعی موقعیت و توانایی فرد برای تحمل ناراحتی تداوم می‌یابد (خان<sup>۸</sup>

1. Pickering
2. Social anxiety
3. Fredrick & Luebbe
4. Dou
5. Morgan
6. Ollendick
7. Li
8. Khan

و همکاران، ۲۰۲۱). در سال‌های اخیر مطالعات نشان داده است که بهزیستی معنوی<sup>۱</sup>، یکی از راهکارهای مقابله با اضطراب و اضطراب اجتماعی است. بهزیستی معنوی می‌تواند باعث بهبود روابط و رفتارهای پریشان‌کننده شود (رزمارین و لیدل<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰؛ درمش<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). بهزیستی معنوی در دوره نوجوانی که یکی از بحرانی‌ترین مقاطع رشدی فرد است از اهمیت وافری برخوردار است. دوره نوجوانی اغلب با رفتارهای مخاطره آمیز که می‌تواند بر سلامت آنها تأثیر منفی بگذارد، از جمله مصرف مواد و فعالیت جنسی اولیه همراه است. با توجه به اثرات منفی چنین رفتارهای پرخطری بر سلامت، اکنون مجموعه رو به رشدی از تحقیقات بهداشتی، مزایای محافظتی معنویت و بهزیستی معنوی نوجوانان را بررسی کرده‌اند. نوجوانانی که سطح بالایی از سلامت معنوی را گزارش می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که هرگز از مواد مخدر یا الکل استفاده نکرده باشند (ناوی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

در میان جوانان دبیرستانی در ایالات متحده آمریکا که دچار تروما شده بودند، سطوح معنوی فردی نیز با مصرف دخانیات، نوشیدن زیاد الکل و مصرف حشیش همبستگی منفی داشت (پناهی و همکاران، ۱۴۰۰؛ هاتالا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). معنویت، منبع آسایش، حمایت و معناست، ایده احساس تعلق و به هم پیوستگی وجودی را القا می‌کند و سلامت روان را ارتقا می‌دهد. بین معنویت و داشتن ادراک از رفاه، سلامت جسمی و روانی ارتباط وجود دارد. یک جنبه به‌خصوص مهم بهزیستی معنوی مربوط به مقابله یا عملکردی است که فرد در مدیریت رویدادهای استرس‌زا انجام می‌دهد. مقابله معنوی را می‌توان به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری برای یافتن یا حفظ معنا و ارتباط در مواجهه با موقعیت‌های دشوار معنا کرد (کوپولا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، برخی از نویسندگان در طول سال‌ها استدلال کرده‌اند که ایمان و معنویت نیز می‌تواند به عنوان منبع تاب‌آوری از دیدگاه فیزیکی، روان‌شناختی و ذهنی درک شود. معنویت ممکن است زمینه‌ای را فراهم کند که در آن مردم بتوانند زندگی خود را معنا کنند و حتی در میان جدی‌ترین چالش‌های زندگی احساس کامل، امیدوار و آرامش کنند (کریکو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). معنویت می‌تواند با مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی و ایجاد حمایت اجتماعی بر سلامت روان تأثیر مثبت بگذارد. در این راستا، نتایج مطالعات نشان داده که معنویت بر روابط بین‌فردی تأثیر بسزایی دارد به طوری که معنویت می‌تواند عملکرد روانی سازگاری را تقویت کند. یکی از عواملی که بر روی معنویت افراد تأثیرگذار است الگوی دلبستگی<sup>۸</sup> افراد است. دلبستگی باور افراد نسبت به معنویت را تعیین میکند (گرانکوویست<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). همچنین تحقیقات نشان می‌دهند، افسردگی و اضطراب در افرادی که از بهزیستی معنوی بالایی برخوردار هستند کمتر دیده می‌شود (فیتزجرالد<sup>۱۰</sup> و برتیوم، ۲۰۲۲؛ موسا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Spiritual Well-being
2. Rosmarin & Leidl
3. Durmuş
4. Nawi
5. Hatala
6. Coppola
7. Chirico
8. Attachment
9. Granqvist
10. Fitzgerald
11. Musa



تئوری دلبستگی یک نظریه رشد اجتماعی-عاطفی است که در ابتدا توسط جان بالبی<sup>۱</sup> به منظور توضیح پیوند بین نوزادان و مراقبان آنها ایجاد شد (بالبی، ۹۸۸). فرض اصلی این است که امنیت و اعتماد یک فرد نسبت به دیگران در مراحل بعدی زندگی توسط تجربیات او در رابطه با الگوهای روابط و در دسترس بودن عاطفی مراقبان، یعنی شخصیت‌های دلبستگی آنها شکل می‌گیرد. برای نوجوانان، دلبستگی با یک پیوند محبت آمیز پایدار تعریف شده است که شامل احساسات عمومی فرد از امنیت، اعتماد، ارتباطات مثبت، و حمایت و پذیرش در روابط نزدیک با دیگران است (دلاگادو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در دوران نوجوانی، تغییرات مهم رشدی عواملی مانند ایجاد خودکفایی عاطفی، روابط دلبستگی با والدین را تغییر می‌دهد. در این دوره وابستگی به والدین به دلبستگی والدین تغییر می‌کند و کاهش در محیط‌های جدید نقش محوری در دلبستگی دارد. با توسعه ظرفیت‌های شناختی و عاطفی، نوجوانان همچنین یاد می‌گیرند که روابط دلبستگی را با همسالان و شرکای عاشقانه ایجاد کنند. با این وجود، استدلال می‌شود که روابط امن والد-کودک همچنان به عنوان پایه‌ای امن برای نوجوانان محسوب می‌شود تا به طور فزاینده‌ای مستقل شوند و دنیای بیرون را کشف کنند که به نوبه خود باعث ارتقاء عزت‌نفس نوجوانان می‌شود (کیزر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین دلبستگی در روابط نوجوانان نقش مهمی دارد و مطالعه از تورک<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، یو<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۰) و کارسدو<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، نشان داد که اضطراب اجتماعی با سطوح دلبستگی نایمن در نوجوانان در ارتباط است. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند سطوح پایین‌تر دلبستگی ایمن و سطوح بالاتر مشکلات بین‌فردی، اضطراب اجتماعی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (کنراد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ سوئی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طبق بررسی‌های گرانکوئیست (۲۰۲۰) و لی<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۱) مشخص شد که دلبستگی با معنویت در ارتباط است و دلبستگی، معنویت را در نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. شفلد و همکاران (۲۰۱۹) نیز در تحقیقی نشان دادند که بهزیستی معنوی به عنوان واسطه بین دلبستگی و پریشانی روانی در سلامت روانی نقش دارد.

نکته‌ای که همواره در ارتباط بین متغیرهای روان‌شناختی وجود دارد این است که عوامل روان‌شناختی همواره به شکل ساده و خطی منجر به ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی و واسطه‌ای متغیرهای دیگر نیز توجه ویژه داشت. چنانچه گفته شد دلبستگی نوجوانان با بهزیستی معنوی آنان در ارتباط بوده و همچنین بین بهزیستی معنوی و میزان اضطراب اجتماعی نوجوانان نیز ارتباط وجود دارد و با توجه به اینکه بهزیستی معنوی متغیری است که هم با دلبستگی و هم با میزان اضطراب اجتماعی در ارتباط است می‌توان آن را به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در نظر گرفت که می‌تواند در ارتباط دلبستگی با میزان اضطراب اجتماعی نوجوانان اثرگذار باشد. با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین مشکلات جدی که این اختلال در نوجوانان به همراه دارد، شناسایی عوامل زمینه‌ساز این اختلال و پیشگیری از بروز آن ضروری

1. John Bowlby
2. Delgado
3. Keizer
4. Öztürk
5. Yu
6. Carcedo
7. Conrad
8. Swee
9. Li

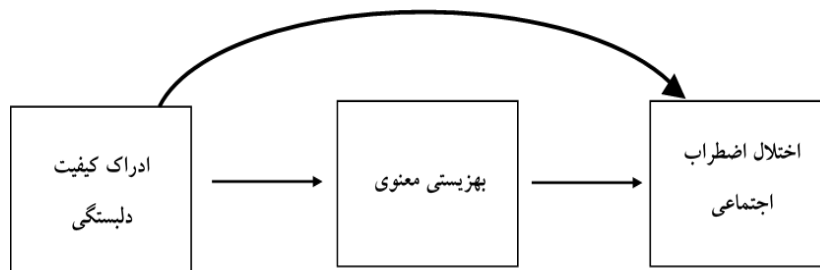
به نظر می‌رسد. از آنجایی که مطابق با بررسی‌های پژوهشگران تاکنون مطالعه‌ای منسجم که به ارتباط بین این متغیرها بصورت هم‌زمان پرداخته باشد یافت نگردید، پژوهش حاضر با پرداختن به کیفیت دل‌بستگی به جای سبک‌های دل‌بستگی و با در نظر گرفتن متغیر جدید تحت عنوان بهزیستی معنوی به‌عنوان متغیر واسطه بین متغیرهای ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی، با منظر جدیدی به رابطه والدین و فرزندان و تاثیر آن بر اختلال اضطراب اجتماعی با این فرضیه کلی که بهزیستی معنوی در رابطه بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان نقش واسطه‌ای دارد، پیش رفت.

فرضیه‌های جزئی پژوهش:

۱. بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و بهزیستی معنوی در نوجوانان رابطه وجود دارد.

۲. بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی در نوجوانان رابطه وجود دارد.

۳. بین بهزیستی معنوی و اضطراب اجتماعی در نوجوانان رابطه وجود دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

## روش پژوهش

پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر (۱۲ تا ۱۷ سال) در حال تحصیل در مقطع متوسطه مدارس دولتی استان مازندران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. بومسما<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) به نقل از تاباکنیک و فیدل (۲۰۰۱) حداقل حجم ۲۰۰ نفر را برای برازش مدل کافی دانسته و اظهار نموده که هرچقدر تعداد نمونه بیشتر از ۲۰۰ نفر باشد به برازش بهتر مدل می‌انجامد است. گروه نمونه در پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات پژوهش، پرسشنامه‌ها با استفاده از سایت پرس‌لاین به لینک تبدیل شده و با همکاری معلم‌های مقطع متوسطه اول و دوم، در یک پیمایش اینترنتی در اختیار دانش‌آموزان مدارس دولتی قرار گرفت. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات توضیحات لازم ارائه و اعتماد آنان جهت شرکت در پژوهش جلب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش و معیار خروج از پژوهش نیز ناقص بودن اطلاعات ارائه شده بود.

## ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان<sup>۱</sup> (IPPA):** این پرسشنامه توسط آرمسدن و گرینبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) بر اساس نظریه دلبستگی بالبی و به منظور ارزیابی ادراک نوجوانان از دلبستگی به والدین و همسالان تهیه شده است. این ابزار مادر، پدر و دوستان مهم را به عنوان منبع امنیت روان‌شناختی مورد توجه قرار می‌دهد. گویه‌های این پرسشنامه بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ قرار دارند و هر بخش شامل ۲۵ گویه و هر سه بخش شامل سه بعد درجه اعتماد متقابل<sup>۳</sup>، کیفیت ارتباط<sup>۴</sup> و بیگانگی<sup>۵</sup> (خشم و عصبانیت) است. نمره کلی فرد در این مقیاس نشان دهنده کیفیت دلبستگی نوجوان است؛ به طوری که هرچه نمره فرد در ابعاد اعتماد و ارتباط بیشتر و در بعد بیگانگی کمتر باشد، رابطه نوجوان با والدین و همسالانش کیفیت بیشتری دارد و از نوع دلبستگی امن است. ثبات درونی (آلفای کرونباخ) آزمون برای دلبستگی به مادر ۰/۸۷، پدر ۰/۸۹ و همسالان ۰/۹۲ است و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته برای دلبستگی به والدین ۰/۹۳ و برای دلبستگی به همسالان ۰/۸۶ گزارش شده است، بنابراین این ابزار از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. همبستگی بین خودپنداره خانواده با دلبستگی به والدین ۰/۸۷ و با دلبستگی به همسالان ۰/۲۸ و همبستگی بین خودپنداره اجتماعی با دلبستگی به والدین ۰/۴۶ و با دلبستگی به همسالان ۰/۵۷ گزارش شده است (آرمسدن و گرینبرگ، ۱۹۸۷). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای دلبستگی به مادر ۰/۹۰، دلبستگی به پدر ۰/۹۲ و دلبستگی به همسالان ۰/۸۹ گزارش شده و روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و بارهای عاملی مولفه‌های دلبستگی به مادر، پدر و همسالان به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شده است (افشاریان و کدیور، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ دلبستگی به مادر و پدر ۰/۷۶ و دلبستگی به همسالان ۰/۸۲ به دست آمد.

**پرسشنامه بهزیستی معنوی<sup>۶</sup> (SWBS):** این پرسشنامه توسط پالوتزین و الیسون<sup>۷</sup> (۱۹۸۲) طراحی شده است و ۲۰ گویه و دو خرده مقیاس دارد. خرده مقیاس بهزیستی مذهبی<sup>۸</sup>، میزان تجربه فرد از رابطه با خدا و قدرت متعالی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی<sup>۹</sup> که عنصری روانی-اجتماعی است، احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را ارزیابی می‌کنند. مقیاس پاسخگویی به گویه‌ها لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و شیوه نمره‌گذاری گویه‌ها ۱-۶ است و از طریق نمره‌گذاری، نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید. پالوتزین و الیسون ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. دهشیری و همکاران (۱۳۹۲) با پژوهش بر روی دانشجویان دختر و پسر، پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای بهزیستی

1. Inventory of parent and peer attachment
2. Armsden & Greenberg
3. Trust
4. Communication
5. Anger and alienation
6. Spiritual well-being scale
7. Paloutzin & Ellison
8. Religious well-being
9. Existential well-being

مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و روایی هم‌زمان پرسشنامه را با بررسی همبستگی میان این ابزار با پرسشنامه شادکامی ۰/۶۴، عمل به باورهای دینی ۰/۵۱ و سلامت روان ۰/۵۲ گزارش کرده‌اند. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای زیر مقیاس های فوق به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۵ و ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسشنامه اضطراب اجتماعی نوجوانان<sup>۱</sup> (SASA):** این پرسشنامه توسط پاکلاک<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) ساخته شده و شامل ۲۸ گویه است که نگرانی‌ها، ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی نوجوانان را در موقعیت‌های اجتماعی مثل مدرسه و تعامل با همسالان ارزیابی می‌کند. گویه‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (لیکرت) قرار دارند و شامل دو بعد شناختی و رفتاری هستند. گویه‌ها در بعد شناختی، ترس از ارزیابی منفی<sup>۳</sup> (FNE) (۱۵ گویه) و در بعد رفتاری تنش و بازداری در برخورد اجتماعی<sup>۴</sup> (TISC) (۱۳ گویه) را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پاکلاک (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۳ و ۰/۷۶ و بارهای عاملی مولفه‌های ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی را به روش تحلیل عاملی تأییدی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. خدایی و همکاران (۱۳۹۰) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش خدایی و همکاران، به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه، همبستگی بین نمره کلی نوجوانان در مقیاس ترس از ارزیابی منفی با نمره کلی و زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخوردهای اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۱۲، ۰/۱۴ و ۰/۱۱ دست آمد ( $P < ۰/۰۵$ ). علاوه بر آنچه که گزارش شد، در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و اضطراب اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۶ و ۰/۸۴ به دست آمد.

## روش اجرا

در ابتدا بر روی افرادی که تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند مقیاس سواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و همکاران (۱۹۸۹) اجرا شد که از بین آنها ۵۷ نفر نمره ۱۶ و بالاتر (نقطه برش) کسب کردند و از بین آنها ۴۵ نفر تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۳ گروه یعنی ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر گروه ۱۵ نفر). سپس جلسات درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و بعد از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه به سوالات مقیاس احساس گناه به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین بعد از ۲ ماه مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت داده‌های گردآوری شده تحلیل شدند.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰۰ دانش‌آموز شرکت داشتند که ۱۴۴ نفر (۴۸٪) از آن‌ها پسر و ۱۵۶ نفر (۵۲٪) نیز دختر بودند.

1. Social Anxiety Scale for Adolescents
2. Paklak
3. Fear of Negative Evaluation
4. Tention and inhibition in social contact

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است. همچنین طبق جدول، ارزش‌های چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های پژوهش

کشیدگی	چولگی	انحراف معیار	میانگین	زیر مقیاس‌ها
-۰/۶۳۶	۱/۱۹۶	۱۱/۱۳	۸۲/۶۹	دل‌بستگی به مادر
-۰/۸۸۱	۰/۴۱۴	۱۳/۵۰	۸۰/۵۱	دل‌بستگی به پدر
-۱/۲۱۳	۰/۶۶۸	۱۵/۹۱	۸۵/۰۱	دل‌بستگی به همسالان
-۱/۶۴۲	-۰/۳۵۲	۳۱/۶۵	۲۴۷/۴۲	دل‌بستگی
-۰/۳۶۷	-۰/۰۶۸	۱۱/۸۸	۴۶/۸۴	درک و ترس از ارزیابی منفی
-۰/۲۰۸	-۰/۲۴۶	۸/۴۲	۳۹/۰۳	تنش و بازداری در برخورد اجتماعی
-۰/۳۲۸	-۰/۰۲۶	۱۶/۷۲	۸۵/۸۲	اضطراب اجتماعی
-۰/۵۶۸	۰/۱۴۸	۸/۰۷	۳۸/۴۳	بهزیستی مذهبی
-۰/۵۵۹	-۰/۱۰۶	۷/۰۹	۳۴/۶۲	بهزیستی وجودی
-۰/۵۳۷	-۰/۱۸۲	۲۱/۱۴	۱۰۸/۷۰	بهزیستی معنوی

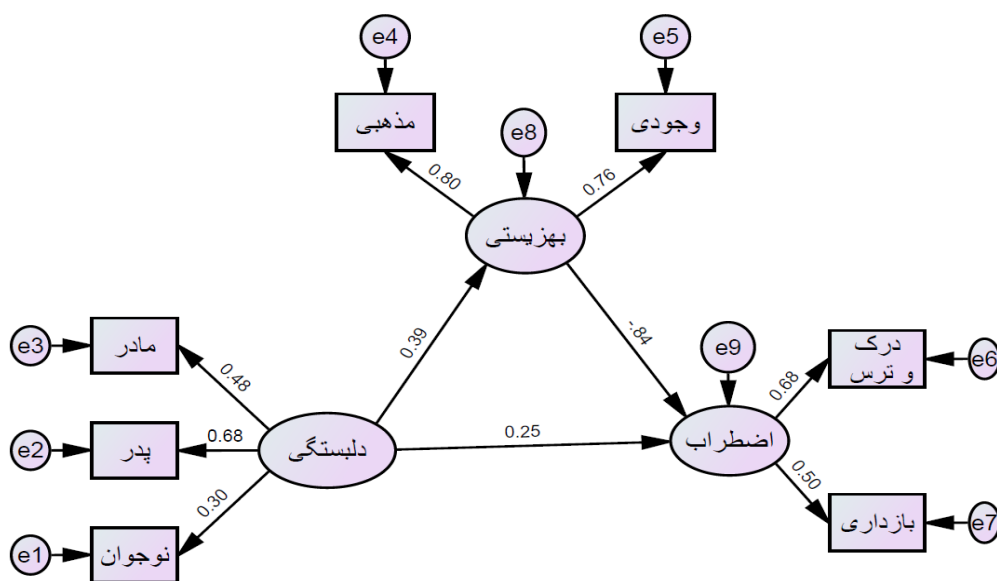
از مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چندمتغیری است که برای این منظور در نرم‌افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. بنتلر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگ‌تر از ۵ برای ضریب ماردیا نشان‌دهنده توزیع غیرنرمال داده‌ها است (به نقل از بیرن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۴۱ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چندمتغیره برقرار است. برای بررسی نرمال بودن تک متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. بر اساس داده‌های جدول ۱ مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ‌یک از نشانگرها خارج از بازه‌ی (۲، -۲) نیست و بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. جهت بررسی عدم وجود هم‌خطی بین متغیرهای مستقل از شاخص تحمل و عامل تراکم واریانس استفاده شد و با توجه به اینکه مقدار شاخص تحمل واریانس متغیرها نزدیک به ۱ و مقدار عامل تراکم واریانس متغیرها کمتر از ۲ بود لذا بین متغیرهای پیش‌بین اثر هم‌خطی وجود نداشت. پس از تأیید مفروضه‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد به همراه برخی از مهم‌ترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل و جدول زیر ارائه شده است. نتایج شاخص‌های برازش در جدول ۲ نشان می‌دهد الگوی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است.

1. Bentler  
2. Byrne

جدول ۲. شاخص‌های برازش الگوی پژوهش

شاخص‌های برازش		نام شاخص
حد مجاز	مقدار	
		$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر از ۵	۳/۹۰	ریشه میانگین خطای برآورد <sup>۱</sup> (RMSEA)
کمتر از ۰/۱	۰/۰۹	برازندگی تعدیل یافته <sup>۲</sup> (CFI)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۰	برازندگی نرم شده <sup>۳</sup> (NFI)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳	نیکویی برازش <sup>۴</sup> (GFI)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	نیکویی برازش تعدیل شده <sup>۵</sup> (AGFI)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳	

مدل نهایی حاصل از معادلات ساختاری در شکل ۲ قابل مشاهده است



شکل ۱. مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد شده

1. Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)
2. Comparative Fit Index (CFI)
3. Normed Fit Index (NFI)
4. Goodness of Fit Index (GFI)
5. Goodness of Fit Index (AGFI)

۸۰ ..... رابطه بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان:...

آنچه از نتایج جدول زیر برمی‌آید این است که دل‌بستگی بر بهزیستی معنوی و اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار داشته است. رابطه دل‌بستگی با بهزیستی معنوی به صورت مستقیم برابر ( $t=3/03$  و  $\beta=0/39$ ) و رابطه دل‌بستگی با اضطراب اجتماعی به صورت مستقیم برابر ( $t=1/99$  و  $\beta=0/25$ ) است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی بر اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار داشته است. رابطه بهزیستی معنوی با اضطراب اجتماعی به صورت مستقیم برابر ( $t=-6/96$  و  $\beta=-0/84$ ) است.

جدول ۳. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	$\beta$ استاندارد شده	خطای استاندارد	t	sig
بهزیستی معنوی	دل‌بستگی	مستقیم	۰/۳۹	۰/۱۷	۳/۰۳	۰/۰۰۲
اضطراب اجتماعی	دل‌بستگی	مستقیم	۰/۲۵	۰/۲۱	۱/۹۹	۰/۰۴۷
اضطراب اجتماعی	بهزیستی معنوی	مستقیم	-۰/۸۴	۰/۱۵	-۶/۹۶	۰/۰۰۱

جهت بررسی نقش میانجی بهزیستی معنوی در رابطه ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جهت بررسی اثر متغیر میانجی بهزیستی معنوی در رابطه بین ادراک کیفیت دل‌بستگی با اضطراب اجتماعی نوجوانان، از آزمون سوبل استفاده گردید. یک روش مورد استفاده برای سنجش معنی‌داری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲) است که مستقیماً معنی‌داری  $ab$  را نسبت به توزیع بهنجار  $Z$  با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب که پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیراستانداردی که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به دست آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت به دست آمده بزرگ‌تر از  $1/96$  باشد نتیجه گرفته می‌شود که اثر متغیر میانجی معنی‌دار است. آنچه از نتایج جدول زیر برمی‌آید این است که ادراک کیفیت دل‌بستگی اثر غیرمستقیم به واسطه‌ی بهزیستی معنوی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان داشته است ( $p < 0/05$ ).

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم بهزیستی معنوی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان

متغیر ملاک	میانجی	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	$\beta$ استاندارد شده	آماره سوبل	sig
اضطراب اجتماعی	بهزیستی معنوی	کیفیت دل‌بستگی	غیرمستقیم	-۰/۳۳	۳/۶۶	۰/۰۰۱

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین ادراک کیفیت دل‌بستگی به والدین با اضطراب اجتماعی نوجوانان با واسطه‌گری بهزیستی معنوی بود. نتایج حاصل از برآورد مدل، حاکی از آن است که ادراک کیفیت دل‌بستگی بر بهزیستی معنوی نوجوانان اثر مثبت و معناداری دارد. یعنی نوجوانانی که در روابط خود با والدین و همسالان احساس اعتماد بیشتر و بیگانگی کمتری دارند سطوح بالاتری از بهزیستی معنوی را تجربه می‌کنند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های گراکوویست و همکاران (۲۰۲۰) و دلاگادو و

همکاران (۲۰۲۲) هم‌سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نوجوانانی که در روابط خود با والدین و همسالان، در دسترس بودن، پذیرا و یاری‌بخش بودن آن‌ها را ادراک می‌کنند، احساس امنیت و حمایت می‌کنند که باعث می‌شود نسبت به خود، دیگران، طبیعت و خدا دیدگاه مثبت داشته باشند و همچنین با تکیه بر احساس امنیت و حمایت به جست‌وجوی محیط اطراف خود بپردازند و به دنبال هدف و معنای زندگی خود باشند، در نتیجه این افراد سطح بالاتری از بهزیستی معنوی را تجربه می‌کنند. همچنین نتایج نشان داد که بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی در نوجوانان رابطه منفی وجود دارد. یعنی نوجوانانی که در روابط خود با والدین و همسالان خود کیفیت بالاتری از دل‌بستگی را ادراک می‌کنند، اضطراب اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند. این نتایج با یافته‌های کنراد و همکاران (۲۰۲۱) و سوئی و همکاران (۲۰۲۱) هم‌سویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که سطح بالاتر ادراک کیفیت دل‌بستگی به معنای آن است که والدین در دسترس‌تر، پذیراتر و یاری‌بخش‌تر هستند و در نتیجه‌ی این موارد نوجوانان احساس اعتماد و امنیت بیشتری می‌کنند و دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیگران دارند یعنی خود را ارزشمند و توانمند می‌بینند و دیگران را پذیرا و قابل اعتماد، پس دیدگاه مثبت به خود و دیگران باعث می‌شود نوجوانان در روابط خود اشتیاق بیشتر و در نتیجه اضطراب کمتری را تجربه کنند. درمقابل والدینی که در دسترس، پذیرا و یاری‌بخش نیستند باعث می‌شوند نوجوانان اعتماد و امنیت کمتری را تجربه کنند و نسبت به خودشان و دیگران دیدگاه منفی داشته باشند، یعنی ارزشمندی و توانایی‌های خود را دست‌کم می‌گیرند و دیگران را افراد غیرقابل اعتمادی می‌بینند که آن‌ها را مورد قضاوت قرار می‌دهند و همچنین نسبت به نیازهای آن‌ها بی‌توجه هستند. در نتیجه در روابط اجتماعی اضطراب بیشتری را تجربه کنند. بنابراین ادراک کیفیت دل‌بستگی می‌تواند در روابط اجتماعی نوجوانان تاثیرگذار باشد و اضطراب اجتماعی را در آن‌ها پیش‌بینی کند.

طبق نتایج بین بهزیستی معنوی و اضطراب اجتماعی در نوجوانان رابطه وجود داشت. نتایج حاصل از برآورد مدل، حاکی از آن است که بهزیستی معنوی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان اثر منفی معناداری دارد. یعنی نوجوانانی که از بهزیستی معنوی بالاتری برخوردار هستند، اضطراب اجتماعی کمتر و نوجوانانی که سطوح پایین‌تر بهزیستی معنوی را نشان می‌دهند، اضطراب اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. نتایج این فرضیه با یافته‌های فیتزجرالد و برتیوم (۲۰۲۲) و موسا و همکاران (۲۰۲۲) هم‌سو است. فردی که بهزیستی معنوی بالایی دارد یعنی ارتباط معناداری با خود، دیگران، طبیعت و خدا دارد (درمش و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین در تبیین یافته‌های مربوط به این فرضیه می‌توان گفت روابط با معنا با خود، دیگران، طبیعت و خدا و همچنین داشتن هدف، معنا و ارزش در نوجوانان با بهزیستی معنوی بالا باعث می‌شود که آن‌ها احساس ارزشمندی کنند و ارزیابی مثبتی نسبت به خودشان داشته باشند؛ در نتیجه در روابط اجتماعی اعتماد به نفس و جسارت بیشتر و ترس و اضطراب کمتری تجربه می‌کنند. درمقابل، افرادی که توانایی برقراری روابط معنادار با خود، دیگران، طبیعت و خدا و ادغام این چهار نوع رابطه را ندارند و در زندگی خود هدف و معنای مشخصی را دنبال نمی‌کنند نسبت به خود ارزیابی منفی دارند و از برقراری روابط اجتماعی می‌ترسند یا از آن اجتناب می‌کنند زیرا نگران ارزیابی منفی دیگران از خودشان هستند.

در نهایت نتایج نشان داد که بهزیستی معنوی در رابطه بین ادراک کیفیت دل‌بستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان نقش واسطه‌ای دارد. نتایج این فرضیه با یافته‌های دو و همکاران (۲۰۲۳) و شفلد و همکاران (۲۰۱۹) هم‌سو است. افرادی که در روابط بین‌فردی



خود اضطراب و اجتناب را تجربه می‌کنند، سطح پایین‌تری از بهزیستی معنوی را هم نشان می‌دهند. آن‌ها علی‌رغم نیاز خود به توجه و مراقبت دیگران، از درخواست کمک اجتناب می‌کنند زیرا نگران هستند که از سوی دیگران طرد شوند (شفلد و همکاران، ۲۰۱۹). این امر می‌تواند به دلیل ناامنی که در دلبستگی خود با مراقبان تجربه کردند باشد. آن‌ها به دلیل تجربه نکردن همدلی و دریافت نکردن احترام در خانواده خود از تعاملات با اعضای خانواده لذت نمی‌برند و به دلیل اینکه پایگاه امنی برای کاوش محیط ندارند، برای دستیابی به اهداف خود کمتر تلاش می‌کنند و بیشتر نگران قضاوت دیگران در مورد خود هستند و بهزیستی معنوی کمتری را تجربه می‌کنند و اینگونه در تعاملات بین‌فردی خود اضطراب و اجتناب را تجربه می‌کنند که همان اضطراب اجتماعی است.

نتایج به لحاظ نظری با نظریه دلبستگی بالبی هم‌سو است و همچنین لوتز و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود با هدف بررسی نظریه دلبستگی و معنویت، با در نظر گرفتن دو مفهوم امنیت و اکتشاف، نظریه دلبستگی را به معنویت پیوند دادند. مطابق نظر آن‌ها معنویت پاسخی به الگوی دلبستگی است که به فرد جسارت می‌دهد تا مستقل و بدون ترس به اکتشاف محیط پردازد. به منظور تبیین این نظریه می‌توان گفت در واقع دلبستگی به عنوان یک پایگاه امن باعث می‌شود که فرد نه تنها با والدین بلکه با خود، دیگران، طبیعت و خدا یک الگوی دلبستگی ایمن و رابطه پایدار برقرار کند و با تکیه بر احساس امنیت و روابط بامعنا به اکتشاف محیط خود پردازد و به دنبال هدف و معنای زندگی خود باشد. در نتیجه بدون ترس و اضطراب وارد اجتماع می‌شود و روابط اجتماعی برقرار می‌کند. در صورتی که اگر فرد در روابط با والدین احساس امنیت و اعتماد نداشته باشد، عدم اعتماد و امنیت را در روابط دیگر خود هم تجربه می‌کند، در واقع سطح پایین‌تری از بهزیستی معنوی را تجربه می‌کند که باعث احساس ترس و اضطراب در روابط اجتماعی او می‌شود. همان‌طور که در ادبیات پژوهش هم اشاره شد رابطه با خود که یکی از مولفه‌های بهزیستی معنوی است به معنای پذیرش خود و آشتی با خود است و طبق نظریه دلبستگی هر شخص با توجه به تجربیات اولیه زندگی خود طرحواره‌های شناختی از خود و دیگران دارد (بالبی، ۱۹۸۸). پس در صورتی که چهره‌های دلبستگی در دسترس، حامی و قابل اعتماد باشند و به نیازهای فرزند توجه کنند، فرزند خود را شایسته توجه و حمایت می‌بیند و خود را همان‌گونه که هست می‌پذیرد و دیگران را افراد قابل اعتمادی می‌بیند که او را همان‌گونه که هست می‌پذیرند. بنابراین بدون ترس و اضطراب از چگونه به نظر رسیدن خود و نحوه ارزیابی دیگران از خود به اکتشاف محیط می‌پردازد و روابط بامعنا برقرار می‌کند. در مقابل، وضعیت دیگری وجود دارد که والدین به حد کافی به نیازهای فرزند توجه نکنند و فرزند حمایت و مراقبت کافی را از سوی والدین دریافت نکند، در این صورت فرد خود را شایسته‌ی توجه و حمایت نمی‌بیند و دیگران را هم قابل اعتماد نمی‌بیند. بنابراین امنیت و پذیرش خود شکل نمی‌گیرد و روابط او از کیفیت مطلوب برخوردار نخواهد بود، به گونه‌ای که سطح بهزیستی معنوی پایین خواهد بود و در روابط خود اضطراب را تجربه می‌کند که همان اضطراب اجتماعی است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بهزیستی معنوی می‌تواند ارتباط بین ادراک کیفیت دلبستگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان را میانجی‌گری کند و با توجه به اینکه اضطراب اجتماعی اختلالی است که می‌تواند تمام روابط بین فردی نوجوانان را تحت تأثیر قرار داده و محدود کند، در تدوین مداخلات درمانی برای این اختلال باید به نقش متغیرهای تأثیرگذار از جمله بهزیستی معنوی و کیفیت دلبستگی نوجوانان توجه ویژه مبذول شود. یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش روش نمونه‌گیری

در دسترس بود و از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش، محدود بودن گروه نمونه به استان مازندران بود لذا تعمیم نتایج به نوجوانان سایر استان‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج علاوه بر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، متغیرهای پژوهش در بافت‌های فرهنگی متفاوت و در نمونه‌هایی با سنین مختلف مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود سایر متغیرهای روان‌شناختی در رابطه بین ادراک کیفیت دلبستگی و اضطراب اجتماعی با استفاده از روش معادلات ساختاری بررسی شوند.

### ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین است. ملاحظات اخلاقی از جمله اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی در این پژوهش کاملاً رعایت شده است.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- افشاریان، ندا و کدیور، پروین. (۱۳۹۵). نقش دلبستگی به والدین و همسالان و ازخودبیگانگی روانی در پیش‌بینی رفتار خرابکارانه نوجوانان، *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲(۱)، ۶۱-۷۸. <https://doi.org/10.22051/jontoe.2016.2270>
- خدایی، علی؛ شکر، امید؛ پاکک، ملیتا؛ گراوند، فریبرز و طولابی، سعید. (۱۳۹۰). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، *علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۰۹-۲۱۶.
- دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ سهرابی، فرامرز و ترقی‌جاه، صدیقه. (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، *مطالعات روانشناختی*، ۲(۴)، ۷۴-۹۶. <https://doi.org/10.22051/psy.2014.1759>
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454. <https://doi.org/10.1007/bf02202939>
- Bowlby, J., (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, New York: Basic Books.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming* (2nd ed.). New York: Taylor and Francis Group.
- Carcedo, R. J., Vázquez-Iglesias, P., Parade, S., Herreros-Fraile, A., & Hervalejo, D. (2023). Social anxiety mediates the effect of attachment to parents on friendships and loneliness during the college transition. *Current Psychology*, 42(13), 10457-10467. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-022-03868-4>
- Chirico, F., Batra, K., Batra, R., Öztekin, G. G., Ferrari, G., Crescenzo, P., & Yildirim, M. (2023). Spiritual well-being and burnout syndrome in healthcare: A systematic review. *Journal of Health and Social Sciences*, 8(1), 13-32. <http://dx.doi.org/10.19204/2023/sprt2>
- Conrad, R., Forstner, A. J., Chung, M. L., Mücke, M., Geiser, F., Schumacher, J., & Carnehl, F. (2021). Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03098-1>

- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 626944. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626944>
- Delgado, E., Serna, C., Martínez, I., & Cruise, E. (2022). Parental attachment and peer relationships in adolescence: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1064. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph19031064>
- Dou, Q., Chang, R., & Xu, H. (2023). Body dissatisfaction and social anxiety among adolescents: a moderated mediation model of feeling of inferiority, family cohesion and friendship quality. *Applied Research in Quality of Life*, 1-21. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-2031762/v1>
- Durmuş, M., Öztürk, Z., Şener, N., & Eren, S. Y. (2022). The Relationship between the fear of COVID-19, depression, and spiritual well-being in pregnant women. *Journal of religion and health*, 61(1), 798-810. <https://doi.org/10.1007%2Fs10943-021-01448-7>
- Fitzgerald, M., & Berthiaume, K. (2022). Does spirituality moderate the relationship between child maltreatment and adult men and women's social anxiety, depression and loneliness. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(2), 235-253. <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2021.1912875>
- Fredrick, J. W., & Luebke, A. M. (2024). Prospective associations between fears of negative evaluation, fears of positive evaluation, and social anxiety symptoms in adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(1), 195-205. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01396-7>
- Granqvist, P. (2020). *Attachment in religion and spirituality: A wider view*. Guilford Publications.
- Granqvist, P., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2020). An attachment theory perspective on religion and spirituality. In *The science of religion, spirituality, and existentialism* (pp. 175-186). Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-817204-9.00014-7>
- Hatala, A., McGavock, J., Michaelson, V., & Pickett, W. (2021). Low risks for spiritual highs: Risk-taking behaviours and the protective benefits of spiritual health among Saskatchewan adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 26(2), e121-e128. <https://doi.org/10.1093%2Fpch%2Fpxaa007>
- Keizer, R., Helmerhorst, K. O., & van Rijn-van Gelderen, L. (2019). Perceived quality of the mother-adolescent and father-adolescent attachment relationship and adolescents' self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(6), 1203-1217. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01007-0>
- Khan, A. N., Bilek, E., Tomlinson, R. C., & Becker-Haimes, E. M. (2021). Treating social anxiety in an era of social distancing: adapting exposure therapy for youth during COVID-19. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 669-678. <https://doi.org/10.1016%2Fj.cbpra.2020.12.002>
- Li, J., Jia, S., Wang, L., Zhang, M., & Chen, S. (2023). Relationships among inferiority feelings, fear of negative evaluation, and social anxiety in Chinese junior high school students. *Frontiers in Psychology*, 13, 1015477. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2022.1015477>
- Li, J., Pan, L., & Hu, Y. (2021). Cultural involvement and attitudes toward tourism: Examining serial mediation effects of residents' spiritual wellbeing and place attachment. *Journal of Destination Marketing & Management*, 20, 100601. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdmm.2021.100601>
- Loetz, C., Müller, J., Frick, E., Petersen, Y., Hvidt, N. C., & Mauer, C. (2013). Attachment theory and spirituality: two threads converging in palliative care?. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/740291>
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., & Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of affective disorders*, 263, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015>

- Morgan, J. K., Conner, K. K., Fridley, R. M., Olino, T. M., Grewen, K. M., Silk, J. S., & Forbes, E. E. (2023). Adolescents' hormonal responses to social stress and associations with adolescent social anxiety and maternal comfort: a preliminary study. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01521-0>
- Musa, A. S., Elbqowm, O., AlBashtawy, M., Al Qadire, M. I., Suliman, M., Tawalbeh, L. I., & Batiha, A. M. M. (2022). Spiritual wellbeing and quality of life among hemodialysis patients in Jordan: a cross-sectional correlational study. *Journal of Holistic Nursing*, 41(3), 220-232. <https://doi.org/10.1177/08980101221083422>
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., & Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., & Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 50(1), 126-139. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.04.002>
- Öztürk, Y., Özyurt, G., Turan, S., Mutlu, C., Tufan, A. E., & Akay, A. P. (2020). Relationships between theory of mind (ToM) and attachment properties in adolescent with social anxiety disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 57(1), 65. <https://doi.org/10.29399/2Fnpa.24757>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory. Research and Therapy* (pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.
- Pickering, L., Hadwin, J. A., & Kovshoff, H. (2020). The role of peers in the development of social anxiety in adolescent girls: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 5, 341-362. [10.1007/s40894-019-00117-x](https://doi.org/10.1007/s40894-019-00117-x)
- Puklek, M. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons Psychology*, 13, 27-40.
- Rosmarin, D. H., & Leidl, B. (2020). Spirituality, religion, and anxiety disorders. *Handbook of spirituality, religion, and mental health*, 41-60. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/B978-0-12-816766-3.00003-3>
- Scheffold, K., Philipp, R., Vehling, S., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Spiritual well-being mediates the association between attachment insecurity and psychological distress in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 27, 4317-4325. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04744-x>
- Swee, M. B., Butler, R. M., Ross, B. V., Horenstein, A., O'Day, E. B., & Heimberg, R. G. (2021). Interpersonal patterns in social anxiety disorder: predictors and outcomes of cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14. [10.1007/s10608-020-10192-3](https://doi.org/10.1007/s10608-020-10192-3)
- Yu, Y., Liu, S., Song, M., Fan, H., & Zhang, L. (2020). Effect of parent-child attachment on college students' social anxiety: A moderated mediation model. *Psychological Reports*, 123(6), 2196-2214. <https://doi.org/10.1177/0033294119862981>



## اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری: نقش میانجی گر امنیت عاطفی

حسن جرفی<sup>۱</sup> \*، سعید قائد امینی هارونی<sup>۲</sup>، نسیم خواجه پور<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری با توجه به نقش میانجی گر امنیت عاطفی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع معادلات ساختاری از طریق تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش-آموزان مقطع اول و دوم متوسطه شهر اهواز بود. که از بین آنها تعداد ۲۴۰ نفر دانش آموز از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تعارض والد-فرزند، مقیاس امنیت عاطفی، پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه درونی کردن مشکلات و پرسشنامه پرخاشگری بود. داده‌های پژوهش برای ارزیابی الگوی مفهومی از روش معادلات ساختاری بررسی و برازش مدل تایید شد. نتایج تحلیل مسیر حاکی از اثر مستقیم تعارض والد-فرزند بر امنیت عاطفی، علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری و اثر مستقیم امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری بود. همچنین نتایج نشان داد که تعارض والد-فرزند از طریق امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر غیرمستقیم داشت. همچنین پیشنهاد شد برای ایجاد امنیت عاطفی در خانواده، دوره‌های آموزش فرزند پروری توسط مراجع مرتبط ذی‌صلاح برگزار گردد.

**کلیدواژه‌ها:** امنیت عاطفی، پرخاشگری، تعارض والد-فرزند، درونی کردن مشکلات، علائم افسردگی

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: استادیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه فرهنگیان، اهواز، ایران [hassan.jorfi@gmail.com](mailto:hassan.jorfi@gmail.com)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

## مقدمه

دوره نوجوانی با علائمی نظیر کاهش اتکا به والدین، افزایش تعامل با همسالان و معلمان، تمایل زیاد به ابراز خود و افزایش استقلال رفتاری و خودپروی روان‌شناختی مشخص می‌شود. در این دوره انتقالی، نوجوانان به دلیل تغییرات سریع فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی مستعد ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی و مشکلات رفتاری هستند. از آنجا که نوجوانان در معرض افزایش آسیب‌پذیری در برابر مشکلات بهداشت روان می‌باشند، افزایش عوامل خطر ساز در این دوره زمانی می‌تواند برای رشد سالم، داشته باشد (ابورزق و کاسیک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). یکی از عواملی که روان‌شناسان در شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی و مشکلات رفتاری نوجوانان بر آن تأکید می‌کنند، تعارض والد-فرزند<sup>۲</sup> است. تعارض والد-فرزند عبارت است از عدم توافق و مخالفت والدین با فرزندان، و ناسازگاری نظرات، اهداف و رفتاری که در جهت مخالف دیگری صورت گیرد که در اثر منافع ناهمسو و اختلاف اهداف و ادراکات مختلف به وجود می‌آید (بخشایی و آزادی، ۱۳۹۹). در واقع تعارض والد-فرزند برای توصیف تضاد تکاملی ناشی از تفاوت در سرمایه‌گذاری بهینه والدین در یک فرزند از دیدگاه والدین و فرزندان استفاده می‌شود. فرزندان عمدتاً تعارض با والدینشان را زمانی تجربه می‌کنند که نیازها، غرایز و امیال آن‌ها برآورده نمی‌شود (آردیان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اما بیشتر تعارض‌هایی که در خانواده بین فرزندان و والدین به وجود می‌آید ناشی از مهارت‌های ناکافی در امر مذاکره و گفتگو بین اعضای خانواده، عدم توافق بر قواعد و مسئولیت‌ها، ارزش‌ها و مهارت‌های ضعیف در حل مسئله، مهارت‌های ارتباط ضعیف، ضعف در توانایی درک دیدگاه دیگران، عدم مهارت کافی در کنترل خشم، ضعف مهارت‌های تصمیم‌گیری و جرأت‌ورزی است (ابورزق و کاسیک، ۲۰۲۱).

تعارض والد-فرزند می‌تواند پیامدهای زیان‌بار بسیاری هم برای فرزندان و هم برای والدین در پی داشته باشد. یکی از پیامدهای تعارض والد-فرزند کاهش امنیت عاطفی<sup>۴</sup> در کودکان و نوجوانان است (دیویس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ چئونگ<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). امنیت عاطفی حالتی است که در آن شخص از ارضای نیازهای عاطفی خود، به‌ویژه ارضای نیاز خود به مورد پذیرش بودن، احساس اطمینان کند. احساس امنیت عاطفی به محبت و عذوفت، مقبولیت و ثبات روابط بستگی دارد (رایس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این احساسات، تجربیاتی درونی هستند که در طول زمان به علت صمیمیت و پاسخ‌گویی عاطفی به یکدیگر برانگیخته می‌شوند و حاصل آن‌ها احساس آرامش و امنیت عاطفی است. اگر تجارب انباشته شده در طول زمان در یک رابطه صمیمانه غنی باشد، سرانجام امنیت عاطفی به وجود می‌آید (مانوئل<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳). از دیگر پیامدهای تعارض والد-فرزند برای نوجوانان، می‌توان به بروز

- 
1. Aburezeq & Kasik
  2. Parent-Child Conflict
  3. Ardyan
  4. Emotional security
  5. Davies
  6. Cheung
  7. Rice
  8. Manual

علائم افسردگی<sup>۱</sup> و درونی کردن مشکلات اشاره کرد (لاغید<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ چیونگ، ۲۰۲۱؛ شودلیچ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).  
 علائم افسردگی طیفی از علائم از جمله خلق افسرده یا تحریک‌پذیر، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس بی‌ارزشی یا گناه،  
 تحریک روانی حرکتی، خستگی یا کمبود انرژی، کاهش تمرکز یا بلا تکلیفی، کاهش تمرکز یا عدم تصمیم‌گیری را دربر می‌گیرد  
 (خان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانان به شدت مستعد درونی کردن مشکلات مانند اضطراب و افسردگی هستند (جنگ<sup>۵</sup> و  
 همکاران، ۲۰۲۳). درونی کردن مشکلات به مسائل درونی‌ای اطلاق می‌شود که افراد در طول تعاملات اجتماعی، عمدتاً به شکل  
 اختلالات عاطفی مانند اضطراب و افسردگی، و همچنین مشکلات در تعامل با همسالان مانند گوشه‌گیری بروز می‌کنند (لاغید  
 و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه رفتارهای ناسازگار والدین، مانند خصومت و اقدامات تنبیهی، برخی از نوجوانان اغلب کاهش  
 استقلال، ظرفیت‌های توجه محدود، و افزایش وابستگی را نشان می‌دهند که به طور بالقوه استعداد آن‌ها را نسبت به علائم  
 افسردگی و کناره‌گیری اجتماعی افزایش می‌دهد (ژیائو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، یکی دیگر از پیامدهای تعارض والد-  
 فرزند، افزایش پرخاشگری نوجوانان است (وانگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ ژو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). پرخاشگری به‌عنوان خشم  
 گسترده‌ای از رفتارها تعریف می‌شود که افراد دیگر را هدف قرار داده و عمدتاً باعث آسیب می‌شود. پرخاشگری می‌تواند در  
 انواع مختلفی از جمله پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، نشان دادن خشم و خصومت ظاهر شود (وانگ و همکاران،  
 ۲۰۲۲). برخی از مطالعات تأیید می‌کنند که تعارضات والد-فرزند باعث عدم ارتباط و تعامل مؤثر بین والدین و فرزندان و به  
 طور همزمان باعث کاهش سطح حمایت والدین می‌شود. این تغییرات به افزایش فشار روانی نوجوانان منجر شده و احتمال  
 پرخاشگری را افزایش می‌دهد (ساواج و الیس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). برخی از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که تعارض والد-فرزند ممکن  
 است میانجی‌گر بالقوه‌ای برای تعارض بین والدین و پرخاشگری نوجوانان باشند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به آنچه گفته شد و با در نظر گرفتن اثرات زیان‌باری که تعارض والد-فرزند بر کودکان و نوجوانان دارد، در پژوهش  
 حاضر به بررسی پیامدهای تعارض والد-فرزند پرداخته شد. به نظر می‌رسد که تعارض والد-فرزند علاوه بر اثر مستقیم بر علائم  
 افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری می‌تواند به واسطه کاهش امنیت عاطفی بر متغیرهای ذکور اثر غیرمستقیم نیز  
 داشته باشد. بدین منظور در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

فرضیه اول: تعارض والد-فرزند بر امنیت عاطفی، علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مستقیم دارد.

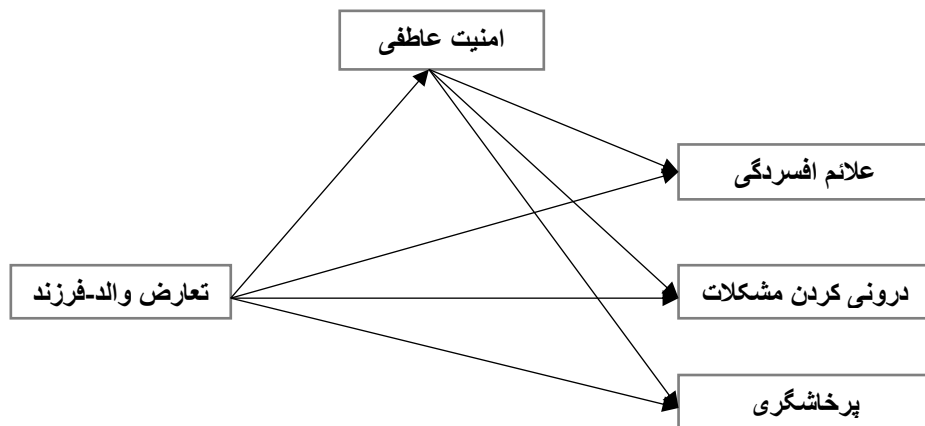
فرضیه دوم: امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مستقیم دارد.

فرضیه سوم: امنیت عاطفی نقش میانجی در ارتباط تعارض والد-فرزند با علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری  
 دارد.

1. Depression symptoms
2. Loughheed
3. Schudlich
4. Khan
5. Geng
6. Xiao
7. Wang
8. Xu
9. Savage & Ellis

۹۰..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...

شکل ۱ الگوی مفهومی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱. الگوی مفهومی پژوهش حاضر

## روش پژوهش

طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و در قالب الگوسازی معادلات ساختاری بود. در پژوهش حاضر متغیرهای ملاک علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری، متغیر پیش بین تعارض والد-فرزند و متغیر میانجی امنیت عاطفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع اول و دوم متوسطه شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه مطابق با نظر آندرسون و گرینبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) ۱۵۰ آزمودنی و از نظر چو و بنتلر<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) ۲۰۰ آزمودنی برآورد شد. به همین دلیل، تعداد ۲۴۰ نفر دانش‌آموز (شامل ۱۲۰ نفر دانش‌آموز دختر و ۱۲۰ نفر دانش‌آموز پسر) از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا از بین کلیه نواحی آموزش و پرورش شهر اهواز، یک ناحیه (ناحیه چهار) به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس از بین کلیه مدارس ناحیه چهار، چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شدند، از مدارس متوسطه اول، چهار کلاس (دو کلاس دخترانه و دو کلاس پسرانه) و از مدارس متوسطه دوم چهار کلاس (دو کلاس دخترانه و دو کلاس پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد دانش‌آموزان هر کلاس ۳۰ نفر بود. با کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم از اداره آموزش و پرورش و انتخاب یک ناحیه (ناحیه چهار) به صورت تصادفی، هماهنگی با کادر مدارس انجام شد. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند. شرکت‌کنندگان مختار بودند که در جریان اجرا از ادامه تکمیل پرسشنامه انصراف دهند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل الگویابی معادلات ساختاری) استفاده شد. لازم به ذکر است قبل

1. Anderson & Gerinberg  
2. Chou & Bentler



از تحلیل داده های مربوط به فرضیه ها، مفروضه های الگویابی معادلات ساختاری نیز مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، به منظور توصیف و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-۲۴ و به منظور تعیین برازش مدل پژوهش، از نرم افزار AMOS-۲۲ استفاده شد. جهت آزمودن رابطه غیرمستقیم (واسطه ای) و تعیین معنی داری آن در مدل پیشنهادی، از روش بوت استراپ، با استفاده از برنامه ماکرو، استفاده شد. گردآوری داده های پژوهش با ابزارهای زیر صورت گرفت.

### ابزار پژوهش

**مقیاس ارزیابی رابطه والد-فرزند (PCRS)<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط فاین، مورلند و اسچوبیل (۱۹۸۳) ساخته شد. آزمون از ۲۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می رود. این ابزار دو فرم دارد؛ نسخه پدر شامل ۴ خرده مقیاس احساسات مثبت<sup>۲</sup> با ۴ گویه، درگیری<sup>۳</sup> و آمیختگی پدر<sup>۴</sup> با ۵ گویه، ارتباطات<sup>۵</sup> با ۴ گویه و خشم<sup>۶</sup> با یک گویه می باشد. نسخه مادر نیز شامل ۴ خرده مقیاس احساسات مثبت با ۶ گویه، تنفر/ گم گشتگی نقش با ۲ گویه، تعیین هویت با ۴ گویه و ارتباطات با ۶ گویه می باشد. شرکت کننده به هر گویه در مقیاس ۷ درجه ای از خفیف (۱) تا شدید (۷) پاسخ می دهد. دامنه نمره پرسشنامه به صورت حد پایین نمره ۲۴ و حد بالای آن ۱۶۸ مشخص می شود. فاین و همکاران (۱۹۸۳) روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی، برای خرده مقیاس نسخه پدر ۰.۷۹ و برای خرده مقیاس نسخه مادر ۰.۸۲ ارزیابی و تایید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس نسخه پدر در دامنه ۰.۸۹ تا ۰.۹۴ محاسبه شد و برای خرده مقیاس نسخه مادر در دامنه ۰.۶۱ تا ۰.۹۴ به دست آمد. در ایران، پرسشنامه توسط عراقی (۱۳۸۷) اعتباریابی شد. ضرایب استاندارد در تحلیل عامل تاییدی، برای خرده مقیاس نسخه پدر بین ۰.۶۴ تا ۰.۸۴ و برای خرده مقیاس نسخه مادر بین ۰.۶۷ تا ۰.۷۸ متغیر بود. همچنین، پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه پدر ۰.۸۹ و برای نسخه مادر ۰.۹۲ محاسبه شد (عزیزی و صداقت، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه پدری ۰.۹۲ و برای نسخه مادری ۰.۸۹ تعیین شد.

**مقیاس امنیت عاطفی (ESS)<sup>۷</sup>:** مقیاس امنیت عاطفی برای اولین بار توسط کردوا، جی و وارن (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس برای ارزیابی میزان آسودگی نسبت به آسیب پذیری از سوی شریک در حوزه های مختلفی از رابطه ساخته شد. این سیاهه، یک ابزار خود گزارش دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ تا ۸۰ ساله است، دارای ۲۱ گویه است که برای ارزیابی علایم

1. Parent-Child Relationship Scale
2. Positive emotions
3. Conflict
4. Father fusion
5. Communiucations
6. Anger
7. Emotional Security Scale

۹۲..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...

افسردگی (نظیر غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه به صورت فردی و گروهی قابل اجرا می‌باشد. مقیاس امنیت عاطفی ISQ-R یک نمره کلی در دامنه ۰ تا ۱۱۲ به دست می‌دهد. کردوا و همکاران (۲۰۰۵) روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی، برای مقیاس امنیت عاطفی ۰.۸۳ ارزیابی و تایید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰.۹۲ محاسبه شد. همچنین در پژوهش اخلاقی پور ۱۳۹۳؛ به نقل از طالبی، شهودی و حمزه زاده، (۱۳۹۴)، ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰.۹۱ و همسانی درونی ۰.۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر جهت سنجش ضریب پایایی مقیاس امنیت عاطفی از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب ۰.۸۱ به دست آمد که نشان دهنده ضریب پایایی قابل قبول مقیاس می‌باشد.

**پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI):** این پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی توسط کوکس و بک<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال ساخته شده است. لازم به ذکر است پرسشنامه ۲۷ گویه‌ای مذکور دارای پنج خرده مقیاس خلق منفی<sup>۳</sup>، مشکلات بین فردی<sup>۴</sup>، ناکارآمدی<sup>۵</sup>، بی لذتی<sup>۶</sup> و عزت نفس منفی<sup>۷</sup> است. این پرسشنامه برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده که هر سؤال آن شامل سه جمله است. کودک یکی از سه جمله را که بیانگر احساسات و افکار و رفتار او طی دو هفته گذشته است، انتخاب می‌کند. سؤالات از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر نشان دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه، دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر است. کوکس (۱۹۸۳) روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی، برای خرده مقیاس خلق منفی ۰.۷۹، مشکلات بین فردی ۰.۸۲، ناکارآمدی ۰.۷۵، بی لذتی ۰.۶۵، عزت نفس منفی ۰.۷۰ و کل پرسشنامه ۰.۷۷ ارزیابی و تایید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی لذتی و عزت نفس منفی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۶۰، ۰.۵۶، ۰.۵۹، ۰.۶۶، ۰.۶۸ و ۰.۸۹ محاسبه شد. این مقیاس در ایران توسط دهشیری، نجفی، شیخی، حبیبی عسگرآباد (۱۳۸۸) در بین ۴۰۷ دانش آموز اعتباریابی شده که نتایج ضریب بازآزمایی و همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در ابعاد خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی لذتی و عزت نفس منفی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۵۱، ۰.۳۸، ۰.۵۵، ۰.۶۰، ۰.۵۶ و ۰.۸۳ گزارش شده است. همچنین همبستگی این پرسشنامه با امنیت عاطفی به ترتیب برابر با ۰.۷۹ و ۰.۸۷ محاسبه شد؛ که بیانگر روایی همگرایی این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی کل پرسشنامه و ابعاد آن به ترتیب با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۲، ۰.۴۶، ۰.۵۰، ۰.۵۱، ۰.۵۹ و ۰.۸۲ به دست آمد.

1. Children's Depression Inventory
2. Kovacs & Beck
3. Negative Mood
4. Interpersonal problems
5. Inefficiency
6. Joylessness
7. Negative self-esteem

**پرسشنامه درونی کردن مشکلات (IPQ):** در پژوهش حاضر جهت سنجش درونی کردن مشکلات از پرسشنامه نقاط قوت و ضعف که توسط آرو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) تهیه شده است، استفاده گردید. لازم به ذکر است پرسشنامه ۲۱ گویه ای مذکور دارای سه خرده مقیاس مشکلات برونی<sup>۳</sup>، مشکلات درونی<sup>۴</sup> و رفتارهای اجتماعی<sup>۵</sup> است و از مجموع نمرات این خرده مقیاس نیز نمره کل به دست می آید. شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت ۳ درجه ای بوده که دانش آموز به سئوالات به ترتیب، نمره صفر (برای نادرست) تا ۲ (برای قطعاً درست است) را می دهد. آرو و همکاران (۲۰۲۲) روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی، برای مقیاس مشکلات برونی ۰.۸۳، مشکلات درونی ۰.۸۰ و رفتارهای اجتماعی ۰.۷۷ و کل پرسشنامه ۰.۸۳ ارزیابی و تایید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مقیاس مشکلات برونی، مشکلات درونی، رفتارهای اجتماعی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۷۲، ۰.۶۹، ۰.۶۸ و ۰.۸۱ محاسبه شد. محبوبی و همکاران (۱۳۹۴) طی پژوهشی میان دانشجویان برای تعیین پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده کرده و ضرایب به دست آمده برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰.۸۱ و ۰.۸۸ بوده است. همچنین همبستگی این پرسشنامه با افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰.۸۰ و ۰.۸۵ محاسبه شد؛ که بیانگر روایی همگرایی این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی کل پرسشنامه و ابعاد آن به ترتیب با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۱، ۰.۷۶، ۰.۶۸ و ۰.۷۲ به دست آمد.

**۶:** به منظور اندازه گیری پرخاشگری نوجوانان از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری<sup>۷</sup> (۱۹۹۲) **AQ پرسشنامه پرخاشگری** استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ گویه و ۴ زیر مقیاس پرخاشگری فیزیکی<sup>۸</sup>، پرخاشگری کلامی<sup>۹</sup>، خشم<sup>۱۰</sup> و خصومت<sup>۱۱</sup> می باشد. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای از شبیه من نیست (۱) تا کاملاً شبیه من است (۵) می باشد. باس و پری (۱۹۹۲) نتایج ضریب بازآزمایی و همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در ابعاد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۶۱، ۰.۶۵، ۰.۶۶، ۰.۶۶ و ۰.۸۷ گزارش شده است و همچنین روایی سازه پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی، برای ابعاد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۷۲، ۰.۶۸، ۰.۶۱، ۰.۷۰ و ۰.۸۳ ارزیابی و تایید کردند. اعتبار پرسش نامه پرخاشگری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) از راه سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تصنیف مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰.۸۹، ۰.۷۸ و ۰.۷۳ به دست آمد. روایی این پرسش نامه نیز، از راه

#### 1. Internalizing Problems Questionnaire

2. Aaro
3. External problems
4. Internal problems
5. Social behaviors
6. Aggression Questionnaire
7. Buss & Perry
8. Physical aggression
9. Verbal Aggression
10. Anger
11. Hostility

۹۴..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...

شاخص‌های روایی همگرا، همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرای پرسش‌نامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر و با کل پرسش‌نامه، تأیید شد که این ضرایب میان ۰.۳۷ تا ۰.۷۸ متغیر و معنادار بودند. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی کل پرسش‌نامه و ابعاد آن به ترتیب با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۷۷، ۰.۶۹، ۰.۷۹، ۰.۷۲ و ۰.۸۸ به دست آمد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل آزمون نرمال بودن از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup>، میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، توزیع نمونه‌ای متغیرهای پژوهش دارای تفاوت معناداری با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک با محدودیتی مواجه نمی‌باشد. علاوه بر این، همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، ضرایب همبستگی بین تعارض والد-فرزند و امنیت عاطفی  $r = -0/46$ ، تعارض والد-فرزند و علائم افسردگی  $r = 0/35$ ، تعارض والد-فرزند و درونی کردن مشکلات  $r = 0/36$ ، تعارض والد-فرزند و پرخاشگری  $r = 0/44$ ، امنیت عاطفی و علائم افسردگی  $r = -0/39$ ، امنیت عاطفی و درونی کردن مشکلات  $r = -0/49$  و امنیت عاطفی و پرخاشگری  $r = -0/40$  می‌باشد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی، ماتریس همبستگی و بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری متغیر	آماره نرمال بودن		سطح معنی داری				
	۱	۲	۳	۴	۵		
تعارض والد-فرزند	۰/۲۰	۰/۱۴					
امنیت عاطفی	۰/۲۰	۰/۱۴	-				
علائم افسردگی	۰/۲۰	۰/۱۶	-	۰/۳۹**			
درونی کردن مشکلات	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۳۱**	-	۰/۴۹**		
پرخاشگری	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۳۶**	۰/۳۶**	-		
میانگین	۶۶/۰۶	۴۹/۵۲	۱۷/۲۲	۲۲/۱۷	۷۵/۵۳		
انحراف معیار	۱۸/۸۸	۱۸/۷۸	۷/۱۶	۱۰/۳۴	۲۰/۹۸		

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی پژوهش از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، همه شاخص‌های برازش از جمله مجذور کای نسبی ( $\chi^2/df=1/31$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI=0/97$ )، شاخص نیکویی برازش تطبیقی ( $AGFI=0/95$ )، شاخص بنتلر-بونت یا شاخص نرم شده برازندگی ( $NFI=0/95$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای

1. Kolmogorov-Smirnov test

(CFI=۰/۹۸)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI=۰/۹۸)، شاخص تاکر-لویز (TLI=۰/۹۸) و شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۳) نشان می‌دهند که همه شاخص‌ها از برازش خوبی با داده‌ها برخوردارند.

جدول ۲. برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازش	$\chi^2$	Df	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۳/۹۵	۳	۱/۳۱	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۳

جدول ۳ پارامترهای مربوط به اثرات مستقیم متغیرها بر یکدیگر و همچنین نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای را در مدل پیشنهادی پژوهش نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، همه مسیرهای مستقیم معنی‌دار می‌باشند؛ بدین معنی که تعارض والد-فرزند بر امنیت عاطفی، علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری، و همچنین امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مستقیم و معنی‌دار دارند. از طرفی دیگر، همان‌طور که نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای در جدول ۳ نشان می‌دهد، برای متغیر امنیت عاطفی به‌عنوان متغیر میانجی‌گر در رابطه بین تعارض والد-فرزند با علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری حدود پایین و حدود بالا صفر را دربر نمی‌گیرد، بنابراین این روابط واسطه‌ای معنی‌دار می‌باشند و تعارض والد-فرزند از طریق امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر معنی‌دار دارد.

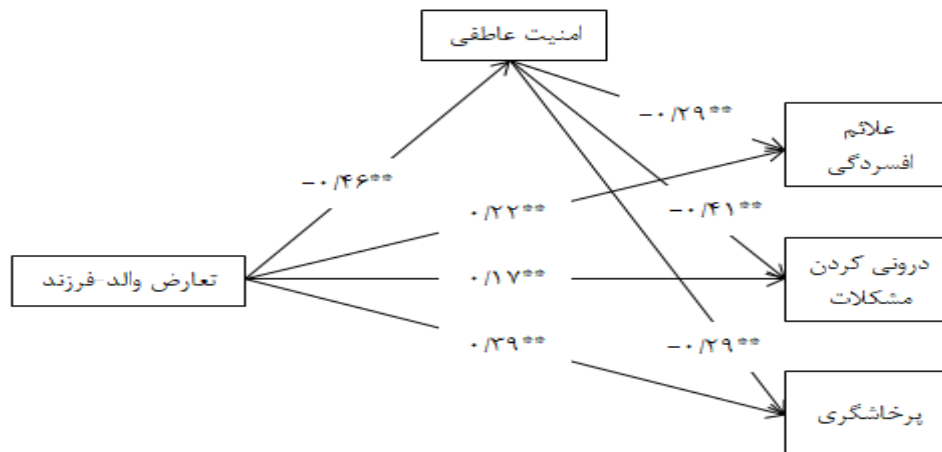
جدول ۳. نتایج پارامترهای اثرات مستقیم برآورد مسیر غیرمستقیم مدل با استفاده از بوت استرپ

پارامترها مسیرها	برآورد استاندارد ( $\beta$ )	برآورد غیر استاندارد	خطای معیار	آزمون تی بحرانی <sup>۱</sup>	سطح معنی داری
از تعارض والد-فرزند به امنیت عاطفی	-۰/۴۶	-۰/۴۶	۰/۰۵	-۸/۰۹	۰/۰۰۱
از تعارض والد-فرزند به علائم افسردگی	۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۰۲	۳/۳۲	۰/۰۰۱
تعارض والد-فرزند به درونی کردن مشکلات	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۰۳	۲/۶۸	۰/۰۰۱
از تعارض والد-فرزند به پرخاشگری	۰/۳۸	۰/۰۹	۰/۰۱	۴/۹۶	۰/۰۰۱
از امنیت عاطفی به علائم افسردگی	-۰/۲۹	-۰/۱۱	۰/۰۲	-۴/۴۴	۰/۰۰۱
از امنیت عاطفی به درونی کردن مشکلات	-۰/۴۱	-۰/۲۲	۰/۰۳	-۶/۵۸	۰/۰۰۱
از امنیت عاطفی به پرخاشگری	-۰/۲۹	-۰/۰۶	۰/۰۱	-۳/۸۵	۰/۰۰۱
نتایج ارتباط غیر مستقیم	$\beta$	حد پایین	حد بالا		
تعارض والد-فرزند ← امنیت عاطفی ← علائم افسردگی	0/13	۰/۰۷	0/20		
تعارض والد-فرزند ← امنیت عاطفی ← درونی کردن مشکلات	۰/۱۹	0/11	۰/۲۷		
تعارض والد-فرزند ← امنیت عاطفی ← پرخاشگری	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۲۱		

۱. مقدار تی بحرانی بالاتر از مثبت یا منفی ۱/۹۶ معنی‌دار می‌باشد.

۹۶..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...

شکل ۲ برونداد الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، تعارض والد-فرزند بر امنیت عاطفی اثر منفی و معنی‌دار و بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مثبت و معنی‌دار دارد. علاوه بر این، امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر منفی و معنی‌دار دارد. یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیرهای غیرمستقیم یا واسطه‌ای بود. برای تعیین معنی‌داری روابط واسطه‌ای از روش بوت استراپ<sup>۱</sup> در برنامه ماکرو<sup>۲</sup>، آزمون پریچر و هیوز<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) استفاده گردید.



شکل ۲. الگوی پژوهشی تأیید شده حاضر

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری با توجه به نقش میانجی‌گری امنیت عاطفی انجام شد.

نتایج فرضیه اول نشان داد که تعارض والد-فرزند بر امنیت عاطفی، علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مستقیم و معنی‌دار داشت. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (چیونگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ شودلیچ و همکاران، ۲۰۱۹؛ چئونگ، ۲۰۲۱؛ ژو و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ لاغید و همکاران، ۲۰۲۲؛ دیویس و همکاران، ۲۰۲۳) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت وقتی والدین با فرزندان خود در تعارض شدید باشند دعوا و درگیری بین آنان گسترش یافته و کودکان احساس می‌کنند روابط ناپایداری در خانواده دارند. حالتی که در آن شخص از ارضای نیازهای عاطفی، به‌ویژه ارضای نیاز به محبوب بودن و احساس اطمینان کمتر شده و امنیت عاطفی کمتر را ادراک می‌کند که همسو با نظر نویسندگان فوق است. همان‌طور دیویس و همکاران (۲۰۲۳) نظر داشتند، چنانچه تعارض والد-فرزند کم باشد، کودک احساس امنیت عاطفی به محبت و عطف، مقبولیت و ثبات روابط کرده و یک بافت آرامش‌بخش و اطمینان‌بخش، احساسات امنیت عاطفی را

1. Bootstrap
2. Macro
3. Preachers & Hayes

خلق می‌کند. در تبیین این فرضیه وانگ و همکاران (۲۰۲۲) معتقدند زمانی که والدین حمایت‌کننده فرزندان باشند و ارتباط والدین با فرزند به صورت ایمن باشد، نسبت به زمانی که تنش و تعارض در خانواده است و رابطه فرزند با والدین دچار تضاد است، فرزندان کمتر دچار افسردگی می‌شوند. افسردگی دامنه‌ای بسیار گسترده دارد که عوامل متعددی منجر به آن می‌شوند، از جمله این عوامل در محیط خانه که در بروز افسردگی فرزند نقش دارند عبارتند از: مشاجره بین والدین، رابطه والدین با فرزند، عدم احساس نزدیکی بین اعضای خانواده، میزان تشویق والدین، انتظارات والدین، مشکلات اقتصادی اجتماعی و ... احساس امنیت در محیط خانه (شودلیچ و همکاران، ۲۰۱۹). کیفیت رابطه ممکن است در خانواده‌هایی که درگیری‌های والد-فرزند مکرر، شدید، اجباری و حل نشده است، نسبتاً پایین باشد. چنین خانواده‌هایی با روابط متعارض ممکن است تمایل به مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله ضعیف داشته باشند که با درونی سازی مشکلات فرزند مرتبط است. روابط متعارض ممکن است در بروز درونی سازی مشکلات فرزندان نقش داشته باشد، زیرا یک محیط خانوادگی خصمانه ممکن است باعث ایجاد یا تشدید مشکلات درونی شود. مشکلات درونی می‌تواند شامل تحریک‌پذیری باشد که می‌تواند منجر به احتمال بیشتر تعاملات متقابل متضاد بین فردی شود (لاغید و همکاران، ۲۰۲۲). والدین می‌توانند با بکارگیری رابطه محبت‌آمیز با کودک و استفاده از کلمه‌ها و حرکت‌هایی که نشان دهنده پذیرش کودک است، پاسخگو و متعهد بودن به نیازها و ارزش‌های فرزند، استفاده از لحنی مثبت و سرشار از عاطفه و عدم تحقیر، انتقاد صریح و سرزنش کودک، تعاملی سالم و باکیفیت با فرزندشان برقرار کنند (چئونگ، ۲۰۲۱). هنگامی که کودک احساس می‌کند درک شده است، احساس تعلق و دوست داشتنی بودن می‌کند، عشق آن‌ها به پدر و مادر عمیق‌تر شده، ارزش‌ها و هنجارهای والدین را درونی می‌کند، احساسات و مشکلات خود را بیان می‌کند و در مواجهه با تعارضات از آن‌ها راهنمایی و دلگرمی می‌طلبد. همچنین در تعاملات نزدیک والدین با فرزند، رفتار فرزند به آسانی قابل مشاهده است و والدین آشنایی بیشتری با رفتارها و احساسات فرزند خود پیدا کرده و در صورت لزوم راهنمایی لازم را نشان می‌دهند و پرخاشگری در این کودکان بسیار کمتر خواهد بود (ژو و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج فرضیه دوم نشان داد که امنیت عاطفی بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری اثر مستقیم و معنی‌دار دارد. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (دیویس و همکاران، ۲۰۲۳؛ شودلیچ و همکاران، ۲۰۱۹؛ چئونگ، ۲۰۲۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت امنیت عاطفی بالا که پاسخی به ایجاد صمیمیت و پاسخ‌گویی عاطفی بین فردی است؛ منجر به برانگیخته شدن احساسات و تجربیات درونی شده و به دنبال این امنیت و احساسات درونی، احساس آرامش در فرد ایجاد می‌گردد. این آرامش منجر به کاهش افسردگی در این افراد خواهد شد. از سوی دیگر وقتی تجارب انباشته شده در طول زمان در یک رابطه صمیمانه غنی شود، بالطبع امنیت عاطفی به وجود می‌آید و از ایجاد افسردگی ممانعت به عمل خواهد آمد که همسو با نظر این نویسندگان است. همان‌طور چئونگ (۲۰۲۱) نظر داشت افرادی که امنیت عاطفی دارند، به راحتی با احساسات خود روبه‌رو می‌شوند و در طول تعاملات اجتماعی، مشکلاتی که در تعامل با همسالان وجود دارد را نخواهند داشت (مانند گوشه‌گیری)؛ به عبارتی مشکلات خود را در درون نمی‌ریزند و درباره آن با بقیه صحبت می‌کنند. این افراد هرچقدر هم که ناراحت باشند، احساساتشان را نادیده نمی‌گیرند و توانایی شناختی کافی دارند که در توسعه راهبردهای تنظیم هیجانات و مقابله با استرس به آن‌ها کمک کرده و آن‌ها را مستعد تجربه مشکلات درونی نمی‌کند. از دیگر سو می‌توان گفت افرادی که از

۹۸..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...

آزادی نسبی بهره برده باشند و تهدیدی بابت ابراز نیازهای خود از سمت دیگران نداشته باشند، به راحتی احتیاجات خود را بیان کرده و احساس ارزش شخصی، اطمینان خاطر، اعتماد به نفس و پذیرش از طرف گروه را در خود تجربه خواهند کرد که این موارد مرتبط با انواع نیازهای فردی است که ارضا شدن آن‌ها پیامدهای مناسبی را به همراه خواهد داشت و عدم ارضا آن‌ها مشکلاتی را برای فرد به دنبال خواهد آورد. هر یک از نیازهای عاطفی، شناختی و رفتاری یک ارزش به شمار می‌روند که منجر به مقابله با پرخاشگری از طریق روبه‌رو شدن فرد با استعداد وی شده و حل مشکلات را به ارمغان خواهد داشت (دیویس و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج فرضیه سوم نشان داد که امنیت عاطفی نقش میانجی در ارتباط تعارض والد-فرزند با علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری دارد. در تبیین این یافته می‌توان از نظر دیویس و همکاران (۲۰۲۳) استفاده کرد که معتقد بودند که هیجان‌ها در زندگی انسان نقش اساسی دارند و اگر بیش از حد در یک فرد جمع شوند باعث بروز رفتار غیرمنطقی مثل پرخاشگری خواهد شد. پرخاشگری زمانی رخ می‌دهد که تعادل بین تکانه‌ها و کنترل درونی در هم شکند. زمانی که والدین حمایت‌کننده فرزندان نباشند و ارتباط والدین با فرزند به صورت ایمن نباشد، نسبت به زمانی که تنش و تعارض در خانواده نیست و رابطه فرزند با والدین دچار تضاد نباشد، و امنیت عاطفی در فرد وجود داشته باشد؛ توانایی برای کسب امنیت عاطفی از طریق یک فرایند مطالبه کردن تسهیل شده و فرزندان کمتر دچار افسردگی می‌شوند. روابط متعارض در خانواده ممکن است تمایل به مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله را در کودکان ضعیف کند؛ اما در کودکانی که انتظارات مربوط به خود و رابطه و الگوهای ویژه روابط اولیه منجر به شکل خاصی از درگیر شدن با افراد و اشیا باشد و به توانایی برای تجربه امنیت عاطفی رسیده باشند کمتر با مشکلات درونی سازی مواجه می‌شوند. خصیصه امنیت عاطفی به‌عنوان مدارا با ناکامی است. این خصیصه نمایان‌گر واکنش شخص در برابر فشارهایی است که بر خواسته‌هایش وارد می‌آید و سدهایی که در برابر آرزوهایش ایجاد می‌شود؛ لذا فردی که امنیت عاطفی بالایی دارد می‌تواند درباره مشکلاتش صحبت کند و مشکلات را کمتر درونی کند. خانواده‌هایی که تعارضات والد فرزند در آن‌ها زیاد است به احتمال قوی نمی‌توانند رفتارهای مناسب اجتماعی را به فرزندانشان آموزش دهند. همچنین، فرزندان این خانواده‌ها به احتمال زیاد رفتارهای بین والد فرزند را الگوی مناسب برای رفتار با دیگران تلقی می‌کنند. بنابراین، در خانواده‌هایی که کیفیت روابط منفی است و سرشار از تعارض و اختلاف است، تعارض به فرزند و رفتارهای او گسترش پیدا می‌کند و این‌گونه روابط و زمینه‌های خانوادگی موجب مشکلات سازگاری در فرزندان می‌شود (مانوئل، ۲۰۲۳). بسیاری از اختلال‌های رفتاری در خانواده‌هایی مشاهده می‌شود که فضای حاکم بر آن پرخاشگرانه است و ارتباطات برای فرزندان تهدیدآمیز تلقی می‌شود. اما زمانی که این کودکان از امنیت عاطفی لازم برخوردار نباشند این تعارض تشدید شده و کودکان در پی آن پرخاشگری بیشتری را از خود نشان می‌دهند.

ازجمله محدودیت‌های این تحقیق این بود که جمع‌آوری داده‌ها تنها بر اساس ادراک نوجوانان و بدون مشارکت والدین به عنوان پاسخ دهنده بود؛ همچنین ممکن است میانجی‌های دیگری وجود داشته باشند که از شرایط زمینه‌ای (مانند نهادها و سیاست‌ها) به جای فرآیندهای درون فردی یا بین فردی نشأت گیرند؛ با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده شامل این اقدامات برای ارزیابی درونی سازی، برون سازی و مسائل سلامت نوجوانان باشد. همچنین اهمیت



ارائه دانش به والدین در مورد تأثیرات بهترین سبک های والدینی می تواند از خطرات سلامت روان نوجوانان ناشی از تعارض والد-فرزند جلوگیری کند و پیامدهای متنوعی برای متخصصان بهداشت روان، مربیان و مددکاران اجتماعی دارد که می توانند با آموزش مناسب والدین به سلامت روانی و امنیت عاطفی نوجوانان کمک کنند.

### قدردانی

بدین وسیله از همکاری های ریاست آموزش و پرورش، مدیر، مشاور و معلمان مدارس استان خوزستان که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و کلیه دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می شود.

### منابع

بخشایی، محبوبه و آزادی، مهران. (۱۳۹۹). نقش واسطه ای تعارض والد-فرزند در ارتباط تمایز یافتگی خود با اضطراب اجتماعی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲۱(۲): ۸۶-۱۰۴. [https://doi: 10.22034/AFTJ.2020.114293](https://doi:10.22034/AFTJ.2020.114293)

<https://doi:10.22051/JONTOE.2018.16655.1902>

دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره و حبیبی عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه

افسردگی کودکان (CDI). *خانواده پژوهی*، ۲(۵): ۱۷۷-۱۵۹. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_95448.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_95448.html)

طالبی، معصومه؛ شهودی، مریم؛ حمزه زاده، فرزانه (۱۳۹۴). روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران،

*مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳(۱)، ۵۴-۴۷. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1837-fa.html>

عزیزی، مرضیه و صداقت، مستوره. (۱۴۰۰). مقایسه مسئولیت اجتماعی، روابط والدین و فرزند و دانش بهزیستی روان شناختی. *مجله*

پژوهش های جامعه شناسی. ۱۴(۴): ۱۳۹-۱۵۸. [http://soc.garmsar.iau.ir/article\\_680119.html](http://soc.garmsar.iau.ir/article_680119.html)

محبوبی، طاهر؛ سلیمی، حسین و حسینی، سید عدنان. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش خودکنترلی هیجانی بر کاهش پرخاشگری کلامی دانشجویان

دانشگاه پیام نور. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۴(۲): ۱۳۶-۱۲۴.

<https://doi:20.1001.1.23223782.1394.4.2.9.4>

محمدی، نورالله. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص های روان سنجی پرسش نامه ی پرخاشگری باس و پری. *مجله علوم اجتماعی و انسانی*

*دانشگاه شیراز*، ۲۵(۱). <https://ensani.ir/file/download/article>

Aaro, L. E., Davids, E. L., Mathews, C., Wubs, A. G., Smith, O. R., & de Vries, P. J. (2022). Internalizing problems, externalizing problems, and prosocial behavior-three dimensions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): A study among South African adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(4), 415-425. [https://doi: 10.1111/sjop.12815](https://doi:10.1111/sjop.12815)

Aburezeq, K., & Kasik, L. (2021). The psychometric properties for the Arabic version of the questionnaire of adolescents' negative orientation of social. *Journal of Studies in Language, Culture and Society*, 4(2), 1-19. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/178411>

Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. <https://doi.org/10.22055/psy.2008.15788>

Ardyan, E., Sutrisno, T. F., & Padmawidjaja, L. (2023). New value creation and family business sustainability: Identification of an intergenerational conflict resolution strategy. *Heliyon*, 9(5), 1. [https://doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e15634](https://doi:10.1016/j.heliyon.2023.e15634)




- ۱۰۰ ..... اثر تعارض والد-فرزند بر علائم افسردگی، درونی کردن مشکلات و پرخاشگری:...
- Azizi, M., & Sadaqat, M. (2020). Comparison of social responsibility, parent-child relationships and psychological well-being knowledge. *Journal of Sociological Researches*, 14(4): 139-158. [Text in Persian]. [http://soc.garmsar.iau.ir/article\\_680119.html](http://soc.garmsar.iau.ir/article_680119.html).
- Bakshaei, M., & Azadi, M. (2019). The mediating role of parent-child conflict in the relationship between differentiation and social anxiety. *Applied Family Therapy*, 1(2), 104-8. [Text in Persian]. <https://doi: 10.22034/AFTJ.2020.114293>
- Buss, A.H., & Perry, M.P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459. <https://www.psychtoolkit.org/survey-library/aggression-buss-perry.html>
- Cheung, R. Y. (2021). Constructive interparental conflict and child adjustment in the chinese context: A moderated mediation model of emotional security and disintegration avoidance. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 733-745. <https://doi:10.1007/s10826-020-01851-w>
- Chou, C. P., Bentler, P. M. (1995). *Estimates and tests in structural equation modeling*. In R. H. Hoyle, *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications*. California: Sage
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235. <https://doi: 10.1521/jscp.24.2.218.62270>
- Davies, P. T., Pearson, J. K., Cao, V. T., & Sturge-Apple, M. L. (2023). Family-level antecedents of children's patterns of reactivity to interparental conflict: Testing the reformulation of emotional security theory. *Developmental Psychology*, 59(1), 99-107. <https://doi: 10.1037/dev0001497>
- Dehshiri, Gh., Najafi, M., Sheikhi, M., & Habibi-Asgarabad, M. (2008). A preliminary investigation of the psychometric properties of the Children's Depression Inventory (CDI). *Family Studies*, 5(2), 159-177. [Text in Persian]. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_95448.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_95448.html)
- Fine, M. A., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19, 703-713. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.19.5.703>
- Khan, F., Fraley, R. C., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2020). Developmental trajectories of attachment and depressive symptoms in children and adolescents. *Attachment & Human Development*, 22(4), 392-408. <https://doi: 10.1080/14616734.2019.1624790>
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). *An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression*. Depression in Children. *Diagnosis, treatment, and conceptual models*, 1-25. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60994-8](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60994-8)
- Lougheed, J. P., Duncan, R. J., Keskin, G., & Marceau, K. (2022). Longitudinal associations between mother-child conflict and child internalizing problems in mid-childhood. *Development and Psychopathology*, 34(1), 263-272. <https://doi: 10.1017/S0954579420000863>
- Mahboubi, T; Salimi, H; Hosseini, S. A. (2014). The effect of emotional self-control training on reducing verbal aggression of Payam Noor University students, two scientific-research quarterly journals of social cognition, 4(2), 124-136. [Text in Persian]. <https://doi:20.1001.1.23223782.1394.4.2.9.4>
- Manual, A. P. B. S. (2023). *Fostering intimacy and participant engagement on the zoom platform*. *The Virtual Group Therapy Circle: Advances in Online Group Theory and Practice*, 166.
- Mohammadi, N. (۲۰۰۶). A preliminary investigation of the psychometric indices of Bass and Perry's aggression questionnaire. *Journal of Social and Human Sciences of Shiraz University*, 25(1). [Text in Persian]. <https://ensani.ir/file/download/article>.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). *Assessing mediation in communication research* (pp. 13-54). London: The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research.
- Raes, F., Pommier, E., Neff K.D, Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi. org/ 10.1002/cpp.702>

- Rice, J., McTernan, M., & Cordova, J. (2023). The influence of relationship pattern labeling on intimacy, acceptance, and relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(2), 317-332. <https://doi.org/10.1111/jmft.12623>
- Savage, J., & Ellis, S. K. (2019). Academic achievement, school attachment, and school problems in the differential of violence. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 5, 243. <https://doi.org/10.1007/s40865-018-0090-0>
- Schudlich, T. D. D. R., Jessica, N. W., Erwin, S. E., & Rishor, A. (2019). Infants' emotional security: The confluence of parental depression, interparental conflict, and parenting. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 63, 42-53. [https://doi:10.1016/J.APPDEV.2019.05.006](https://doi.org/10.1016/J.APPDEV.2019.05.006)
- Talebi, M., Shoudi, M., & Hamzezadeh, F. (2014). Relationships between ethical leadership and psychological safety with risk management among nurses, *Journal of Nursing and Midwifery*, 13(1), 47-54. [Text in Persian]. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1837-fa.html>
- Wang, Z., Li, C., & Ai, K. (2022). Family economic strain and adolescent aggression during the COVID-19 pandemic: Roles of interparental conflict and parent-child conflict. *Applied Research in Quality of Life*, 17(4), 2369-2385. [https://doi: 10.1007/s11482-022-10042-2](https://doi.org/10.1007/s11482-022-10042-2)
- Xiao, B., Bullock, A., Coplan, R. J., Liu, J., & Cheah, C. S. (2021). Exploring the relations between parenting practices, child shyness, and internalizing problems in Chinese culture. *Journal of Family Psychology*, 35(6), 833-845. [https://doi: 10.1037/fam0000904](https://doi.org/10.1037/fam0000904)
- Xu, Y., Zhou, Y., Zhao, J., Xuan, Z., Li, W., Han, L., & Liu, H. (2021). The relationship between shyness and aggression in late childhood: The multiple mediation effects of parent-child conflict and self-control. *Personality and Individual Differences*, 182, 1110-1158. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111058>



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/>).

## بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در فرزندان طلاق

صدیقه علی نقی پور<sup>۱</sup> , سید محمد قلمکاریان<sup>۲\*</sup> , ریحانه فهامی<sup>۳</sup> 

### چکیده

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی فرزندان طلاق انجام شده است. طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل فرزندان طلاق در مؤسسه خیریه دارالاکرام قم بود. نمونه آماری این پژوهش از ۳۰ نفر تشکیل شده بود که به‌روش هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شده بودند. جهت جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه‌های مثبت‌اندیشی اینگرام و ویسنیکی و همچنین پرسشنامه تعارضات بین فردی جن استفاده شد. سپس درمان طبق پروتکل درمان شناختی رفتاری ارائه شده توسط بک، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، برای گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس از دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. و بعد از جمع‌آوری اطلاعات آماری برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در فرزندان طلاق، اثربخش بود. همچنین، با توجه به نتایج پیشنهاد می‌گردد دوره‌های درمان شناختی رفتاری جهت کاهش تعارضات بین فردی فرزندان طلاق در مراکز مشاوره و مدارس توسط روان‌شناسان و مشاورین برگزار گردد.

**کلیدواژه‌ها:** تعارضات بین فردی، درمان شناختی رفتاری، فرزندان طلاق، مهارت‌های مثبت‌اندیشی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی اسلامی مثبت گرا، دانشگاه پیام نور، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، ایران [M\\_ghalamkarian@pnu.ac.ir](mailto:M_ghalamkarian@pnu.ac.ir)

<sup>۳</sup> استادیار علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، ایران

## مقدمه

فرزندان طلاق<sup>۱</sup> اغلب با چالش‌های منحصر به فردی مواجه می‌شوند که می‌تواند بر سلامت عاطفی، اجتماعی و روانی آنها تأثیر بگذارد (سورک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). طلاق یک رویداد مهم زندگی است که می‌تواند کودکان را دچار سردرگمی، ترس و عدم اطمینان نسبت به آینده کند (چتیک و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). در واقع از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در حوزه طلاق، می‌توان به کودکان اشاره کرد که طلاق والدین بر آنها تأثیر می‌گذارد. (زایتو و تیشاو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). دامتو<sup>۵</sup> (۲۰۱۹) بر این باور است که نتایج اکثر تحقیقات نشان می‌دهد کودکانی که والدین آنها از یکدیگر جدا شده‌اند نسبت به کودکانی که والدین آنها با هم زندگی می‌کنند مشکلات جسمی و درگیری‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کند. اضطراب و تنش، نگرانی<sup>۶</sup>، بی‌اعتمادی<sup>۷</sup>، مشکلات جسمانی، کابوس‌های شبانه، مشکلات خواب و تعارضات بین فردی<sup>۸</sup> از جمله آثار منفی است که فرزندان طلاق با آن مواجه هستند. (اگستین<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱). در حقیقت تعارضات بین فردی چالش رایجی است که فرزندان طلاق ممکن است با آن مواجه شوند. این تضادها می‌تواند به دلیل عوامل مختلفی از جمله تغییر در سبک زندگی، احساس وفاداری یا خیانت به یکی از والدین و مشکل در سازگاری با ساختار جدید خانواده ایجاد شود (پونیانت-کارتر و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). تعارضات بین فردی به اختلاف عقاید بین افراد اشاره دارد که علت اصلی آن تفاوت بین افراد است (رمضان زاده و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از دلایلی که می‌تواند باعث ایجاد تعارضات بین فردی در کودکان شود نحوه ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر است که حتی کودکان خردسال نیز متوجه از بین رفتن یک رابطه گرم و صمیمی در خانواده، به‌ویژه طلاق والدین خود خواهند شد. (رمضان‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱). و قطعاً این ارزیابی کودکان از شرایط زندگی مثبت‌اندیشانه نخواهد بود. بلکه به‌مرور به سمت وسوی ارزیابی‌های منفی‌نگرانه تمایل بیشتری خواهد داشت.

از جمله مهم‌ترین مداخلات روان‌شناختی در رفع تعارض‌های بین فردی افراد، تقویت مهارت مثبت‌اندیشی است (سادات و واحدی، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها نشان داده است یکی از ارزشمندترین توانایی‌هایی که به بهبود تعارضات و سهولت ارتباط با دیگر اشخاص کمک می‌کند، مهارت مثبت‌اندیشی<sup>۱۱</sup> است (دودی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸). مهارت مثبت‌اندیشی، آموزش فکرکردن به صورت متفاوت به حوادث و اتفاقات مثبت و منفی است. (سادات و واحدی، ۱۳۹۸). در آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بیشتر تمرکز بر احساسات مثبت و منع افراد از تمرکزکردن بر احساسات منفی است. محققان دریافته‌اند که تجربه احساسات مثبت، افراد را به تعامل با محیط

1. Children of divorce
2. Sorek, Y.
3. Chethik, M., Dolin, N., Davies, D., Lohr, R., & Darrow, S.
4. Zaitov, E. K., & Teshayev, D. M.
5. Damota, M. D
6. Worry
7. Distrust
8. Interpersonal conflicts
9. Augustijn, L
10. Punyanunt-Carter, N. M., LaFreniere, J. R., Norman, M. S., & Colwell, M. J.
11. positive thinking
12. Dodi, L.

اطراف خود برمی‌انگیزد (فردریکسون و جونپور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه آسیب‌های طلاق نشان می‌دهد که از مهمترین مشکلات روانی فرزندان طلاق، تعارضات بین فردی، منفی‌نگری و اسناد منفی وقایع است. (قربانی وناجمی و همکاران، ۱۳۹۸) طبق تحقیقات، یکی از بااهمیت‌ترین اقدامات برای اصلاح افکار منفی و اشتباه، بررسی و شناسایی حقایق و تحریفات است. در واقع با اصلاح خطاهای شناختی و تعمیم آن‌ها می‌توان گام بزرگی در این زمینه (اصلاح تعارضات بین فردی و منفی‌اندیشی) برداشت (اسدی و حسینی، ۱۳۹۹).

با توجه به اینکه مثبت‌اندیشی مفهومی شناختی و تعارضات بین فردی مفهومی رفتاری شناختی است. بهترین روش‌های درمان در بهبود این ویژگی‌ها، درمان شناختی- رفتاری<sup>۲</sup> است. این درمان دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که هم شامل راهبردهای شناختی از جمله کشف تحریف‌های شناختی<sup>۳</sup> و افکار مزاحم<sup>۴</sup>، بازسازی شناختی<sup>۵</sup> و تقویت راهبردهای مقابله‌ای<sup>۶</sup> مؤثر و راهبردهای رفتاری<sup>۷</sup> شامل الگوبرداری، رویارویی، ایفای نقش و آرامش عضلانی است (کاریوتاکي<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج حاصل از پژوهش‌های محمدرضاخانی و ساردوئی (۱۴۰۰)، جعفری و غیاثوند (۱۳۹۹)، فیروزی و بیرانوندی (۱۳۹۹) و مگگورن و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۱۹) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر مثبت‌اندیشی در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند. که نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت مثبت‌اندیشی و زیرمقیاس‌های فرعی آن بوده است. همچنین نتایج پژوهش‌های موسوی (۱۴۰۱)، مجیدی (۱۳۹۹)، هیز و هافمن<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۱)، ری و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۰) نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری بر حل تعارض‌های بین فردی در جمعیت‌های مختلف اثرگذار است. بصورتی که همه این پژوهش‌ها دارای میزان قابل قبولی از اثربخشی درمان شناختی و رفتاری بر تعارض‌های فردی و زیر مقیاس‌های آن بودند.

لازم به ذکر است در ایران که عوامل فرهنگی و اجتماعی ممکن است بر تجربیات فرزندان طلاق تأثیر بگذارد، پژوهش در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش‌ها نشان داده شده است که رویکرد شناختی رفتاری در درمان انواع مسائل سلامت روان، از جمله اضطراب، افسردگی و تعارضات بین فردی مؤثر است. با این حال، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارض‌های بین فردی فرزندان طلاق، به‌ویژه در ایران به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است. خلأهای تحقیقاتی در این زمینه شامل فقدان شواهد تجربی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای فرزندان طلاق در ایران و همچنین عدم درک عوامل فرهنگی و اجتماعی است که ممکن است بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در این جمعیت تأثیر بگذارد.

1. Fredrickson & Joiner
2. Cognitive behavioral therapy
3. Cognitive distortions
4. disturbing thoughts
5. Cognitive restructuring
6. Coping strategies
7. Behavioral strategies
8. Karyotaki
9. McGovern et al
10. Hofmann & Hayes
11. Ray et al

۱۰۶ ..... بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات...

یکی از ویژگی‌های برتر درمان شناختی و رفتاری نسبت به سایر رویکردها، تعداد کمتر جلسات و هزینه کمتر آن است. رویکرد شناختی و رفتاری به همان نسبت، در محدوده زمانی کمتر نسبت به رویکرد روان تحلیل ارائه می‌شود و این موضوع آن را برای افرادی که به دنبال درمان مؤثر و مستدام هستند، جذاب می‌کند. همچنین، تأکید آن بر زمان حال بودن و بر پایه شواهد علمی و تجربی بودن آن، از دیگر ویژگی‌های برتر این رویکرد است. (فزلسفلو و همکاران، ۲۰۱۹) در زمینه پژوهش حاضر نیز، تمرکز درمان شناختی و رفتاری بر توسعه مهارت‌های مقابله‌ای و ترویج تفکر مثبت در فرزندان طلاق قرار دارد.

اکنون با توجه به اهمیت پرداختن به فرزندان طلاق و بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی و همچنین با توجه به اینکه در ادبیات گذشته بررسی این متغیرها به طور همزمان صورت نگرفته است، لذا هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در فرزندان طلاق بود.

- درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی در فرزندان طلاق، اثربخش است.

- درمان شناختی رفتاری بر تعارضات بین فردی در فرزندان طلاق، اثربخش است.

## روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل فرزندان طلاق در مؤسسه خیریه دارالاکرام قم در بهار ۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش هدفمند، ۳۰ نفر از فرزندان طلاق انتخاب و به طور تصادفی انتخاب شده‌اند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل به شرکت در جلسات، فرزند طلاق بودن، عدم شرکت در مداخلات دیگر به طور هم‌زمان و ملاک خروج از پژوهش شامل؛ غیبت بیش از دو جلسه بود. در این پژوهش، برای توصیف و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین، انحراف معیار) و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس (با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶) استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

## ابزار

پرسشنامه مثبت‌اندیشی توسط اینگرام و ویسنیکی<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) برای سنجش مثبت‌اندیشی ساخته شده و شامل ۳۰ گویه و ۵ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: کارکرد مثبت روزانه<sup>۲</sup>، خود ارزیابی مثبت<sup>۳</sup>، ارزیابی همکاران از خویش<sup>۴</sup>، انتظارات مثبت آینده<sup>۵</sup> و خود اعتمادی<sup>۶</sup>. این پرسشنامه با طیف لیکرت از شماره ۱ تا ۵ که به ترتیب از همیشه = ۵ تا

1. Ingram and Visnick's positive thinking questionnaire
2. Positive daily functioning
3. positive self-evaluation
4. others' evaluation of oneself
5. positive future expectations
6. self-confidence

هرگز = ۱ نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۵۰ است و کسب نمره بالاتر به معنای مثبت اندیشی بیشتر است. اینگرام و ویسنیکی (۱۹۸۸) برای پایایی این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای روایی نیز ضریب همبستگی ۰/۳۳- بین این پرسش نامه و پرسشنامه افسردگی بک به عنوان شاخصی از روایی افتراقی گزارش کردند. (اسلامی، ۱۳۸۷). در ایران نیز پایایی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و همچنین روایی براساس ضریب همبستگی، ۰/۹۵ تعیین گردیده (هاشمی، ۱۳۸۸). همچنین در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۱ محاسبه شد.

**پرسشنامه تعارض بین فردی جن<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)** که شامل ۹ گویه می باشد که سه خرده مقیاس را می‌سنجد بطوری که هر خرده مقیاس دارای ۳ گویه، به شرح زیر است: خرده مقیاس تعارض رابطه‌ای<sup>۲</sup> شامل ۳ گویه، تعارض وظیفه‌ای<sup>۳</sup> ۳ گویه، تعارض فرآیندی<sup>۴</sup> ۳ گویه. شیوه نمره گذاری در این پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرتی و به این صورت است که هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵) نمره‌دهی می‌شود. دامنه نمرات در این آزمون بین ۹ تا ۴۵ است و کسب نمره بالاتر به معنای تعارض بین فردی بیشتر است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط شش نفر از اساتید در زمینه مشاوره دانشگاه روانشناسی پرستون تأیید گردیده است. برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضریب برابر ۰/۸۳ محاسبه شد. در پژوهش خسروی (۱۳۹۶) روایی صوری، محتوایی و سازه این پرسشنامه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت بطوری که نتایج تحلیل عاملی هر یک از مؤلفه‌های پرسشنامه بیشتر از ۰/۳۰ بود که نشان از روایی بالای پرسشنامه است و در تحقیق خسروی (۱۳۹۶) به منظور سنجش پایایی این ابزار اندازه گیری از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج مربوط به مؤلفه‌های تعارض رابطه‌ای ۰/۹۲، تعارض وظیفه‌ای ۰/۹۲ و تعارض فرآیندی ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آن ۰/۷۹ محاسبه شد.

**درمان شناختی- رفتاری:** در پژوهش حاضر به منظور درمان شناختی- رفتاری، از مراحل و فنون درمان شناختی- رفتاری بک<sup>۵</sup> (۱۹۹۳) بهره گرفته شد.

## روش اجرا

به منظور اجرای مداخله، با مراجعه به موسسه خیریه دارالاکرام شهرستان قم در بهار ۱۴۰۲، ۳۰ نفر از فرزندان طلاق مراجعه‌کننده که برای شرکت در پژوهش، تمایل داشتند؛ انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد، اطلاعاتی در مورد اهداف پژوهش، نوع مداخله، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات و تعداد گویه‌ها و دفعات پاسخگویی به ابزار ارائه شد. سپس شرکت کنندگان به سؤالات پرسشنامه‌های مذکور جهت پیش آزمون پاسخ دادند. بعد از اینکه نمونه‌ها در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند؛ گروه آزمایش تحت جلسات آموزش درمان شناختی- رفتاری بک (۱۹۹۳) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد.

1. Jen's Interpersonal Conflict Questionnaire
2. Relational conflict
3. Duty conflict
4. Process conflict
5. Beck,



۱۰۸ ..... بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات...

جلسات در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بصورت گروهی بر مبنای تکنیک‌های شناختی- رفتاری (بر اساس دستورالعمل یک) برای گروه آزمایش اجرا شد. در هر جلسه در ۱۰ دقیقه اول زمانی به مرور تکالیف و بررسی اثربخشی تکنیک‌ها اختصاص می‌یابد. پس از جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، برای توصیف و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. همچنین تمام اطلاعات جمع‌آوری شده در طول تحقیق محرمانه بود و هویت شرکت‌کنندگان محفوظ ماند. حریم خصوصی شرکت‌کنندگان رعایت شد.

### جدول ۱. خلاصه جلسات و محتوای برنامه مداخله درمان شناختی- رفتاری

جلسه	اهداف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین گروهی یا خانگی
اول	آشنایی و معارفه بین شرکت‌کنندگان و مداخله گر	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول و اهداف الگوی A-B-C.	آشنایی و کسب انگیزه جهت مشارکت فعال، برقراری ارتباط اولیه شرکت‌کننده و مداخله گر	نوشتن حداقل ۵ رویداد یا تجربه‌ی منفی قبلی خویش
دوم	آموزش کامل الگوی A-B-C، شناسایی خطاهای فکری	آموزش A-B-C با ذکر مثال، آموزش اعضاء برای شناسایی خطاهای فکری (معیارهای قدیس بودن) و ارائه پاسخ‌های جایگزین	ارتقا آگاهی درباره طرز تفکر و تاثیرات آن بر احساسات توانایی تکمیل کاربرگ‌های مداخله و کنترل باورهای قدیسانه	نوشتن بدترین حوادث زندگی به روش A-B-C. همچنین ده مورد از باورهای قدیسانه.
سوم	آموزش خطاهای فکری، افکار خودآیند، پاسخ‌های جایگزین	آموزش افکار خودآیند، آموزش علائم اضطراب، شناسایی خطاهای فکری.	توانایی شناخت انواع خطاهای شناختی. توانایی کنترل افکار خود آیند را داشته باشد.	نوشتن افکار خودآیند منفی در برگی A-B-C. نوشتن افکار مضطرب
چهارم	آموزش انواع تکنیک مواجهه با افکار منفی	تزریق فکر (در چهارچوب چرخه تفکر آلیس)، تمرین تزریق فکر، چالش با افکار خودآیند	ارتقاء کیفیت مواجهه با افکار منفی، تکنیک تزریق فکر، توجه برگردانی، چالش با افکار مزاحم	انجام تمرینات تزریق فکر و نوشتن آن بر روی کاغذ.
پنجم	آموزش تکنیک درجه بندی افکار و هیجان‌ها	چالش با افکار خودآیند، درجه بندی افکار خودآیند و پاسخ منطقی براساس مقیاس ۱ تا ۱۰۰	توانایی درجه بندی هیجان‌ها و افکار	ثبت هیجان‌های ناخوشایند و درجه‌بندی آنها، ثبت افکار خودآیند و پاسخ منطقی
ششم	آموزش تکنیک تن آرامی	آموزش تکنیک تن آرامی به روش جاکوبسون (عضلانی).	استفاده از روش تن آرامی عضلانی در مواقع اضطراب آور.	اجرای تکنیک روزانه، ثبت افکار و احساسات قبل و بعد از اجرای تکنیک.

هفتم	آموزش تکنیک حل مسئله	آموزش تکنیک حل مسأله، با ارائه مثال‌های ملموس، و تمرین حل مشکل فرضی مرور تکنیک‌های گذشته، و	ارتقاء کیفیت روبرو شدن با مسائل مختلف زندگی و حل مسئله شیوه ایفای نقش بهبود یابد،	تمرین شیوه های حل مسئله در مواجهه با شرایط اضطراب اور.
هشتم	آموزش شیوه ایفای نقش، و پس آزمون	توضیحاتی درباره پس آزمون، اخذ پس آزمون و اعلام نتایج آن	نمرات پس آزمون تفاوت معنا داری با پیش آزمون داشته باشند.	جمع بندی و مرور کلی تکالیف جلسات گذشته

## یافته‌ها

در بخش توصیف داده‌ها، یافته‌ها نشان داد اکثریت افراد در گروه آزمایش به میزان ۶۶/۷ درصد و در گروه کنترل به میزان ۶۰ درصد را پسران تشکیل دادند در حالی که ۳۳/۳ درصد در گروه آزمایش و ۴۰ درصد در گروه کنترل دختران بودند. همچنین اکثریت فرزندان طلاق در گروه آزمایش به میزان ۶۶/۷ درصد و در گروه کنترل نیز به میزان ۴۶/۷ درصد در گروه سنی ۱۲-۱۳ سال قرار داشتند. بعد از آن به میزان ۲۶/۷ درصد در گروه آزمایش و ۳۳/۳ درصد در گروه کنترل در گروه سنی ۱۴-۱۵ سال بودند. به علاوه نتایج نشان داد که اکثریت در گروه آزمایش به میزان ۵۳/۳ درصد و در گروه کنترل به میزان ۶۰ درصد فرزندان طلاق با پدر خود زندگی می‌کردند و ۴۶/۷ درصد گروه آزمایش و ۴۰ درصد گروه کنترل با مادر خود در حال زندگی بودند. همچنین نتایج توصیف و بررسی متغیرهای اصلی تحقیق را برحسب گروه در دو زمان پیش آزمون و پس از آن نشان می‌دهد. که در گروه آزمایش نمره کل مهارت‌های مثبت‌اندیشی در پیش از مداخله آموزشی ۹۱/۷۳ محاسبه شده است و پس از مداخله آموزشی میزان میانگین آن ۱۰۴/۸۰ به دست آمده است که نشان می‌دهد میانگین مهارت‌های مثبت‌اندیشی فرزندان طلاق در گروه آزمایش افزایش داشته است در حالی که میانگین این متغیر در پیش آزمون گروه کنترل ۸۳/۰۷ و در پس آزمون نیز ۸۳/۷۳ به دست آمده است که نشان می‌دهد در مهارت‌های مثبت‌اندیشی فرزندان طلاق گروه کنترل تغییری ایجاد نشده است. در خصوص متغیر تعارضات بین فردی نیز در گروه آزمایش میانگین آن در پیش آزمون ۳۱ و در پس از مداخله آموزشی ۲۴/۲۷ به دست آمده است که نشان می‌دهد میانگین تعارضات بین فردی فرزندان طلاق در گروه آزمایش کاهش یافته است. نتایج در گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که میانگین تعارضات بین فردی در این گروه پیش از مداخله آموزشی ۳۵/۳۳ و پس از آزمون ۳۱/۲۰ به دست آمده است که تغییر کم داشته است.

پیش از بررسی فرضیه‌های تحقیق با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مانکوا ابتدا پیش فرض‌های این آزمون یعنی بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرهای تحقیق، بررسی همگنی خطای واریانس‌ها و آزمون ام-باکس است مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد که میزان معناداری تمامی متغیرها همراه با خرده مقیاس‌های آنان بالاتر از ضریب خطا ۰/۰۱ است در نتیجه می‌توان بیان کرد که تمامی متغیرها دارای توزیع نرمالی هستند و پیش فرض نرمال بودن متغیرها تأیید می‌گردد. نتایج بررسی همگنی خطای واریانس‌ها را برای هریک از متغیرها و خرده مقیاس‌های آنان با آزمون

۱۱۰ ..... بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات...

لون نشان می‌دهد و مشهود است میزان معناداری تمامی متغیرها بالاتر از ضریب خطا ۰/۰۱ است و همگنی خطای واریانس‌ها تأیید می‌شود.

در بخش تحلیل داده‌ها، جدول ۲ نتایج بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر خرده مقیاس‌های مهارت‌های مثبت‌اندیشی فرزندان طلاق نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که مداخله آموزشی درمان شناختی رفتاری بر خرده مقیاس‌های کارکرد روزانه مثبت، ارزیابی همکاران از خویش، انتظارات مثبت آینده و خود اعتمادی اثر معناداری دارد زیرا میزان معناداری این متغیرها ۰/۰۰۱ شده است که از سطح معناداری ۰/۰۵ کمتر است در حالی که این اثربخشی بر خود ارزیابی مثبت با معناداری ۰/۳۰۹ تأثیر معناداری نداشته است. نتایج همچنین نشان می‌دهد که بیشترین ضریب تأثیر نیز مربوط به متغیر ارزیابی همکاران از خویش با ضریب اثر ۵۸/۲ درصد و انتظارات مثبت آینده با ضریب ۵۵ درصد و خود اعتمادی با ضریب ۵۴ درصد می‌باشد.

جدول ۲. بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی فرزندان طلاق

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا
گروه	کارکرد روزانه مثبت	۱۸۲/۰۲	۱۸۲/۰۲	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خود ارزیابی مثبت	۳/۲۲	۳/۲۲	۲	۰/۳۰۹	۰/۰۴
	ارزیابی همکاران از خویش	۱۲۵/۴۳	۱۲۵/۴۳	۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	انتظارات مثبت آینده	۴۶	۴۵/۸۹	۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خود اعتمادی	۷۴/۰۰۳	۷۴/۰۰	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴
خطا	کارکرد روزانه مثبت	۲۵۰	۱۰/۸۶			
	خود ارزیابی مثبت	۶۸/۳۶	۲/۹۷			
	ارزیابی همکاران از خویش	۵۸/۴۸	۲/۵۴			
	انتظارات مثبت آینده	۲۵	۱/۰۷			
	خود اعتمادی	۶۳/۰۵	۲/۷۴			
کل	کارکرد روزانه مثبت	۳۱۸۴۲				
	خود ارزیابی مثبت	۹۵۵۸				
	ارزیابی همکاران از خویش	۶۷۸۶				
	انتظارات مثبت آینده	۱۲۸۱				
	خود اعتمادی	۱۶۵۵۵				

جدول ۳ نتایج بررسی اثر درمان شناختی رفتاری را بر خرده مقیاس‌های متغیر تعارضات بین فردی در میان فرزندان طلاق نشان می‌دهد. نتایج مبین آن است که مداخله آموزشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای تعارض رابطه‌ای با معناداری ۰/۰۳۲،

تعارض وظیفه‌ای با معناداری ۰/۰۳۰ اثر معناداری داشته است زیرا میزان معناداری این دو متغیر از سطح ۰/۰۵ کمتر می‌باشند در حالی که این مداخله آموزشی اثر معناداری بر تعارض فرآیندی با معناداری ۰/۰۷۵ نداشته است. نتایج ضرایب اثر نیز نشان می‌دهد، مداخله آموزشی درمان شناختی رفتاری بر تعارض وظیفه‌ای با میزان ۱۷/۶ درصد و بر تعارض رابطه‌ای با میزان ۱۷/۱ درصد اثر معنادار داشته است.

جدول ۳. بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر تعارضات بین فردی فرزندان طلاق

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور انا
تعارض رابطه‌ای	۷۱۶۱۱	۱۱	۵/۱۴	۰/۰۳۲	۰/۱۷
تعارض وظیفه‌ای	۱۱/۴۹	۱۱/۴۹	۵/۳۲	۰/۰۳۰	۰/۱۷
تعارض فرآیندی	۷	۷	۳/۴۵	۰/۰۷۵	۰/۱۲
تعارض رابطه‌ای	۵۲/۱۰	۳			
تعارض وظیفه‌ای	۵۴	۲/۱۵			
تعارض فرآیندی	۴۸/۲۸	۱/۹۳			
تعارض رابطه‌ای	۲۵۶۱				
تعارض وظیفه‌ای	۳۲۶۸				
تعارض فرآیندی	۲۲۳۵				

جدول ۴ نتایج بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در میان فرزندان طلاق نشان می‌دهد. نتایج کلی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی با معناداری ۰/۰۰۱ و تعارضات بین فردی با معناداری ۰/۰۰۴ اثر معناداری دارد مبنی بر این که میزان معناداری هر دو متغیر کمتر از سطح معناداری ۰/۰۵ شده است. نتایج مجذور انا نیز نشان می‌دهد که مداخله آموزشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی با میزان ۵۸/۹ درصد بیش از تعارضات بین فردی با میزان ۲۸/۲ درصد مؤثر بوده است. بنابراین فرضیه تأیید می‌شود.

جدول ۴. بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی فرزندان طلاق

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور انا
مهارت‌های مثبت‌اندیشی		۱۵۰۱/۵۸	۱۵۰۱/۸۵	۵۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸
تعارضات بین فردی		۵۱/۸۲	۵۱/۸۲	۱۰/۲۲	۰/۰۰۴	۰/۲۸
مهارت‌های مثبت‌اندیشی		۶۷۷/۰۴	۲۶/۰۴			

تعارضات بین فردی	۱۳۱/۷۸	۵/۰۶
مهارت‌های مثبت‌اندیشی	۲۷۰/۶۱۰	
تعارضات بین فردی	۲۳۶/۰۰	
کل		

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین‌فردی فرزندان طلاق انجام گرفت. نتایج پژوهش در قالب فرضیه نخست حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش نمرات مهارت مثبت‌اندیشی فرزندان طلاق بود. فرضیه دوم بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نمرات تعارضات بین فردی فرزندان طلاق بود. نتایج فرضیه اول با یافته‌های پژوهش محمدرضا و ساردوئی (۱۴۰۰) و مک‌گورن و همکاران (۲۰۱۹) در راستای تاثیر مثبت و معنادار مداخله بر مهارت مثبت‌اندیشی و زیرمقیاس‌های فرعی آن بوده است. در راستای تبیین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی می‌توان گفت از آنجایی که طلاق یکی از سخت‌ترین تجربیاتی است که افراد با آن مواجه می‌شوند و بسیاری از بزرگسالان و تقریباً همه کودکان نمی‌خواهند اتفاق بیفتد و پذیرش آن ممکن است زمان زیادی طول بکشد. (موسوی، ۱۴۰۱) فرایند طلاق هم برای والدین و هم برای فرزندان آنها بسیار استرس‌زا است و معمولاً کودکان، وقایع متعدد تنش‌زایی را در فرآیند طلاق متحمل می‌شوند که به تبع آن دارای میزان بالاتری از مشکلات رفتاری و عاطفی از جمله اندوه، اضطراب، بدخلقی، نگرانی، مشکلات جسمانی، بی‌اعتمادی هستند (قرلسفلو و همکاران، ۲۰۱۹) و به مرور نیز به سمت ارزیابی‌های منفی‌نگرانه تمایل بیشتری خواهند داشت. در این میان یکی از مهمترین مداخلات روانشناختی در رفع ارزیابی‌های منفی‌نگرایانه، تقویت مهارت مثبت‌اندیشی است که می‌تواند موجب سهولت ارتباط فرزندان طلاق با خانواده و دیگران و همچنین داشتن دیدگاه متفاوت به حوادث و اتفاقات در زندگی شود چراکه این روش درمانی بیشتر تمرکز بر احساسات مثبت و تعامل درست با محیط اطراف دارد و افراد را از فکر کردن به احساسات منفی باز می‌دارد. به آنها کمک می‌کند تا مشکلات، نقاط ضعف، افکار منفی، خطاهای فکری و باورهای اشتباه خود را شناسایی و مرور کرده و یک راه حل مناسب و منطقی برای آنها پیدا کنند و به مسائل با دید مثبت‌تری نگاه کنند و این امر موجب می‌شود تا بر هیجانات و افکار منفی آزردهنده و دردناک خود اشراف بیشتری پیدا کنند و سپس با تزریق فکر و جایگزین کردن باورهای منطقی با تحریف‌های شناختی و افکار مزاحم و همچنین تقویت راهبردهای مقابله‌ای، خواهند توانست از شدت منفی‌اندیشی کاسته و مهارت‌های مثبت‌اندیشی خود را افزایش دهند. (جعفری و غیاثوند، ۱۳۹۹) عبارتی درمان شناختی-رفتاری از طریق تمرین‌های مختلفی به فرزندان طلاق کمک می‌کند تا احساس، فکر و رفتار خود را بشناسند، افکار خودآیند منفی را شناسایی کرده و آنها را به چالش بکشند و از تاثیر آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود آگاهی یابند و نسبت به عوارض آن در سلامت جسم و روان مطلع شوند و با اصلاح باورهای نادرست یا خنثی سازی طرح‌واره‌های منفی با استفاده از طرح‌واره‌های مثبت و همچنین با کاهش نشخوار افکار منفی و فشارهای روانی حاصل از آن و کاهش اضطراب و نیز افزایش تجربه‌های مثبت نسبت به تجربه‌های منفی و افزایش مهارت‌های فرد در زمینه خودآگاهی، عزت نفس، خودمراقبتی و ایجاد

رابطه مثبت با دیگران، بتوانند مهارت ارتباط موثر، کنترل خشم و اضطراب را فرا گرفته و در نهایت نوجوان با تغییر تصویر ذهنی از والدین و شناسایی نقاط و ویژگی‌های مثبت آنها می‌تواند باوری مثبت را در ذهنش شکل دهد تا امکان ایجاد رابطه‌ای پایدار را فراهم سازد.

نتایج فرضیه دوم با یافته‌های پژوهش موسوی (۱۴۰۱) و هیز و هافمن (۲۰۲۱) همسویی دارد؛ آنها دریافتند که درمان شناختی رفتاری بر حل تعارضات بین فردی و زیر مقیاس‌های آن در جمعیت‌های مختلف اثرگذار بوده است. در راستای تبیین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تعارضات بین فردی می‌توان گفت تعارضات بین فردی چالش رایجی است که کودکان طلاق با آن مواجه می‌شوند که به دلیل تغییر در سبک زندگی و از بین رفتن رابطه عاطفی بین والدین، نوع رفتار اعضای خانواده با یکدیگر، همچنین ناسازگاری با ساختار جدید خانواده و مشکلات والدین در مورد همکاری برای مراقبت از فرزندان به وجود می‌آید؛ در نتیجه بخش عمده‌ای از محیط اجتماعی آنها که خانواده است به دلیل طلاق والدین دچار چالش شده و آنها دائماً در تضاد با یکدیگر هستند. (مجیدی، ۱۳۹۹) بنابراین مراقبت و حمایتی را که کودکان برای رشد با عزت نفس نیاز دارند، دریافت نمی‌کنند؛ آنها از افسردگی رنج می‌برند و در روابط دوستانه و دیگر روابط اجتماعی خود دچار مشکل می‌شوند و گاهی ممکن است رفتارهای نمایشی از خود نشان دهند. این تعارضات رفتاری برای بسیاری از افراد را از جمله اقوام، دوستان، معلمان، همسایه‌ها تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این میان درمان شناختی رفتاری به تعاملات جاری خانواده می‌پردازد و در این چارچوب، روابط خانوادگی، شناخت‌ها، عواطف و رفتار به عنوان اعمال تاثیر متقابل بر یکدیگر در نظر گرفته می‌شود بطوری که یک استنتاج شناختی می‌تواند احساسات و رفتار را برانگیزد و احساسات و رفتار نیز می‌توانند بر شناخت تاثیر بگذارد و همچنین با تقویت مهارت مثبت اندیشی موجب کاهش تعارضات و بهبود روابط با سایر افراد می‌شود. در واقع در این رویکرد درمانی سعی بر این است که با به چالش کشیدن و اصلاح اندیشه‌ها و افکار و همچنین با کمک راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، رویارویی، ایفای نقش و آرامش عضلانی در فرد، تغییرات درمانی لازم در او ایجاد شود. در این روش درمانی اعتقاد بر این است که تمامی رفتارها در زندگی اجتماعی آموخته می‌شود و آموزش روش درست زندگی به افراد، تعارض آنها را با یکدیگر کاهش داده و قابلیت‌ها و مهارت‌های آنها را برای تعامل موفقیت آمیز با محیط و خانواده افزایش می‌دهد. در نهایت در این مداخله، کودکان می‌توانند روایت خود را از رویداد دردناک طلاق والدین و شرایط استرس‌زای متحمل شده بررسی کرده و به بازسازی این روایت‌ها و رویدادها بپردازند در واقع با استفاده از شیوه‌های حل مساله و تکنیک‌های تن آرامی فراگرفته شده در جلسات درمانی، فرض‌ها و یا روایت‌هایی را خلق می‌کنند که به سازگاری پس از طلاق و حل تعارضات بین فردی آنها کمک کند (موسوی، ۱۴۰۱). بنابراین با توجه به پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک درمان موثر برای بسیاری از شرایط بهداشت روانی دوران کودکی و نوجوانی به عنوان خط اول درمان مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش بر روی فرزندان طلاق مراجعه کننده به موسسه خیریه دارالاکرام شهرستان قم در بهار ۱۴۰۲ انجام شد و با توجه به این موضوع باید چندین محدودیت را در نظر گرفت. اولاً، حجم نمونه مطالعه نسبتاً کوچک بود، که ممکن است تعمیم یافته‌ها را به سایر جمعیت‌های فرزندان طلاق محدود کند. این می‌تواند اعتبار خارجی مطالعه را تحت تاثیر قرار دهد. ثانیاً، طرح مطالعه مقطعی بود، به این معنی که بین درمان شناختی رفتاری و اثرات مشاهده شده نمی‌توان علیت را استنباط کرد. این می‌تواند

۱۱۴ ..... بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات...

بر اعتبار داخلی مطالعه تأثیر بگذارد. ثالثاً، این مطالعه فقط بر سه نوع تعارض بین فردی (رابطه‌ای، وظیفه‌ای و فرآیندی) متمرکز شده است و مشخص نیست که آیا درمان شناختی رفتاری برای انواع دیگر تعارض‌ها به همان اندازه مؤثر است یا خیر. این می‌تواند تعمیم یافته‌ها را به انواع دیگر تعارضات بین فردی محدود کند. چهارم، این مطالعه اثرات بلندمدت درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تعارضات بین فردی در فرزندان طلاق را بررسی نکرد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود برای مطالعه دوام و ثبات درمان، مرحله پیگیری در نظر گرفته شود و همچنین مشاوران و روانشناسان در مدارس به ارائه آموزش‌های مختلف جهت حل تعارض بین فردی و همچنین مثبت‌اندیشی دوره‌هایی ارائه دهند. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در خصوص نحوه درست رفتار با کودکان طلاق ویژه والدین برگزار شود. این امر بر کاهش مشکلات کودکان طلاق تأثیر مثبتی خواهد داشت.

## تشکر

از همکاری شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- اسدی، زینب و حسینی طبقدهی، سیده لیلا. (۱۳۹۹). نقش کمال گرایی و مثبت‌اندیشی والدین در پیش‌بینی مهارت‌های اجتماعی. مجله روانشناسی، ۲۴(۱(پیاپی ۹۳))، ۹۱-۱۰۵. SID. <https://sid.ir/paper/54512/fa>
- اسلامی، عبدالله. (۱۳۸۷). تعریف مثبت‌اندیشی. دلتای مثبت، (۱۰)، ۱۰-۱۱. SID. <https://sid.ir/paper/451470/fa>
- جعفری، داوود و غیاثوند، فاطمه. (۱۳۹۹). میزان اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری بر افزایش مثبت‌اندیشی زوجین و کیفیت زندگی آنها، هفتمین کنفرانس بین‌المللی دستاوردهای نوین پژوهشی علوم تربیتی، روانشناسی و علوم اجتماعی، اصفهان. <https://civilica.com/doc/1122619>
- خسروی، هاجر (۱۳۹۶). تأثیر مدل‌های ذهنی مشترک بر تعارض و عدم تقارن تعارض در تیم‌های کاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- سادات، سما، و واحدی، شهرام. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان. تفکر و کودک، (۱)۱۰، ۱۰۱-۱۲۳. SID. <https://sid.ir/paper/230214/fa> SID. <https://doi.org/10.30465/fabak.2019.4929>
- فیروزی، منیژه و بیرانوندی، مهتاب. (۱۳۹۹). اثربخشی CBT مبتنی بر مثبت‌اندیشی با استفاده از برنامه‌های کامپیوتری و شبکه‌های اجتماعی مجازی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. بیهوشی و درد، (۳)۱۱، ۶۶-۷۶. SID. <https://sid.ir/paper/380910/fa>
- قربانی و ناجمی، میلاد، اژه ای، جواد، و غلامعلی لوسانی، مسعود. (۱۳۹۸). اثربخشی بازآموزی اسنادی بر سلامت روان فرزندان طلاق پسر مقطع متوسطه اول. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، (۱)۲۰ (پیاپی ۷۵)، ۲۶-۳۴. SID. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663539> و <https://sid.ir/paper/163862/fa>

مجیدی، سیده محبوبه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت حل تعارض زنان خیانت دیده. سومین کنفرانس بین المللی

روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد. <https://civilica.com/doc/1197567>

محمدرضاخانی، زهرا و ساردوئی، غلامرضا. (۱۴۰۰). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر مثبت اندیشی در دانش آموزان پسر

افسرده پایه ششم ابتدایی شهر کرمان. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۶(۲۸)، ۱۴۴-۱۳۰.

<https://civilica.com/doc/1542010>

موسوی، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی تحلیلی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تعارض و اختلافات روابط زناشویی زوجین. اولین

کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و علوم انسانی. <https://civilica.com/doc/1625229>

هاشمی، زهرا. (۱۳۸۸). رابطه مثبت اندیشی و بهداشت روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی.

Amato, P. R. (2014). The Consequences of divorce for adults and children: An update. *Društvena Istraživanja*, 23(1), 5-24. <http://dx.doi.org/10.5559/di.23.1.01>

Asadi, Z., & Hosseini Tabaghdehi, S. L. (2020). The role of parental perfectionism and positive thinking in predicting social skills. *Journal of Psychology*, 24(1), 91-105. <https://sid.ir/paper/54512/fa>

Augustijn, L. (2021). The relation between joint physical custody, interparental conflict, and children's mental health. *Journal of Family Research/Zeitschrift für Familienforschung*, 33(3), 876-889. DOI: <https://doi.org/10.20377/jfr-621>

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>

Chethik, M., Dolin, N., Davies, D., Lohr, R., & Darrow, S. (2021). Children and divorce: The “negative” identification. In *The Divorce Process* (pp. 121-138). *Routledge*. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.12.14.6>

Damota, M. D. (2019). The effect of divorce on families' life. *Academia Education*, DOI: 10.7176/JCSD/46-02. <https://doi.org/10.7176/JCSD/46-02>

Dodi, L. (2018). Educational value of Johan Vincent Galtung's conflict resolution in reducing gender issues-bas violence. *Didaktika Religia*, 6(2), 327-350. <https://doi.org/10.30762/didaktika.v6i2.1110>

Eslami, A. (2008). Positive thinking definition. *Positive Delta*, -(10), 10-11. <https://sid.ir/paper/451470/fa>

Firouzi, M., & Beyranvand, M. (2020). The effectiveness of positive thinking-based CBT using computer programs and social media networks on improving the quality of life in patients with chronic low back pain. *Journal of Anesthesia and Pain*, 11(3), 66-76. <https://sid.ir/paper/380910/fa>

Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2018). Reflections on positive emotions and upward spirals. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 194-199. <https://doi.org/10.1177/1745691617692106>

Ghezelseflo, M., Saadati, N., & Rostami, M. (2019). Effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on adjustment after divorce. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*, 4(2), 89-106. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24234869.1397.4.2.2.4>

Ghorbani Vanajemi, M., Azhaei, J., & Gholamali Lavasani, M. (2019). The effectiveness of document retraining on the mental health of children of divorced parents in the first year of high school. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 20(1), 26-34. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663539>

GonzálezValero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., Puertas, P & Molero, V. (2019). Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety



- in students. A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 43-94. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224394>
- Hashemi, Z. (2009). The relationship between positive thinking and mental health. Master's thesis, Islamic Azad University.
- Hayes, S. -C., & Hofmann, S. G. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 898-902. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.898>
- Jafari, D., & Ghiasvand, F. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy training on increasing positive thinking in couples and their quality of life. In *Seventh International Conference on Modern Achievements in Educational Sciences, Psychology, and Social Sciences, Isfahan*. <https://civilica.com/doc/1122619/>
- Jehn, K. A., de Wit, F. R., Barreto, M., & Rink, F. (2015). Task conflict asymmetries: effects on expectations and performance. *International Journal of Conflict Management*, 26(2), 172-191. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-03-2012-0023>
- Jehn, K. A. (1995). A Multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282. <https://doi.org/10.2307/2393638>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *International Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 78(4), 361-371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Khosravi, H. (2017). *The impact of shared mental models on conflict and conflict asymmetry in work teams*. Master's thesis, Allameh Tabataba'i University
- Majidi, S. M. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on conflict resolution skills of betrayed women. *Third International Conference on Psychology, Counseling, Education, and Training*, Mashhad. <https://civilica.com/doc/1197567/>
- Mohamadrezakhani, Z., & Sardoei, G. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on positive thinking in depressed sixth-grade male students in Kerman. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 6(28), 130-144. <https://civilica.com/doc/1542010>
- Moosavi, F. (2022). An analytical study on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing conflicts and marital disagreements in couples. *First Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences, and Humanities*. <https://civilica.com/doc/1625229/>
- McGovern, C. M., Arcoleo, K., & Melnyk, B. (2019). COPE for asthma: Outcomes of a cognitive behavioral intervention for children with asthma and anxiety. *School Psychology*, 34(6), 665-679. <https://doi.org/10.1037/spq0000310>
- Nel, T., Stander, M. W., & Latif, J. (2015). Investigating positive leadership, psychological empowerment, work engagement and satisfaction with life in a chemical industry. *SA Journal of Industrial Psychology*, 41(1), 1-13. <https://hdl.handle.net/10520/EJC181589>
- Nurhidayah, B. S., Wibowo, M. E., & Purwanto, E. (2022). The Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) group counseling with symbolic modeling and role-playing techniques to increase self-confidence in students. *Bulletin of Counseling and Psychotherapy*, 4(1), 64-69. <https://doi.org/10.51214/bocp.v4i1.156>
- Podina, I. R., Cosmoiu, A., Rusu, P., & Chivu, A. (2020). Positive thinking is not adaptive thinking: A cognitive-behavioral take on Interpretation Bias Modification for social anxiety. *Journal of*

*Rational-Emotive&Cognitive-BehaviorTherapy*,38,424-444.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10942-020-00344-5>

Punyanunt-Carter, N. M., LaFreniere, J. R., Norman, M. S., & Colwell, M. J. (2019). Analyzing college students from divorced and intact families and their family communication patterns and interpersonal communication motives. *Southern Communication Journal*, 84(4), 219-232.

<https://doi.org/10.1080/1041794X.2019.1641544>

Ramezanzadeh, S., Etemadi, O. and Asanjarani, F. (2022), "A Constructivist grounded study on children's perception of loneliness after parental divorce", *Qualitative Research Journal*, Vol. 22 No. 4, pp. 464-477. <https://doi.org/10.1108/QRJ-02-2022-0027>

Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *journal JAMA Network open*, 3(6), e208-279

<https://doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2020.8279>

Sadat, S., & Vahedi, S. (2019). The effect of positive thinking skills training on students' mental well-being. *Journal of Tafakor va Koodak*, 10(1), 101-123. <https://doi.org/10.30465/fabak.2019.4929>

Schimschal, S. E., & Lomas, T. (2019). Gritty leaders: The impact of grit on positive leadership capacity. *Psychological Reports*, 122(4), 1449-1470.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0033294118785547>

Seligman, M. E. (2019). Positive psychology: A personal history. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>

Sorek, Y. (2019). Children of divorce evaluate their quality of life: The moderating effect of psychological processes. *Children and Youth Services Review*, 107, 104-533.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104533>

Turner, B. J., Cobb, R. J., Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2016). The role of interpersonal conflict and perceived social support in nonsuicidal self-injury in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(4), 588–598. <https://doi.org/10.1037/abn0000141>


Zaitov, E. K., & Teshayev, D. M. (2022). Family conflict and divorce as A social problem. *Eurasian Journal of Humanities and Social Sciences*, 5, 1-5. Retrieved from

<https://www.geniusjournals.org/index.php/ejhss/article/view/517>



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/>).

## طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی دانشجویان

مهدی حسنونند عموزاده<sup>۱</sup> 

### چکیده

هدف پژوهش حاضر طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع الگویی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که تعداد ۵۸۱ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های سیاهه فوبیای اجتماعی، مقیاس کمرویی، مقیاس شرم، مقیاس بازداری رفتاری، مقیاس بیان خشم و مقیاس افسردگی استفاده گردید. داده‌ها با روش مدل معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد مدل فرضی پژوهش با داده‌های مشاهده شده برازش مطلوب دارد. اثر ضریب مسیرهای استاندارد مستقیم بازداری رفتاری، کمرویی، افسردگی و شرم بر اضطراب اجتماعی معنادار بود، اما ضریب مستقیم برای خشم بر اضطراب اجتماعی معنادار نبود. همچنین یافته‌ها تأیید کننده رابطه غیرمستقیم بازداری رفتاری و کمرویی با نقش میانجی افسردگی و شرم است. یافته‌های پژوهش بیانگر اهمیت بازداری رفتاری و کمرویی به‌عنوان عوامل اثرگذار بر اضطراب اجتماعی دانشجویان با میانجی‌گری افسردگی و شرم بود. با توجه به نقش عوامل مطرح در مدل پژوهش، می‌توان از آن در طراحی درمان اضطراب اجتماعی دانشجویان بهره‌گرفت.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب اجتماعی، بازداری رفتاری، خشم، شرم، کمرویی

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: روانشناسی استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران [hasanvand.a@pnu.ac.ir](mailto:hasanvand.a@pnu.ac.ir)

## مقدمه

اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> (SAD) یا هراس اجتماعی<sup>۲</sup> نوعی هراس از حضور در موقعیت های اجتماعی است که در آن افراد ترس مداومی از ارزیابی اجتماعی و یا شرمساری در موقعیت های اجتماعی و اجتناب از این موقعیت ها را دارند (فردریک و لوب<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). تحقیقات به این اشاره دارند که اختلال اضطراب اجتماعی به لحاظ شیوع یکی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی با شیوع ۱۳ درصد در پهنه عمر بوده و زن ها بیشتر از مردان مبتلا می شوند (الهادی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع این اختلال در دانشجویان گروه علوم پزشکی تا ۱۹/۵٪ گزارش شده، که بیانگر شیوع بالای این اختلال در دانشجویان گروه علوم پزشکی نسبت به سایر گروه های دانشجویی می باشد (الحاجیلی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). علت این امر می تواند ناشی از محیط سرشار از رقابت در دانشکده های پزشکی برای بهتر بودن باشد (الجھانی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از جمله مشکلاتی که اضطراب اجتماعی ایجاد می کند، می توان به نایمنی در روابط بین فردی، فقدان اعتماد به نفس، عزت نفس پایین، حساسیت افراطی به انتقاد و احساس حقارت اشاره کرد (فردریک و لوب، ۲۰۲۴). از این رو در سال های اخیر اهمیت پیشگیری این اختلال در حوزه بهداشت همگانی<sup>۷</sup> مورد توجه متخصصین سلامت روان بوده است (کویانکو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹ و هانت<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲).

پژوهشگران با شناسایی عوامل شناختی- رفتاری مطرح در اضطراب اجتماعی به ارایه مدل های نظری در این حیطه پرداخته اند (جیمیسون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ ژو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). ایراد وارد بر این مدل ها این بود که، این مدل ها بر ابعاد شناختی اضطراب اجتماعی متمرکز بودند و جزئیات پایه ای نحوه تشکیل اضطراب اجتماعی و یا اینکه بعد از بوجود آمدن اضطراب اجتماعی چگونه عوامل دیگری سبب حفظ نشانه های اضطراب اجتماعی می شوند، بحث نمی کردند. از این رو تحقیقاتی جهت بررسی عوامل بوجود آورنده و در نهایت عوامل حفظ کننده اضطراب اجتماعی که طیف گسترده تری از عوامل را در برگیرد، شروع به شکل گیری کرد (العزیزی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین به منظور فهم بیشتر عوامل به وجود آورنده و عوامل تداوم بخش اضطراب اجتماعی اهمیت وجود یک چارچوب نظری که بتوان نقش عوامل زیستی، رفتاری، شناختی و هیجانی را منطبق بر آن پایه گذاری کرد ضروری به نظر می رسد. در این راستا کراسول<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۲۱) مدلی را مطرح نمودند که نشان می دهد علاوه بر صفات نسبتا پایدار، تعامل فرایندهای شناختی و عاطفی فرد با موقعیت، از عوامل مهم تعیین کننده برای توضیح رفتار

1. Social anxiety disorder
2. Social Phobia
3. Fredrick & Luebbe
4. Alhadi
5. Alhujaili
6. AlJohani
7. public health
8. Koyuncu
9. Hunt
10. Jamieson
11. Zha
12. Al-Ezzi
13. Creswell

فرد مضطرب اجتماعی است. همچنین باکتر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در مدل زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۲</sup> اضطراب اجتماعی نشان داده‌اند که افراد مستعد اضطراب اجتماعی در زمینه انجام رفتار بهینه در روابط بین فردی و در واکنش به موقعیت های تهدید کننده<sup>۳</sup> دچار مشکل می باشند.

یکی از مولفه‌هایی که در حوزه سبب شناختی این اختلال مطرح شده بازداری رفتاری<sup>۴</sup> می باشد، بازداری رفتاری یک سازه سرشتی بوده که پاسخ های فرد را به محرک‌ها یا موقعیت‌های جدید با برانگیختگی سمپاتیک و کناره‌گیری رفتاری همراه می کند (فوکس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). گری در تئوری حساسیت تقویت<sup>۶</sup>، سیستم بازداری رفتاری<sup>۷</sup> (BIS) را با حالات اضطرابی مرتبط دانسته از این رو این مولفه را زیربنای بعد هیجانی حالات اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی می داند (ایتو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). در نظریه مدل آسیب‌پذیری-استرس<sup>۹</sup> سرشت بازداری رفتاری در کودکی و تلفیق آن با عوامل محیطی ناخوشایند، منجر به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (چوبار<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

متغیر دیگر آسیب شناختی که با نشانگان اضطراب اجتماعی همبستگی قوی دارد کمرویی<sup>۱۱</sup> می‌باشد، کمرویی از طریق ناراحتی و ناشی گری در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌گردد (بلوط<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). مشابهت هایی مانند نشانه‌های جسمی، نشانه‌های شناختی (مانند ترس از ارزیابی اجتماعی) به نقص مهارت‌های اجتماعی در افراد کمرو و افراد مضطرب اجتماعی اشاره دارد (بروک و ویلوغبای<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). بررسی سبب‌شناسی فرایندهای فرزندپروری مرتبط با کمرویی نشان داده سبک فرزندپروری سخت گیرانه با ایجاد وابستگی شدید می‌تواند در ایجاد کمرویی و زمینه‌سازی برای اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد (حسن، اسمیت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۴).

همچنین شواهد حاکی از ارتباط ادراک خشم<sup>۱۵</sup> به دیگران در افراد مضطرب اجتماعی می‌باشد (هانت، ۲۰۲۳). خشم یک حالت هیجانی ذهنی با وجود تضادهای شناختی و برانگیختگی روانی می‌باشد که جنبه انطباقی بسیاری دارد، با این وجود، وقتی که تکرار، شدت و مدت آن افزونتر از جنبه‌های انطباقی باشد، ناکارآمد می‌گردد (ایوانس<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها<sup>۱۷</sup> (۲۰۲۳) نشان داده مبتلایان به اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، سطوح بالاتری از خشم را گزارش نموده‌اند. در مطالعه‌ای دو نوع سبک متفاوت با توجه به ویژگی‌های افراد مبتلا مشخص گردید، یک نوع با خشم، خصومت و بی اعتمادی

1. Buckner
2. Biopsychosocial
3. Threatening situations
4. Behavioral inhibition
5. Fox
6. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST)
7. Behavioral Inhibition system
8. Ito
9. Diathesis-stress model
10. Chubar
11. shyness
12. Blöte
13. Brook & Willoughby
14. Hassan & Schmidt
15. anger
16. Evans
17. Hallett

(سوءظن) مشخص می‌شوند و نوع دیگر با عدم جرات ورزی، قابلیت استئمار و تربیت بیش از حد<sup>۱</sup> مشخص شد؛ قابل ذکر است که در مورد اخیر خشم در در زمینه تجربه شرم قابل پیگیری می‌باشد (فولز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته‌های تحقیقی اختلال افسردگی اساسی<sup>۳</sup> را به عنوان شایع‌ترین اختلال خلقی همراه با اختلال اضطراب اجتماعی مطرح نموده‌اند (پلگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). افسردگی بصورت خلق افسرده زمانی ثابت می‌گردد که حداقل به مدت ۲ هفته طول بکشد و حداقل با ۵ مورد از موارد زیر همراه باشد: کاهش اعتماد به نفس، ملامت کردن خود، احساس گناه یا تمایل به خودکشی، کاهش توانایی در تفکر و تمرکز کردن، تغییر در فعالیت حسی و حرکتی و اختلال در خواب و اشتها (کرافت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از دیدگاه شناختی- رفتاری، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی اساسی می‌تواند برخاسته از فرایندهای شناختی منفی مشترکی مانند شناخت‌های تحریف شده باشد، همچنین دیدگاه دیگر علت ابتلا مضطربان اجتماعی به نشانه‌های افسردگی را اجتناب رفتاری دانسته‌اند، زیرا اجتناب رفتاری در این بیماران با انزوا و تنهایی همراه بوده که در نهایت به افسردگی ختم می‌گردد (پاولوفا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

از طرف دیگر با دقت در عوامل موثر بر اضطراب اجتماعی مشخص می‌شود که شرم<sup>۷</sup> نیز به عنوان متغیری آسیب‌زا با اضطراب اجتماعی ارتباط دارد (بوک<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). شرم، هیجانی عمیقاً دردناک است که با احساس کهنتری و عدم پاداش و ناتوانی همراه بوده و فرد را به سمت پنهان شدن و گریز سوق می‌دهد (ویلان<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). تئوری منزلت اجتماعی<sup>۱۰</sup> عنوان می‌دارد که عواطف و خلقیات بطور معناداری متأثر از ادراک فرد از موقعیت/ منزلت اجتماعی است و پیامد عمومی چنین ادراکاتی رفتارهای منفعلانه می‌باشد، از این رو شرم، اضطراب اجتماعی و افسردگی با احتمال قوی با استراتژی‌های دفاعی منفعل به هنگام مواجهه با موقعیت‌های ناخواسته ظاهر می‌شوند (ارن-یاگودا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به پیامدهای اضطراب اجتماعی و نرخ شیوع آن در دانشجویان علوم پزشکی ۱۹/۵٪ (الحاجیلی و همکاران، ۲۰۲۳) و با دقت در این که اضطراب اجتماعی ارتباط وسیعی با افت کیفیت زندگی فردی- اجتماعی همچون افت عملکرد با انتظارات دوران بزرگسالی دارد (کویانکو و همکاران، ۲۰۱۹)، همچنین با توجه به نقص پژوهش‌های پیشین در بررسی سهم عوامل ایجاد کننده و عوامل نگهدارنده اضطراب اجتماعی در قالب یک مدل یکپارچه، پژوهش حاضر می‌کوشد نقش بازداری رفتاری و کمرویی را به عنوان متغیرهای ایجاد کننده و خشم، شرم و افسردگی را به عنوان متغیرهای میانجی و حفظ کننده اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر در پی بررسی این فرضیه هاست؛ -بازداری رفتاری و کمرویی با اضطراب اجتماعی رابطه‌ای مثبت دارند.

1. Over Nurturance
2. Folz
3. Major depressive disorder
4. Peleg
5. Kraft
6. Pavlova
7. shame
8. Bock
9. Willan
10. Social Rank theory
11. Oren-Yagoda

- بازداری رفتاری و کمرویی با میانجی گری خشم، شرم و افسردگی بر اضطراب اجتماعی اثر غیر مستقیم دارند.
- مدل پیشنهادی برازندگی مناسبی با داده ها در کل دانشجویان دارد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. ارزیابی مدل پژوهش با توجه به روش الگویابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> (SEM) صورت گرفت، در این روش کمترین حجم نمونه به ازاء هر پارامتر حداقل ۱۰ آزمودنی در نظر گرفته، پارامترها شامل تعداد مسیرها، تعداد واریانس متغیرهای برونزاد و تعداد واریانس‌های خطای درون مدل بود (کلین<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر با توجه به تعداد مسیرها (۱۱ مسیر)، تعداد واریانس متغیرهای برونزاد (۲ متغیر) و تعداد واریانس‌های خطای درون مدل (۴ خطا) تعداد ۱۷ پارامتر محاسبه گردید. بنابراین با در نظر گرفتن ۲۲ شرکت کننده به ازاء هر پارامتر و با احتمال نرخ ریزش از ۶۱۶ دانشجویان دعوت گردید که بعد از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۵۸۱ پرسشنامه وارد تحلیل شدند. به این صورت که ۷ دانشکده، پزشکی، دندان پزشکی، پرستاری و مامایی، پیراپزشکی، داروسازی، بهداشت و توانبخشی در نظر گرفته شد، بدین منظور از کل دانشجویان که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند، مقرر شد که نمونه، بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای به شیوه زیر تخصیص یابد. از ۷ دانشکده جندی شاپور ۲ دانشکده بطور تصادفی انتخاب و سپس از دانشکده ۲ رشته و از هر رشته هم ۲ کلاس و از هر کلاس ۲۲ نفر با توجه به این که همه مراحل تصادفی بوده انتخاب شدند  $7 \times 2 \times 2 \times 2 = 112$ . داده‌ها با روش‌های آماری همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. برای تحلیل روابط میانجی از روش بوت استرپ<sup>۳</sup> با نرم افزار AMOS نسخه ۲۳ استفاده گردید.

## ابزارها

پرسشنامه اضطراب اجتماعی<sup>۴</sup> (SPIN): پرسشنامه هراس اجتماعی توسط کانور<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۰) طراحی گردیده است. این پرسشنامه ۱۷ گویه‌ای دارای سه زیر مقیاس ترس<sup>۶</sup> (۶ گویه)، اجتناب<sup>۷</sup> (۷ گویه) و تحریک فیزیولوژیک<sup>۸</sup> (۴ گویه) می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از به هیچ وجه = ۰، تا بی‌نهایت = ۴) درجه‌بندی می‌شود، طیف نمره ۰ تا ۶۸ است. ضریب همبستگی کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن با مقیاس اضطراب اجتماعی کوتاه<sup>۹</sup> ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ و ضرایب آلفای کرونباخ<sup>۱۰</sup> کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب فوق ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش شده است، همچنین ابزار با نقطه برش ۱۹ می‌تواند تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد بهنجار متمایز نماید (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). حسنوند

- 1 . Structural Equation Modeling
2. Kline
3. Bootstrap
- 4 . Social Phobia Inventory( SPIN)
- 5 . Connor
- 6 Fear
- 7 . avoidance
- 8 . physiological arousal
- 9 . Brief Social Phobia Scale (BSPS)
- 10 . Cronbach's alpha

۱۲۴ ..... طراحی و آزمون الگوی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی دانشجویان

عموزاده (۲۰۱۶) در نمونه ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ نیمه اول پرسشنامه ۰/۸۲، و نیمه دوم ۰/۷۶، همچنین همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون ۰/۹۱ محاسبه نموده است. روایی همگرایی پرسشنامه هراس اجتماعی با زیر مقیاس اضطراب فوییک سیاهه نشانگان تجدیدنظر شده ۹۰ سوالی<sup>۱</sup> ۰/۸۳ برآورد گردید. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ بدست آمد.

مقیاس تجدید نظر شده کمرویی چک وباس<sup>۲</sup> (ARCBS): این ابزار در سال ۱۹۸۱ توسط چک و باس طراحی شد که دارای ۱۳ گویه بوده و براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی<sup>۱</sup> (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. گویه‌های ۳، ۶، ۹ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. طیف نمره ۱۳ تا ۶۵ است. همسانی درونی آن در مطالعات نخستین از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی همگرایی ابزار با مقیاس سکون اجتماعی (جونز وبریگز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶، برابر ۰/۷۹) بدست آمده است (چک و باس، ۱۹۸۱). مرادی منش و نیک بخت (۱۳۸۵) با تحلیل عاملی با حذف یکی از گویه‌ها، ۲ عامل الف: ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی<sup>۴</sup> و ب: ناراحتی در مواجهه با افراد غریبه<sup>۵</sup>، در نمونه ایرانی را شناسایی کردند، این عوامل ۴۹/۹۸ درصد واریانس آزمون را تبیین می‌کردند. همچنین آلفای کرونباخ کل ابزار برابر ۰/۸۴ و آلفای عوامل ۱ و ۲ به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۹ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر از فرم ایرانی ابزار بهره گرفته شد که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل ابزار و برای عوامل اول و دوم به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۰ و ۰/۸۷ محاسبه گردید.

سومین نسخه تجدید نظر شده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان<sup>۶</sup> (TOSCA-3): این مقیاس که توسط تانجنی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۰) بوجود آمده، شامل ۱۶ رویداد ( ۱۰ رویداد مثبت و ۶ رویداد منفی) است. رویدادها، زیر مقیاس های صفت شرم<sup>۸</sup> (۱۶ گویه)، صفت گناه<sup>۹</sup> (۱۶ گویه)، برونی کردن<sup>۱۰</sup> (۱۶ گویه)، بی تفاوتی<sup>۱۱</sup> (۱۱ گویه)، غرور آلفا<sup>۱۲</sup> (۵ گویه) و غرور بتا<sup>۱۳</sup> (۵ گویه) را می‌سنجند. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (به احتمال زیاد) درجه بندی می‌شود و طیف نمره ۶۹ تا ۳۴۵ است. آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها به ترتیب فوق ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۷۲ و ۰/۵۱ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همبستگی ابزار با نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان ۹۰ سوالی برابر ۰/۶۹ محاسبه گردید (تانجنی و درینگ، ۲۰۰۲). در ایران نیز روشن، عطری فرد ونوری (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس شرم ۰/۷۹ ذکر نموده اند، همچنین همبستگی صفت شرم با نمره کل پرسشنامه سلامت

- 1 . Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)
- 2 . Revised Check and Buss Shyness Scale (ARCBS)
- 3 . Jones & Briggs
- 4 . Discomfort in social situations
- 5 . Discomfort in dealing with strangers
- 6 . The third Scale of Adult Self-Conscious Affection (TOSCA-3)
- 7 . Tangney
- 8 . shame to Proneness
- 9 . guilt to Proneness
- 10 . Externalization
- 11 . Detachment
- 12 . Alpha pride
- 13 . Beta pride



روان<sup>۱</sup> برابر ۰/۵۸ می باشد. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس صفت شرم استفاده شد که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ بدست آمد.

**مقیاس سنجش های بازداری/فعال سازی رفتاری<sup>۲</sup> (BAS/BIS):** این مقیاس توسط کارور و وایت<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) طراحی گردیده که شامل ۲۴ گویه و دو زیر مقیاس بازداری رفتاری<sup>۴</sup> شامل ۷ گویه و فعال سازی رفتاری<sup>۵</sup> شامل ۱۳ گویه بوده که ۴ گویه آن سوالات انحرافی می باشد. گویه ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرتی ۱ (موافقم) تا ۴ (کاملاً موافقم) درجه بندی می شود و نمره فرد در طیف ۲۴ تا ۹۶ قرار می گیرد. همسانی درونی مقیاس بازداری رفتاری از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و فعال سازی رفتاری ۰/۷۱ گزارش شده است، همچنین همبستگی بین صفت اضطرابی اسپیلبرگر با بازداری رفتاری ۰/۷۶ و همبستگی بین پرسشنامه عاطفه مثبت با فعال سازی رفتاری برابر ۰/۸۴ گزارش شده است (کارور و وایت، ۱۹۹۴). در ایران عبدالمجید مجارشین و بخشی پور (۱۳۸۵) نتایج آزمون بازآزمون را برای بازداری رفتاری ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس فعال سازی رفتاری ۰/۸۶ محاسبه نموده اند. همچنین ضریب همبستگی مقیاس بازداری رفتاری با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۸ محاسبه گردیده است. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس بازداری رفتاری استفاده شد که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ بدست آمد.

**مقیاس صفت-حالت بیان خشم<sup>۶</sup> (STAXI-2):** این مقیاس ۵۷ گویه ای با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از هرگز، گاهی، غالباً، تقریباً همیشه (۱-۴) توسط اسپیلبرگر<sup>۷</sup> (۱۹۹۶) طراحی گردیده و دارای طیف نمره ۵۷ تا ۲۲۸ می باشد. مقیاس مزبور دارای سه بخش (۱) حالت خشم<sup>۸</sup>، (۲) صفت خشم<sup>۹</sup> و (۳) بیان خشم و کنترل خشم<sup>۱۰</sup> می باشد، در پژوهش حاضر از بخش سوم مقیاس که دارای ۳۲ گویه بوده و از چهار زیر مقیاس بیان خشم بیرونی و درونی و هم چنین کنترل خشم بیرونی و درونی تشکیل شده، استفاده گردید. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های حالت و صفت خشم برابر ۰/۸۴ و ۰/۷۳ و برای شاخص کلی خشم برابر با ۰/۸۸ بدست آمد، همچنین روایی همگرایی ابزار از طریق همبستگی با سیاهه خصومت باس-دورک ۰/۷۳ بدست آمد (اسپیلبرگر، ۱۹۹۶). در نمونه ایرانی اصغری مقدم، دیباج نیا و مقدسین (۱۳۹۰) نشان داده اند که ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) حالت، صفت خشم، بیان بیرونی، درونی خشم، کنترل بیرونی و درونی خشم، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۰، ۰/۶۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ می باشد. همچنین برای روایی، ضریب همبستگی بین زیر مقیاس های صفت-حالت و بیان خشم با پرخاشگری اهواز<sup>۱۱</sup> ۰/۱۴ تا ۰/۶۳ گزارش گردید. در پژوهش حاضر همسانی درونی نمره کل قسمت سوم مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ بدست آمد.

- 1 . General Health Questionnaire (GHQ-28)
- 2 . Behavioral Activation/ Inhibition System Scale (BAS/BIS)
- 3 . Carver & White
- 4 . Behavioral Inhibition System
- 5 . Behavioral Activation System
- 6 . State-Trait Anger Expression Inventory-2(STAXI-2)
- 7 . Spielberger
- 8 . State Anger scale
- 9 . Trait Anger scale
- 10 . Anger Expression and Anger Control scale
- 11 . Aggression Ahvaz Inventory

۱۲۶ ..... طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی دانشجویان

مقیاس افسردگی - اضطراب - استرس<sup>۱</sup> (DASS-21): لوی باند و لوی باند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) پرسشنامه<sup>۳</sup> ۲۱ سوالی را برای ارزیابی سه سازه افسردگی<sup>۳</sup>، اضطراب<sup>۴</sup> و استرس<sup>۵</sup> طراحی نمودند، که هر سازه دارای ۷ گویه بوده و بر طبق یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (بین ۰-۳) نمره‌گذاری شده و نمره فرد در طیف ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. همسانی درونی کل ابزار به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ محاسبه گردید، همچنین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک<sup>۶</sup> با زیرمقیاس افسردگی DASS ۰/۷۴ برآورد گردید (لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵). اصغری مقدم، ساعد، دیباج‌نیا، زنگنه (۱۳۸۷) در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰ برآورد نمودند، همچنین صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی بین زیر مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰ می‌باشد. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس افسردگی استفاده شد که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ بدست آمد.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش آمده است. در این پژوهش از بین ۵۸۱ شرکت کننده تعداد ۲۴۶ (۴۲٪/۳) پسر و ۳۳۵ (۵۷٪/۷) دختر شرکت داشتند. میانگین سنی کل نمونه ۲۳/۸۳±۵/۱۸ بود. تعداد نمونه به تفکیک رشته‌ها شامل پزشکی ۱۱۷ نفر (۲۰٪/۱)، دندان پزشکی ۴۷ نفر (۸٪/۱)، داروسازی ۵۱ نفر (۸٪/۷)، پرستاری و مامایی ۱۴۹ نفر (۲۵٪/۶)، پیراپزشکی ۶۱ نفر (۱۰٪/۵)، بهداشت ۷۹ نفر (۱۳٪/۴) و توانبخشی ۷۷ نفر (۱۳٪/۶) بودند. بررسی داده‌های پژوهش نشان داد که چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه ±۲ قرار دارند، بنابراین داده‌ها به صورت بهنجار و مناسب توزیع شده بودند. جهت بررسی هم خطی چندگانه، از آماره‌ی تحمل<sup>۷</sup> و عامل تورم واریانس<sup>۸</sup> استفاده گردید. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ارزش‌های عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ بوده و ضریب تحمل نیز بالاتر از مقدار ۰/۱ قرار دارد، بنابراین بین متغیرها هم خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	عامل تورم واریانس
اضطراب اجتماعی	۱۵/۹۸	۱۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۱۳	۰/۳۱	۳/۶۳
افسردگی	۵/۸۰	۴/۴۴	۱/۱۱	۰/۸۱	۰/۶۳	۲/۳۱
شرم	۴۱/۷۶	۹/۶۲	۰/۱۸	-۰/۱۱	۰/۶۰	۱/۷۴

1. Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)

2. Lovibond & Lovibond

3. Depression

4. Anxiety

5. Stress

6. Beck Depression Inventory (BDI)

7. Tolerance

8. Variance Inflation Factor (VIF)

بازداری	۱۵/۵۸	۴/۲۶	-۰/۳۲	۰/۱۱	۰/۵۰	۳/۵۷
کمرویی	۲۹/۶۸	۷/۸۹	۰/۱۷	-۰/۳۸	۰/۳۹	۲/۵۱
خشم	۷۳/۹۳	۹/۰۳	۰/۱۳	-۰/۵۷	۰/۴۳	۱/۸۷

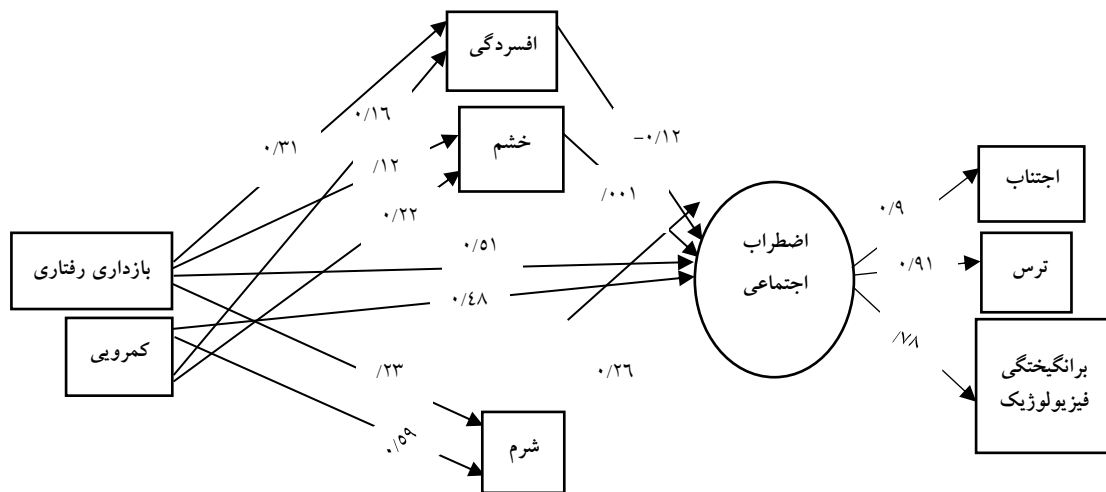
برای آزمون بهنجاری چندمتغیری از فاصله‌های ماھالانوبیس<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار فاصله ماھالانوبیس ۲۹/۰۴ می باشد که در مقایسه با مقدار بحرانی ۳۲/۵۹ مشخص می شود در داده‌های پژوهش، داده‌های پرت چند متغیری وجود ندارند. نتایج جدول ۲ نشان داد همبستگی متغیرها در همه موارد معنادار است از این رو با توجه به نرمال بودن تک متغیری و چند متغیری داده‌های پژوهش امکان بررسی مدل پژوهش فراهم شد.

جدول ۲. همبستگی گشتاوری پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اضطراب اجتماعی	۱	۰/۲۹*	۰/۲۵*	۰/۴۱*	۰/۵۸*	۰/۳۱*
افسردگی		۱	۰/۵۶*	۰/۴۵*	۰/۳۵*	۰/۴۶*
شرم			۱	۰/۶۳*	۰/۴*	۰/۵۵*
بازداری				۱	۰/۵۴*	۰/۵۱*
کمرویی					۱	۰/۳*
خشم						۱

\*=۰/۰۱ سطح معنی داری

لازم به ذکر است مدل اولیه برازش، مطلوبی نداشت، به منظور اصلاح برازش مدل یک اصلاح روی مدل صورت گرفت، بدین ترتیب که ضریب خطاهای اضافه شده بین متغیرهایی قرار داده شدند که ضرایب همبستگی بین آن‌ها بالا بود، سپس برازش مدل مجدداً محاسبه شد و مدل به برازش مناسبی رسید. نتایج شاخص های برازش پس از اصلاح بدین صورت است (CFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۷، GFI=۰/۹۶، AGFI=۰/۹۷، RMSEA=۰/۰۶، X<sup>2</sup>/Df=۳/۷۴). برآوردهای ضرایب استاندارد شده مدل ساختاری پژوهش حاضر در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

با توجه به نتایج تحلیل مسیر در جدول ۳ همه مسیرهای مستقیم بجز خشم با اضطراب اجتماعی رابطه معنادار داشتند ( $p < 0.05$ ).

جدول ۳. پارامترهای اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش با اضطراب اجتماعی

معناداری	Beta	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۰۱	۰/۵۱*	بازداری رفتاری ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۰۰۲	۰/۴۸*	کمرویی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۰۰۱	-۰/۱۲*	افسردگی ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۶۱۰	۰/۰۰	خشم ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۰۰۲	۰/۲۶*	شرم ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۰*	اضطراب اجتماعی ← اجتناب
۰/۰۰۰۱	۰/۹۱*	اضطراب اجتماعی ← ترس
۰/۰۰۰۱	۰/۷۸*	اضطراب اجتماعی ← ناراحتی فیزیولوژیک

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود بین کلیه مسیرهای غیر مستقیم رابطه معنادار می باشد ولی متغیر خشم به عنوان متغیر میانجی اثر معنی داری بین متغیرهای بازداری رفتاری و کمرویی با اضطراب اجتماعی نداشت ( $p < 0.05$ ).

جدول ۴. نتایج بوت استراپ برای مسیرهای واسطه‌ای بین متغیرهای پژوهش

P	حد بالا	حد پایین	Beta	مسیرهای غیر مستقیم
۰/۰۱۴	-۰/۰۰۶	-۰/۰۵۳	۰/۰۱۷*	بازداری رفتاری ← افسردگی ← اضطراب اجتماعی

۰/۴۷۲	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	بازداری رفتاری ← خشم ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۲۵	-۰/۰۰۴	-۰/۰۵۱	۰/۰۱۸*	بازداری رفتاری ← شرم ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۲۹	-۰/۰۰۴	-۰/۱۴۷	۰/۰۶۵*	کمرویی ← افسردگی ← اضطراب اجتماعی
۰/۳۷۵	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	کمرویی ← خشم ← اضطراب اجتماعی
۰/۰۳۵	-۰/۰۰۷	-۰/۰۳۱	۰/۰۲۸*	کمرویی ← شرم ← اضطراب اجتماعی

\*p &lt; ۰/۰۵

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی انجام گرفت. یافته‌های فرضیه اول موید این است که بین بازداری رفتاری و کمرویی با اضطراب اجتماعی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق فوکس و همکاران (۲۰۲۱)، حسن و اسمیت (۲۰۲۴) و بلوط و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مشابهت‌های رفتاری و شناختی مانند بازداری در پاسخ به موقعیت‌های جدید و نگرانی از قضاوت دیگران بین اضطراب اجتماعی، کمرویی و بازداری رفتاری را می‌توان بصورت پیوستاری از حساسیت بین فردی به انتقاد از طرف دیگران ملاحظه شود، بنابراین رفتارهای کمرو و هیجان‌های ملاحظه‌کارانه و بازدارانه در موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند در ظهور علائم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشند. همچنین در تبیین دیگر می‌توان به رفتارهای کنترل‌گرانه یا حمایت بیش از حد والدین و بزرگسالان در محیط خانوادگی اشاره داشت، آنجا که رفتارهای مستقلانه کودکان و نوجوانان را با تردید نگرینسته می‌شود و کمتر اجازه ظهور توانمندی‌ها و قابلیت‌های اجتماعی را به آنها می‌دهند، از این رو مطابق مدل آسیب پذیری- استرس این امر می‌تواند زمینه بروز اضطراب اجتماعی را فراهم آورد.

نتایج فرضیه دوم نشان داد که متغیرهای پیش بین چه مستقیم و چه غیرمستقیم (به استثناء خشم) بر اضطراب اجتماعی اثر داشته‌اند، به عبارت دیگر بازداری رفتاری و کمرویی بصورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق متغیرهای میانجی افسردگی و شرم (به استثناء خشم) بر اضطراب اجتماعی شرکت کنندگان اثر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پلگ و همکاران (۲۰۲۱)، ویلان و همکاران (۲۰۲۴) و ایتو و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. یافته حاضر با توجه به تئوری منزلت اجتماعی قابل تبیین است، مطابق این تئوری فردی که در تعامل با دیگران ادراک پایین مرتبگی دارد به رفتارهای منفعلانه روی می‌آورد و با توجه اینکه در شرم، افسردگی و اضطراب اجتماعی فرد در مقایسه با دیگران مهارت‌های ارتباطی خویش را پایین برآورد می‌کند، از این رو بازداری رفتاری-هیجانی را به عنوان رفتاری ایمنی بخش بکار می‌گیرد. بنابراین رفتارهایی مانند تمایل به عدم کنشگری در موقعیت اجتماعی، بازداری رفتاری، فرار از چالش و اجتناب از تعامل چهره به چهره در عین اینکه از ویژگی‌های شرم می‌باشد در افسردگی، اضطراب اجتماعی، کمرویی و سایر سازه‌های روانشناختی که ویژگی بارز آنها فقدان جرات مندی در تعاملات اجتماعی است، قابل پیگیری می‌باشد.

نتایج فرضیه سوم نشان داد مدل مفهومی ارائه شده برای اضطراب اجتماعی برازش مناسبی در دانشجویان علوم پزشکی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کراسول و همکاران (۲۰۲۱) و هانت (۲۰۲۲) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت موقعیت‌های

۱۳۰ ..... طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندهای اضطراب اجتماعی دانشجویان

اجتماعی همواره برای افراد مضطرب اجتماعی در بردارنده محرک های جدید و ترس آور هستند؛ از طرفی وقتی فرد با توجه به نوع خلق و خو یا نوع تربیت در کودکی مستعد ویژگی های کمرویی و بازداری رفتاری باشد، محیط را غیر قابل اطمینان می داند و این امر می تواند به تفسیر منفی موقعیت های تعاملی در بستر شرم و افسردگی منتهی شود که پیامد چنین فرایندی حفظ و تداوم نشانه های اضطراب اجتماعی می باشد.

در پژوهش حاضر متغیر پیش بین خشم رابطه مستقیم و غیرمستقیمی با اضطراب اجتماعی نداشت این یافته مغایر با پژوهش هالت (۲۰۲۳) می باشد. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت هرچه ویژگی های تربیتی-فرهنگی رفتارهای منفعل از قبیل پذیرندگی و مطیع بودن را بیشتر تایید نماید و خشم را هیجانی ناپسند بداند، این امر ممکن است سبب شود افراد وجود خشم را در خود رد نمایند، از این رو وقتی فرد در موقعیت هایی که از نظر اجتماعی ارزشمند قلمداد می شود (مانند تحصیل در رشته های پزشکی و پرستاری)، حاضر می گردد، بدلیل ترس از ارزیابی منفی و گرایش به تایید ممکن است خشم خود را در پس دیگر هیجانان که به لحاظ اجتماعی قابل قبول تر می باشند، مانند شرم، پنهان نمایند.

یافته های این مطالعه می تواند حمایت های لازم را برای درمان زیستی- روانی- اجتماعی اختلال اضطراب اجتماعی از طریق اصلاح متغیرهای بازداری رفتاری، کمرویی، شرم و افسردگی فراهم آورد. مطابق مدل باکتر و همکاران (۲۰۲۱) عوامل روانی و اجتماعی مشترک در بسیاری از متغیرهای روانی به صورت سلسله مراتبی سازماندهی شده اند و متاثر از همدیگر می باشند از این رو می توان به این نتیجه رسید که بازداری رفتاری، کمرویی، شرم و اضطراب اجتماعی متغیرهای به ظاهر متمایز از هم هستند اما عوامل زیستی، شناختی و اجتماعی نهفته مرتبط با یکدیگر دارند. بنابراین نتایج پژوهش حاضر از آن جهت اهمیت دارد که می تواند مفروضه های مدل های درمان زیستی، روانی و اجتماعی اختلال اضطراب اجتماعی را حمایت کند. به عنوان مثال، افراد مضطرب اجتماعی در روابط اجتماعی به احتمال زیاد اطلاعات و سرخ هایی را که می توانند به عنوان شکست تفسیر شوند، درک کرده و به آنها توجه می کنند، در نهایت، (نشانه های شرم) در رفتار آنها نمایانگر می شود، که به نوبه خود نشانه های اضطراب اجتماعی را تقویت کرده و به ماندگاری علائم کمک می کنند، از این رو متغیرهای میانجی مطرح در پژوهش حاضر به عنوان متغیرهایی که نشانه های اضطراب اجتماعی را حفظ و تداوم می بخشند، می تواند به عنوان اهداف درمانی جهت کاهش اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود.

از محدودیت های پژوهش حاضر تمرکز پژوهش بر روی نمونه دانشجویی در یک دانشگاه علوم پزشکی بود که این امر تعمیم نتایج به کل نمونه دانشجویی علوم پزشکی را با چالش همراه می کند، نمونه تحقیق حاضر، به دلیل تمرکز بر قشر خاص و وضعیت تحصیلی مشخص محدودیت های انتخاب نمونه را به شکل خاصی با خود به همراه دارد. پیشنهاد می شود انجام پژوهشی مشابه، در سطح گسترده در نمونه های دانشجویی در دانشگاه های مختلف صورت پذیرد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی اساتید، کارکنان و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

## منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی؛ دیباج نیا، پروین و مقدسین، مریم (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار ملاک نسخه فارسی پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم (STAXI-2) در یک جمعیت بالینی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹(۲): ۷۵-۹۴.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.2.7.1>
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین و زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیربالینی. *مجله دانشور رفتار*، ۶(۲): ۲۳-۳۸.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1387.6.2.3.6>
- هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۹): ۱۶۶-۱۷۷.  
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8146-fa.html>
- روشن، رسول؛ عطری فرد، مهدیه؛ نوری مقدم، ثنا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی سومین مقیاس تجدید نظر شده عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان TOSKA-3. *مجله دانشور رفتار*، ۱۴(۲۵): ۳۶-۴۱.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1386.5.2.4.0>
- صاحبی، علی؛ اصغری؛ محمد جواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی، *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۴(۱): ۳۶-۵۴.  
<https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054371>
- عبداللهی مجارشین، رضا (۱۳۸۵). *رابطه سیستم‌های بازداری فعال سازی رفتاری با سوگیری حافظه ناآشکار و آشکار در افراد افسرده*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه تبریز، ایران.
- مرادی منش، فردین و نیک بخت، علی (۱۳۸۵). *بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس تجدید نظر شده چک و باس (RCBS)*. دومین کنگره انجمن روان شناسی ایران، مجموعه مقالات - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۹-۱۲ اردیبهشت، صص ۱۱۶-۱۱۹.
- Abdollahi Majarshin, R. (2006). *The relationship between behavioral inhibition/activation systems with implicit and explicit memory bias in depressed individuals*, Master's dissertation of psychology, Tabriz University, Iran. (Text in Persian).
- Al-Ezzi, A., Kamel, N., Faye, I., & Gunaseli, E. (2021). Analysis of default mode network in social anxiety disorder: eeg resting-state effective connectivity study. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 21(12), 4098. <https://doi.org/10.3390/s21124098>
- Alhadi, A. N., Alageel, M. A., Alsuhaibani, F. A., Alkaff, H. M., Albawardi, M. S., Alfaifi, A. A., ... & Duraihem, T. (2024). Prevalence and severity of social anxiety symptoms and their relationship with body dysmorphic symptoms. *Cureus*, 16(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.53436>
- Alhujaili, N. A., Alghamdi, A. A., Salem, I. M. W., Altherwi, H. M., Alyaslami, S. M., Aljahdali, A. T., ... & Aldahri, A. M. Social anxiety disorder among medical students at king Abdulaziz university in Rabigh, Saudi Arabia. *Saudi Arabia* 6, 7(10).  
<https://doi.org/10.5742/MEWFM.2023.95256057>
- Al-Johani, W. M., AlShamlan, N. A., AlAmer, N. A., Shawkhan, R. A., Almayyad, A. H., Alghamdi, L. M., Alqahtani, H. A., Al-Shammari, M. A., Gari, D. M. K., & AlOmar, R. S. (2022). Social anxiety disorder and its associated factors: a cross-sectional study among medical students, Saudi Arabia. *BMC Psychiatry*, 22(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04147-z>

- Asghari Moghaddam, M., Dibajnia, P., Saed, F., & Zangeneh, J. (2008). A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical sample. *Clinical Psychology and Personality*, 6(2), 23-38. (Text in Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1387.6.2.3.6>
- Asghari Moghaddam, MA., Dibajnia, P., & Moghadasin, M. (2011). The reliability and criterion validity of a Farsi version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample. *Clinical Psychology and Personality*, 9(2), 75-94. (Text in Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.2.7>.
- Atrifard, M., Noori Moghaddam, S., & Roshan chesli, R. (2007). An investigation of reliability and validity of the third version of "Test of Self-Conscious Affect" (TOSKA-3). *Daneshvar Raftar*, 25(14): 31-46. (Text in Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1386.5.2.4.0>
- Blöte, A. W., Miers, A. C., Van den Bos, E., & Westenberg, P. M. (2019). Negative social self-cognitions: How shyness may lead to social anxiety. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 63, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.05.003>
- Bock, R. C. (2020). *The effect of experienced shame on social approach behavior in the context of social anxiety: a moderation analysis*, Doctoral dissertation of psychology course, University of South Dakota, united states.
- Brook, C. A., & Willoughby, T. (2019). Shyness and social anxiety assessed through self-report: What are we measuring? *Journal of Personality Assessment*, 101(1), 54–63. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1388808>
- Buckner, J. D., Morris, P. E., Abarno, C. N., Glover, N. I., & Lewis, E. M. (2021). Biopsychosocial model social anxiety and substance use revised. *Current Psychiatry Reports*, 23(6), 35. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01249-5>
- 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), 319–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
- Cheek, J. M., & Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 330–339. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.2.330>
- Chubar, V., Van Leeuwen, K., Bijttebier, P., Van Assche, E., Bosmans, G., Van den Noortgate, W., van Winkel, R., Goossens, L., & Claes, S. (2020). Gene-environment interaction: New insights into perceived parenting and social anxiety among adolescents. *European psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e64. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.62>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Creswell, C., Leigh, E., Larkin, M., Stephens, G., Violato, M., Brooks, E., Pearcey, S., Taylor, L., Stallard, P., Waite, P., Reynolds, S., Taylor, G., Warnock-Parkes, E., & Clark, D. M. (2021). Cognitive therapy compared with CBT for social anxiety disorder in adolescents: a feasibility study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 25(20), 1–94. <https://doi.org/10.3310/hta25200>
- Evans, S. C., Karlovich, A. R., Khurana, S., Edelman, A., Buza, B., Riddle, W., & López Sosa, D. (2024). Evidence base update on the assessment of irritability, anger, and aggression in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2292041>



- Folz, J., Roth, T. S., Nikolić, M., & Kret, M. E. (2024). Who gets caught by the emotion? Attentional biases toward emotional facial expressions and their link to social anxiety and autistic traits. *Current Psychology*, 43(4), 3486-3502.
- Fox, N. A., Buzzell, G. A., Morales, S., Valadez, E. A., Wilson, M., & Henderson, H. A. (2021). Understanding the emergence of social anxiety in children with behavioral inhibition. *Biological Psychiatry*, 89(7), 681–689. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.10.004>
- Fredrick, J. W., & Luebbe, A. M. (2024). Prospective associations between fears of negative evaluation, fears of positive evaluation, and social anxiety symptoms in adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 55(1), 195–205. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01396-7>
- Hassan, R., & Schmidt, L. A. (2024). Shyness and inhibitory control in preschool dyads: An actor–partner model of social behavior. *Developmental Psychology*, 60(2), 271–283. <https://doi.org/10.1037/dev0001663>
- Hasanvand 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. (Text in Persian). <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8146-fa.html>
- Hunt, M. (2022). *Examining the clark & wells (1995) Cognitive model of social anxiety in the postnatal context*, Doctoral dissertation of clinical psychology, King's college of London, England.
- Hallett, C. (2023). *Social anxiety and friendship quality: the role of anger suppression*, Doctoral dissertation of clinical psychology, University of Toronto, Canada.
- Ito, R., Kobayashi, N., Yokoyama, S., Irino, H., Takebayashi, Y., & Suzuki, S. I. (2019). Interaction effects of behavioral inhibition system/behavioral activation system and cost/probability biases on social anxiety. *Frontiers in Psychology*, 10, 2536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02536>
- Jamieson, A. J., Harrison, B. J., Delahoy, R., Schmaal, L., Felmingham, K. L., Phillips, L., & Davey, C. G. (2023). A brain model of altered self-appraisal in social anxiety disorder. *Translational Psychiatry*, 13(1), 344. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02644-7>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*, New York, United States, Guilford publications.
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Kraft, J. D., Grant, D. M., White, E. J., Taylor, D. L., & Frosio, K. E. (2021). Cognitive mechanisms influence the relationship between social anxiety and depression among college students. *Journal of American College Health*, 69(3), 245–251. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1661844>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Moradi Manesh, Fardin., & Nikbakht, A. (2006). *Examining the psychometric properties of the Revised Check and Bass Scale (RCBS)*, the second congress of the Iranian Psychological Association, Collection of articles - University of Welfare and Rehabilitation Sciences, May 12-19, pp. 116-119. (Text in Persian).
- Oren-Yagoda, R., Rosenblum, M., & Aderka, I. M. (2024). Gender differences in shame among individuals with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10461-x>

- Pavlova, B., Warnock-Parkes, E., Alda, M., Uher, R., & Clark, D. M. (2024). Cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder in people with bipolar disorder: A case series. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00321-8>
- Peleg, O., Tzischinsky, O., & Spivak-Lavi, Z. (2021). Depression and social anxiety mediate the relationship between parenting styles and risk of eating disorders: A study among Arab adolescents. *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie*, 56(6), 853–864. <https://doi.org/10.1002/ijop.12787>
- Sahebi, A., Asghari, MJ., & Salari, RS. (2005). Validation of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) for Iranian population. *Developmental psychology (Iranian psychologists)*, 4(1): 36-54. (Text in Persian). <https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054371>
- Spielberger, C. D. (1996). *STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, United States.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002) *Shame and guilt*. New York & London: The Guilford Press, United States.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). *Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)* [Database record]. APA Psych Tests. <https://doi.org/10.1037/t06464-000>
- Willan, S., Shai, N., Majola, T., Mabhida, M., Mngadi, S., Gounden, T., ... & Machisa, M. (2024). South African rape survivors' expressions of shame, self-blame and internalized-stigma. *SSM-Mental Health*, 100310. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100310>
- Zha, Y., Tang, Q., Jin, X., Cai, X., Gong, W., Shao, Y., & Weng, X. (2023). Development of social anxiety cognition scale for college students: Basing on Hofmann's model of social anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, 14, 1080099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1080099>



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/>).

داوران این شماره

Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
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
Ezatoлах Ahmadi	Associate Professor of Shahid Madani Azarbayjan University	دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان	عزت اله احمدی
Alireza Boostani pour	Assistant Professor of Islamic Azad University/ Science and Research Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات	علیرضا بوستانی پور
Simindokht Rezakhani	Assistant Professor of Islamic Azad University/ Roodehen Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	سیمین دخت رضاخانی
Simin Hossenian	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیمین حسینیان
Zhaleh Refahi	Assistant Professor of Islamic Azad University/ Marvdasht Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت	ژاله رفاهی
Mahmood Najafi	Associate Professor of Semnan University	دانشیار دانشگاه سمنان	محمود نجفی
Asieh Moradi	Assistant Professor of Razi University	استادیار دانشگاه رازی	آسیه مرادی
Afsaneh Naraghi Zadeh	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	افسانه نراقی زاده
Mohammad Ghamari	Associate Professor of Islamic Azad University, Abhar Branch	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر	محمد قمری
Balal Izanlo	Associate Professor of Kharazmi University	دانشیار دانشگاه خوارزمی	بلال ایزانلو
Mandana Niknam	Assistant Professor of Khatam University	استادیار دانشگاه خاتم	ماندانا نیکنام
Samaneh Khazaei	Assistant Professor of Birjand University	استادیار دانشگاه بیرجند	سمانه خزاعی
Alireza Aghayosefi	Associate Professor of Payam nor University	دانشیار دانشگاه پیام نور	علیرضا آقا یوسفی
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 *QOD***  
**Psychological Studies**

Faculty of Education and Psychology  
Vol. 20, No.1, Spring 2024, Serial No.74  
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-Pajoo

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**

3<sup>rd</sup> 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](mailto:psychstudies@alzahra.ac.ir)

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



# Abstracts

---

- The Mediation Role of Stress and Fear of Covid-19 Between Obsessive Beliefs and Obsessive-compulsive Disorder** 7-21  
Sahar Sarhadi; Mahmoud Najafi
- The Effect of Education Based on Gardner's Multiple Intelligences on Reading Skills and Academic Motivation in Children with Dyslexia** 23-38  
Mahdiyeh Hosseinzadeh; Abbas Ali Hosseinkhanzadeh; Abbas Abolghasemi
- A Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention Therapy with Mindfulness-based Cognitive Therapy on Guilt Feeling in People with Obsessive-Compulsive Disorder** 39-54  
Parisa Ahmadi Azar; Mahboobe Taher; Saqqa Afrakhteh; Faezeh Jahan
- The Mediating Role of Resilience and Self-Efficacy in Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Distress in Women with Breast Cancer** 55-70  
Mohammad Reza Tamannaefar; Zahra Suleimani
- The Relationship between Perception of Attachment Quality and Social Anxiety in Adolescents: The Mediating Role of Spiritual Well-being** 71-85  
Elnaz Nourafkan; Somayeh Keshavarz; Alireza Kakavand
- The Effect of Parent-Child Conflict on Symptoms of Depression, Internalizing Problems, and Aggression: The Mediating Role of Emotional Security** 87-101  
Hassan Jorfi; Saeid Qaed Amini Harouni; Nasim Khajeh Pour
- The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Positive Thinking Skills and Interpersonal Conflicts in Children of Divorce** 103-117  
Sedigheh Alinaghypour; Seyed Mohammad Ghalamkarian; Reyhaneh Fahami
- Design and Testing a Model of Some Antecedents of students Social Anxiety** 119-134  
Mahdi Hassanvand Amouzadeh



## The Mediation Role of Stress and Fear of Covid-19 Between Obsessive Beliefs and Obsessive-compulsive Disorder

Sahar Sarhadi <sup>ID</sup>1; Mahmoud Najafi <sup>ID</sup>\*2

### Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the mediating role of stress and fear of corona in the relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. The descriptive research method was correlation type. Among the general population, 391 people were selected through an internet call in 2021, according to the entry criteria in the accessible sampling method. The tools used in this research include the revised practical Foua obsessive-compulsive scale, obsessive beliefs, Ahorso Corona fear scale and Taylor Corona stress. To analyze the data Pearson correlation and structural equation modeling (SEM) were conducted. The findings showed that obsessive beliefs have a direct and significant relationship with stress and fear of corona and obsessive-compulsive symptoms, and stress and fear of corona have a mediating role in the relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. Overall, the results showed that the model had a good fit. This finding can be used to design an intervention to reduce fear and stress during the outbreak of infectious diseases. Therefore, it can be said that planning to reduce stress and obsessive beliefs has an effective role in reducing obsessive-compulsive symptoms and is essential.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, obsessive beliefs, stress and fear of Covid-19

<sup>1</sup> M.A in Clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran  
[m\\_najafi@semnan.ac.ir](mailto:m_najafi@semnan.ac.ir)



*Research paper*

## The Effect of Education Based on Gardner's Multiple Intelligences on Reading Skills and Academic Motivation in Children with Dyslexia

Mahdiyeh, Hosseinzadeh <sup>ID</sup>1; Abbas Ali, Hosseinkhanzadeh <sup>ID</sup>\*2;

Abbas, Abolghasemi <sup>ID</sup>3

### Abstract

The most important indicator of dyslexia is reading skills disorder, which reduces academic motivation. This study aimed to investigate the effect of education based on Gardner's multiple intelligences on reading skills and academic motivation in children with dyslexia. The research was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group design. The statistical population was all 7 to 11-year-old children with dyslexia in Rasht who referred to learning disorders centers in 2023. By convenience sampling, 30 children with dyslexia were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received education based on Gardner's multiple intelligences during twelve 45-minute sessions. During this period, the control group only completed the tools in pre and post stages. The instruments were Reading and dyslexia test- NEMA, Abedi multiple intelligences inventory and Hermans measure of achievement motivation. The data were analyzed by the analysis of covariance test. The results showed that education based on Gardner's multiple intelligences as learning language, by basing on intellectual abilities, played a role in promoting the reading skills and academic motivation in children with dyslexia; therefore, the use of education based on Gardner's multiple intelligences is recommended.

**Keywords:** Academic motivation, dyslexia, education based on Gardner's multiple intelligences, reading skills

<sup>1</sup> M.A. Student in General psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran [khanzadehabbas@guilan.ac.ir](mailto:khanzadehabbas@guilan.ac.ir)

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran





*Research paper*

## A Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention Therapy with Mindfulness-based Cognitive Therapy on Guilt Feeling in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Parisa Ahmadi Azar<sup>1</sup>; Mahboobeh Taher<sup>2\*</sup>; Saqqa Afrakhteh<sup>3</sup>; Faezeh Jahan<sup>4</sup>

### Abstract

The present study aimed to compare of effectiveness the exposure and response prevention therapy with mindfulness-based cognitive therapy on guilt feeling. 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 two months follow-up method. Based on this, 45 people with obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy service centers in Tehran in 2023, were selected on purposeful sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). In order to collect information, Yale-Brown obsessive-compulsive scale and guilt feelings questionnaire were used. At first, the participants were pre-tested, then, the experimental groups underwent 10 sessions of 90 minutes of exposure and response prevention therapy and 8 sessions of 90 mins mindfulness-based cognitive therapy. The post-test was conducted on all participants. Two months later, the follow-up test was completed by 3 groups. The analysis of variance with repeated measurements were applied to data. The results showed that both methods were suitable, but the exposure and response prevention therapy had a greater and more meaningful effect.

**Keywords:** Exposure and response prevention therapy, guilt feeling, mindfulness-based cognitive therapy, obsessive-compulsive disorder.

<sup>1</sup> Ph.D Candidate in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. [Mahboobe.taher@yahoo.com](mailto:Mahboobe.taher@yahoo.com)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan.



*Research paper*

## The Mediating Role of Resilience and Self-Efficacy in Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Distress in Women with Breast Cancer

Mohammad Reza Tamannaefar<sup>1\*</sup>, Zahra Suleimani<sup>2</sup>

### Abstract

The purpose of the present study was to investigate mediating role of resilience and self-efficacy in relationship between cognitive emotion regulation strategies and psychological distress in women with breast cancer. The research method was descriptive-correlation. The statistical population was all women with breast cancer in oncology department of Imam Khomeini and Imam Hossein Hospitals in Tehran, Iran in year 2023. The sampling method was convenience and the sample size was 250 people. Data collection tools included the depression anxiety stress scale of Lovibond and Lovibond, cognitive emotion regulation questionnaire of Garnefski and et al., resilience scale of Connor and Davidson and general of self-efficacy scale of Sherer and et al. The data were analyzed using correlation matrix and structural equation modeling. The main findings indicated that cognitive emotion regulation had directly significant relation with psychological distress. Cognitive emotion regulation indirectly had a significant relationship through the mediating role of resilience and self-efficacy with psychological distress. It seems that cognitive emotion regulation directly and indirectly by mediating the role of resilience and self-efficacy predicted psychological distress. This study indicated the necessity of increasing cognitive emotion regulation, resilience and self-efficacy for psychological distress.

**Keywords:** Breast cancer, cognitive emotion regulation, psychological distress, resilience, self-efficacy.

<sup>1</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran [tamannai@kashanu.ac.ir](mailto:tamannai@kashanu.ac.ir)

<sup>2</sup> M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran



*Research paper*

## **The Relationship between Perception of Attachment Quality and Social Anxiety in Adolescents: The Mediating Role of Spiritual Well-being**

Elnaz Nourafkan<sup>1</sup>; Somayeh Keshavarz<sup>2</sup>, Alireza Kakavand<sup>3</sup>

### **Abstract**

The purpose of the research was to investigate the relationship between the perception of the quality of attachment and social anxiety of adolescents with the mediating role of spiritual well-being. The current research method was a correlational of structural equation modelling. The statistical population of the present study included all teenagers studying in secondary schools of Mazandaran province of Iran in the academic year of 2022-2023, A sample of 300 students who were selected as available method and completed questionnaires of attachment to parents and peers, spiritual well-being and adolescent social anxiety. The results of statistical analysis showed a significant relationship between adolescents' social anxiety and the quality of attachment perception with the mediation of spiritual well-being. In addition, there was a significant relationship between the perception of attachment quality and spiritual well-being and between spiritual well-being and social anxiety of adolescents. Also, the direct effect of perception of attachment quality on social anxiety of adolescents was confirmed. According to the results, it is suggested that psychologists, in therapeutic interventions for social anxiety disorder in adolescents, pay special attention to the role of influencing variables, including the perception of the quality of attachment and spiritual well-being.

**Keywords:** Adolescents, perception of attachment quality, social anxiety, spiritual well-being

<sup>1</sup> M.A Student in General Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran [s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir](mailto:s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran



*Research paper*

## The Effect of Parent-Child Conflict on Symptoms of Depression, Internalizing Problems, and Aggression: The Mediating Role of Emotional Security

Hassan Jorfi <sup>ID</sup>\*<sup>1</sup>; Saeid Qaed Amini Haroni <sup>ID</sup><sup>2</sup>; Nasim Khajeh Pour <sup>ID</sup><sup>3</sup>

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of parent-child conflict on symptoms of depression, internalizing problems, and aggression with regard to the mediator role of emotional security. The research method is descriptive of structural equations through path analysis. The statistical population of the research included all first and second grade students of Ahwaz city, of which 240 students were selected as a sample through multi-stage cluster sampling. The research tools included parent-child conflict questionnaire, emotional security scale, children's depression questionnaire, internalizing problems questionnaire and aggression questionnaire. The research data was checked to evaluate the conceptual model by the method of structural equations and the fit of the model was confirmed. The results of path analysis indicated the direct effect of parent-child conflict on emotional security, depression symptoms, internalizing problems, and aggression, and the direct effect of emotional security on depression symptoms, internalizing problems, and aggression. Also, the results showed that parent-child conflict had an indirect effect on symptoms of depression, internalizing problems, and aggression through emotional security. It was also suggested that parenting training courses be held by relevant authorities in order to create emotional security in the family.

**Keywords:** Aggression, depressive symptoms, emotional security, internalizing problems, parent-child conflict.

<sup>1</sup> Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Education Management, University of Farhangian, Ahwaz, Iran. [hassan.jorfi@gmail.com](mailto:hassan.jorfi@gmail.com)

<sup>2</sup> M.A. in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran, Ahwaz, Iran

<sup>3</sup> M.A. in Industrial and Organizational Psychology, Department of Industrial and Organizational Psychology, University of Shahid Chamran, Ahwaz, Iran.



*Research paper*

## The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Positive Thinking Skills and Interpersonal Conflicts in Children of Divorce

Sedigheh Alinaghypour<sup>1</sup>; Seyed Mohammad Ghalamkarian<sup>2</sup>; Reyhaneh Fahami<sup>3</sup>

### Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive behavioral therapy on positive thinking skills and interpersonal conflicts of children of divorce. The research method was semi-experimental. The statistical population of the research included the children of divorce in the Darala Karam charity institution in Qom. The statistical sample of this research consisted of 30 people who were selected in a purposeful way and then randomly assigned to two experimental and control groups. To collect the data of this research, Ingram and Wisnicki's positive thinking questionnaires and Jen's interpersonal conflict questionnaire were used. Then, the cognitive and behavioral therapy protocol provided by Beck was presented to the experimental group during 8 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any intervention. Then a post-test was taken from two groups. Finally, data analysis software was used for data analysis. The results of multivariate covariance analysis showed that cognitive behavioral therapy was effective on positive thinking skills and interpersonal conflicts. It is also suggested that psychologists in counseling centers and schools hold cognitive behavioral therapy courses to reduce interpersonal conflicts of children of divorce.

**Keywords:** Children of divorce, cognitive behavioral therapy, interpersonal conflicts, positive thinking skills

<sup>1</sup> Master's student, Positive Islamic Psychology, Payam Noor University, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Assistant Professor of Educational Sciences, Payam Noor University, Iran  
[M\\_ghalamkarian@pnu.ac.ir](mailto:M_ghalamkarian@pnu.ac.ir)

<sup>3</sup> Assistant Professor of Educational Sciences, Payam Noor University, Iran.



*Research paper*

## Design and Testing a Model of Some Antecedents of students Social Anxiety

Mahdi Hassanvand Amouzadeh \*1

### Abstract

The aim of this study was to design and test a model of some antecedents of social anxiety. This descriptive research used the structural equation modeling (SEM) method. The statistical population was included all the students of Ahvaz Jundishapur University of medical sciences in 2020-2021, of which 581 were selected by multistage cluster sampling method. The tools were Social Phobia Inventory, Shyness Scale, Shame Scale, Behavioral Inhibition system, Anger Expression Inventory and Depression Scale. Data were analyzed by SEM method. Fit indices showed that the research model had a good fit with the data. The effect of the coefficient of direct standard paths of behavioral inhibition, shyness, depression, shame with social anxiety were significant but the direct coefficient for anger on social anxiety was not significant. Also, the findings confirm the significant indirect relationships of behavioral inhibition and shyness with the mediating roles of depression and shame. The research findings showed the importance of behavioral inhibition and shyness as influencing factors on students' social anxiety with the mediation of depression and shame. According to the role of factors in the research model, it can be used in designing the treatment of students' social anxiety.

**Keywords:** Anger, behavioral inhibition, shame, shyness, social anxiety.

---

<sup>1</sup> Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty Psychology and Educational Sciences, Payam-e- Noor University, Tehran, Iran. [hasanvand.a@pnu.ac.ir](mailto:hasanvand.a@pnu.ac.ir)