



اعضای افتخاری:

- احمد محیط ، روانپزشکی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- استفان موریتز ، روانشناس بالینی ، بنیانگذار رواندرومانی فراشناختی و استاد دانشگاه علوم پزشکی هامبورگ
- حسن عشایری ، نورولوژیست و نوروسایکولوژیست ، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علی منتظری ، استاد سلامت همگانی و اپیدمیولوژی و رئیس پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
- سید محمود میرزمانی بافقی ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیوا دولت آبادی ، روانشناس و رئیس انجمن روانشناسی ایران
- عصمت دانش ، روانشناس ، استاد دانشگاه شهید بهشتی
- گالینا الکساندرونا میشینا : استاد و عضو شورای عالی روانشناسی و پداگوژی وزارت علوم و آموزش عالی فدراسیون روسیه
- مجتبی حبیبی ، استاد گروه روانشناسی دانشگاه علوم و تکنولوژی نروژ

اعضای شورای نویسندگان:

- بهروز دولتشاهی ، روانشناس بالینی و دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- حسن حق شناس ، روانشناس بالینی و استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- جواد خلعتبری ، روانشناس و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب
- سید بهنام الدین جامعی ، آناومیست و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علیرضا رحیمی ، فیزیولوژیست ورزشی و دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- علیرضا شکر گزار ، پزشک و روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- علیرضا کاظمینی ، جراح عمومی و فلوشیپ کلورکتال و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مجید صفاری نیا ، روانشناس و استاد دانشگاه پیام نور تهران
- سعید ملیحی الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- مدیر داخلی: سعید ملیحی الذاکرینی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج
- ویراستاران: شراره ضیغمی محمدی و مونا فرهادی ملیحی الذاکرینی و مونا فرهادی

مشاوران علمی:

- احمد یوسفی ، روانشناس بالینی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- آرزو تاری مرادی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- بیوک تاجری ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- راحله کرم پور ، روانشناس پزشکی - رشد ، انسیتو ویگوتسکی مسکو
- شراره ضیغمی ، استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- شیدا سوداگر ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- فاطمه محمدی شیرمحل ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- طاهره رنجبری پور ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- محمد رضا صیرفی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مجتبی انصاری شهیدی ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا دریا افزون ، روانشناس سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- مونا فرهادی ، دانشیار زیست شناسی سلولی - تکوینی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

اعضای گروه اجرایی:

- شراره ضیغمی محمدی ، سعید ملیحی الذاکرینی
- قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

نشانی دفتر نشریه: کرج ، بلوار مودن ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ، گروه روانشناسی سلامت و بالینی
 دورنگار: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶-۰۲۶-۳۴۱۸۲۵۲۱-۰۲۶ کد پستی: ۳۱۴۹۹۶۸۱۱۱ وب سایت: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>
 پست الکترونیک: healthpsychology@kiau.ac.ir یا healthpsychologyJournal@gmail.com



Organizational structure of Interdisciplinary Journal of Health and Psychology

Publisher: Islamic Azad University, Karaj branch

Director in charge: Alireza Shokrgozar

Editor-in-Chief: Hassan Ahadi

Honorary members:

Ali Montazeri , Professor of General Health and chancellor of Research Council of Health ACECR

Hassan Ashayeri, Neurologist and Neuropsychologist, Professor at Iran University of Medical Sciences

Ahmed Mohit, Psychiatrist and Professor at Tehran University of Medical Sciences

Shiva Dolatabadi, Psychologist and President of the Iranian Psychological Association

Seyyed Mahmoud Mirzamani Bafghi, Clinical Psychologist and Professor at Islamic Azad University, Karaj branch

Esmat Danesh , Psychologist , Professor of Shahid Beheshti University

Stefen Moritz, Clinical Psychologist, Founder of Meta-Cognitive Training and Professor at Hamburg University of Medical Sciences

Galina Alexandrovna Mishina , Doctor of Psychology, Professor, Chief Researcher, Member of the Expert Council on Psychology and Pedagogy of the Higher Certification Commission under the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation , Institute of Special Education (FGBNU ISE), Moscow, Russia.

Mojtaba Habibi Asgarabad , Department of Psychology , Norwegian University of Science and Technology

Editorial Board:

Alireza Kazemeini, General Surgeon and Colorectal Fellowship and Associate Professor of Tehran University of Medical Sciences

Alireza Rahimi, Sports Physiologist and Associate Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Alireza Shokrgozar , MD. PhD , Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Behrooz Dolatshahee, Clinical Psychologist and Associate Professor of the University of Rehabilitation Sciences and Social Health

Hassan Haqshanas, Clinical Psychologist and Professor at Shiraz University of Medical Sciences

Javad Khalatbari, Psychologist and Associate Professor of Islamic Azad University, South Tehran branch

Majid Safarinia, Psychologist and Professor at Payam Noor University in Tehran

Seyed Behnameddin Jamei, Anatomist and Professor of Iran University of Medical Sciences

Saied Malihialzackerini, Health Psychologist and Assistant Professor at the Islamic Azad University of Karaj

Manager: Saied Malihialzackerini

Scientific editors: Sharareh Zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini , Mona Farhadi

Scientific advisors:

Ahmad Yousefi, Clinical Psychologist and Assistant professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Arezo Tari Moradi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch
Buyuk Tajeri, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Fatemeh Mohammadi Shirmahalleh, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mohammad Reza Seirafi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mojtabi Ansari Shahidi, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Daryaafzon, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Mona Farhadi, Microbiologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Raheleh Karampour, Medical and Developmental Psychologist , Vygotsky Institute , Moscow

Sharareh Zeighami, Assistant Professor of the Department of Nursing, Islamic Azad University, Karaj Branch

Sheida Sodagar, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Tahereh Ranjbaripour, Health Psychologist and Assistant Professor of Islamic Azad University, Karaj branch

Executive group members:

Sharareh zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini

Address: Faculty of Medical Sciences , Islamic Azad University - Karaj Branch , Moaazen Blv. Karaj . I.R.Iran

Website: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy> **E-mail:** healthpsychologyjournal@gmail.com **Tel: +98-**

راهنمای نویسندگان

نویسندگان محترم لازم است بر اساس راهنمای زیر مقاله را تنظیم و تحریر نمایند. ارسال یک مقاله به منزله عدم انتشار آن در گذشته (به جز به صورت یک چکیده مقاله یا بخشی از یک کنفرانس منتشر شده و یا پایان نامه تحصیلی)، عدم ارسال همزمان به مجلات دیگر، موافقت تمامی نویسندگان و کلیه کسانی که به طور مستقیم یا ضمنی به هر نحوی مسئولیتی در اجرای کار داشته‌اند و عدم انتشار آن در آینده در جاهای دیگر به همان فرم و زبان، بدون اجازه کتبی از ناشر در صورت پذیرش می‌باشد. مقاله‌های باید با رعایت کامل آئین نگارش و بخصوص رعایت رسم الخط فارسی نوشته شده و از به کار بردن کلمات خارجی که معادل مناسبی در زبان فارسی دارند اجتناب شود. در صورتی که واژه جایگزین فارسی مصطلح یا مناسب نباشد، می‌توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین در زیرنویس نگاشته شود. (لازم به ذکر است که مقاله‌های دریافتی در محیط نرم افزار Indesign صفحه آرایی خواهد شد لذا فایل ارسالی بصورت ساده و در محیط نرم افزار WORD تنظیم شود). مقاله‌های قابل پذیرش در فصلنامه سلامت و روانشناسی شامل موارد زیر می‌باشد:

الف- مقاله‌های اصیل پژوهشی که گزارش علمی از مطالعات تحقیقی اصیل می‌باشند. این مقاله‌های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و منابع می‌باشند.

ب- مقاله‌های نقد و بررسی (مروری) که در برگزیده کلیه مطالعات انجام شده در یک موضوع جدید علمی هستند معمولاً از سوی تحریریه از اساتید ذیصلاح درخواست می‌شوند، اما مقاله‌های مروری که موضوعات آنها مناسب، ولی سفارش هیئت تحریریه نبوده‌اند نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. این مقاله‌ها شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، بحث، نتیجه‌گیری و منابع می‌باشد.

ج- مقاله‌های گزارش موردی فقط در صورتی که یک مورد جالب، نادر و استثنایی را گزارش کنند، چاپ خواهند شد. این مقاله‌های شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، معرفی مورد، بحث و منابع می‌باشد. ضمیمه نمودن عکس، گزارش مرکز بیمارستانی یا کلینیک یا مرکز مشاوره، آزمایشگاه و ارزیابی‌های بالینی و ... و همچنین آدرس و تلفن مورد «محفوظ نزد مجله» در صورت لزوم به همراه مقاله الزامی می‌باشد.

د- مقاله‌های گزارش کوتاه که شامل شرحی از یک پیشرفت علمی معنادار از تحقیقات در حال انجام و تکمیل در زمینه علوم اعصاب بوده و داده‌های مختصرتری نسبت به مقاله‌های اصیل پژوهشی در بردارند. این مقاله‌های باید شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) که الزامی به سازمان یافته بودن آن نیست)، مقدمه، موضوع، بحث و منابع باشند.

مقاله‌ها تنها از طریق وب سایت (<https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>) و یا پست الکترونیک مجله (healthpsychology@kiaui.ac.ir) (healthpsychologyjournal@gmail.com) پذیرفته می‌شوند. مقاله باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم‌افزار Office-2010 به بالا با فونت ب لوتوس شماره 12 در خطوطی که یک فاصله بهم داشته و حدود 2/5 سانتی‌متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد (لطفاً از تایپ سه هم چسبیده یا فاصله اندک حروف و کلمات بطور جدی خودداری فرمایید). جداول و نمودارها باید راست چین و با حروف و عدد فارسی و با کیفیت مناسب طراحی و کشیده شوند (جداول چپ چین یا انگلیسی در صفحه آرایی مجله مشکل جدی ایجاد می‌کنند). اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا بصورت جداگانه ارسال شوند.

تنظیم مقالات:

الف- صفحه عنوان: عنوان کامل مقاله، نام کامل نویسندگان، بالاترین مدرک، مقطع و رشته تحصیلی، دانشگاه یا سازمان متبوع و رتبه هیئت علمی یا پست سازمانی هر یک از نویسندگان (به فارسی و انگلیسی) به همراه آدرس پستی کلیه آنها و تلفن، نامبر و پست الکترونیک

ب- چکیده فارسی: کلیه مقاله‌های پژوهشی باید یک چکیده سازمان یافته شامل حداکثر 250 کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها که دقیقاً منعکس کننده اهم مطالب مقاله است دارا باشند. کلمات کلیدی 5-3 مورد بر اساس لیست عناوین موضوعی پزشکی ایندکس مدیکوس (MeSH) باشد. در روش بررسی چکیده، مدت تحقیق، نوع نمونه‌گیری و جامعه آماری مربوطه، ابزارهای پژوهش و متغیرهای مورد بررسی و روشهای تحلیل آماری داده‌ها مشخصاً نام برده شوند. همچنین در یافته‌های چکیده، ضمن اشاره به موارد مهم آمارهای توصیفی، یا روابط و ضرایب همبستگی بدست آمده، و یا وجود یا عدم تفاوت معنادار بین گروهها، مقادیر دقیق احتمال (P-Value) حاصل از تحلیلهای آماری ذکر شوند.

ج- چکیده و یا متن کامل به زبان انگلیسی: همانند چکیده فارسی و دقیقاً معادل آن باشد.

د- مقدمه: خلاصه‌ای از تعاریف، اصول، تئوریا و بیان مسئله و سپس مروری از پیشینه تحقیق، مجهولات بجا مانده از تحقیقات قبلی، دلایل لزوم مطالعه و هدف مطالعه را شامل می‌شود. نباید به داده‌ها و نتیجه‌گیری پژوهش اشاره نماید.

ه- روش بررسی: باید دقیقاً روش کار، مشاهده، آزمایش یا مداخله را مورد اشاره قرار داده و نوع و مدت تحقیق، جامعه آماری، نمونه‌ها و نحوه انتخاب آنها، معیارهای ورود و خروج و متغیرهای پایه‌ای مربوطه که مورد لحاظ بوده‌اند، موضوعات آزمایشگاهی، متغیرهای مورد بررسی و ابزارهای سنجش بکار رفته و روایی و پایایی آنها را مشخصاً ذکر نماید. ملاحظاتی اخلاقی لحاظ شده نیز باید ذکر شوند. از جمله: کسب رضایت آگاهانه از کلیه کسانی که اطلاعاتی از آنها اخذ و یا مورد آزمایش قرار گرفته‌اند، شامل افراد بزرگسال شرکت کننده و یا والدین یا قیم قانونی افراد نابالغ. ذکر نام اختصاصی سازمان، ارگان یا کمیسیونی که طرح را بررسی و مورد موافقت یا حمایت قرار داده‌است.

و- یافته‌ها: می‌تواند بصورت متن، جداول و نمودارها ارائه شود، به شرطی که در اشکال مختلف تکراری نباشند. مقدار احتمال (P-Value) در تحلیلهای آماری انجام شده باید دقیقاً و تا سه رقم اعشار بیان شوند.

ز- بحث: به مقایسه یافته‌های حاصل از تحقیق انجام شده با سایر تحقیقات انجام شده قبلی از منظر تفاوتها و تشابهات بین آنها پرداخته و در تأیید یا دلایل تفاوت بین آنها استدلال شود. جزئیات یافته‌های حاصل از این تحقیق و همچنین تحقیقات قبلی نباید تکرار شوند. در انتها باید به درست یا غلط بودن فرضیه و هدف تحقیق و یا ناکافی بودن ادله حاصل در اخذ نتیجه قطعی رهنمون شود.

ح- نتیجه‌گیری: نتیجه و برآیند نهایی و قطعی تحقیق را بیان نماید.

ی- جداول و نمودارها: حتماً هر یک در صفحات جداگانه در انتهای مقاله ارائه شوند، البته وجود آنها در متن اشکالی ندارد.

ک- اشکال: در تعداد محدود، با کیفیت بالا، در صفحات جداگانه، در انتهای مقاله و بصورت رنگی ارسال و توضیحات آنها زیر آنها قرار گیرد. البته تکرار آنها در متن اشکالی ندارد.

ل- منابع: تمامی مقاله‌های باید دارای منابع مستند، صحیح و مرتبط باشند و نویسنده باید از صحیح بودن آنها مطمئن باشد. از آنجا که بررسی صحت و سقم کلیه منابع در تمامی مقالات، توسط هیئت تحریریه و داوران بطور کامل مقدور نیست، لذا مسئولیت این موضوع بعهده نویسنده مسئول مقاله بوده و به‌منظور کاهش خطاهای احتمالی لازم است تا قبل از ارسال مجدداً چک شوند. به منظور کنترل بهتر و دقیق تر منابع، بهتر است (ولی الزامی نیست) تا منابع مقاله‌های به همراه URL هر یک از آنها در نرم افزار Endnote وارد و فایل کتابخانه آن (Library) همراه مقاله ارسال گردد.

فهرست مقاله ها

- ۶ پیش بینی اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس احساس گناه و سبک های مقابله ای مادران
راحله کرم پور
زینب داستان ایمنجه
- ۲۰ پیش بینی افسردگی بر اساس سیستم های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو
فاطمه محمدی شیرمحله
علیرضا شکرگزار
ژابیز زارع کاریزک
- ۳۰ تدوین مدل افسردگی در زنان باردار بر اساس بد تنظیمی هیجانی و سبک های والدگری ادراک شده با نقش واسطه های طرحواره های
ناسازگار اولیه
محبوبه مرادیان تهرانی
سعید ملیحی الذاکرنی
رضا مولودی
- ۴۱ پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد استان البرز
نیلوفر طهمورسی
پریسا علی زاد ثانی
- ۵۳ رابطه ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان با نشانگان روان شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
سارا قاسمیه
زینب کاویانی
- ۶۱ ارتباط بهزیستی روانشناختی با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل
حدیث القاسی
نفیسه دورودیان
آرزو تاری مرادی
- ۶۷ نقش تمایز یافتگی خود و ابعاد آن در پیش بینی رضایت زناشویی دانشجویان متأهل
ناهید هواسی سومار
ندا کاظمی
- ۷۶ نقش واسطه ای کمالگرایی والدین در رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی
علی اکبر صلاحی
وحیده همتی

گفتار ویژه

روانشناسی و سلامت

دکتر سعید ملیحی الذاکرینی

روانشناس سلامت

مدیر داخلی مجله

از زمان نوجوانی علاقه زیادی به مطالعه در مورد انسان، این موجود شگفت انگیز داشتیم. موجودی که با مقابله در برابر مشکلات از قدرت و اندیشه خارق العاده و فریبنده ای برخوردار است. مواردی مانند قدرت تفکر، خرد ورزی ، توانایی برنامه ریزی و اجرا ، شکل دهی و تغییر و رشد خویشتن و شخصیت و ذهن این موجود، افکار مرا هنوز هم به خود مشغول کرده است.

اولین مشاهده ای که از مطالعات در زمینه جدید مورد علاقه ام ، یعنی روانشناسی و علوم سلامت و پزشکی ، به آن پی بردم این بود که بسیاری از پژوهشگران علوم پزشکی به مغز فقط به عنوان یک ماشین بیولوژیکی برخورد کرده و به همین خاطر از نگاه میان رشته ای به انسان فاصله می گیرند. با مطالعه بیشتر در این زمینه بیشتر متقاعد می شوم که ساختار و عملکرد مغز تحت تاثیر محیط و تجربیات فرد قرار می گیرد. من اطمینان دارم که هراس از بیولوژی روز به روز کاهش یافته و در آینده ای بسیار نزدیک، علاقه روانشناسان به علوم میان رشته ای روانشناسی و پزشکی افزایش می یابد. و این نکته حائز اهمیت است که دستگاه روانی - اجتماعی انسان بمراتب پیچیده تر از ساختار زیستی انسان است.

نشریه سلامت و روانشناسی با رویکردی میان رشته ای به روانشناسی و علوم پزشکی در صدد انتشار مقاله هایی روزآمد در عرصه های متنوع سلامت و روان است.

پیش بینی اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس احساس گناه و سبک های مقابله ای مادران

راحله کرم پور

دکتری تخصصی روانشناسی رشد - پزشکی، انستیتو ویگوتسکی، مسکو
مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات رشدی - عصبی کودک و نوجوان

زینب داستان ایمچه

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Predicting emotional and behavioral disorders in children with hemophilia based on guilt feeling and mothers' coping styles

Raheleh Karampour (PhD)

Medical - Developmental Psychologist, Vygotsky Institute of Psychology

Academic Staff, child and Adolescent Neurodevelopmental Disorders Psychotherapist, Iran

Zeynab Dastan Imche

Master of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract:

The aim of the present study was to predict emotional and behavioral disorders in children with hemophilia based on mothers' guilt feeling and coping style. In order to achieve the objectives of the research, a sample of 100 people was selected from among the children with hemophilia and their mothers who had visited the comprehensive hemophilia clinic in Tehran province using available sampling method. The data collection tools were the CBCL questionnaire, the guilt questionnaire and the coping styles questionnaire, and the data analysis method was selected as structural equations.

The results of the research showed that there was a significant difference between guilt and coping styles (maintaining family cohesion) in causing emotional and behavioral disorders in hemophiliac children.

Conclusion: Based on the findings of this research, it can be concluded that guilt has a positive and significant effect on emotional and behavioral disorders in hemophiliac children, and among coping styles, the style of maintaining family cohesion has a negative and significant effect on emotional and behavioral disorders. predicted in affected children.

Keywords:

Emotional behavioral disorders, Children with hemophilia, Parental guilt and coping style

چکیده:

هدف پژوهش حاضر پیش بینی اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس احساس گناه و سبک های مقابله ای مادران بود. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از میان کودکان مبتلا به هموفیلی و مادران آنها که به درمانگاه جامع هموفیلی استان تهران مراجعه کرده بودند نمونه ای به حجم ۱۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات پرسشنامه CBCL، پرسشنامه احساس گناه و پرسشنامه سبک های مقابله ای کنار آمدن بوده و روش تحلیل داده ها بصورت معادلات ساختاری انتخاب شده بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین احساس گناه و سبک های مقابله ای کنار آمدن (بعد حفظ انسجام خانواده) در ایجاد اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان هموفیلی تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه گیری: بنابراین بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت احساس گناه به صورت مثبت و معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در کودکان هموفیلی و از بین سبک های مقابله ای کنار آمدن، سبک حفظ انسجام خانواده بصورت منفی و معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در کودکان مبتلا پیش بینی کرده است.

کلید واژه ها: اختلالات عاطفی رفتاری در بین کودکان مبتلا به هموفیلی - احساس گناه - سبک های مقابله ای کنار آمدن

مقدمه

هموفیلی^۱ شایع ترین اختلال خونریزی دهنده مزمن ارثی است که وابسته به کروموزوم جنس مغلوب بوده و میزان شیوع آن حدود ۱ در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در سراسر جهان می باشد. افراد مبتلا به هموفیلی به علت سطح پایین یا عدم وجود پروتئین هایی به نام فاکتورهای انعقادی قادر به متوقف کردن روند خونریزی نمی باشند. این افراد بعد از آسیب دیدگی ساعتها و یا حتی روزهای متوالی دچار خونریزی عضلانی، مفصلی و یا داخلی می گردند. به طور معمول زنان با دریافت یک ژن معیوب از یکی از والدین بعنوان ناقل و مردان با دریافت یک ژن معیوب از مادر به هموفیلی مبتلا می شوند (عسگرپور، حسین، محمدی، عیسی، معماریان، ربابه، ۱۳۸۶).

بیماری هموفیلی از جمله اختلالات محدودکننده و مزمن است که تاثیر نامطلوبی بر سلامت روانی فرد و خانواده می گذارد. دوران کودکی و نوجوانی این افراد با آشفتگی های هیجانی همراه است. این اندیشه که زندگی آنها مسیری متفاوت از دیگران دارد می تواند پرخاشگری، گوشه گیری، اضطراب، افسردگی و یا حتی مشکلات ارتباطی را به همراه داشته باشد. از آنجا که این بیماری وابسته به کروموزوم X و ژنتیکی می باشد در وهله اول می تواند در مادران بعنوان ناقل بیماری احساس گناه، خشم و یا ناامیدی را به وجود آورد اما از آنجا که برخورد درست و واقع بینانه والدین می تواند بر بهبود رفتارهای بیماران مبتلا به هموفیلی تاثیرگذار باشد، به نظر می رسد کنار آمدن والدین با بیماری فرزندشان در کنار تمامی مشکلات روانی و رفتاری که این بیماری برای آنها ایجاد می کند و حفظ تعادل روانی آنها که سلامت روان شناختی فرزندان را افزایش و پریشانی روان شناختی را کاهش می دهد تحت تاثیر عملکرد درست و مهارت های مقابله ای والدین می باشد (زارع، حسین، شعبانی، زهرا، ۱۳۹۲).

از آن جهت مطالعه حاضر قصد دارد ارتباط این مولفه ها را به شکل پیش بینی اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس سبک های مقابله ای و احساس گناه مادران مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

هموفیلی مشکلاتی را در تمام عمر گریبان گیر بیمار و خانواده وی می کند و تاثیر نامطلوبی بر سلامت روانی فرد و خانواده او می گذارد، زندگی این گونه بیماران از نقطه نظر روان شناختی و جامعه شناختی شدیداً تحت تاثیر این بیماری قرار می گیرد. مادران این کودکان به علت ناقل بودن بیماری ممکن است در ابتدا دچار مشکلات روحی و روانی مانند احساس گناه، انکار واقعیت، اندوه، خشم و... شوند که این احساسات هم آرامش خانواده را بر هم زده و هم نحوه ی برخورد با کودک مبتلا را تعیین می کند. کودکان هموفیلی هم به دلیل تغییرات جسمانی که اغلب در نتیجه بیماری یا درمان پزشکی روی می دهد احساس متفاوت بودن از دیگر همسالان را تجربه می کنند لذا این احساس متفاوت بودن، نحوه ی برخورد والدین با آنها و همچنین آگاهی از عوارض بیماری و درمان از جمله درد و خونریزی، خطر ابتلا به هپاتیت و ایدز، اضطراب، افسردگی و حتی تنهایی و منزوی شدن را در آنها تشدید کرده و منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می شود.

نظریه های متعددی وجود دارد که به نقش مثبت نحوه ی مقابله فرد مبتلا و خانواده اش با هموفیلی در کاهش اختلالات جسمانی روانی تاکید می کند، بنابراین شناخت پیامدهای روان پزشکی و برخورد صحیح با آنها (استفاده از سبک های مقابله ای کارآمد) می تواند در بازگرداندن تعادل به بیمار و خانواده وی کمک نماید (ملک شاهی، ۱۳۸۰).

از آنجا که هموفیلی بیماری سخت و رنج آور برای افرادی است که با این مساله درگیر هستند و می تواند آسیب های اجتماعی و روانی

1. Hemophilia

زیادی را برای این بیماران به وجود بیاورد، کسب حداکثر سلامتی روحی و جسمی و به حداقل رساندن مشکلات آنها از طریق آگاهی و آشنایی والدین از نحوه‌ی برخورد درست و آگاهانه با بیمار ضرورت می‌یابد.

اهداف تحقیق عبارت بودند از:

۱. پیش‌بینی اختلالات عاطفی رفتاری کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس احساس گناه مادران
۲. پیش‌بینی اختلالات عاطفی رفتاری کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای مادران

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که به بررسی متغیرهای اختلالات عاطفی رفتاری، احساس گناه و سبک‌های مقابله‌ای کنار آمدن مادران در بین کودکان مبتلا به هموفیلی می‌پردازد. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۹-۱۲ سال مبتلا به هموفیلی و مادران آنها که جهت دریافت خدمات درمانی در به درمانگاه جامع هموفیلی تهران مراجعه کرده‌اند می‌باشد. نمونه پژوهش بر اساس فرمول گرین (۱۹۹۱) شامل ۱۰۰ نفر از کودکان مبتلا به هموفیلی که در فاصله زمانی انجام پژوهش به درمانگاه هموفیلی تهران مراجعه کرده و پس از بررسی ملاک‌های پژوهش، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با مراجعه و هماهنگی به درمانگاه جامع هموفیلی شهر تهران کودکانی که ملاک ورود به مطالعه حاضر را داشتند، انتخاب و با تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط آزمودنی‌ها و والدینشان، ابتدا روند تکمیل پرسشنامه توضیح داده شد و سپس از آنها خواسته شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کنند.

ابزار اندازه‌گیری در این مطالعه عبارتند از:

۱. پرسشنامه احساس گناه کوگلز و جونز
۲. پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای کنار آمدن همیلتون
۳. پرسشنامه CBCL

روش اجرای پژوهش:

هدف اصلی از انجام این پژوهش پیش‌بینی اختلالات عاطفی رفتاری در کودکان مبتلا به هموفیلی بر اساس احساس گناه و سبک‌های مقابله‌ای مادران می‌باشد. بدین منظور ابتدا به مطالعه مبانی نظری تحقیق پرداخته شد و در این راستا کلیه منابع اعم از فارسی و لاتین مورد مطالعه قرار گرفت و همچنین تحقیقاتی که در گذشته در این زمینه صورت گرفته بودند نیز مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت پس از جمع‌بندی کلیه مطالعات صورت گرفته نسبت به تدوین فرضیات اقدام شده و از پرسشنامه به عنوان کارآترین ابزار گردآوری اطلاعات استفاده شد.

در ادامه تحقیق پرسشنامه احساس گناه کوگلز و جونز، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای کنار آمدن همیلتون و پرسشنامه CBCL در میان افراد نمونه توزیع و سپس جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به این ترتیب فعالیت میدانی تحقیق با توزیع پرسشنامه‌ها در جامعه آماری شروع و با جمع‌آوری آنها خاتمه یافت. روش تحقیق این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری با کمک نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

در جدول ۴-۳ میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های مقابله‌ای مادر (حفظ انسجام خانواده، حفظ حمایت خانواده و درک وضعیت پزشکی)، احساس گناه مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان (پرخاشگری، مشکلات دقت/توجه، مشکلات اجتماعی، افسردگی و اضطراب) ارائه شده است.

بر اساس جدول ۴-۱ میانگین نمره سبک مقابله‌ای حفظ انسجام خانواده برابر با ۱۴/۶۰ و انحراف استاندارد آن برابر با ۵/۳۶، میانگین نمره سبک مقابله‌ای حفظ حمایت خانواده برابر با ۱۸/۵۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۶/۱۸ و میانگین نمره سبک مقابله‌ای درک وضعیت پزشکی برابر با ۹/۰۷ و انحراف استاندارد آن برابر با ۴/۵۱ بود.

میانگین و انحراف استاندارد نمره احساس گناه مادران به ترتیب برابر با ۱۱۹/۳۵ و ۱۲/۷۷ بود.

جدول ۴-۳: میانگین و انحراف استاندارد سبک های مقابله ای مادر، احساس گناه مادر و مشکلات رفتاری عاطفی فرزندان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سبک مقابله - حفظ انسجام خانواده	۱۴/۶۰	۵/۳۶
سبک مقابله - حفظ حمایت خانواده	۱۸/۵۳	۶/۱۸
سبک مقابله - درک وضعیت پزشکی	۹/۰۷	۴/۵۱
احساس گناه	۱۱۹/۳۵	۱۲/۷۷
اختلالات عاطفی/ رفتاری - پرخاشگری	۲۲/۲۹	۳/۹۹
اختلالات عاطفی/ رفتاری - مشکلات دقت/ توجه	۱۳/۸۸	۳/۳۰
اختلالات عاطفی/ رفتاری - مشکلات اجتماعی	۱۴/۳۰	۲/۹۴
اختلالات عاطفی/ رفتاری - افسردگی	۱۰/۶۰	۱/۷۷
اختلالات عاطفی/ رفتاری - اضطراب	۱۷/۰۳	۳/۵۱

میانگین نمره پرخاشگری فرزندان برابر با ۲۲/۲۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳/۹۹، میانگین نمره مشکلات دقت/ توجه فرزندان برابر با ۱۳/۸۸ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳/۳۰، میانگین نمره مشکلات اجتماعی فرزندان برابر با ۱۴/۳۰ و انحراف استاندارد آن برابر با ۲/۹۴، میانگین نمره افسردگی فرزندان برابر با ۱۰/۶۰ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱/۷۷ و میانگین نمره اضطراب فرزندان برابر با ۱۷/۰۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳/۵۱ بود. در ادامه جدول ۴-۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می دهد.

جدول ۴-۴: ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سبک های مقابله - حفظ انسجام خانواده	-							
۲. سبک های مقابله - حفظ حمایت خانواده	۰/۶۳۳**	-						
۳. سبک های مقابله - درک وضعیت پزشکی	۰/۷۲۳**	۰/۷۱۵**	-					
۴. احساس گناه	-۰/۲۹۳**	۰/۱۲۲	-۰/۲۲۰*	-				
۵. اختلالات عاطفی/ رفتاری - پرخاشگری	-۰/۴۰۴**	-۰/۲۴۲*	-۰/۲۸۴**	۰/۴۶۱**	-			
۶. اختلالات عاطفی/ رفتاری - مشکلات دقت/ توجه	-۰/۳۰۶**	-۰/۲۳۱*	-۰/۲۱۲*	۰/۳۸۸**	۰/۷۴۵**	-		
۷. اختلالات عاطفی/ رفتاری - مشکلات اجتماعی	-۰/۲۹۲**	-۰/۲۲۹*	-۰/۲۰۵*	۰/۳۷۵**	۰/۷۷۴**	۰/۶۴۸**	-	
۸. اختلالات عاطفی/ رفتاری - افسردگی	-۰/۴۲۶**	-۰/۲۱۴*	-۰/۲۱۳*	۰/۳۰۶**	۰/۶۶۴**	۰/۵۷۹**	۰/۵۱۲**	-
۹. اختلالات عاطفی/ رفتاری - اضطراب	-۰/۴۱۰**	-۰/۲۷۹**	-۰/۲۷۹**	۰/۴۰۲**	۰/۷۱۸**	۰/۶۸۲**	۰/۷۲۱**	۰/۶۹۴**

*P < ۰/۰۵ و **P < ۰/۰۱

جدول ۴-۴ ضرایب همبستگی بین سبک های مقابله ای مادر (حفظ انسجام خانواده، حفظ حمایت خانواده و درک وضعیت پزشکی)، احساس گناه مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان (پرخاشگری، مشکلات دقت/توجه، مشکلات اجتماعی، افسردگی و اضطراب) مبتلا به هموفیلی را نشان می دهد. همچنان که ملاحظه می شود. سبک مقابله ای حفظ انسجام خانواده مادر با همه مؤلفه های اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان (پرخاشگری، مشکلات دقت/توجه، مشکلات اجتماعی، افسردگی و اضطراب) به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بود. سبک های مقابله ای حفظ حمایت خانواده و درک وضعیت پزشکی مادر با مؤلفه اضطراب اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ و با دیگر مؤلفه های آن به صورت منفی و در سطح ۰/۰۵ همبسته بود. احساس گناه مادر به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با همه مؤلفه های اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان همبسته بود.

آماده سازی و سرند کردن داده ها

در این بخش فرایند آماده سازی و سرند کردن داده ها مورد بحث قرار گرفته است. موضوع آماده کردن و سرند کردن داده ها به دو دلیل مهم است: اول اینکه انجام تحلیل SEM مستلزم مفروضه های معینی درباره مشخصات توزیع داده هاست و دوم مسائل و مشکلات مربوط به داده ها می تواند برنامه های رایانه ای SEM را در محاسبه منطقی دچار خطا سازد (کلاین^۲، ۲۰۱۶). به همین دلیل مایر، گامست و گوارینو (۲۰۰۶) پیشنهاد می کنند به خاطر در نظر گرفتن برخی مفروضه های اصلی، قبل از انجام تحلیل SEM داده های اولیه باید به صورت دقیق سرند شوند.

مقادیر گم شده

نسبت داده های گم شده به داده های کامل در هر متغیر به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفت که مشخص شد داده های گم شده به ازای هر متغیر کمتر از ۵ درصد است. مایر، گامست و گوارینو (۲۰۰۶) پیشنهاد می کنند، متغیرهایی که در آنها درصد داده های گم شده بیشتر از ۵ باشد، بهتر است از لیست داده ها حذف شوند. بررسی مقادیر گم شده از آن جهت اهمیت دارد که در بسیاری از تحلیل های آماری چند متغیری از جمله SEM، مقادیر گم شده نتایج را دچار مشکل می سازد. از طرف دیگر وجود حتی یک ارزش گم شده در داده ها باعث می شود برنامه AMOS دو شاخص مهم برازندگی (GFI و AGFI) را برآورد نکند، به همین دلیل پژوهشگر برای مقابله با مقادیر گم شده از روش «بیشینه انتظار» (EM) استفاده نموده است. الگوریتم EM یک فرایند دو مرحله ای است که برای برآورد مقادیر گم شده از رویکرد بیشینه احتمال استفاده می کند. در مرحله E برای برآورد ارزشهای گم شده، تحلیل رگرسیونی مورد استفاده قرار می گیرد. در مرحله M به کمک روش بیشینه احتمال و با استفاده از جایگزینی داده های گم شده، پارامترها (یعنی همبستگی ها) برآورد می شوند (میرز، گامست و گوارینو، ۲۰۰۶). از نظر بسیاری از صاحب نظران روش EM در مقایسه با دیگر روش ها از کارآمدی بسیار بالایی برخوردار است (کلاین، ۲۰۱۶).

نرمال بودن تک متغیری

به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴-۵ قابل مشاهده است.

جدول ۴-۵ نشان می دهد که ارزش های کشیدگی و چولگی هیچ یک از متغیرها از محدوده بین +۲ و -۲ خارج نشده است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده های مربوط به متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک متغیری انحراف آشکاری ندارند (رک کلاین، ۲۰۱۶). همخطی بودن

همخطی بودن زمانی رخ می دهد که همبستگی درونی بین برخی متغیرها بالاتر از ۰/۸۰ باشد، این پدیده هرگونه اعمال ریاضی را مشکل می سازد (کلاین، ۲۰۱۶). با این وجود همخطی بودن موجب تورش در برآورد نمی شود، بلکه موجب قدرت متغیرها و اثرات مشترک غیر معتبر می شود که در این صورت باید یکی از متغیرها از تحلیل حذف شود (کلاین، ۲۰۱۶). برای بررسی همخطی بودن متغیرهای مورد استفاده در پژوهش حاضر می توان به ماتریس همبستگی مراجعه کرد.

2. Kline

3. Expectation Maximization

جدول ۴-۵:

کشیدگی و چولگی سبک های مقابله ای مادر، احساس گناه مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان

متغیر	چولگی	کشیدگی
سبک های مقابله - حفظ انسجام خانواده	۰/۰۵۵	-۰/۴۴۰
سبک های مقابله - حفظ حمایت خانواده	-۰/۰۴۸	-۰/۱۰۷
سبک های مقابله - درک وضعیت پزشکی	۰/۵۲۹	-۰/۵۰۵
احساس گناه	-۰/۰۷۶	۰/۱۲۲
اختلالات عاطفی/رفتاری - پرخاشگری	۰/۸۰۰	-۰/۲۳۶
اختلالات عاطفی/رفتاری - مشکلات دقت/توجه	۰/۸۴۷	۰/۵۳۱
اختلالات عاطفی/رفتاری - مشکلات اجتماعی	۰/۸۷۵	۰/۳۰۶
اختلالات عاطفی/رفتاری - افسردگی	۰/۵۱۹	-۰/۵۵۲
اختلالات عاطفی/رفتاری - اضطراب	۰/۸۶۹	۰/۰۴۷

جدول ۴-۶ نشان می دهد که بیشترین ضریب همبستگی بین متغیرها ۰/۶۲۰ است، بنابراین متغیرهای این تحقیق از اتهام چندخطی بودن مبرا است. پژوهشگر برای اطمینان بیشتر، موضوع همخطی بودن را به کمک عامل تورم واریانس^۴ (VIF) و ضریب تحمل^۵ مورد بررسی قرار داد که نتایج آن در جدول ۴-۶ قابل ملاحظه است.

جدول ۴-۶: عامل تورم واریانس و ضریب تحمل سبک های مقابله ای و احساس گناه مادر		
متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس
سبک های مقابله - حفظ انسجام خانواده	۰/۴۲۸	۲/۳۳۵
سبک های مقابله - حفظ حمایت خانواده	۰/۴۵۵	۲/۱۹۶
سبک های مقابله - درک وضعیت پزشکی	۰/۳۶۵	۲/۷۴۲
احساس گناه	۰/۹۰۴	۱/۱۰۶

جدول فوق نشان می دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از متغیرهای پیش بین بالاتر از ۱۰ نیست. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان دهنده همخطی بودن است. لازم به توضیح است که ضریب تحمل که معادل R^2 - ۱ است دلالت بر نسبت واریانس استاندارد شده کلی دارد که به وسیله دیگر متغیرها تبیین نمی شود. عامل تورم واریانس یکی دیگر از روش های تشخیص همخطی بودن است که معادل $(1 - R^2)$ است و نشان دهنده نسبت واریانس استاندارد شده کلی به واریانس یگانه^۶ است.

فرضیه اول: احساس گناه مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان پیش بینی می کند. فرضیه دوم: سبک های مقابله مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان پیش بینی می کند. در این پژوهش برای آزمون فرضیه های پژوهش از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. این روش بسط مدل خطی

4- variance inflation factor

5- tolerance

6- Unique Variance

کلی است و از دو بخش مهم تشکیل شده است: مدل اندازه گیری و مدل ساختاری. به همین دلیل تحلیل SEM مستلزم گذر از دو مرحله است: بررسی مدل اندازه گیری از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری از طریق تحلیل مسیر. با توجه به این که اغلب پژوهشگران توصیه می کنند، ارزیابی مدل اندازه گیری باید قبل از مدل ساختاری صورت گیرد (هو، ۲۰۰۴ و کلاین، ۲۰۱۶)، به همین دلیل پژوهشگر این مراحل را به ترتیب معمول انجام داده است.

مدل اندازه گیری:

در مدل اندازه گیری (شکل ۴-۴) پنج نشانگر برای انعکاس ساختار اختلالات عاطفی رفتاری در نظر گرفته شده بود و چنین فرض شده بود که نشانگرهای پرخاشگری، مشکلات دقت/توجه، مشکلات اجتماعی، افسردگی و اضطراب متغیر مکنون اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان هموفیلی را اندازه گیری میکند. برازش کلی مدل اندازه گیری با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم افزار AMOS 18.0 و برآورد بیشینه احتمال^۲ (ML) ارزیابی شد. بررسی شاخص های برازندگی حاصل از تحلیل مدل اندازه گیری نشان داد شاخص های برازندگی از براش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده حمایت می کند. جدول ۴-۷ شاخص های برازش مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

جدول ۴-۶: شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری

شاخص های برازندگی	χ^2	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
الگوی اولیه	۷/۱۶	۱/۴۴	۰/۹۹۳	۰/۹۷۰	۰/۹۰۹	۰/۰۷۰
نقاط برش قابل قبول	>۰/۰۵	۵<	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۸۵	<۰/۰۸

همچنان که جدول فوق نشان می دهد مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده برازش مطلوب دارد ($\chi^2/df = 16/7$ ، $df = 5$ ، $N = 90$) ($\chi^2 = 7.16$ ، $CFI = 0.993$ ، $GFI = 0.970$ ، $AGFI = 0.909$ ، $RMSEA = 0.070$). لازم به توضیح است که از نظر کلاین (۲۰۱۶) ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب کوچکتر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازش تعدیل شده بزرگتر از ۰/۸۵، شاخص نکویی برازش و شاخص برازش تطبیقی بزرگتر از ۰/۹ نشانگر برازش قابل قبول مدل با داده های گردآوری شده است. همچنین بولن (۱۹۸۹) بر این باور است که شاخص کای اسکوتر نرم شده بیانگر برازش قابل قبول مدل با داده هاست. جدول ۴-۷ برآورد بار عاملی استاندارد نشده، بار عاملی استاندارد شده، خطای استاندارد و نسبت بحرانی هر یک از نشانگرهای متغیر مکنون فرایندهای خانواده در مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

جدول ۴-۷: پارامترهای مدل اندازه گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

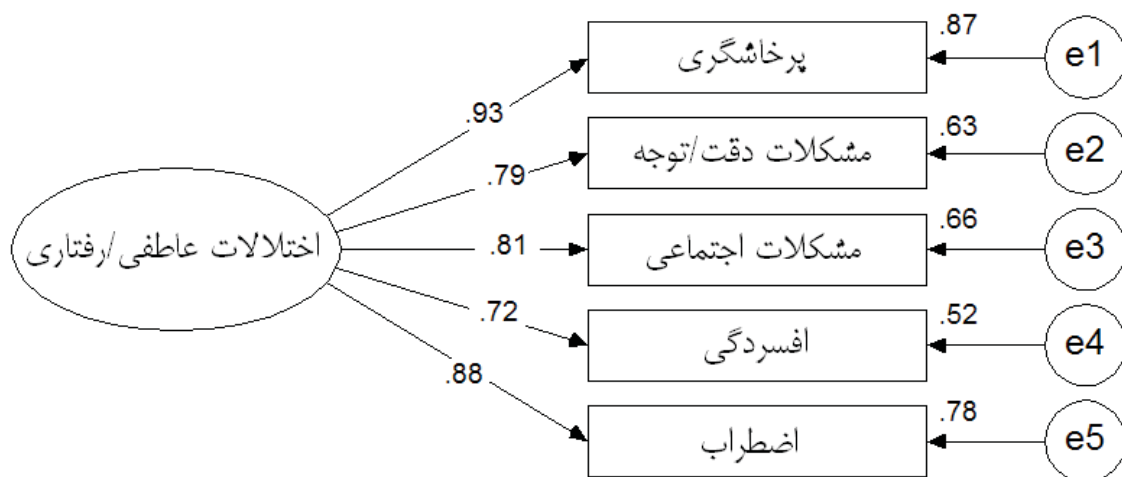
متغیر مکنون - نشانگر	B	β	SE	C.R.
اختلالات عاطفی/رفتاری - پرخاشگری	۱	۰/۹۳۴		
اختلالات عاطفی/رفتاری - مشکلات دقت/توجه	۰/۶۶۹	۰/۷۹۱	۰/۰۶۸	۱۰/۲۹**
اختلالات عاطفی/رفتاری - مشکلات اجتماعی	۰/۶۴۳	۰/۸۱۴	۰/۰۵۹	۱۰/۹۳**
اختلالات عاطفی/رفتاری - افسردگی	۰/۳۴۱	۰/۷۲۰	۰/۰۳۹	۸/۶۵**
اختلالات عاطفی/رفتاری - اضطراب	۰/۸۳۰	۰/۸۸۳	۰/۰۶۳	۱۳/۱۵**

$P^{**} < 0.01$

نکته: بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به نشانگر پرخاشگری با عدد ۱ تثبت شده، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آنها محاسبه نشده است.

جدول ۴-۷ نشان می دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ است. طبق دیدگاه تاباچینک و فیدل (۲۰۱۳)، بارهای عاملی پایین تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب شده و می توان گفت چنین نشانگرهایی از توان لازم برای سنجش متغیر مکنون خود

برخوردار نیستند. براساس جدول ۴-۷ بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر پرخاشگری ($\beta=0/934$) و پایین ترین بار عاملی متعلق به نشانگر افسردگی ($\beta=0/720$) است. با استناد به نتایج جدول ۴-۷ می توان گفت نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون خود برخوردارند. شکل ۴-۴ مدل اندازه گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده های استاندارد را نشان میدهد.



شکل ۴-۴: مدل اندازه گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده های استاندارد.

آزمون مدل ساختاری

پس از ارزیابی مدل اندازه گیری، مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. در این مدل (شکل ۴-۵) چنان فرض شده بود که سبک های مقابله مادر به واسطه احساس گناه آنان با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان رابطه دارد. بررسی شاخصهای برازندگی حاصل از آزمون مدل ساختاری پژوهش نشان داد که مجدورکای بدست آمده نشان از برازش مدل با دادهها دارد ($p < 0/01$ ، $\chi^2(90N) = 20/55$ ، $df = 22$)، همانند شاخص مجدورکای دیگر شاخصهای برازندگی نیز از برازش قابل قبول مدل با دادهها حمایت نمودند ($\chi^2/df = 0/93$ ، $CFI = 1/00$ ، $GFI = 0/952$ ، $AGFI = 0/901$ و $RMSEA = 0/030$). جدول ۴-۸ ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین سبک های مقابله مادر، احساس گناه او و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان را در مدل ساختاری نشان می دهد.

نتیجه آزمون فرضیه های پژوهش براساس جدول ۴-۸ به قرار زیر است:

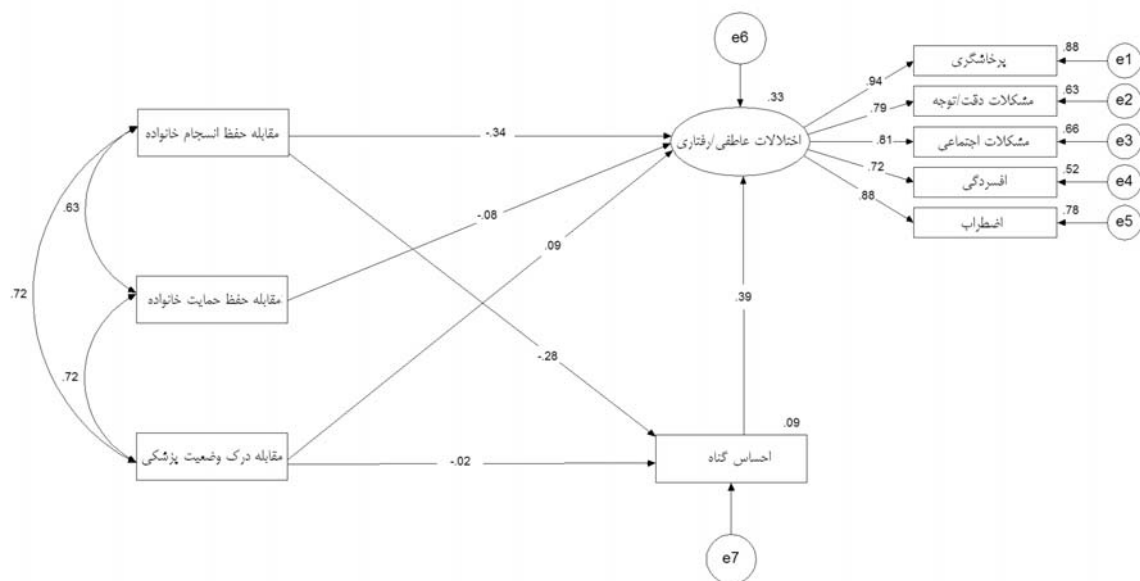
فرضیه اول: احساس گناه مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان پیش بینی می کند. همچنان که در جدول ۴-۸ ملاحظه می شود، ضرایب مسیر بین احساس گناه مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($P < 0/01$ ، $\beta = 0/385$). بدین ترتیب در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه گیری شد که احساس گناه مادر به صورت مثبت و معنادار اختلالات عاطفی رفتاری در فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان را پیش بینی می کند.

جدول ۴-۸: ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین سبک های مقابله مادر، احساس گناه او و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان در مدل ساختاری

sig	β	S.E	b	مسیرها	
۰/۰۰۲	-۰/۴۴۷	۰/۰۹۰	-۰/۳۱۲	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ انسجام خانواده	ضرایب مسیر کل
۰/۶۴۰	-۰/۰۸۲	۰/۰۹۹	-۰/۰۵۰	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ حمایت خانواده	
۰/۵۹۱	۰/۰۸۷	۰/۱۴۰	۰/۰۷۲	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله درک وضعیت پزشکی	
۰/۰۰۸	-۰/۳۳۹	۰/۰۸۳	-۰/۲۳۷	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ انسجام خانواده	ضرایب مسیر مستقیم
۰/۶۰۴	-۰/۰۸۲	۰/۰۹۹	-۰/۰۵۰	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ حمایت خانواده	
۰/۵۲۰	۰/۰۹۴	۰/۱۲۳	۰/۰۷۸	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله درک وضعیت پزشکی	
۰/۰۰۳	۰/۳۸۵	۰/۰۳۴	۰/۱۱۳	اختلالات عاطفی رفتاری ← احساس گناه	
۰/۰۵۰	-۰/۱۰۸	۰/۰۴۸	-۰/۰۷۵	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ انسجام خانواده	اثر غیر مستقیم
۰/۸۹۵	-۰/۰۳۱	۰/۰۵۲	۰/۰۰۶	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله حفظ حمایت خانواده	
۰/۹۳۱	-۰/۰۰۷	۰/۰۵۷	-۰/۰۰۵	اختلالات عاطفی رفتاری ← مقابله درک وضعیت پزشکی	

فرضیه دوم: سبک های مقابله مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان پیش بینی می کند. جدول ۴-۸ نشان می دهد که ضریب مسیر کل ($\beta = -0.447, P < 0.01$) و مستقیم ($\beta = -0.339, P < 0.01$) سبک مقابله حفظ انسجام خانواده مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان منفی و در سطح ۰/۱ معنادار است. در مقابل ضریب مسیر مستقیم و کل دو سبک مقابله حمایت اجتماعی و درک وضعیت پزشکی با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم چنین نتیجه گیری شد که از بین سبک های مقابله مادر، سبک حفظ انسجام خانواده به صورت منفی و معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی پیش بینی می کند.

لازم به توضیح است که نتایج جدول فوق نشان می دهد که از بین سبک های مقابله مادر، تنها رابطه غیر مستقیم بین سبک مقابله حفظ انسجام خانواده با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی در سطح ۰/۰۵ معنادار بود ($\beta = -0.108, P < 0.05$). بنابراین می توان به عنوان یک یافته جانبی چنین نتیجه گیری نمود که احساس گناه رابطه بین سبک مقابله حفظ انسجام خانواده با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی را میانجیگری می کند. در ادامه شکل ۴-۵ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین سبک های مقابله ای و احساس گناه مادر با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی را نشان می دهد.



شکل ۴-۵: روابط بین سبک های مقابله و احساس گناه مادر با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی

لازم به ذکر است که مجموع مجذور همبستگی های چند گانه برای اختلالات عاطفی رفتاری برابر با $0/33$ بود. این یافته بیانگر آن است که احساس گناه و سبک های مقابله ای مادر در مجموع 33 درصد از واریانس اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان می دهد که نسبت بالایی از اختلالات و علائم روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مبتلا به هموفیلی و والدین آنها وجود دارد. مهمتر از همه، این مطالعه تاکید می کند که عوامل روانپزشکی نباید در درمان و پیگیری کودکان و نوجوانان مبتلا به هموفیلی نادیده گرفته شوند. علاوه بر این، متخصصان مراقبت های بهداشتی که با چنین بیمارانی کار می کردند باید از علائم هشدار دهنده مشکلات روانی عمیق تر آگاه باشند و مشاوره روانپزشکی باید در مدیریت این کودکان گنجانده شود. ممکن است تهیه طیف وسیعی از برنامه های مداخله ای برای کودکان مبتلا به بیماری های مزمن و به ویژه برای مبتلایان به هموفیلی توصیه شود. همچنین مشکلاتی که در روابط خانوادگی و یا در رابطه خاص مادر - فرزند وجود دارند می توانند سبب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان مبتلا به بیماری هموفیلی شوند.

افراد مبتلا به هموفیلی و همچنین والدین این افراد علاوه بر دریافت درمان های پزشکی که نیاز دارند، باید راهبردهای لازم برای مقابله با چالش های فیزیکی، عاطفی و اجتماعی را که در مراحل مختلف زندگی خود با آن مواجه می شوند، به دست آورند. برای این منظور، لازم است از هر گونه عدم قطعیتی که ممکن است برای بیمار یا والدین پس از تشخیص بیماری ایجاد شود، حمایت شود و به آنها کمک شود تا یک الگوی پاسخ سالم به شرایط خاص این بیماری ایجاد کنند.

فرضیه اول: احساس گناه مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری کودکان مبتلا به هموفیلی را پیش بینی می کند. در اختلالات عاطفی رفتاری پنج پارامتر که شامل نشانگرهای پرخاشگری، مشکلات دقت/توجه، مشکلات اجتماعی، افسردگی و اضطراب است در فرزندان هموفیل سنجیده می شود. برازش کلی مدل اندازه گیری با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار AMOS180 و برآورد پیشینه ML ارزیابی شد. با توجه به جدول ۸-۴ ضرایب مسیر بین احساس گناه مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است ($\beta = 0/385, p < 0/01$). به عبارت دیگر می توان گفت احساس گناه در مادران دارای فرزند هموفیل، اختلالات عاطفی رفتاری را در افراد مبتلا پیش بینی می کند.

به عنوان یک یافته جانبی می توان چنین نتیجه گیری نمود که احساس گناه موجود در مادران می تواند سبک های مقابله ای آنها را با

نسبت به فرزند خود، بخصوص فرزند بیمار سهل گیرتر باشند یا از ترس از دست دادن ارتباط خود با فرزندان خود از ایجاد عواقب واهمه داشته باشند.

نتایج برآمده از این فرضیه با توجه به رویکردهای نظری و تحقیقات انجام شده شعبانی و زارع (۱۳۹۲) و زارع (۱۳۸۶) همسو می باشد. تحقیقات شعبانی و زارع به منظور اثر بخشی مراقبت از بیماران هموفیل در کاهش احساس گناه، افسردگی و اضطراب نشان داد که تولد فرزند هموفیل می تواند باعث ایجاد احساس گناه و نگرانی هایی در مادران شده و در ماندگی آنها را در مراقبت از فرزندشان تحت الشعاع قرار دهد. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که آموزش مراقبت از بیماران هموفیلی در مادران می تواند احساس گناه، اضطراب و افسردگی را کاهش داده و برخوردی معقولانه را در پی داشته باشد.

فرضیه دوم: سبک های مقابله ای مادر به صورت معنادار اختلالات عاطفی رفتاری را در فرزندان مبتلا به هموفیلی پیش بینی می کند. سبک های مقابله ای کنار آمدن دارای سه مولفه می باشد که شامل ۱. حفظ انسجام خانوادگی، همکاری و دیدگاه خوش بینانه نسبت به وضعیت ۲. حفظ حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس و ثبات روحی - روانی ۳. درک وضعیت پزشکی از طریق ارتباط با دیگر والدین یا مشاوره با کادر پزشکی

جدول ۸-۴ نشان می دهد که ضرایب مسیر کل ($P < 0/01$)، $\beta = 0/447$ و مستقیم ($P < 0/01$)، $\beta = 0/339$ سبک مقابله حفظ انسجام خانواده مادر و اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی آنان منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. نتایج این فرضیه با تحقیقات مطهریان، ضیاعی، محمودی راد (۱۳۸۱) ، تحقیقات اسکلمن و همکاران و تحقیقات شهبازخان (۱۳۹۳) همسو می باشد.

در تبیین این همسویی با توجه به رویکردهای نظری و تحقیقات انجام گرفته می توان گفت هر اندازه سبک های مقابله ای مادران ناکارآمدتر باشد اختلالات عاطفی رفتاری بیشتری را می توان در فرزندان آنها پیش بینی کرد و یا بین سبک های مقابله ای مادر و برخی مولفه های عاطفی رفتاری کودکان رابطه معنادار منفی وجود دارد. به این معنا که با افزایش ناکارآمدی راهبردهای مقابله ای مادران اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان افزایش می یابد. همچنین مادرانی که نمی توانند انسجام خانواده را حفظ کنند ، عملکرد روانشناختی و تربیتی ضعیفی داشته و فرزندانشان دچار اختلالات عاطفی و رفتاری می شوند. بعلاوه فرزندان ، رفتارهای مخرب والدین را درونی سازی کرده و دچار آشفتگی و اختلال رفتاری و عاطفی می شوند.

پیشنهادهایی برای مادران دارای فرزند مبتلا به هموفیلی محرک های خود را شناسایی کنید: به افکار خود کاری که باعث می شود نسبت به خودتان احساس گناه یا قضاوت کنید، توجه

اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان میانجیگری کند. طبق شکل ۴-۵ روابط بین سبک های مقابله و احساس گناه مادر با اختلالات عاطفی رفتاری فرزندان مبتلا به هموفیلی می توان فرضیه دوم را چنین تبیین کرد.

زمانی والدین دچار احساس گناه می شوند که بین مسئولیت های خود به عنوان والد و سایر نیازهای شخصی و شرایط مورد انتظار نظیر کار یا سایر علایق شخصی، دچار دوگانگی می شوند. معمولا بین نقش های والدینی و نقش های حرفه ای/ شغلی و نیازهای شخصی والدین تنش دائمی وجود دارد، زیرا زمانی که والدین در حال کار یا دوری از فرزندان خود هستند، از اینکه وقت خود را با فرزندان خود سپری نمی کنند، احساس گناه می کنند و زمانی که با فرزندان خود هستند، اغلب به دلیل بی توجهی به کار یا سایر مسئولیت ها احساس گناه می کنند. این احساس گناه در مادر به طرق زیر بروز می کند:

مادر احساس می کند که هرگز به طور کامل نقش والد را ایفا نمی کند؛ احساس می کند همیشه کار اشتباهی انجام می دهد؛ همیشه فهرستی طولانی از کارهایی که باید انجام دهد دارد، اما احساس می کند که فقط می تواند حداقل ها را انجام دهد تا از پس آن برآید؛ احساس می کند نمی تواند از وقت خود با فرزندان خود لذت ببرد؛ برای خودش وقت ندارد؛ احساس ناتوانی در انجام هر گونه سرگرمی یا فعالیتی لذت بخش دارد؛ احساس اضطراب یا افسردگی دارد؛ همیشه احساس خستگی و استرس می کند؛ روابط خود را در خانه، محل کار، و با دوستان متشنج می پندارد. احساس گناه مادر می تواند ناشی از فشارهای داخلی و خارجی باشد:

فشارهای درونی: مادران اغلب انتظارات غیر واقعی از خود دارند. داشتن فرزند به تنهایی یک شغل تمام وقت است. مادر بودن در عین شاغل بودن بار سنگینی از مسئولیت و فشار روانی بسیار زیادی به همراه می آورد و عملکرد روانشناختی مادر را مختل می کند. فشارهای بیرونی: از بیرون، اغلب فشار فوق العاده ای برای مادر کامل بودن وجود دارد. با این حال، بسیاری از مادران این استانداردها را غیرواقعی و دست نیافتنی می دانند که با وجود استرس ها و چالش های شدیدی که به عنوان والد با آن مواجه هستند، احساس گناه شدیدی در مادر ایجاد کرده و متعاقبا برخورد با نیاز های فرزند خود را مختل می کند. و در نتیجه احساس گناه مادر اثرات مخربی بر تعامل با فرزند خویش می گذارد از جمله: جبران از راه های دیگر: اغلب، مادران احساس گناه خویش را با دادن غرامت مادی یا مالی بیشتر به فرزند خود جبران می کنند. احساس شکست: برخی مادران ممکن است از ارزش خود به میزان قابل توجهی بکاهند و خویش را در نقش والد شکست خورده می بینند.

سهل انگاری: ممکن است که مادران بخاطر احساس گناه خویش

کنید. شناسایی محرک های احساس گناه می تواند به شما کمک کند تا کنترل بهتری بر آنها داشته باشید. افکار خود را مجدداً تنظیم کنید: اگر متوجه افکار غیر مفیدی شدید که باعث ایجاد احساس گناه در شما می شود، سعی کنید آگاهانه آنها را به شیوه ای مثبت تر اصلاح کنید. به عنوان مثال، به جای احساس گناه در حین کار، به خود بگویید: "من برای حمایت از فرزندم کار می کنم." انتظارات خود را مجدداً تنظیم کنید: ممکن است کارهای خاصی وجود داشته باشد که به دلیل محدودیت در زمان و انرژی خود قادر به انجام آنها نباشید. تنظیم مجدد انتظارات و پذیرش محدودیت های کاری که می توانید انجام دهید می تواند به شما کمک کند کمتر احساس گناه کنید. تمرکز بر حضور: تمرکز بر حضور در هر کجا که هستید. به عنوان مثال، زمانی که با فرزندان خود هستید، روی لذت بردن از اوقات خود با آنها تمرکز کنید و زمانی که در محل کار هستید، بر انجام وظایف خود تمرکز کنید. یک سیستم حمایتی بسازید: به جای اینکه خود را منزوی کنید، یک جامعه حمایتی از دوستان و اعضای خانواده پیدا کنید تا به آنها تکیه کنید. در صورت نیاز از آنها کمک بخواهید. از مقایسه پرهیزید: مقایسه خود با والدین دیگر تمرینی بی ثمر است. در عوض، پیوستن به یک گروه حمایتی از والدین با شرایط مشابه ممکن است مفید باشد، زیرا ممکن است منبع مشاوره، الهام، تجربه و حمایت باشند. استراحت کنید: سعی کنید گاه به گاه به خود استراحت دهید تا باتری های خود را دوباره شارژ کنید. می توانید هر روز ۱۰ دقیقه به خودتان اختصاص دهید یا هر چند وقت یکبار یک روز یا شب استراحت کنید. مراقبت از خود را تمرین کنید: نسبت به خود دلسوز و مهربان باشید. راه هایی برای اولویت بندی خود و تمرین مراقبت از خود بیابید. به دنبال کمک حرفه ای باشید: اگر متوجه شدید که نمی توانید کنار بیایید و اغلب احساس گناه، ناامیدی، افسردگی یا اضطراب را تجربه می کنید، به دنبال درمان باشید تا به مدیریت ذهنیتان کمک کند و تعادل بهتری در زندگی تان پیدا کنید.

منابع

منابع فارسی

آرونست، آ. خونریزی و بیماران هموفیلی، (ترجمه عبدالحمید جهان مهر، ۱۳۸۱). تهران: موسسه فریاد کلام.
حیدری، احمد؛ دهقانی، مهدی. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر یک برنامه درمانی روی فاکتورهای جسمانی و روانی افراد مبتلا به هموفیلی. مقاله علمی پژوهشی. سال سوم. شماره ۱۳.

رجایی، ع.، خوی نژاد، غ.، جوانمرد، ج.، و عبدالله پور، م. (۱۳۹۴). رابطه ی حالت های روان شناختی مثبت با سبک های مقابله ای. اصول بهداشت روانی، ۷۰(۱۸)، ۶۳-۵۷.

زارع، مریم؛ شعبانی، حسین. (۱۳۸۶). مراقبت از کودک هموفیلی. دوره ۴. شماره ۳: ۱۱-۱۶.
زارع، حسین؛ شعبانی، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی آموزش مراقبت از بیماران هموفیلی در کاهش احساس گناه، افسردگی و اضطراب مادران. دوره ۵، شماره ۱۵: ۱۰-۲.

عسگری پور، حسین؛ محمدی، عیسی؛ معماریان، ربابه. تاثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی، سال سوم، دوره ۱۴، شماره ۶۹: ۱-۱۲.
کامکار، منوچهر؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۵). تاثیر ارائه الگوهای موفق تحصیلی اجتماعی هموفیلی بر میزان افسردگی و اضطراب نوجوانان هموفیلی استان اصفهان، دوره ۷، شماره ۲: ۱۳-۱.

مطهریان، الهه؛ ضیاعی، مسعود؛ محمودی راد، علیرضا. (۱۳۸۱). بررسی سبک های مقابله ای در مراقبان اصلی دارای فرزند مبتلا به هموفیلی. دوره ۶، شماره ۳: ۱۳.
معاونت آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری های خاص. (۱۳۸۱). هموفیلی چیست. ناشر: ریحانه نبی (ص)
ملک شاهی، فرید. (۱۳۸۰). بررسی مشکلات روانی و رفتاری بیماران هموفیلی مراجعه کننده به بیمارستان مدنی خرم آباد، فصل نامه اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۱۲ و ۱۱: ۱۱۵-۱۲۱.

Abali O, Zulfikar OB, Karakoç Demirkaya S, Ayaydin H, Kircelli F, Duman M. An examination of the symptoms of anxiety and parental attitude in children with hemophilia. Turk J Med Sci. 2014;44(6):1087-90. doi: 10.3906/sag-1310-82. PMID:25552165.

Aaron Resch, J, Gerardo Mireles, Michael R. Benz, Cheryl Grenwelge, Rick Peterson, Dalun Zhang. (2010). Giving Parents a Voice: A Qualitative Study of the Challenges Experienced by Parents of Children With Disabilities. Rehabilitation Psychology, Volume 55, Issue 2,, Pages 139-150.

Anolli, L., & Pascucci, P.2005. Guilt and guilt-proneness, shame and shame-proneness in Indian and Italian Young adults. Personality and Individual Differences, 39, 763-773.

- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., Swinson, R. P. 1998. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Bevav. Res. Ther.* 36, 1143-1154.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three years-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Barret, K. C. 1998. «A functionalist approach to shame and guilt». In J. P. Tangney and K. W. Fischer, *Self Conscious Emotion: Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*. New York: Guilford, pp. 25-63.
- Bradford, Y. (1997). Psychological well-being and coping in mothers of youths with Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal of mental Retardation*, 109(3), 254-237.
- Campbell, J. D., & Di Paula, A. 2002. Perfectionism self-beliefs: Their relation to personality and goal pursuit. In G. L. Fleet & P. L. Hewitt (Eds.), *perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 181-198). Washington, Dc: American psychological Association.
- Chang, E. C., & Rand, K. L. 2000. Perfectionism as a predictor or subsequent adjustment: Evidence for a specific diathesis-stress mechanism among college students. *Journal of counseling psychology*, 47, 129-137.
- Chang, E. C., Sanna, L. J., 2001. Negative attributional style as a moderator of the link between perfectionism and depressive symptoms: preliminary evidence for an integrative model. *J. Couns. Psychol.* 48, 490-495.
- Chiu AS, Blanchette VS, Barrera M, Hilliard P, Young NL, Abad A, Feldman BM. Social participation and hemophilia: Self-perception, social support, and their influence on boys in Canada. *Res Pract Thromb Haemost.* 2021 Nov 30;5(8):e12627. doi: 10.1002/rth2.12627. PMID: 34877447; PMCID: PMC8633242.
- Cook, L. C., & Kearney, C. A. 2009. Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology, personality and individual differences, 46, 325-336.
- Cooke, Kearney C. A. 2009. Perfectionism and Internalizing Psychopathology. *Pers Individ Dif.* 46: 325-30
- Dover S, Young NL, Blanchette VS, Klaassen RJ, Chan AK, Wakefield C, Bouskill V, Carcao M, Belletrutti M, Bruce AAK, Price VE. Measuring the impact of hemophilia on families: Development of the Hemophilia Family Impact Tool (H-FIT). *Res Pract Thromb Haemost.* 2021 May 7;5(4):e12519. doi: 10.1002/rth2.12519. PMID: 34013152; PMCID: PMC8114030.
- Danielle, S. M., Dana, L. R., Neil, A. E., Stan, W. S., Nancy, H. D. 2006. A mediated of perfectionism, affect, and physical health. *J Res Psychol*, 40: 482-500.
- Doğan, M. (2010). Comparison of the parents of children with and without hearing loss in terms of stress, depression, and trait anxiety. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 2,232-246.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. 2000. Self-critical perfectionism, coping hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive therapy and research*, 24, 713-730.
- Englbrecht, M., Psych, D., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte, M., Sokka, T., Kvien, T. K., & Schett, G. (2012). The Impact of Coping Strategies on Mental and Physical Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 41(4), 545-555.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. (2003). A comparison of mother's and father's experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 112-115.
- Furlan R, Krishnan S, Vietri J. Patient and parent preferences for characteristics of prophylactic treatment in hemophilia. *Patient Prefer Adherence.* 2015 Nov 23;9:1687-94. doi: 10.2147/PPA.S92520. PMID: 26648701; PMCID: PMC4664548.
- García-Ripoll M, De la Corte-Rodríguez H. Disability and the social impact of hemophilia. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 2023 Jun 1;34(S1):S26-S28. doi: 10.1097/MBC.0000000000001207. PMID: 37254728.
- Gilbert, P. & Miles, J. 2000. Sensitivity to put-down; it's relationship to perception of social rank, shame, social anxiety, depression, anger, and self-other blame, *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Goswick, R. A., & Jones, W. H. 1981. Loneliness, self-concept, and adjustment. *Journal of Psychology*, 107, 226-237.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Coreel, J. 2003. Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and social Psychology*, 85, 969-978.
- Joseph, M.D. Knowledge and health practices among the hemophilia in the united states, *Journal of psychology.* (1982)vol.32.4:345-368
- Michie, S. 2009. Pride and gratitude: How positive emotions influence the prosocial behaviors of organizational leaders. *Journal of leadership organizational studies*, 15, 393-403.

- Miller, R., Sabin, C. A., Goldman, E. Clemente, C., Sadowski, Taloorl, H., & Leei, C. A. (2000). Coping styles in families with hemophilia. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 1: 12-3.
- Pinto PR, Paredes AC, Pedras S, Costa P, Crato M, Fernandes S, Lopes M, Carvalho M, Almeida A. Sociodemographic, Clinical, and Psychosocial Characteristics of People with Hemophilia in Portugal: Findings from the First National Survey. *TH Open*. 2018 Feb 14;2(1):e54-e67. doi: 10.1055/s-0038-1624568. PMID: 31249930; PMCID: PMC6524863.
- Sikora, D., Moran, E., Orlich, F., Hall, T. A., Kovacs, E. A., Delahaye, J. . . . Kuhlthau, K. (2013). The relationship between family functioning and behavior problems in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), 307-315. doi:https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.09.006
- Towe-Goodman, N. R., & Teti, D. M. (2008). Power assertive discipline, maternal emotional involvement, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22,648–651.
- Vannata, Robert, B. Social Emotional and Behavioral functioning of children with hemophilia. (2002).vol.22.4:1205-1245.
- Van Meurs, I., Reef, J., Verhulst, F. C., & Van Der Ende, J. (2009). Intergenerational Transmission of Child Problem Behaviors: A Longitudinal, Population-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 138-145. doi:https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318191770d
- Zengin Ersoy G, Ertekin M, Dikme G. Hemophilia Caregiver Burden in a Low Socioeconomic Region of Turkey. *Turk Arch Pediatr*. 2023 Nov;58(6):618-624. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2023.23129. PMID: 37818843; PMCID: PMC10724745.

پیش‌بینی افسردگی براساس سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

فاطمه محمدی شیر محله

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

علیرضا شکرگزار

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

ژابیز زارع کاریزک

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

Prediction of depression based on brain-behavioral systems and difficulty in emotion regulation In people with type 2 diabetes

Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Responsible author of the article)

Alireza Shekargazar

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Xabiz Zare Karizek

Master student of Clinical Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting depression based on brain-behavioral systems and difficulty in emotion regulation in people with type 2 diabetes. The research was descriptive-cross-sectional and correlational. All the patients with type 2 diabetes referred to the Armaghan diabetes clinic in Karaj in 2011, with the number of 218 people, formed the statistical population of the study, which was selected using the available sampling method, and 200 people were selected as a sample, and the research tools included these questionnaires: Revised Depression, Brain-Behavioral System Questionnaire and Emotion Regulation Difficulty Questionnaire answered.

Data analysis was done at two levels of descriptive statistics and correlation coefficient test and multiple regression with SPSS-v26. The findings showed that the behavioral inhibition system has a positive and significant correlation with depression ($r=0.519$ and $P<0.017$) and there is a negative and significant correlation between the behavioral activation system and depression ($r=0.519$ and $P<0.017$). $r=0$ and $P>0.022$). Also, the results showed that there is a positive and significant correlation between the difficulty of emotion regulation and suffering from depression ($r=0.545$ and $P<0.002$). Based on research findings in medical centers, it is necessary to pay attention to the antecedents of depression and improve emotional regulation to increase the general health of people with diabetes.

Key words: depression, emotion regulation difficulty, brain-behavioral system, type 2 diabetes

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی براساس سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی بود. تمامی مبتلایان به دیابت نوع دوم مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت ارمغان شهر کرج در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۲۱۸ نفر جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند، که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی، پرسشنامه سیستم مغزی-رفتاری و پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه با SPSS-v26 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که سیستم بازدارنده رفتاری با ابتلای به افسردگی همبستگی مثبت و معنادار ($P < 0/017$ و $r = 0/519$) و بین سیستم فعال‌ساز رفتاری با ابتلای به افسردگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/022$ و $r = -0/317$). همچنین، نتایج نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان با ابتلای به افسردگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/002$ و $r = 0/545$). براساس یافته‌های پژوهش در مراکز درمانی برای افزایش سلامت عمومی مبتلایان به دیابت توجه به پیشایندهای افسردگی و بهبود تنظیم هیجان ضروری است.

واژگان کلیدی: افسردگی، دشواری تنظیم هیجان، سیستم مغزی-رفتاری، دیابت نوع دوم

مقدمه

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی^۸، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی عمومی را تا سال ۲۰۲۵ به خود اختصاص خواهند داد (دکلارنسک و سونی^۹، ۲۰۲۲). بیماری‌های مزمن یکی از اساسی‌ترین بیماری‌های روان-تنی است که افراد با آن مواجه می‌شوند و همواره یکی از دغدغه‌های نظام بهداشتی-درمانی، برنامه‌ریزان و پژوهشگران تلقی می‌گردد (هیومانن، روهنسچ و هامل^{۱۰}، ۲۰۲۲).

دیابت^{۱۱} از بیماری‌های مزمن و شایعی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی ایجاد می‌شود. فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد و در نتیجه ازدیاد قندخون به وجود آمده و بیمار مبتلا به عوارض کوتاه و بلندمدت می‌شود (کلاین، گاستالدلی، یکی-جاروینن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲).

دیابت ممکن است افراد مبتلا را منزوی کرده، بر سازگاری اجتماعی آن‌ها اثرگذار باشد و فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را محدود کند تا جایی که ممکن است برخی از بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی‌هایشان اجتناب ورزند و باعث مشکلات خلقی گردد. در این راستا پژوهش بیان می‌دارد از عوامل روانشناختی مرتبط با دیابت نوع دو، کاهش عملکرد شناختی است که می‌تواند موجب افسردگی^{۱۳} بیشتر در فرد مبتلا گردد (کائور، اسپچول و اونز-گاری^{۱۴}، ۲۰۲۲)، تا جایی که تخمین زده می‌شود شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۱۵ تا ۲۰ درصد بیشتر از دیگر بیماری‌ها است (هی، وانگ، لی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲).

افسردگی یک واکنش هیجانی است که علاوه بر اینکه احساس بی‌علاقگی و عدم لذت را با خود به همراه دارد، با نشانه‌های احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی همراه است. این اختلال همچنین باعث اختلال در تصمیم‌گیری، توجه و تمرکز می‌گردد و فرد مبتلا به افسردگی احساس عمیق و شدید بی‌ارزشی و پوچی در زندگی دارد (بصیری مقدم، سلیمانی و قدیمی‌فر، ۱۴۰۱).

این اختلال با ویژگی‌هایی از قبیل شیوع بسیار بالا، عموماً عودکننده و با مشکلات بالقوه مزمن مشخص می‌شود و از نگاه سبب‌شناسی، در ایجاد آن ترکیبی از عوامل روانی، بیولوژیکی و اجتماعی دخالت دارد (شوری، نگ و وانگ^{۱۶}، ۲۰۲۲). در این میان سیستم‌های

8-World health organization

9-DeClercq & Sweeney

10-Heumann, Röhnsch & Hämel

11-Diabete

12-Klein, Gastaldelli & Yki-Järvinen

13-Depression

14-Kaur, Scholl & Owens-Gary

15-He, Wang & Li

16-Shorey, Ng & Wong

مغزی-رفتاری^{۱۷} از عوامل بیولوژیکی مرتبط با افسردگی به شمار می‌رود که از حمایت پژوهشی نیز برخوردار است (وطن‌خواه، شمس، رشتیانی و همکاران، ۱۴۰۰).

گری از پژوهشگران پیشگامی است که در نظریه حساسیت به تقویت، سه سیستم فعال‌سازی رفتاری (با هرگونه نشانه مواجهه با پاداش فعال می‌گردد)، سیستم بازداری رفتاری (در مواجهه با تعارض و تضاد بین فعال‌سازی و اجتناب فعال می‌گردد و سبب تولید رفتار تدافعی در مواجهه با شرایط تضاد می‌گردد) و سیستم جنگ-گریز-انجماد (به صورت برخورد با هر نوع محرک ناخوشایند شرطی و غیرشرطی فعال می‌گردد) را بیان می‌دارد (گری^{۱۸}، ۲۰۰۰ به نقل از بدیهی زراعتی و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش نشان داده است که ابعاد سیستم‌های مغزی-رفتاری با شدت درد ارتباط معناداری دارند. این رابطه با سیستم فعال‌سازی رفتار رابطه منفی و با سیستم بازداری و جنگ و گریز رابطه مثبت و معناداری است (شمسی‌پور دهکردی و همکاران، ۱۴۰۰).

از دیگر سو برآیندهای پژوهشی نشان داده‌اند که تجربه هیجانات منفی نظیر خشم، ناکامی، ناامیدی، ترس، گناه، شرم و افسردگی در بیماران دیابتی بسیار معمول هستند (کانه^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان^{۲۰} در بیشتر مطالعات همسان با مقابله شناختی فرض می‌شود و در کل به راه‌های شناختی، مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات برانگیخته هیجانی گفته می‌شود. فرایندهای شناختی می‌توانند به افراد کمک کنند تا بتوانند مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها و یا عواطف را بر عهده بگیرند تا از این طریق بر مهار هیجان‌ها بعد از وقایع اضطراب‌آور و استرس‌زا توانا باشند (رامتین فر و علیزاده، ۱۳۹۹).

در بیماران دیابتی توانایی تنظیم هیجان در موقعیت‌های استرس‌زا امری مهم است؛ زیرا بسیاری از بیماران از اینکه باید تسلیم تجویزهای دارویی شوند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند. این امر بر خلق آن‌ها و تنظیم گلوکز خون تأثیر منفی می‌گذارد و به بروز هیجانات منفی مانند خشم و احساس گناه دامن می‌زند و این موضوع نیاز آنان را به تنظیم هیجان بیشتر می‌کند (داودبان، هاشمی‌پور، قلیچ‌خان و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به اینکه شخص مبتلا به دیابت نیازمند تطابق فیزیکی و روانی با شرایط موجود است و دیابت یکی از تجربیات منفی زندگی تلقی می‌گردد که شیوع نسبتاً بالایی را در سال‌های اخیر نشان داده است، مورد توجه قرار دادن ابعاد روانشناختی فرد مبتلا به دیابت به منظور کاهش آسیب‌های احتمالی و تشدید بیماری و پیشگیری از هزینه‌های درمانی بیشتر، امری ضروری تلقی می‌گردد. بنابراین با در نظر گرفتن آنچه بیان شد و همچنین خلاء تحقیقاتی در خصوص مطالعه حاضر در داخل کشور، این پژوهش هدف اصلی خود را در راستای پاسخدهی به این سؤال قرار داده است که آیا افسردگی براساس سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو قابل پیش‌بینی است؟

روش

جامعه، نمونه و نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع دو دارای تشخیص پزشکی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت ارمغان شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به آمار مراجعین تا تاریخ گردآوری اطلاعات (نیمه دوم سال ۱۴۰۱) تعداد افراد مبتلا برابر با ۲۱۸ نفر توسط مسئولین مرکز گزارش شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

به منظور تعیین حجم نمونه در این مطالعه از فرمول پلنت ($N \geq 50 + 8M$) که توسط تاباچنیک، فیدل و اولمن^{۲۱} (۲۰۰۷) بیان شده است، استفاده شد. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین است. بنابراین در مجموع ۱۰ متغیر پیش‌بین در این مطالعه وجود دارد. سیستم‌های مغزی-رفتاری، دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن‌ها در مجموع ۱۰ متغیر پیش‌بین پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. اما با توجه به احتمال مخدوش شدن پرسشنامه‌ها و ریزش برخی از نمونه‌ها و به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، در مجموع تعداد ۲۰۰ نفر انتخاب شد.

در این پژوهش، مطابق با موازین اخلاقی، دانش‌آموزان به طور داوطلبانه و با رضایت آگاهانه کتبی پس از توضیح کوتاه و جامعی درباره ماهیت و اهداف پژوهش، نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اعلام آمادگی کردند. به افراد اطمینان داده شد که هیچ‌گونه اطلاعات خصوصی

17-Brain-behavioral systems

18-Gary

19-Kane

20-Emotion regulation

21-Tabachnick, Fidell & Ullman

و خانوادگی از آنها اخذ نخواهد شد و در هر مرحله از پاسخ‌گویی به سئوالات چنانچه مایل به ادامه همکاری نبودند، می‌توانند از روند پژوهش خارج شوند. در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک (BDI-II)^{۲۲}: از بین تست‌ها و پرسشنامه‌هایی که جهت سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره ۶۳ و حداقل نمره ۰ می‌باشد. نمره صفر تا ۹ حاکی از عدم افسردگی و یا عادی بودن است. نمره بین ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمره بین ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک، استر و براون^{۲۳}، ۲۰۰۰). فرم تجدیدنظر شده افسردگی در مقایسه با فرم اولی بیشتر با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۲۴} همخوان است. علاوه بر آن، ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. گومز-اولیویرا^{۲۵} و همکاران در سال ۲۰۱۲ ضریب اعتبار پرسشنامه افسردگی بک را برای هر ۲۱ ماده معادل ۰/۹۱ به دست آوردند. تست مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۲ بود و همسانی درونی نیز ۰/۹۰ به دست آمد (توماتی^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از شاخص ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (امینی، سجادیان و ثالثی، ۱۴۰۰).

ب) پرسشنامه سیستم‌های مغزی-رفتاری (BAS/BIS)^{۲۷}: پرسشنامه سیستم‌های مغزی و رفتاری توسط کارور و وایت^{۲۸} (۱۹۹۴) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال و دو زیرمقیاس سیستم بازداری رفتاری با سئوالات ۲، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲، ۲۴ و سیستم فعال‌ساز رفتاری با سئوالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ است. سئوالات ۱، ۶، ۱۱ و ۱۷ خنثی هستند و در اندازه‌گیری و ارزیابی نقشی ندارند و بنابراین پرسشنامه مذکور ۲۰ سؤال را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ نمره‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که کاملاً موافقم ۴ نمره، تا حدی موافقم ۳ نمره، تا حدی مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه کمترین نمره ۲۰ و بیشترین نمره ۸۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده حساسیت‌های بالاتر در آزمودنی است. سازندگان ابزار ثبات درونی زیرمقیاس بازداری رفتاری را ۰/۷۴ و فعال‌سازی رفتاری را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند (کارور و وایت، ۱۹۹۴). در داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای سیستم‌های بازداری رفتاری ۰/۶۵ و فعال‌سازی رفتاری ۰/۶۹ گزارش شده است (مفسری، عیسی‌زادگان و سلیمانی، ۱۴۰۱).

پ) پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS)^{۲۹}: این مقیاس توسط گراتز و رومر^{۳۰} (۲۰۰۴) ساخته شد. شامل ۳۶ سؤال است و ۶ مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی^{۳۱} با سئوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند^{۳۲} با سئوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ دشواری کنترل تکانه^{۳۳} با سئوالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی^{۳۴} با سئوالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^{۳۵} با سئوالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و فقدان شفافیت هیجانی^{۳۶} با سئوالات

- 22-Beck depression inventory-II (BDI-II)
- 23-Beck, Steer & Brown
- 24-Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)
- 25-Gomez-Oliviera
- 26-Tumati, Kerstein, Yiannios & Radke
- 27-Activation system/behavioral inhibition scale (BAS/BIS)
- 28-Aarver & White
- 29-Difficulties in emotion regulation scale (DERS)
- 30-Gratz & Roemer
- 31-Dis acceptance of emotional responses
- 32-Difficulty in employing targeted behaviors
- 33-Difficulty controlling the impulse
- 34-Lack of emotional awareness
- 35-Achieving limited excitement strategies
- 36-Lack of emotional clarity

۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاهیگاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سئوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. در پژوهش خارج کشور برای بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سئوالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاسها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (زیفمن، آنتونی و کائو^{۳۷}، ۲۰۲۰). در داخل کشور اعتماد آزمون-بازآزمایی برای عدم پذیرش پاسخ هیجانی ۰/۶۹، دشواری در بکارگیری رفتار هدفمند ۰/۵۷، دشواری کنترل تکانه ۰/۶۸، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۸۹، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۰، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۸۰ و کل سئوالات ۰/۸۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱۰ گزارش شده است (ایمانی، الخلیل و شکری، ۱۳۹۸). به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رعایت پیش فرض‌های انجام رگرسیون و تحلیل و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها نیز با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۴ درصد افراد نمونه (۸۸ نفر) در دامنه سنی ۳۶ الی ۴۰ سال، ۳۳ درصد (۶۶ نفر) ۴۱ سال و بالاتر و ۲۳ درصد (۴۶ نفر) در دامنه سنی ۳۰ الی ۳۵ سال قرار داشته‌اند. ۷۴ درصد (۱۴۹ نفر) فاقد سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت بودند اما ۲۶ درصد (۵۱ نفر) سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت را مثبت گزارش داده بودند. ۸۷ درصد (۱۷۳ نفر) دارای تحصیلات غیردانشگاهی (در سطح دیپلم و پایین‌تر) و ۱۳ درصد (۲۷ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۶۴ درصد (۱۲۸ نفر) از افراد نمونه نیز متأهل بودند. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و بررسی مفروضات آماری متغیرهای پژوهش

متغیر پژوهش	میانگین	انحراف معیار	نرمال بودن توزیع نمرات		عدم همخطی چندگانه
			سطح معناداری	K-S	
افسردگی	۲۲/۸۵	۵/۸۳	۰/۳۷۱	۰/۲۱۶	تورم واریانس
دشواری تنظیم هیجان	۱۰۲/۶۷	۲۵/۹۵	۰/۲۰۴	۱/۰۵۰	ضریب تحمل
سیستم بازداری رفتاری	۱۶/۶۶	۴/۱۴	۰/۵۱۱	۱/۰۸۴	تورم واریانس
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۲۸/۰۸	۶/۳۷	۰/۱۷۸	۱/۰۷۸	تورم واریانس

قبل از انجام تحلیل رگرسیون، مفروضات آن بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌های نشان داد که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن برای افسردگی ($K-S=0/216$ و $P>0/371$)، دشواری تنظیم هیجان ($K-S=1/050$ و $P>0/204$)، سیستم بازداری رفتاری ($K-S=1/084$ و $P>0/511$) و سیستم فعال‌ساز رفتاری ($K-S=1/078$ و $P>0/178$) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P>0/05$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است، بر این اساس می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است (جدول ۱).

بر اساس نتایج جدول ۱ ضریب تحمل^{۳۸} و تورم واریانس^{۳۹} به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه محاسبه شده است. وقتی تولرانس (ضریب تحمل) به صفر نزدیک میشود، همخطی چندگانه بزرگی وجود دارد و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون بزرگ خواهد شد. مقادیر تولرانس (ضریب تحمل) در ستون مربوط در جدول بالا نشان میدهد هیچ یک از ضریب تحملها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمیگردد. عامل تورم واریانس نیز معکوس ضریب تحمل بوده و هر چقدر افزایش یابد (بزرگ‌تر از ۱۰) باعث می‌شود ضرایب رگرسیون افزایش یافته و رگرسیون را برای پیش‌بینی نامناسب می‌سازد. مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس نشان میدهد که هیچ کدام از شاخصها بسیار بزرگ‌تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون

37-Zeifman, Antony & Kuo

38-Tolerance

39-Variance inflation factor

خطی وجود ندارد. لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیشین مشاهده نشد، می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. براساس جدول ۲ میتوان گفت که اگر مقدار آمارهی دوربین واتسون^۴ بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره را دنبال کرد. مفهوم مستقل بودن به این معنی است که نتیجه یک مشاهده تأثیری بر نتیجه مشاهدات دیگر نداشته باشد. در رگرسیون، بیشتر در مواقعی که رفتار متغیر وابسته در یک بازه زمانی مورد مطالعه قرار می‌گیرد ممکن است با مشکل مستقل نبودن خطاها برخورد کنیم به این نوع ارتباط در داده‌ها خودهمبستگی می‌گویند. در صورت وجود خودهمبستگی در خطاها نمی‌توان از رگرسیون خطی استفاده کرد. از آنجایی که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است و نشان دهندهی آن است که همبستگی بین خطاها رد میشود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند. لذا می‌توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده کرده و نتایج حاصل از این آزمونهای آماری قابل اطمینان است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر پژوهش	۱	۲	۳	۴	دوربین-واتسون
۱- دشواری تنظیم هیجان	۱				۱/۶۸۱
۲- سیستم بازداری رفتاری	۰/۳۳۷**	۱			۱/۶۹۰
۳- سیستم فعال‌ساز رفتاری	-۰/۳۸۱**	-۰/۱۲۵**	۱		۱/۵۷۰
۴- افسردگی	۰/۵۴۵**	۰/۵۱۹**	-۰/۳۱۷**	۱	<۰/۰۵**P

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش با ابتلای به افسردگی در میان افراد مبتلا به دیابت نوع دوم شرکت کننده در این پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که نتایج این جدول (شماره ۲) نشان می‌دهد بین سیستم بازداری رفتاری با ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/519$ و $P<0/017$) و بین سیستم فعال‌ساز رفتاری با ابتلای به نشانگان افسردگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($r=-0/317$ و $P<0/022$). بین نمره کل دشواری تنظیم هیجان با ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/545$ و $P<0/002$). ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد سیستم بازداری رفتاری ($\beta=0/126$ و $P<0/05$)، سیستم فعال‌ساز رفتاری ($\beta=-0/176$ و $P<0/05$) و دشواری تنظیم هیجانی ($\beta=0/241$ و $P<0/05$) می‌تواند تغییرات مربوط به ابتلای به نشانگان افسردگی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند.

جدول ۳- ضرایب رگرسیونی افسردگی بر مبنای سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری تنظیم هیجانی

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد		ضرایب غیراستاندارد		متغیر پیش‌بین
		β	خطای استاندارد	B	خطای استاندارد	
۰/۰۳۴	۷/۵۸۵	-	۱۱/۶۷۶	۲۸/۲۹۹	Constant	ثابت
۰/۰۱۹	۰/۳۶۰	۰/۱۲۶	۰/۱۰۱	۱/۵۳۴		بازداری رفتاری
۰/۰۲۲	۱/۰۶۰	-۰/۱۷۶	۰/۰۶۶	-۱/۰۶۹		فعال‌ساز رفتاری
۰/۰۱۴	۷/۵۳۹	۰/۲۴۱	۰/۲۱۴	۱/۷۴۹		دشواری تنظیم هیجان

40-Durbin-Watson

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف «پیش‌بینی افسردگی براساس سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم» انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که به ترتیب بین ابتلای به نشانگان افسردگی با سیستم فعال‌ساز رفتاری در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی منفی و معنادار و بین ابتلای به نشانگان افسردگی با سیستم بازداری رفتاری، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که هر یک از دو عامل مغزی-رفتاری شامل سیستم فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری توان تبیین ۱۷ و ۱۲ درصد ابتلای به نشانگان افسردگی را در افراد مبتلا به دیابت داشته‌اند. یافته حاضر در راستا و همسو با نتایج برخی از مطالعات پیشین از قبیل وطن خواه و همکاران (۱۴۰۰)، عبدالرحیمی (۱۳۹۹)، رهبری غازانی و باباپور (۱۳۹۷) و جیانگ^{۴۱} و همکاران (۲۰۲۲) بود.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که فاولس^{۴۲} (۲۰۰۰) فعالیت سیستم بازداری رفتاری را با اضطراب و ناکامی همراه می‌داند، در حالی که سیستم فعال‌ساز رفتاری را توأم با امید و آسودگی در نظر می‌گیرد. الگویی که در فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری نهفته است فرد را در جهت نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی اهداف خوشایند نیز سوق می‌دهد، در حالی که غلبه و حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، هدایت فرد به سوی درماندگی و علائم افسردگی را به همراه دارد. در واقع، به باور فاولس (۲۰۰۰) سیستم فعال‌سازی رفتاری، رفتار روی آورد و انگیزش خوشایند را کنترل می‌کند و انگیزش خوشایند با حالات عاطفی مثبت همراه است.

لوبی، روگرس و مک لاگین^{۴۳} (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود همسو با یافته فوق نشان داده‌اند که افراد دارای سیستم فعال‌ساز رفتاری قوی‌تر، عواطف مثبت‌تری را در گزارش‌های روزمره خود بیان می‌کنند. همچنین، بورک-هاوس^{۴۴} و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که حساسیت و غلبه سیستم فعال‌سازی رفتاری، پیش‌بینی کننده مهمی برای نشانه‌های مانیا در طی زمان به شمار می‌رود، در حالی که ضعف سیستم فعال‌ساز رفتاری عامل مناسبی برای پیش‌بینی و تبیین نشانه‌های افسرده‌وار تلقی می‌شود. همچنین، یافته فوق را می‌توان با استفاده از چارچوب نظریه حساسیت به تقویت‌گری و همکاران (۲۰۰۰) تبیین کرد. طبق این نظریه، سیستم فعال‌سازی رفتار که توسط محرک‌های اشتها آور برانگیخته می‌شود، زمینه حساسیت به پاداش، راهنمای رفتار گرایشی و انگیزه برای محرک‌های برانگیزاننده در ارتباط با هیجان‌ات مثبت مانند لذت، سرخوشی، امید و آرامش است. بنابراین، فعالیت این سیستم می‌تواند موجب افزایش فعالیت و رفتارهای گرایشی و پاداش‌بخش و تقویت‌کننده در فرد شده و هیجان‌ات مثبت را در وی دامن زند. در مقابل، فعالیت سیستم بازدارنده رفتاری که به هنگام تعارض فعال شده و فعالیت آن منجر به بازداری مداوم رفتارهای گرایشی می‌شود، و به همین دلیل ذاتا با ترس و اضطراب مرتبط بوده و عواطف و هیجان‌ات منفی را به همراه دارد، می‌تواند موجب کاهش فعالیت و رفتارهای گرایشی و پاداش‌دهنده و تقویت‌کننده شود و در مقابل با کاستن از فعالیت‌های رفتاری و تقویت‌کننده و افزایش انزوای اجتماعی و نشخوار فکری با عواطف و هیجان‌ات منفی و بیمارگونه به افزایش علائم خلقی منفی و اضطرابی در فرد دامن بزند. به علاوه، در چارچوب نظریه حساسیت به تقویت سیستم فعال‌ساز رفتاری به تمامی محرک‌های پاداش‌دهنده و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد و فعالیت آن موجب فراخوانی هیجان‌ات مثبت می‌شود. بنابراین، حساسیت و فعالیت بالای سیستم بازداری رفتار که اضطراب، بازداری رفتار، اجتناب غیرفعال، خاموشی و هیجان‌ات ناخوشایند را به دنبال دارد، می‌تواند با افزایش فعالیت اجتنابی و کاهش فعالیت‌های لذت‌بخش و پاداش‌دهنده به افسردگی و نشانگان آن در مبتلایان به بیماری مزمن دیابت منجر شود.

برآیند دیگر پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین ابتلای به نشانگان افسردگی با دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به دیابت نوع دوم همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته از پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات پیشین از جمله دوراندیش و همکاران (۱۴۰۱)، لطفی و همکاران (۱۴۰۰)، دادفرینا و همکاران (۱۳۹۹)، صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۸)، رامش و همکاران (۱۳۹۷)، کوکارو^{۴۵} و همکاران (۲۰۲۲)، پالومو-اوسانا^{۴۶} و همکاران (۲۰۲۲)، بائوم^{۴۷} و همکاران (۲۰۲۱)، تورین و

41-Jiang

42-Fowles

43-Fuby, Rogers & McLaughlin

44-Burkhouse

45-Coccaro

46-Palomo-Osuna

47-Beam

رادوبولجاس^{۴۸} (۲۰۲۱) و سون^{۴۹} و همکاران (۲۰۲۰) است.

در تبیین رابطه دشواری تنظیم هیجان و ابتلای به نشانگان افسردگی می‌توان گفت که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب، استرس و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است و با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می‌گردد. نشخوارگری با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی در مبتلایان به بیماری‌های طبی مزمن از قبیل افسردگی و اضطراب گردد. فرونشانی هیجانی نیز به عنوان دیگر راهبرد سازش نایافته هیجانی با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که ادراک منفی نسبت به بیماری و پیامدهای آن دارند، اغلب هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کنند. شواهد فزاینده حاکی از آن است که این افراد از این راهبردهای ناسازگار هیجانی به عنوان نوعی مکانیسم دفاعی در مواجهه با ابتلای به بیماری به میزان بیشتری بهره می‌برند و همین امر می‌تواند با افزایش اجتناب تجربی و نشخوار فکری و انزوای اجتماعی به تشدید علائم خلقی منفی در آنان منجر گردد.

مطابق و همسو با یافته فوق، آجلو^{۵۰} و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود بر روی بیماران طبی مزمن به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به بیماری مزمن طبی (بیماران دیابتی) نه تنها در فهم هیجان‌ات بلکه در تنظیم هیجان‌ات خود نیز دچار نارسایی و مشکل هستند. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر را می‌توان همسو با مطالعات دیگری دانست که میزان بالای افسردگی و اضطراب و ناگویی هیجانی را بین افراد مبتلا به دیابت گزارش کرده‌اند. ناتوانی افراد دیابتی در شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌ات خود می‌تواند آن‌ها را نسبت به وقایع استرس‌زا مانند شدت یافتن یا بروز علائم بیماری آسیب‌پذیرتر سازد، زیرا ابراز و در میان گذاشتن هیجان‌ات با دیگران همراه با احساسات مثبت، مزایای ذهنی، بهبود عملکرد سیستم ایمنی و سلامت فیزیکی و روانی است. همان‌طور که نتایج مطالعات مذکور نیز نشان داده است، تغییرات ایجاد شده در خلق به دنبال افشای هیجانی و مدیریت صحیح آن، می‌تواند به بهبود در کیفیت زندگی و شدت بیماری مبتلایان به بیماری‌های طبی مزمن منجر گردد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود، این پژوهش بر روی افراد مبتلا به دیابت نوع دوم مراجعه کننده به کلینیک دیابت ارمنغان شهر کرج انجام شد و بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر بیماران طبی مزمن و نیز زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع یک و دیگر اشکال بیماری دیابت باید با احتیاط انجام شود. این پژوهش جزء مطالعات همبستگی به شمار می‌آید و بنابراین، روابط علی بین متغیرها را نشان نمی‌دهد. در واقع یافته‌های این نوع از مطالعات نسبت به روش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی از قاطعیت کمتری بهره مند است. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود، که این امر ممکن است به دلایل متعدد اعم از شخصی و یا ماهیت ابزار گردآوری اطلاعات با سوگیری یا تحریف در اطلاعات همراه گردد. شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس نیز دیگر محدودیت مطالعه فوق بود.

از آن‌جا که پژوهش حاضر در میان افراد مبتلا به دیابت نوع دوم انجام شده است، در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه و نمونه‌های غیر بالینی باید احتیاط کرد و بالین‌گران و مشاوران نیز توصیه می‌شود که به منظور بررسی صحت یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعات بیشتری در سایر شهرها و نیز افراد مبتلا به انواع دیابت و افراد غیربیمار انجام دهند. برای اینکه بتوان از روابط علی بین متغیرها، علیت را استنباط کرد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به بررسی طولی متغیرهای مذکور در بیماران مبتلا به دیابت یا افراد در معرض بیماری دیابت اقدام گردد. پیشنهاد می‌گردد در جهت شناخت هرچه بیشتر افسردگی در بیماران دیابتیک در مطالعات بعدی محققان به تدوین مدل افسردگی در بیماران دیابتی با توجه به عوامل متعدد زیستی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی اقدام نمایند. گردآوری اطلاعات از افراد نمونه با روش‌های دیگر غیر از پرسشنامه مانند مصاحبه نیز می‌تواند در دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر و عمیق‌تر مؤثر باشد.

48-Turin & Radobuljac

49-Sun

50-Ajele

منابع

- امینی، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و ثالثی، منصور. (۱۳۹۹). رابطه باورهای مرتبط با درد و اضطراب با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله درد و بیهوشی، ۱۱(۱)، ۳۷-۲۵.
- ایمانی، سعید؛ الخلیل، یاسمین و شکری، امید. (۱۳۹۸). رابطه نگرش‌های ناکارآمد با اضطراب اجتماعی در نوجوانان: نقش میانجیگر تنظیم هیجان. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۶(۳۳)، ۲۸-۱.
- بدیهی زراعتی، فرنوش؛ حسنی، جعفر و قاسمی مطلق، مهدی. (۱۴۰۰). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری و اضطراب بیماری با نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی. مجله دانشکده پزشکی، ۶۴(۱)، ۲۵۷۲-۲۵۶۱.
- بصیری مقدم، مهدی؛ سلیمانی، رسول و قدیمی فر، ابوالفضل. (۱۴۰۱). بررسی افسردگی و اضطراب دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد شرکت کننده در مراسم اعتکاف. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۶(۲)، ۹۶-۸۷.
- دوراندیش، فخری؛ روزبان، ثریا؛ شهنی فیض، کوثر و ابوذری، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی نقش دشواری در تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی و استرس ادراک شده در پیش‌بینی پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم. مجله مدیریت پرستاری، ۱۱(۳): ۴۸-۳۶.
- دادفرنیاز، شکوفه؛ هادیان فرد، حبیب؛ رحیمی، چنگیز و همکاران. (۱۳۹۹). تنظیم هیجان و نقش آن در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله طلوع بهداشت یزد، ۱۹(۱)، ۴۷-۳۲.
- داوودیان، ملیکا؛ هاشمی پور، فرحناز؛ قلیچ خان، ناهید و همکاران. (۱۴۰۱). نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل ابهام در پیش‌بینی پریشانی روانشناختی و وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در طول اپیدمی کرونا. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۱۱(۲)، ۷۷-۶۵.
- رامتین فر، هاله و عزیزاده، ماندانا. (۱۳۹۹). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجان در سالمندان مبتلا به دیابت. مجله پرستاری و مامایی کردستان، ۶(۳)، ۸۷-۷۷.
- رامش، سمیه؛ قاضیان، مونا؛ رفیعی پور، امین و همکاران. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای افسردگی و اضطراب بین تنظیم هیجان و خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. مجله علمی پژوهان، ۱۶(۴)، ۴۵-۳۷.
- رهبری غازی، نسرين و باباپور، جلیل. (۱۳۹۷). نقش سیستم‌های مغزی-رفتاری و راهبردهای منفی و مثبت تنظیم هیجان در پیش‌بینی نشانگان افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله علوم پزشکی رازی ایران، ۲۵(۱۰)، ۷۰-۶۱.
- شمسی‌پور دهکردی، پروانه؛ عقدايي، مهین؛ ساجدی، راضیه و همکاران. (۱۴۰۰). تأثیر نوع سیستم مغزی-رفتاری بر سلامت روان شناختی ورزشکاران و غیرورزشکاران. مجله مطالعات روانشناسی ورزشی، ۱۰(۳۶)، ۸۱-۱۰۰.
- صفری موسوی، سیدسینا؛ نذری، مجتبی؛ امیری، میثم، رادفر، فرهاد و فرخچه، مهدی. (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی‌کنندگی انعطاف‌پذیری روانی و تنظیم هیجان بر افسردگی، اضطراب و استرس مبتلایان به دیابت نوع دوم. مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۱۷-۱.
- عبدالرحیمی، لیلا. (۱۳۹۹). نقش سیستم‌های مغزی رفتاری و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم. مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی و علوم تربیتی، ۴(۲۴)، ۱۰۳-۹۳.
- مفسری، محمدرسول؛ عیسی زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل. (۱۴۰۱). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری و اختلال اضطراب بیماری با نقش میانجیگری عدم تحمل بلا تکلیفی. ماهنامه علوم روانشناختی، ۲۱(۱۱۴)، ۱۲۱۳-۱۱۹۸.
- وطن خواه، فرزانه؛ شمس، سارا؛ رشتیانی، فریبا و همکاران. (۱۴۰۰). رابطه بین سیستم‌های مغزی-رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان با علائم افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. مجله رویش روانشناسی، ۱۰(۱۱)، ۲۵۶-۲۴۱.

- Ajele, W. K., Oladejo, T. A., Akanni, A. A & et al. (2021). Spiritual intelligence, mindfulness, emotional dysregulation, depression relationship with mental well-being among persons with diabetes during COVID-19 pandemic. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 20(2), 1705-1714.
- Burkhouse, K. L., Dao, A., Argiros, A & et al. (2023). Targeting positive valence systems function in children of mothers with depressive symptoms: A pilot randomized trial of an RDoC-Informed preventive intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 104384.
- Beam, A. B., Wiebe, D. J., & Berg, C. A. (2021). Insulin restriction, emotion dysregulation, and depressive symptoms in Late adolescents with diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 9(46), 1110-1118.
- Coccaro EF, Drossos T, Kline D, Lazarus S, Joseph JJ, de Groot M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA_{1c} in people with diabetes and A controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 16(3):381-386.
- DeClercq, V., & Sweeney, E. (2022). Age and sex-specific associations in health risk factors for chronic disease: evidence from the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health cohort. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 2(41), 164-175.
- He, T., Wang, W., Li, R & et al. (2022). Treatment of Diabetes Complicated with Depression from Liver and Lien. *MEDS Clinical Medicine*, 3(4), 110-114.
- Heumann, M., Röhsch, G., & Hämel, K. (2022). Primary healthcare nurses' involvement in patient and community participation in the context of chronic diseases: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 26-47.
- Jiang C, Yin H, Liu A, Liu Q, Ma H, Geng Q. (2022). Dietary inflammatory index and depression risk in patients with chronic diseases and comorbidity. *J Affect Disord*. 301:307-314.
- Kane, N. S., Hoogendoorn, C. J., Tanenbaum, M. L & et al. (2018). Physical symptom complaints, cognitive emotion regulation strategies, self-compassion and diabetes distress among adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 35(12), 1671-1677.
- Kaur, H., Scholl, J. C., & Owens-Gary, M. (2022). Depression and diabetes in workers across the life span: addressing the health of america's workforce—behavioral risk factor surveillance system, 2014–2018. *Diabetes Spectrum*, 2(35), 198-206.
- Klein, S., Gastaldelli, A., Yki-Järvinen, H & et al. (2022). Why does obesity cause diabetes?. *Cell metabolism*, 1(34), 11-20.
- Luby, J. L., Rogers, C., & McLaughlin, K. A. (2022). Environmental conditions to promote healthy childhood brain/behavioral development: Informing early preventive interventions for delivery in routine care. *Biological psychiatry global open science*, 3(2), 233-241.
- Palomo-Osuna, J., Dueñas, M., Naranjo, C., De Sola, H., Salazar, A., & Failde, I. (2022). Factors related to cognitive function in type-2 diabetes and neuropathic pain patients, the role of mood and sleep disorders in this relationship. *Scientific Reports*, 12(1), 1-13.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 939.
- Turin, A., & Radobuljac, M. D. (2021). Psychosocial factors affecting the etiology and management of type 1 diabetes mellitus: A narrative review. *World Journal of diabetes*, 12(9), 1518.
- Thumati, P., Kerstein, R., Yiannios, N & et al. (2018). Changes in the beck depression inventory-II scores of TMD subjects after measured occlusal treatment. *Advanced Dental Technologies & Techniques*, 5019.
- Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences*, 152, 109612.

مدل افسردگی در زنان باردار بر اساس بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

محبوبه مرادیان تهرانی

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران -

سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسؤل)

استادیار گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

رضا مولودی

استادیار، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

Model of depression in pregnant women based on early maladaptive schemas and perceived parenting styles with the mediating role of emotional dysregulation

Mahboobeh Moradian Tehrani

Ph.D. student of health psychology, department of Clinical and Health psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. -

Saeid Malihialzackerini

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran. -

Reza Moloodi

Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. -

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between emotional dysregulation and perceived parenting styles with depression in pregnant women. The current research was a descriptive-correlation type of path analysis. The study population was all pregnant women referring to health centers, midwifery centers and gynecology offices in Tehran in 2022, who were in the early months of pregnancy until the seventh month. Among them, 397 people were selected as samples. Research tools included: Depression Anxiety and Stress Scales (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995), Difficulties in emotion regulation scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004), Young Parenting Inventory (YPI, Young, 1999), and Young Schema Questionnaire (YSQ, Young, 1990). The data were analyzed using path analysis method. The results of path analysis indicated the appropriate fit of the model. The findings showed that emotional dysregulation and father's perceived parenting styles can indirectly predict depression in pregnant women through the impaired autonomy and performance and other-directedness ($p < 0.001$). These results show that emotional dysregulation and perceived parenting styles can explain depression in pregnant women due to the important role of the impaired autonomy and performance and other-directedness maladaptive schemas.

Keywords: Depression, early maladaptive schemas, emotional dysregulation, perceived parenting style

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی در زنان باردار انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، مراکز مامایی و مطب‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که در اوایل ماه‌های بارداری تا ماه هفتم قرار داشتند. از بین آن‌ها به صورت در دسترس ۳۹۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، لایویند و لایویند (۱۹۹۵)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS)، گرتز و روئمر (۲۰۰۴)، پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری یانگ (YPI، یانگ، ۱۹۹۹) و پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (YSQ، یانگ، ۱۹۹۰) بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل مسیر حاکی از برازش مناسب مدل بود. یافته‌ها نشان داد که بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده پدر از طریق خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت مندی به صورت غیرمستقیم قادر به پیشبینی افسردگی در زنان باردار هستند. (۰/۰۱ < p). این نتایج نشان می‌دهد که بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با توجه به نقش مهم طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی می‌توانند تبیین‌کننده افسردگی در زنان باردار باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، بد تنظیمی هیجانی، سبک‌های والدگری ادراک‌شده، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

مقدمه

دوره بارداری^{۵۱} یکی از دوره‌های با اهمیت و آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که در این دوران در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می‌گیرند و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد (مک کین و کاسیدی^{۵۲}، ۲۰۲۴). از این رو، یک فرصت منحصر به فرد برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (لی^{۵۳} و همکاران، ۲۰۲۳). از اوایل بارداری تا دوره پس از زایمان، تغییرات به‌طور هم‌زمان در سطح بیولوژیکی، اجتماعی و روانی رخ می‌دهد، نحوه سازگاری با این تغییرات می‌تواند زنان و حتی همسران را در معرض خطر مشکلات روان‌شناختی قرار دهد (بل و اندرسون^{۵۴}، ۲۰۱۶). زنان در طول فرایند بارداری و زایمان تجارب مهمی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند. بارداری و زایمان یک رویارویی فیزیکی و روانی را به نمایش می‌گذارد که زنان می‌توانند توسط آن احساسات ژرفی از قدرت و موفقیت را استنتاج کنند، یا برعکس احساساتی چون خشم، گناه و افسردگی را تجربه نمایند (جهان^{۵۵} و همکاران، ۲۰۲۱). از افسردگی^{۵۶} میتوان به‌عنوان اختلال شایع در دوران بارداری نام برد (سانچز پولان^{۵۷} و همکاران، ۲۰۲۱). افسردگی یک مشکل روانی جدی است که می‌تواند بر تمام جوانب زندگی افراد تأثیر بگذارد و بیماری رایج سلامت روان است که باعث احساس غم و اندوه می‌شود (اسمیت^{۵۸} و همکاران، ۲۰۲۴). این اختلال می‌تواند در نحوه تفکر، خواب، غذا خوردن و هر نوع عملکرد سیستم بدن از جمله میل جنسی تا احساس درد تغییر ایجاد کند (مام شریفی^{۵۹} و همکاران، ۲۰۲۳). شیوع افسردگی در بارداری در بین زنان نیز قابل توجه است. مطالعه‌ای نشان داد که ۱۵ درصد از زنان ایرانی درجاتی از اضطراب و افسردگی را در بارداری تجربه می‌کنند (بهشتی‌نسب^{۶۰} و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهشگران معتقدند که افسردگی در دوران بارداری امری شایع محسوب می‌شود به‌نحوی که آمارها بیانگر شیوع ۴ تا ۲۹ درصد افسردگی در میان مادران باردار است و عواملی از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی‌های قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه سندرم پیش از قاعدگی^{۶۱}، کمبود حمایت اجتماعی و بروز حوادث استرس‌زا در ایجاد آن مؤثر است و همچنین

- | | |
|----|----------------------|
| ۵۱ | pregnancy period |
| ۵۲ | McCance & Cassidy |
| ۵۳ | Li |
| ۵۴ | Bell & Andersson |
| ۵۵ | Jahan |
| ۵۶ | depression |
| ۵۷ | Sánchez-Polán |
| ۵۸ | Smith |
| ۵۹ | Mamsharifi |
| ۶۰ | Beheshti Nasab |
| ۶۱ | Premenstrual syndrom |

زنان باردار افسرده و دارای استرس بالا عملکرد پایین‌تری نسبت به زنان غیر افسرده دارند که این امر می‌تواند مشکلاتی را برای این افراد به وجود بیاورد (میرزاخانی^{۶۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

در زنان باردار، عوامل مختلفی می‌تواند به افزایش احتمال ابتلا به افسردگی منجر شود، از جمله می‌توان به فشارهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، مشکلات روابطی و وظایف خانوادگی اشاره کرد (بووسا^{۶۳} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین عوامل روانشناختی همانند عوامل هیجانی نیز نقش مهمی را در افسردگی ایفا می‌کنند و عدم تنظیم و تعادل در آن‌ها می‌تواند زمینه را برای افزایش افسردگی فراهم کند که یکی از این عوامل بد تنظیمی هیجانی^{۶۴} است (زسجه^{۶۵} و همکاران، ۲۰۲۴). بد تنظیمی هیجانی یک علامت هشدار برای سلامت روان است که شامل مشکل در کنترل هیجانها و نحوه عمل فرد بر روی آن‌ها است. برای دیگران، احساسات و واکنش‌های فرد در مقایسه با چیزی که به آن واکنش نشان می‌دهند نامتناسب به نظر می‌رسند (معینی و همکاران، ۱۴۰۱). پژوهش‌های متعددی حاکی از آن هستند که بد تنظیمی هیجانی یکی از عوامل بسیار مهم در کاهش سلامت روانی است (شارما و مک کلیلان^{۶۶}، ۲۰۲۱) و از سوی دیگر سبب افزایش افسردگی در زنان باردار نیز میشود (ایفیگوازی^{۶۷} و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از عوامل مهمی که در افسردگی نقش دارد، سبک‌های والدگری ادراک‌شده^{۶۸} است (کیجر^{۶۹} و همکاران، ۲۰۲۰). هر خانواده روش‌های ویژه‌ای را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرند که به این روش‌ها سبک‌های والدگری گفته می‌شود. سبک‌های والدگری مجموعه‌ای از بازخوردهای والدین هستند که در ارتباط با فرزندان اعمال می‌شود. این سبک‌ها الگوهایی از فرزند پروری هستند که بر اساس معیارهای والدین نسبت به رفتارهای کودکان شکل می‌گیرند (یافی^{۷۰}، ۲۰۲۳). بامریند^{۷۱} در فواصل سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ دو بعد مهم یعنی توقع^{۷۲} و پاسخدهی^{۷۳} را در شیوهی تعامل والدین با فرزندانشان شناسایی کرد. بر پایهی تعامل بین توقع و پاسخدهی، بامریند سه نوع شیوهی فرزند پروری یعنی مقتدرانه، مستبدانه و سهلگیرانه را مشخص نمود (مک^{۷۴} و همکاران، ۲۰۲۰). پس از بامریند، یانگ^{۷۵} (۱۹۹۹) نیز شیوه‌های متعدد فرزند پروری ادراک‌شده بزرگسالان را بررسی و معرفی کرد که عبارت‌اند از: فرزند پروری محدودکننده عاطفی، والدین بیش‌ازحد مراقبت‌کننده، والدین تحقیرکننده، والدین کمال‌گرا، والدین بدبین و ترسو، والدین کنترل‌گر، والدین از لحاظ عاطفی مهارکننده، والدین تنبیه‌گر و فرزند پروری مشروط توأم با خودشیفتگی (بی^{۷۶} و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان دادند که سبک‌های والدگری و فرزند پروری نقش مهمی در سلامت روانشناختی دارند و اگر به شیوه‌های مناسب صورت نگیرند می‌توانند منجر به افسردگی شوند (رومر و آکوستا^{۷۷} و همکاران، ۲۰۲۱).

اگرچه به نظر میرسد بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده به میزان قابل توجهی در افسردگی زنان باردار نقش دارد، اما مسیرهای دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند نقش مهمی را در افسردگی ایفا کنند و به نوعی نقش میانجی داشته باشند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^{۷۸} یکی از مسیرهایی است که نقش مهمی را در افسردگی ایفا میکند (بیشاپ^{۷۹} و همکاران، ۲۰۲۲). طرح‌واره‌های اولیه

۶۲	Mirzakhani
۶۳	Buesa
۶۴	emotional dysregulation
۶۵	Zetsche
۶۶	Sharma & McClellan
۶۷	Ifeagwazi
۶۸	perceived parenting styles
۶۹	Keijsers
۷۰	Yaffe
۷۱	Bumernid
۷۲	demandingness
۷۳	responsiveness
۷۴	Mak
۷۵	Young
۷۶	Bi
۷۷	Romero-Acosta
۷۸	early maladaptive schemas
۷۹	Kraft

باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (پیلکینگتون^{۸۰} و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجایی که طرح‌واره همانند چارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند و تعیین‌کننده واکنش عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی هستند، افرادی که از زندگی خود رضایت دارند اطلاعات مربوط به زندگی‌شان را به شکلی طبقه‌بندی می‌کنند که منتهی به نتایج لذت‌بخش شود، اما کسانی که از زندگی خود راضی نیستند، به جنبه‌های منفی زندگی مثل افکار منفی، افسردگی و اضطراب گرایش بیشتری دارند (بار^{۸۱} و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب دوران بارداری گاهی به‌عنوان یک مکانیسم طبیعی برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد؛ اما نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر تحت تأثیر قرار دهد و منجر به افسردگی شود (داب و همکاران^{۸۲}، ۲۰۲۳). بر اساس نظریه یانگ، ریشه تحولی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است و هر یک از سبک‌های فرزند پروری والدین، به‌نوعی در ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار فرزندان، نقش اساسی ایفا می‌کند. پژوهش‌های متعدد رابطه منفی و معنادار سبک‌های فرزند پروری با بعد غالب محبت و برخی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همچون محرومیت هیجانی، معیارهای سرسختانه و خویش‌داری ناکافی و همچنین رابطه مثبت و معنادار سبک‌های فرزند پروری با بعد غالب کنترل با طرح‌واره‌های ناسازگار نقص، اطاعت، ایثار و بی‌اعتمادی گزارش کرده‌اند (پورشاه‌آبادی و عینی‌پور^{۸۳}، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه تنظیم هیجان نشان می‌دهد، تنظیم هیجان از راه وضعیت هیجانی خانواده و از راه سبک‌های والدگری، روابط نزدیک میان اعضا و نحوه معنا بخشی به تجارب در خانواده، تحت تأثیر می‌گیرند (جو آگوسس^{۸۴} و همکاران، ۲۰۲۲). فاوستینا و واسکو^{۸۵} (۲۰۲۰) در پژوهش خود بیان کردند که انفعال و طرد، فقدان خودمختاری و حد و مرزهای مختل رابطه بین بد تنظیمی در پردازش هیجان‌ها و نیازهای روانشناختی را میانجی‌گری می‌کنند و بد تنظیمی در پردازش هیجان‌ها ممکن است با اختلال در نیازهای روانشناختی همراه باشد زیرا به دلیل فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، این مشکل بیشتر خواهد بود.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده درباره افسردگی زنان باردار و در نظر گرفتن عوامل شناختی در ایجاد افسردگی در دوران بارداری، قابل توجه است که پژوهش یا تحقیقی درباره اثرگذاری بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش میانجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌طور هم‌زمان بر افسردگی زنان باردار انجام نگرفته و بر اساس این مدل که در آن بارداری یک رویداد استرس‌زا تعریف می‌شود، طرح‌واره‌های فرد فعال شده، افکار خودآیند منفی به سطح فکر می‌آیند و باورهای فرد در مورد دنیا، خود و دیگران باعث بروز رفتارهایی که نتیجه بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده است، می‌شود. این سه متغیر، پریشانی و آشفتگی روان‌شناختی در زنان باردار را موجب می‌شوند؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی زنان باردار انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، مراکز مامایی و مطب‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که در اوایل ماه‌های بارداری تا ماه هفتم قرار داشتند. از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس نمونه‌ای به تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه در بین آن‌ها توزیع گردید که ۳۹۷ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل مناسب بود. برای تعیین حجم نمونه لوهین (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند که برای بررسی مدل ساختاری که در آن ۴-۲ عامل شرکت دارند، پژوهشگر باید روی گردآوری دست کم ۱۰۰ تا ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. کاربرد نمونه‌های کوچک‌تر می‌تواند موجب عدم حصول همگرایی و به دست آوردن نتایج نامناسب و یا دقت پایین برآورد پارامترها و به‌ویژه خطاهای استاندارد شود (هومن، ۱۳۸۴)؛ ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، زنان باردار در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، وجود داده‌های پرت تک و چندمتغیری و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. در پرسشنامه‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که اطلاعات هر پرسشنامه کاملاً به صورت محرمانه بود. همچنین در صورت تمایل از نتایج پژوهش، پس از اتمام پژوهش نتایج در اختیار

- ۸۰ Pilkington
 ۸۱ Bär
 ۸۲ Dabb
 ۸۳ Pourshahabadi & Einipour
 ۸۴ Goagoses
 ۸۵ Faustino & Vasco

شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر و با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. ابزار سنجش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۸۶} (DASS): این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند^{۸۷} (۱۹۹۵) تهیه شد و دارای دو فرم کوتاه با ۲۱ سؤال و فرم بلند ۴۲ سؤالی است که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد. در این پرسشنامه مفاهیم استرس ذهنی و اضطراب بدنی به عنوان دو پدیده جدا از هم در نظر گرفته شده است. این وسیله غربالگری وضعیت فرد را در طی ۷ روز گذشته مورد سنجش قرار می‌دهد. هر سؤال در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در هر یک از خرده مقیاسها نشان‌دهنده سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس است. کرافورد و هنری^{۸۸} (۲۰۰۳) پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای کل ۰/۹۷ گزارش نمودند و همچنین همبستگی زیرمقیاس اضطراب این مقیاس با اضطراب بک ۰/۸۱ و همبستگی زیرمقیاس افسردگی آن با افسردگی بک ۰/۷۴ است که نشان‌دهنده روایی همگرایی مناسب آن جهت بکارگیری در فعالیتهای پژوهشی و تشخیصی است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و پایایی فرم فارسی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده‌اند. در بررسی روایی از طریق روایی همگرا بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه DASS با مولفه‌های نشانگان بدخواهی، اضطراب و بدخواهی، نارسایی کنش اجتماعی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۵۸، ۰/۵۵، ۰/۱۳ و ۰/۵۵، بین خرده مقیاس اضطراب با مولفه‌های فوق به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۳، ۰/۱۶ و ۰/۴۷، و بین خرده مقیاس استرس با مولفه‌های مذکور به ترتیب همبستگی ۰/۲۳، ۰/۳۰، ۰/۱۳- و ۰/۱۰ گزارش کرده‌اند که این ضرایب در رابطه بین خرده مقیاسهای افسردگی و اضطراب با مولفه‌های نشانگان بدنی، اضطراب و بدخواهی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی معنادار است. همچنین سامانی و جوکار (۱۳۸۶) پایایی را با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله سه هفته‌ای برای خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ را نیز برای خرده مقیاسهای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۹۱، استرس ۰/۹۳ و برای کل نمرات ۰/۹۰ به دست آمد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان^{۸۹} (DERS): این مقیاس توسط گرتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. شامل ۳۶ گویه و دارای ۶ مؤلفه‌ی عدم پذیرش پاسخهای هیجانی دشواری، در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی است. گستره پاسخها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. حداقل نمره ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه هیجان خواهی زاگرمین^{۹۰} ۰/۲۶ گزارش شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی آن از طریق بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۸۸ به دست آمد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). در ایران بشارت (۱۳۹۷) پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. همچنین ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجانهای منفی با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۳، درماندگی آموخته شده ۰/۴۴، راهبردهای رشد یافته ۰/۴۷، راهبردهای رشد نیافته ۰/۵۱، عاطفه مثبت ۰/۴۵ و عاطفه منفی ۰/۴۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است.

پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری یانگ^{۹۱} (YPI): این پرسشنامه دارای ۷۲ سؤال بوده و هدف سبک فرزند پروری والدین است (یانگ، ۱۹۹۹) و برای شناسایی ریشه‌های بالقوه هفده باور اصلی منفی در نظر گرفته شده است. فرم اولیه این پرسشنامه خود گزارشی متشکل از ۷۲ عبارت است که افراد ممکن است برای توصیف پدر و مادر خود از آن استفاده کنند (به عنوان مثال مرا بسیار مورد انتقاد قرار داد). هر اظهار نظری منعکس کننده رفتارهای فرزند پروری است که مرتبط با یکی از ۱۷ باور اصلی منفی (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) است. مقادیر پایایی آلفای کرونباخ از ۰/۶۷ تا ۰/۹۲ متغیر بود و پایایی بازآزمایی و همبستگی قابل قبول بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ بود و همچنین روایی سازه با پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۱۵ عاملی نیز نشان از روایی مطلوب این پرسشنامه بود (لوئیس^{۹۲} و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران فرم اصلی این

- ۸۶ Depression Anxiety and Stress Scales
- ۸۷ Lovibond & Lovibond
- ۸۸ Crawford & Henry
- ۸۹ Difficulties in emotion regulation scale
- ۹۰ Zuckerman Excitement Questionnaire
- ۹۱ Young Parenting Inventory
- ۹۲ Louis

پرسشنامه توسط صلواتی (۱۳۸۶) ترجمه شده و سپس در ۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا گردیده است، پایایی آن با استفاده از روش دونیمه سازی، برای فرم مادر ۰/۶۹ و برای فرم پدر ۰/۸۰ به دست آمد و همچنین روایی این پرسشنامه با استفاده از روایی محتوایی (۰/۷۹) برای فرم مادر و (۰/۸۲) برای فرم پدر، نشان‌دهنده روایی مناسب بود. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سبک فرزند پروری پدر، ۰/۷۸ و برای سبک فرزند پروری مادر ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^{۹۳} (YSQ): پرسشنامه طرح‌واره ناسازگار اولیه در سال ۱۹۹۰ توسط یانگ ساخته شد. شکل کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌ها (YSQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال است که ۱۸ حیطه از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی؛ رهاشدگی / بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی / بدرفتاری؛ انزوای اجتماعی / بیگانگی؛ نقص / شرم، شکست در پیشرفت؛ وابستگی / بی‌کفایتی عملی؛ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری؛ گرفتاری؛ اطاعت؛ ایثار (فداکاری)؛ بازداری هیجانی؛ معیارهای سخت‌گیرانه؛ استحقاق بودن / برتری داشتن؛ خویشن داری / خود انضباطی ناکافی؛ تحسین / جلب توجه؛ نگرانی / بدبینی؛ خود تنبیهی را اندازه می‌گیرد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) است (یالسن^{۹۴} و همکاران، ۲۰۲۳). دریافت نمرات بالا نشانه پررنگ بودن طیف طرح‌واره بوده و چنانچه آزمودنی در هر خرده مقیاس حداقل در پاسخ به دو گویه از پنج گویه، نمرات ۵ یا ۶ اخذ کرده باشد، دارای طرح‌واره ناسازگار فعال است. یانگ و همکاران (۱۹۹۵) نمونه ۹۰ سؤالی پرسشنامه را بر روی حجم نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی اعتباریابی کردند و پایایی آن را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی یک ماهه به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. مالوگیانیس^{۹۵} و همکاران (۲۰۱۸) روایی محتوایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ به دست آوردند. فتی (۱۳۸۲) پایایی ارزیاب‌ها در طی زمان را برای این پرسشنامه برابر ۰/۲۳ و روایی محتوایی آن را برابر با ۰/۴۲ گزارش کرده است (به نقل از صدوقی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ همسانی درونی برای این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۹۷ نفر خانم باردار بود. ۸۱ نفر بین رده سنی ۲۰ تا ۲۵ سال؛ ۱۴۶ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال؛ ۱۰۸ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ نفر و ۶۲ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال بودند. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. بد تنظیمی هیجانی	۱							
۲. سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر)	۰/۳۴**	۱						
۳. حیطه اول	۰/۳۸**	۰/۴۰**	۱					
۴. حیطه دوم	۰/۲۸**	۰/۴۵**	۰/۷۹**	۱				
۵. حیطه سوم	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۸۲**	۰/۶۱**	۱			
۶. حیطه چهارم	۰/۴۰**	۰/۳۵**	۰/۷۶**	۰/۵۸**	۰/۷۷**	۱		
۷. حیطه پنجم	۰/۴۹**	۰/۴۳**	۰/۹۲**	۰/۷۸**	۰/۸۸**	۰/۷۷**	۱	
۸. افسردگی	۰/۵۱**	۰/۴۰**	۰/۵۹**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۱
میانگین	۱۰۶/۰۱	۱۰۹/۹۷	۶۵/۷۳	۵۱/۳۹	۷۸/۵۱	۵۰/۲۴	۷۳/۰۶	۱۲/۷۴
انحراف استاندارد	۱۳/۹۲	۸/۹۳	۲۶/۲۱	۱۹/۷۰	۲۹/۵۱	۱۴/۸۹	۲۵/۴۹	۳/۱۶
کجی	-۰/۵۹۳	۰/۰۴۱	۰/۹۳۷	۱/۰۸۰	۰/۰۸۸	-۰/۰۴۹	۰/۴۷۹	۰/۲۸۵
کشیدگی	-۰/۱۲۹	-۰/۴۷۲	-۰/۳۶۷	-۰/۲۳۷	-۱/۰۶۵	-۱/۰۳۲	-۰/۶۹۳	-۰/۶۶۶

* P</0.05, ** P</0.01

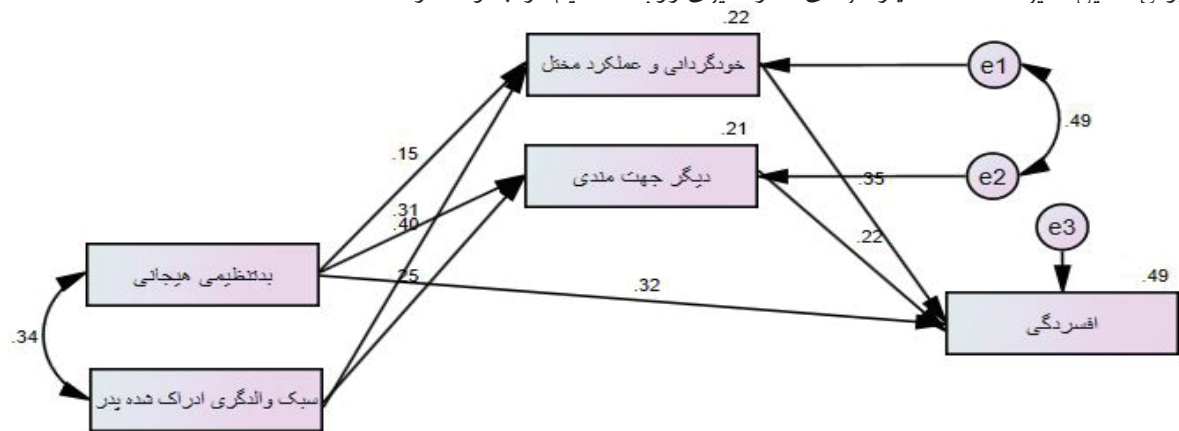
۹۳ Young Schema Questionnaire

۹۴ Yalcin

۹۵ Malogiannis

نکته: (حیطه اول: انفصال و طرد؛ حیطه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل؛ حیطه سوم: محدودیت‌های مختل؛ حیطه چهارم: دیگر جهت-مندی؛ حیطه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری)

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، بین بد تنظیمی هیجانی ($r=0/51, p<0/01$)؛ سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر) ($p<0/01$)، حیطه اول ($r=0/49, p<0/01$)؛ حیطه دوم ($r=0/57, p<0/01$)؛ حیطه سوم ($r=0/52, p<0/01$)؛ حیطه چهارم ($p<0/01$)، حیطه پنجم ($r=0/55, p<0/01$)؛ با افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود داشت. قبل از انجام تحلیل مسیر، نرمال بودن متغیر ملاک (افسردگی)، استقلال خطاها و هم خطی متغیرهای پیشین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف با (آماره $0/160$ و $p>0/05$) نشان از نرمال بودن متغیر افسردگی است. طبق آماره دوربین واتسون که محدوده قابل قبول آن $1/5$ تا $2/5$ است، در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیشین در پیشینی افسردگی ($1/870$)، حاکی از استقلال خطاها است. یکی از شروط دیگر، عدم هم خطی متغیرهای پیشین است و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از 10 داشته باشد عدم هم خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچک‌تر از 10 بود و عدم هم خطی تأیید شد (کانتارو^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). به منظور آزمون مدل مورد نظر یعنی نقش واسطه‌گری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از روش تحلیل مسیر استفاده شد. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در جدول ۲ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل اصلاح شده رابطه بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر) با میانجی‌گری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی زنان باردار

در شکل ۱ مدل اصلاح شده پژوهش حاضر پس از حذف مسیرهای غیر معنادار رسم شده است. بدین معنا مسیری که معنادار نبودند اصلاح و حذف شدند ($p>0/01$). این مسیرها در مدل اولیه معنادار نبودند و بعد از اصلاح مدل و برای برازش مناسب مدل حذف شدند و همچنین مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش با افسردگی زنان باردار در جدول ۲ و ۳ ذکر شده است.

متغیر پیشین	متغیر ملاک	ضرایب استاندارد	انحراف استاندارد	آماره t	سطح معناداری
بد تنظیمی هیجانی	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۲۰۸	۰/۰۶۷	۳/۱۰۵	۰/۰۰۱
بد تنظیمی هیجانی	دیگر جهت‌مندی	۰/۳۳۴	۰/۰۵۱	۶/۵۶۸	۰/۰۰۱
والدگری (پدر)	دیگر جهت‌مندی	۰/۴۱۳	۰/۰۷۹	۵/۲۱۸	۰/۰۰۱
والدگری (پدر)	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۸۷۴	۰/۱۰۴	۸/۳۸۱	۰/۰۰۱
بد تنظیمی هیجانی	افسردگی	۰/۰۷۲	۰/۰۱۰	۷/۳۹۹	۰/۰۰۱
دیگر جهت‌مندی	افسردگی	۰/۰۴۳	۰/۰۱۳	۳/۳۳۷	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	افسردگی	۰/۰۴۷	۰/۰۱۰	۴/۵۶۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر ملاک دارای مقدار T بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از $1/96 \pm$ است تأثیر معنیداری ($p < 0/01$) بر متغیر ملاک دارند و مسیرهای غیر معنادار از مدل حذف شدند. جدول ۳. ضرایب مسیر غیر مستقیم اثرات متغیرها و معنیداری پارامترهای برآورد شده با بوت استرپ

sig	حد پایین	حد بالا	Bootstrap	مسیر
0/001	0/017	0/039	0/027	خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت - بد تنظیمی هیجانی افسردگی - مندی
0/001	0/051	0/087	0/069	خودگردانی و عملکرد - سبک‌های والدگری ادراک‌شده پدر افسردگی - مختل و دیگر جهت‌مندی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود برای بررسی نقش متغیرهای واسطه از روش بوت استرپ استفاده گردید. نتایج نشان داد که بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده پدر از طریق خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی قادر به پیشبینی افسردگی در زنان باردار هستند ($p < 0/01$). در جدول ۴ شاخصهای برازش مدل اصلاح شده ذکر شده است.

جدول ۴. شاخصهای برازش مدل

شاخصهای برازش			نام شاخص
حد مجاز	مدل نهایی	مدل اولیه	
کمتر از ۵	۲/۵۷	۱۸۶/۶۹	$\frac{\chi^2}{df}$
کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۶۸۵	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۳۲	(شاخص نیکویی برازش) GFI
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۸	۰/۳۱	(شاخص نیکویی برازش اصلاح شده) AGFI
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۳۱	(شاخص برازش تطبیقی) CFI
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۹	۰/۳۲	(شاخص برازش نرم شده) NFI

شاخصهای برازش در جدول ۴ نشان‌دهنده برازش عالی داده‌ها با مدل اصلاح شده است. با توجه به شکل ۱ و جدول ۳ بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده پدر از طریق حیطه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) و حیطه چهارم (دیگر جهت‌مندی) به صورت غیرمستقیم قادر به پیشبینی افسردگی در زنان باردار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی زنان باردار انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که بد تنظیمی هیجانی به صورت غیر مستقیم از طریق طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانست افسردگی زنان باردار را پیشبینی کند. این یافته با نتایج بوسا و همکاران، (۲۰۲۴)؛ جوآگوسس و همکاران، (۲۰۲۲) و بیسپ و همکاران، (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد طرح‌واره‌های ناسازگار، الگوهای دیرینه نسبتاً پایداری هستند که در کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند و تغییر پذیری آنها در حال حاضر زیاد نیست. بنابراین بسته به نوع طرح‌واره‌های که در زن باردار تشکیل شده است اثرات بد تنظیمی هیجانی به واسطه طرح‌واره می‌تواند میزان افسردگی در آنها را تحت تأثیر قرار دهد کند. وقتی فرد با موقعیت‌های استرس‌زا همانند دوره بارداری مواجه می‌شود، این طرح‌واره‌ها و باورهای ناسازگار فعال می‌شوند چراکه واکنش‌های هیجانی نامناسبی را تجربه می‌کنند که ممکن است منجر به افسردگی شود. بد تنظیمی هیجانی با برهم زدن تعادل در مدیریت هیجانها، فرد را از لحاظ روانی در شرایطی شکننده و آسیب‌پذیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در فرد نیز خود عاملی دیگر در مضاعف کردن این شرایط آسیب هستند و زمانی که این عدم تنظیم هیجان بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر می‌گذارد، شرایطی وخیمتر به وجود می‌آورد که می‌تواند مسیر افسردگی را تسهیل کند و فرد را در شرایطی قرار دهد که نتواند عملکرد مناسبی را داشته باشد (جوآگوسس و همکاران، ۲۰۲۲). با افزایش بد تنظیمی هیجانی، ممکن است احساسات منفی نیز افزایش یابد که این مجدداً منجر به فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. در واقع، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به یک دایره منفی و تقویت‌کننده تبدیل شوند. وقتی که فرد با واکنش‌های هیجانی ناسازگار مواجه می‌شود و

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال شوند، احتمالاً آلودگی هرچه بیشتری از این الگوها در ذهن اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، بد تنظیمی هیجانی می‌تواند به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه عمل کند و هر کدام می‌توانند یکدیگر را تشدید کنند و این یک جریان منفی است که می‌تواند به تدریج به تشدید افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روانی منجر شود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش آن بود که سبک‌های والدگری ادراک‌شده به صورت غیر مستقیم از طریق طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانست افسردگی زنان باردار را پیش‌بینی کند که این نتایج با یافته‌های رومرو و آکوستا و همکاران، (۲۰۲۱)؛ کیجر و همکاران، (۲۰۲۰)؛ پورشاه‌آبادی و عینی‌پور، (۲۰۲۰) و بی و همکاران، (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد که سبک‌های فرزند پروری که والدین در تربیت کودکان خود اتخاذ می‌کنند، می‌تواند تأثیر بسزایی بر شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد داشته باشد. سبک‌های فرزند پروری شامل ابعادی چون حساسیت، انضباط، دلسوزی و ارتباطات واضح و فعالیت‌هایی چون تلاش برای سازگاری و استقلال فرزندان می‌شود. این سبک‌ها ممکن است باعث تقویت یا ضعیف شدن خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی در افراد شود (پورشاه‌آبادی و عینی‌پور، ۲۰۲۰). تعاملات ناکارآمد والدین با فرزندان پیش‌بینی خوبی برای خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهتمندی و تعاملات کمتر کودکان در روابط بین فردی آینده است. زمانی که والدین به شیوه‌های نامناسبی با فرزندان خود ارتباط برقرار میکنند و از لحاظ عاطفی محدودکننده هستند، فرزند خود را در شرایط آسیب‌پذیری بالاتری نسبت به بقیه قرار میدهند. گاهی این موضوع برعکس میشود و والدین بیش از اندازه از فرزند خود حمایت میکنند که همین مسئله نیز میتواند باعث ایجاد چالشهایی در فرد شود و طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی مرتبط با خودش را در روند رشد روانی فرد افزایش دهد (بی و همکاران، ۲۰۱۸). شیوه‌های والدگری ناکارآمد با به وجود آوردن عواملی همچون شرم، کمالگرایی، بدبینی، خودشیفتگی و اضطراب بالا، میتواند طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی را نیز تقویت کند و همهی این عوامل منفی در کنار هم در مسیر زندگی یک فرد میتوانند به او آسیب بزنند و حتی منجر به افسردگی در فرد شوند؛ بنابراین، سبک‌های فرزند پروری می‌توانند برای تقویت یا ضعیف شدن طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی در افراد تأثیرگذار باشند. ارتقاء سبک‌های فرزند پروری به سوی حمایت و ترغیب به رشد روانی سالم می‌تواند به کاهش اثرات منفی طرح‌واره‌های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی کمک کند.

به طور کلی میتوان از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفت عوامل روان‌شناختی متعددی در تعامل با همدیگر میتوانند در افسردگی زنان باردار نقش داشته باشند. در این پژوهش به بررسی نقش متغیرهای بد تنظیمی هیجانی و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهتمندی در پیش‌بینی افسردگی زنان باردار پرداخته شد که نتایج نشان داد بد تنظیمی هیجانی، سبک‌های والدگری ادراک‌شده و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش کلیدی در افسردگی زنان باردار دارند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های کاهش افسردگی زنان باردار ضروری است. از محدودیتهای پژوهش حاضر میتوان به نوع روش پژوهش اشاره کرد که به تبع از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارند. همچنین به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. پیشنهاد میشود در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای بررسی این متغیرها استفاده شود تا تعمیم آن به سایر جوامع آماری آسانتر شود و همچنین به متغیرهای دیگری که میتوانند افسردگی زنان باردار را کاهش دهند، توجه نمود.

منابع

- بشارت، م. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴۷)، ۸۹-۹۲. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1427.html
- سامانی، س؛ و جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۳(۵۲)، ۶۵-۷۷. <https://www.sid.ir/paper/391033/fa.۷۷-۶۵>
- صلواتی، م. (۱۳۸۶). طرح‌واره‌های غالب و اثر بخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله جهت دریافت رساله دکتری. چاپ شده. انیستیتو روانپزشکی تهران.
- معینی، م؛ مام شریفی، پ؛ فرخی، س؛ و شهرابی فراهانی، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری با تاب‌آوری امدادگران هلال‌احمر. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۷)، ۱۳۳-۱۴۴.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.7.18.7>

Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbstaël, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and psychotherapy*, 96(3), 716-747. <https://doi.org/10.1111/papt.12465>

Beheshti Nasab, M., Bahmaei, H., Askari, S., Ghanbari, S., & Irvani, M. (2022). The Relationship between Health Anxiety and Prenatal Distress with Choosing Mode of Delivery among Pregnant Women during COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 10(2), 324-327. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.62345.1758>

Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>

Bi, X., Yang, Y., Li, H., Wang, M., Zhang, W., & Deater-Deckard, K. (2018). Parenting Styles and Parent-Adolescent Relationships: The Mediating Roles of Behavioral Autonomy and Parental Authority. *Frontiers in psychology*, 9, 2187. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02187>

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>

Buesa, J., Campos-Berga, L., Lizaran, M., Almansa, B., Ghosn, F., Sierra, P., ... & García-Blanco, A. (2024). Predictors of postpartum depression in threatened preterm labour: importance of psychosocial factors. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.06.004>

Cantarero, A., Mateo, R., Camarero, P. R., Alonso, D., Fernandez-Eslava, B., & Alonso-Alvarez, C. (2020). Testing the shared-pathway hypothesis in the carotenoid-based coloration of red crossbills. *Evolution*, 74(10), 2348-2364. <https://doi.org/10.1111/evo.14073>

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*, 42(Pt 2), 111-131. <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>

Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Yap, K., & Roach, V. J. (2023). Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men's concerns and experiences during their partners' pregnancies. *Journal of affective disorders*, 323, 640-658. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.092>

Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 804-813. <https://doi.org/10.1002/cpp.2464>

Goagoses, N., Bolz, T., Eilts, J., Schipper, N., Schütz, J., Rademacher, A., Vesterling, C., & Koglin, U. (2022). Parenting dimensions/styles and emotion dysregulation in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03037-7>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Ifeagwazi, C. M., Obiajulu, B. M., Chukwuorji, J. C., & Ndukaihe, I. L. (2021). Emotion dysregulation robustly predicts depressive symptoms above and beyond life events and social support in sub-saharan African pregnant women. *Women's Reproductive Health*, 8(1), 29-43. <https://doi.org/10.1080/23293691.2020.1861414>

Jahan, N., Went, T. R., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A., & Alfonso, M. (2021). Untreated Depression during Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*, 13(8), e17251. <https://doi.org/10.7759/cureus.17251>

Keijsers, R., Olofsdotter, S., Nilsson, K. W., & Åslund, C. (2020). The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. *Mental Health & Prevention*, 20, 200193. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200193>

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)

- Li, H., Li, H., Zhong, J., Wu, Q., Shen, L., Tao, Z., Zhang, H., & Song, S. (2023). Association between sleep disorders during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 26(2), 259-267. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01295-3>
- Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2018). Psychometric validation of the Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2): Replication and Extension of a commonly used parenting scale in Schema Therapy (S T) research and practice. *PloS one*, 13(11), e0205605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205605>
- McCance, D. R., & Cassidy, L. (2024). Diabetes in pregnancy. *Textbook of Diabetes*, 1034-1071.
- Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y. H., & Oon, P. T. (2020). The relation between parenting stress and child behavior problems: Negative parenting styles as mediator. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2993-3003. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01785-3>
- Malogiannis, I. A., Aggeli, A., Garoni, D., Tzavara, C., Michopoulos, I., Pehlivanidis, A., Kalantzi-Azizi, A., & Papadimitriou, G. N. (2018). Validation of the greek version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3: Internal consistency reliability and validity. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 29(3), 220-230. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.220>
- Mamsharifi, P., Farokhi, B., Hajipoor-Taziani, R., Alemi, F., Hazegh, P., Masoumzadeh, S., Jafari, L., Ghaderi, A., & Ghadami Dehkohne, S. (2023). Nano-curcumin effects on nicotine dependence, depression, anxiety and metabolic parameters in smokers: A randomized double-blind clinical study. *Heliyon*, 9(11), e21249. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21249>
- Mirzakhani, K., Khadivzadeh, T., Faridhosseini, F., & Ebadi, A. (2020). Pregnant Women's Experiences of the Conditions Affecting Marital Well-Being in High-Risk Pregnancy: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(4), 345-357. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.85666.1285>
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 10.1002/cpp.2914. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Pourshahabadi, F., & Einipour, J. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation of Self and Emotional Control among Couples with Marital Maladjustment. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 7(2), 18-29. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v7i2.28249>
- Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G. A., Lipps, G. E., & Gibson, R. C. (2021). Parenting Styles, Anxiety and Depressive Symptoms in Child/Adolescent. *International journal of psychological research*, 14(1), 12-32. <https://doi.org/10.21500/20112084.4704>
- Sánchez-Polán, M., Franco, E., Silva-José, C., Gil-Ares, J., Pérez-Tejero, J., Barakat, R., & Refoyo, I. (2021). Exercise During Pregnancy and Prenatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in physiology*, 12, 640024. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.640024>
- Sharma, A., & McClellan, J. (2021). Emotional and Behavioral Dysregulation in Severe Mental Illness. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 30(2), 415-429. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.010>
- Smith, A. L., Carvalho, A. F., & Solmi, M. (2024). Methodological concerns in umbrella review of serotonin and depression. *Molecular psychiatry*, 10.1038/s41380-024-02460-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02460-5>
- Yaffe, Y. (2023). Systematic review of the differences between mothers and fathers in parenting styles and practices. *Current psychology*, 42(19), 16011-16024. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01014-6>
- Yalcin, O., Marais, I., Lee, C. W., & Correia, H. (2023). The YSQ-R: Predictive Validity and Comparison to the Short and Long Form Young Schema Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 1778. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031778>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zetsche, U., Bürkner, P. C., Bohländer, J., Renneberg, B., Roepke, S., & Schulze, L. (2024). Daily Emotion Regulation in Major Depression and Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychological Science*, 12(1), 161-170. <https://doi.org/10.1177/21677026231160709>

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد استان البرز

نیلوفر طهمورسی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده مسئول مقاله)

پریسا علی زاد ثانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

Predicting the quality of life based on social anxiety and resilience in women heads of households Committee of Alborz Province

Niloufar Tahmoresi

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

Parisa Alizadsani

Master Student of Personality Psychology , Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting the quality of life based on social anxiety and resilience in female guardians. The research method was correlational. The statistical population of the study was the women heads of the Imam Khomeini (RA) relief committee of Alborz province, and based on Fidel's formula and taking into account the possible loss of 150 people from the statistical population, and using three quality of life questionnaires of the World Health Organization (1996), Connor and Davidson's resilience (2003) and Jarabek's social anxiety questionnaire (1996) were examined. The research hypotheses were examined using multiple regression analysis and following the research assumptions. Examining the results of the regression analysis showed that according to the explanation coefficient (R^2), predictor variables can explain 36% of the variance of the quality of life of female heads of households, and among the predictor variables, the dimensions of fear of strangers ($p < 0.01$) and fear of being evaluated by others ($p < 0.05$) with a negative coefficient and beta of 0.184 and 0.178 and resilience variable ($p < 0.01$) with a positive coefficient and beta of 0.359 entered the regression equation of quality of life Women became the head of the household. Therefore, the existence of social anxiety among women heads of households can reduce their quality of life and the existence of resilience can improve it.

Keywords: quality of life, resilience, social anxiety, female heads of the household

چکیده

این پژوهش با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست انجام گرفت. روش تحقیق از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) استان البرز بود و بر اساس فرمول فیدل و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی ۱۵۰ نفر از افراد جامعه آماری انتخاب و با استفاده از سه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹۶) مورد بررسی قرار گرفتند. فرضیات تحقیق با استفاده از تحلیل رگرسیون چند گانه و با رعایت پیش فرض های تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد با توجه به میزان ضریب تبیین (R^2)، متغیر های پیش بین می توانند ۳۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را تبیین کنند و از بین متغیر های پیش بین ابعاد ترس از بیگانگان ($p < 0/01$) و ترس از ارزیابی توسط دیگران ($p < 0/05$) با ضریب منفی و بتای ۰/۱۷۸ و ۰/۱۸۴ و متغیر تاب آوری ($p < 0/01$) با ضریب مثبت و بتای ۰/۳۵۹ وارد معادله رگرسیونی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شدند. لذا وجود اضطراب اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در آنان و وجود تاب آوری می تواند باعث بهبود آن گردد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی ، تاب آوری ، اضطراب اجتماعی ، زنان سرپرست خانوار

مقدمه

خانواده به عنوان منسجم ترین گروه اجتماعی است، ضامن ترقی، پیشرفت و سلامتی جامعه است. زن و خانواده دو مقوله غیر قابل تفکیک هستند که در چارچوب رفاه اجتماعی امر مهمی تلقی می شوند در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می افتد چگونگی عملکرد آن می تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده و مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (کان و توان^{۹۷}، ۲۰۲۰).

زنان با سرپرست شدن به علت تعدد و تعارضات نقش آرامش روانی خود را از دست می دهند. تجارب این گروه از زنان نشان می دهد که خود را متفاوت از دیگران می دانند و احساس حقارت و درماندگی، تنهایی و دلنگی دارند (واگنر و منگ^{۹۸}، ۱۹۹۷ به نقل از گروسو، ۱۳۹۷).

در واقع اختلال اضطراب اجتماعی یا ترس از ارزیابی شدن توسط دیگران یا ترس از از رده خاطر کردن دیگران (ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳) همراه است و میزان شیوع و ماندگاری آن در طول زندگی به ترتیب ۴ و ۶۰ درصد است (استین، لیم، روست^{۹۹} و دیگران، ۲۰۱۷).

وجود اضطراب اجتماعی در یک فرد وی را مستعد مشکلات طولانی مدت در حوزه های مختلف عملکرد می کند. اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً با اشکال آسیب های روانی همراه است و این افراد را به مواجهه فعال با تجارب ذهنی هراس انگیز خود به همراه تغییر رفتار و ایجاد هدف و انگیزه برای تعهد به سبک زندگی اجتماعی تر تشویق کرد (راینسون، شاور، راتسمن^{۱۰۰}، ۱۹۹۱ به نقل از فولادی و همکاران، ۱۳۹۹).

با افزایش فشار زیاد بر زنان سرپرست خانواده و پیامدهای گسترده آن، نیاز به تاب آور تر شدن این گروه بیش از پیش احساس می شود. تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس زای زندگی در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می کند (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، ۱۳۹۶). بر اساس نظریه کانر و دیویدسون^{۱۰۱} (۲۰۰۳) تاب آوری بر ویژگی های مرتبط با پیامد های مثبت در مواجهه با مصائب و ناملایمات زندگی تاکید داشتند (تقوی لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۸). تاب آوری به معنای حفظ تعادل زیستی - روانی در شرایط دشوار بوده و توانایی فرد برای سازگاری و انطباق با تغییرات پیش آمده، خواسته ها و ناکامی ها است و سطوح پایین و ضعیف تاب آوری، با آسیب پذیری و اختلالات روانشناختی همراه است و به افراد می آموزد تا کنش های مثبتی در مواجهه با شرایط ناخوشایند داشته باشند (لی، سادوم و زامورسکی^{۱۰۲}، ۲۰۱۳). تاب آوری خانواده، نقش میانجی بسیار

- ۹۷ Can & Tuman
 ۹۸ Wagner and Meng
 ۹۹ Stein, Lim, Roest
 ۱۰۰ Robinson, Shaver, Ratsman
 ۱۰۱ .car & Dewinson
 ۱۰۲ .Lee, Sadoum & Vesamorsky

سخت و استرس زای زندگی در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می کند (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، ۱۳۹۶). بر اساس نظریه کانر و دیوینسون (۲۰۰۳) تاب آوری بر ویژگی های مرتبط با پیامد های مثبت در مواجهه با مصائب و نامایمات زندگی تاکید داشتند (تقوی لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۸). ماک و وونک (۲۰۱۱) طی بررسی های خود نشان دادند هر چه فرد قدرت بیشتری در تاب آوری، استرس های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی روانی قرار می گیرد. همچنین مطالعات میندن، لیدزی، الن، کاترین و ماریا (۲۰۱۵) و دوستی پور محمدرضای تجربی و غباری بناب (۱۳۹۳) نشان داده است که تاب آوری با کاهش آسیب روانی در ارتباط است (باقری زنجانی و همکاران، ۱۳۹۵). حال با توجه به آنچه بیان شد این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که آیا کیفیت زندگی را می توان بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار پیش بینی کرد؟

پیشینه پژوهش

تحقیقات انجام شده در داخل کشور شاهواروقی فراهانی و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی با عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، مراجعه کننده به بخش مراقبت تسکینی و پیش بینی آن بر اساس اضطراب اجتماعی و افسردگی اجرا شد. نتایج حاصل از انجام این پژوهش نشان داد که بین اضطراب اجتماعی و افسردگی با کیفیت زندگی شرکت کنندگان رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین، اضطراب اجتماعی و افسردگی توانسته اند ۱۹ درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته را پیش بینی کنند.

خمسه راد و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی با عنوان تعیین اضطراب بیماری کرونا، رضایت و کیفیت زندگی در بزرگسالان جامعه ایرانی می باشد. یافته ها نشان داد میانگین های اضطراب بیماری کرونا، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در سطح متوسط بود. همچنین بین اضطراب بیماری کرونا، رضایت و کیفیت زندگی آن رابطه منفی معناداری وجود داشت نتیجه گیری اضطراب بیماری کرونا در میان ساکنان بزرگسال ایرانی وجود دارد که دارای پیامدهای منفی بر کیفیت و رضایت از زندگی افراد می باشد لذا باید این گونه علائم روان شناختی مرتبط با پاندمیک کرونا را شناسایی کرده و اقدامات لازم در جهت مبارزه با پیامدهای آن را اتخاذ نمود.

تحقیقات انجام شده در خارج از کشور جینگیو^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان رابطه کیفیت زندگی با اضطراب اجتماعی و مسئولیت پذیری اجتماعی در زوجین چینی انجام دادند نتایج این مطالعه نشان داد که اضطراب

مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلال های روانی از خود نشان می دهد و به واسطه کاهش هیجان های منفی رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می نماید (تقوی لاریجانی، نوغانی؛ داننده فرد، ۱۳۹۸). حال با توجه به آنچه بیان شد در این پژوهش به پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی خواهیم پرداخت.

بیان مسأله

در سال های اخیر شاهد روند رو به تحول زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می کشند و به عنوان زنان سرپرست خانواده در جامعه معرفی می شوند. اغلب این خانواده ها دارای مشکلات فراوان اند، به گونه ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می شود (اسدی خلیلی و همکاران، ۱۳۹۹)

توجه به سلامت جسمانی و روانی زنان جامعه بسیار مهم بوده و برخورداری از روحیه امیدوار، سرزنده و شاداب می تواند تأثیر بسزایی در نحوه کار کرد و فعالیت آنان داشته باشد و به نوبه خود، موجبات شادی نسل بعد را فراهم کند. در این میان، زنان بدون همسر که علاوه بر به دوش کشیدن بار مسئولیت مردان و تأمین هزینه های زندگی، باید نگاه تلخ جامعه به خود را متحمل شوند، بیشتر در معرض آسیب بوده و اغلب، دچار سرخوردگی، یأس و ناامیدی می گردند (اوقدن و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات نشان می دهد که اضطراب اجتماعی طی سالیان متمادی می تواند آشفتگی و مشکلات عمیقی را در زندگی فرد ایجاد کند از جمله مختل کردن عملکرد شغلی و رشد اجتماعی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی است (سادوک، سادوک، روتیز، ۲۰۱۵).

تحقیقات مختلفی از جمله موسوی، جوان پرست و رضایی (۱۳۹۴)؛ شافعی، شهروانی و شاهی (۲۰۱۴) و کالویت، اوربو و هانکین (۲۰۱۳) نشان داده اند که بین اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد رابطه معنی داری وجود دارد. (کامارا و کالویت ۲۰۱۲) نیز در بررسی علائم اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی به وجود ارتباط معنادار بین این دو متغیر دست یافتند. صالحی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی نشان دادند که بین کیفیت زندگی با اضطراب رابطه وجود دارد و افزایش کیفیت زندگی باعث کاهش اضطراب می گردد. همچنین بنی اسدی و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی نشان دادند اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات را کاهش می دهد (حسنی و همکاران، ۱۳۹۹)

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی تاب آوری است. تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط

شخصی فرد و عوامل محیطی در ارتباط است و مورداستفاده قرار می گیرد (مکوندی، اعتمادی کرمانی، ۱۳۹۴).

به رغم اینکه کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت افراد بازی می کند، با این حال مطالعات اندکی در مورد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار صورت گرفته است. از سویی دانستن شرایط کیفیت زندگی افراد و پی بردن به مواردی که کیفیت زندگی آن ها را کاهش می دهد و سعی در برطرف نمودن آن ها می تواند راهکارهایی موثر در جهت افزایش کیفیت ارائه خدمات و ارتقاء کیفیت زندگی در جامعه باشد. همچنین با قبول این نکته که درک افراد از کیفیت زندگی از باورها و فرهنگ های آنان متأثر است ضرورت تحقیق در این زمینه بسیار حساس می شود؛ نتایج حاصله می تواند برای متخصصان حوزه های سلامت روانی، سلامت روانشناختی، قابل استفاده باشد تا به ارائه راه حل های صحیح و دقیق، به مراجعان باعث افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شوند. و با توجه به این مسئله که موضوع پژوهش نیز تا حالا مورد بررسی قرار نگرفته است از این رو، انجام چنین پژوهشی از ضرورت خاصی برخوردار است.

اهداف پژوهش

هدف کلی

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی اهداف ویژه

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس تاب آوری در زنان سرپرست خانوار

روش تحقیق

این پژوهش به لحاظ هدف جز تحقیقات کاربردی محسوب شد و از لحاظ شیوه جمع آوری دادهها از نوع پژوهشهای توصیفی (غیر آزمایشی) و از لحاظ اینکه به بررسی رابطه بین متغیرها پرداخت. از نوع پژوهشهای همبستگی بود.

نمونه و روش نمونهگیری

به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پلنت پیشنهادی تاباخنیک و فیدل^{۱۰۷} (۲۰۰۷) استفاده شد. براساس فرمول پیشنهادی آنان، حداقل

حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$

$N \geq 50 + 8M$ محاسبه می شود (N=نمونه آماری و M=متغیرهای مستقل) بر این اساس با توجه به فرمول پلنت پیشنهادی تاباخنیک و فیدل حجم نمونه ۶۶ نفر می باشد که با توجه به ریزش احتمالی نمونه ها ۱۵۰ نفر به صورت نمونهگیری تصادفی ساده از بین زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی استان البرز صورت گرفت.

۱۰۷ . Tabakhnik and Fidel

اجتماعی و مسئولیت پذیری اجتماعی با کیفیت کلی زندگی و چهار بعد آن ارتباط داشت و با افزایش اضطراب اجتماعی کیفیت زندگی کاهش میابد

دیکسون، مودی، گولدین، فارب، هیمبرگ و گروس^{۱۰۴} (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی رابطه تنظیم هیجان و اضطراب اجتماعی با کیفیت زندگی زنان مطلقه پرداختند نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان ارتباط با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. و اضطراب اجتماعی باعث کاهش کیفیت زندگی خواهد شد

جکسون، فیردکو و آدن برگ^{۱۰۵} (۲۰۱۸)، در پژوهشی خود تحت عنوان بررسی رابطه تاب آوری و سلامت روان با کیفیت زندگی که در بین پرستاران انجام داده بودند، نشان دادند که تاب آوری می تواند پرستاران را در کاهش آسیب پذیری و بهبود شرایط سلامتی کمک نماید و باعث ارتقای کیفیت زندگی در این افراد می گردد.

آلمیدا و سیلویرا^{۱۰۶} (۲۰۱۹) پژوهشی را با عنوان «رابطه کیفیت زندگی و خودکارآمدی با تاب آوری» انجام دادند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی این افراد ارتباط مثبت و معناداری با تاب آوری دارد و در واقع خودکارآمدی و تاب آوری از پیشین کننده های معنادار کیفیت زندگی در این افراد می باشد.

اهمیت و ضرورت

کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی فرد را در برمی گیرد. سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی برای مراقبت و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت ها برای سیاست گذاران و انجمن های مراقبت از سلامت اهمیت دارد. در واقع کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی اش، مراقبت های بهداشتی و فعالیت های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می شود و به فرد اجازه می دهد اهداف ارزشمند زندگی اش را بیان کند، می پردازد. در علوم پزشکی به طور خاص اندازه گیری کیفیت زندگی کاربردهای زیادی را داراست؛ به عنوان مثال در تعیین کارایی درمان های مختلف، ارزیابی خدمات بهداشتی و اولویت بندی آن ها، سیاست گذاری و تخصیص منابع، بهبود روابط پزشک و بیمار با افزایش درک متقابل و پژوهش، کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است و به صورت پیچیده با سلامت جسمانی، وضعیت روان شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای

۱۰۴ . Dixon, Moodie, Goldin, Farb,

Heimberg & Gross

۱۰۵ . Jckson , D & Firtko , A &

Edenborough , M

۱۰۶ . Salomé, Almeida, & Silveira

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی.

برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاسها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول زیر آمده است (جات و همکاران، ۱۳۸۵).

زیرمقیاس	گروه سالم، تعداد = ۷۰۰	گروه بیمار، تعداد = ۳۶۷
سلامت جسمانی	۰/۷۰	۰/۷۲
سلامت روان	۰/۷۳	۰/۷۰
روابط اجتماعی	۰/۵۵	۰/۵۲
سلامت محیط	۰/۸۴	۰/۷۲
سلامت عمومی	۰/۸۵	۰/۷۹

پرسشنامه اضطراب اجتماعی¹⁰⁸

پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک در سال ۱۹۹۶ برای سنجش اضطراب اجتماعی ساخته شده است. روایی ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۵ عامل شامل ترس از بیگانگان، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انزوای اجتماعی، و ترس از آشکار شدن علایم اضطراب استخراج شده است که این ۵ عامل ۴۷/۲۳ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کنند (سام دلیری، ۱۳۸۱). در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۱) نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب حاصله ۰/۸۷ بود. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد (تسای، وانگ، چانگ و فو^{۱۰۹}، ۲۰۰۹). نقطه برش ۱۹ با کارآیی با دقت تشخیص ۷۹ درصد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون اختلال را تشخیص می‌دهد. همسانی درونی (ضریب آلفا) در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس از بیگانگان ۰/۹۸، ترس از ارزیابی ۰/۹۲، ترس از صحبت کردن ۰/۸۴، مقیاس انزوای ۰/۸۰ و برای ترس از آشکار شدن ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۲ و روایی همگرایی زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ می‌باشد.

آمار توصیفی

ابتدا آمار توصیفی نمونه مورد ارزیابی در دو بخش آمار جمعیت شناختی و بررسی متغیرهای تحقیق با استفاده از جداول توزیع فراوانی، ترسیم نمودار و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی مورد بررسی قرار گرفت.

- آمار جمعیت شناختی

- سن زنان سرپرست خانوار

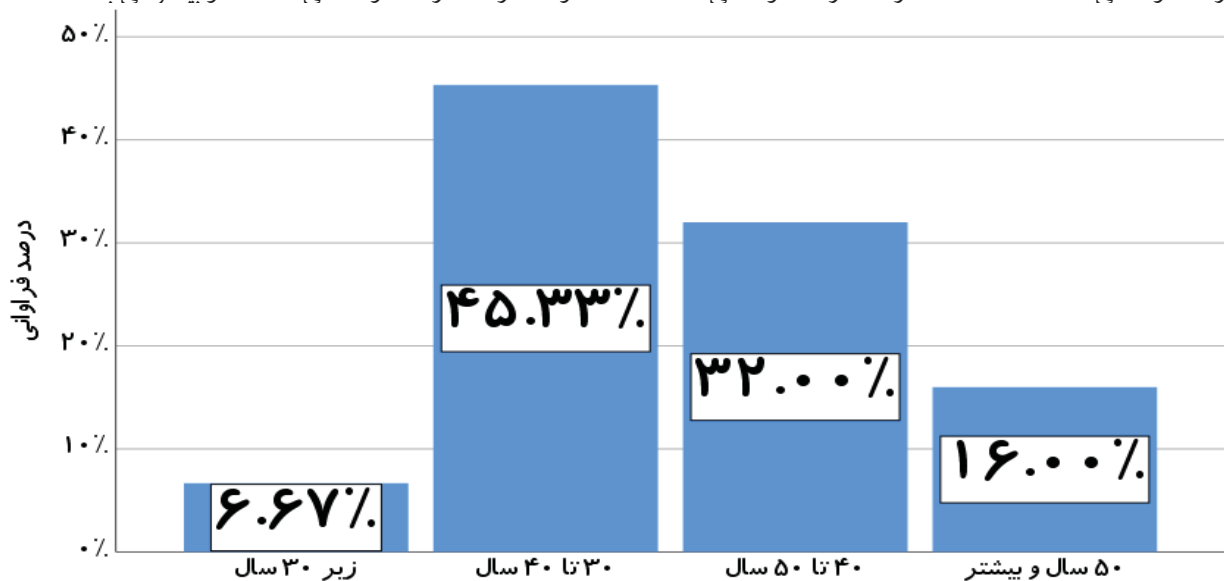
۱۰۸ The Social Phobia Inventory (SPIN)

۱۰۹ Tsai, Wang, Juang & Fuh

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب سن

گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
زیر ۳۰ سال	۱۰	۶/۷	۶/۷
سال ۳۰ تا ۴۰	۶۸	۴۵/۳	۵۲
تا ۵۰ سال	۴۸	۳۲	۸۴
۵۰ سال و بیشتر	۲۴	۱۶	۱۰۰
جمع	۱۵۰	۱۰۰	

بررسی نتایج جدول و نمودار ۴-۱ نشان می دهد ۶/۷ درصد زنان سرپرست خانوار مورد نظر در محدود سنی زیر ۳۰ سال، ۴۵/۳ درصد در محدود سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۲ درصد در محدود سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۶ درصد در محدوده سنی ۵۰ سال و بیشتر می باشند.

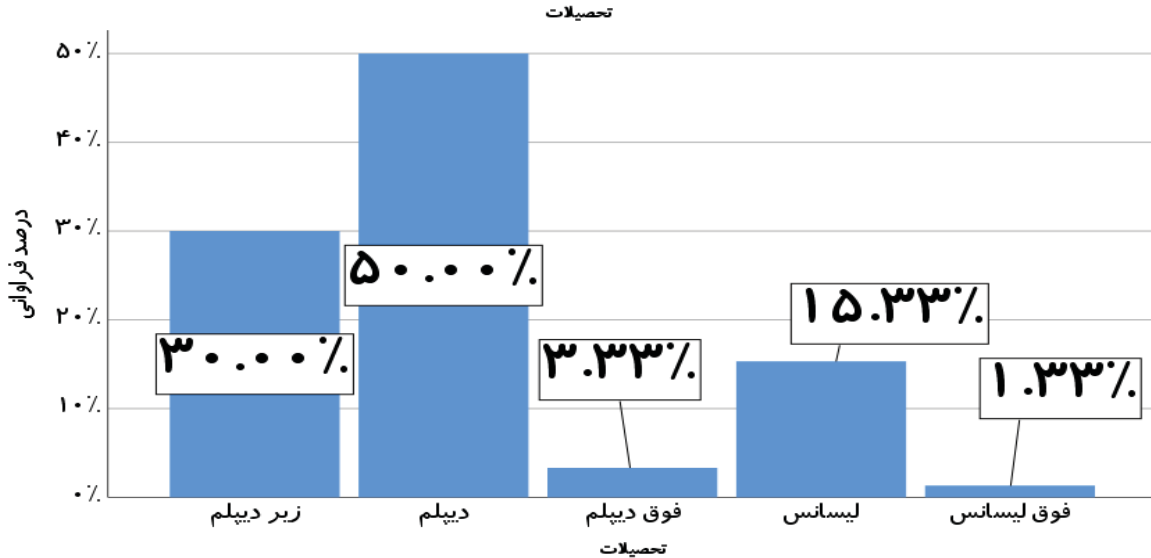


نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب سن -میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار

تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
زیر دیپلم	۴۵	۳۰	۳۰
دیپلم	۷۵	۵۰	۸۰
فوق دیپلم	۵	۳/۳	۸۳/۳
لیسانس	۲۳	۱۵/۳	۹۸/۷
فوق لیسانس	۲	۱/۳	۱۰۰
جمع	۱۵۰	۱۰۰	

بررسی نتایج جدول و نمودار ۲-۴ نشان می دهد ۳۰ درصد زنان سرپرست خانوار مورد بررسی دارای تحصیلات در سطح زیر دیپلم، ۵۰ درصد دارای تحصیلات در سطح دیپلم، ۳/۳۳ درصد دارای تحصیلات در سطح فوق دیپلم، ۱۵/۳۳ درصد دارای تحصیلات در سطح لیسانس و ۱/۳۳ درصد دارای تحصیلات در سطح فوق لیسانس بودند.



نمودار ۲-۴: توزیع فراوانی مقطع تحصیلی زنان سرپرست خانوار

آمار استنباطی

- بررسی فرضیات تحقیق

۲-۲-۱- فرضیه اول: کیفیت زندگی را می توان بر اساس اضطراب اجتماعی و تاب آوری در زنان سرپرست خانوار پیش بینی کرد.

$$\begin{cases} H_0: \beta = 0 \\ H_1: \beta \neq 0 \end{cases}$$

به منظور بررسی فرضیه اول تحقیق به منظور بررسی تاثیر تاب آوری و اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار پس از بررسی پیش فرض های اجرای رگرسیون اکنون مدل رگرسیونی در نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ جهت بررسی فرضیه تحقیق به شکل مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور آزمون فرضیه فوق و به منظور بررسی میزان تبیین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس تاب آوری و اضطراب اجتماعی از تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش همزمان استفاده گردید. در این روش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به عنوان متغیر ملاک و میزان نمره کل تاب آوری و ابعاد و مولفه های اضطراب اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۹-۴: واریانس تبیین شده رگرسیونی تاثیر تاب آوری و اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل	همبستگی	ضریب تبیین	ضریب تبیین تصحیح شده	انحراف خطای تخمین	دوربین واتسون
۱	۰/۵۹۹	۰/۳۵۹	۰/۳۳۲	۱۰/۲۰	۱/۹۱

متغیرهای پیش بین (مستقل): تاب آوری، ابعاد اضطراب اجتماعی

متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

پیش از بررسی تاثیر متغیرهای پیش بین (مستقل) بر متغیر ملاک نرم افزار ابتدا در قالب یک ترکیب خطی از متغیرهای پیش بین (مستقل)

رابطه آن ها را با متغیر ملاک کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بدست می آورد. که مقدار آن $R = 0/599$ می باشد که با توجه به چهار دسته کسل (۲۰۱۰) (کوچکتر و مساوی $0/3$ ضعیف، بین $0/3$ تا $0/5$ متوسط، بین $0/5$ تا $0/7$ قوی و بیشتر از $0/7$ بسیار قوی) در دسته سوم یعنی روابط قوی قرار می گیرد (مرادی و میرالماسی، ۱۳۹۸).

سپس مجدور این رابطه که ضریب تعیین^{۱۱} خوانده می شود میزان واریانس تبیین شده یا میزان رفتار پیش بینی شده متغیر ملاک را نشان می دهد. از آنجا این مقدار کیفیت دقت یک پیش بینی را نشان می دهد هدف نهایی هر کار علمی، ارتقای این شاخص خواهد بود. مقدار R^2 برابر با $0/36$ است که با توجه به سه مقدار $0/19$ ، $0/33$ و $0/67$ که به ترتیب مقدار R^2 ضعیف، متوسط و قوی را نشان می دهد و توسط چین در سال ۱۹۹۸ ارائه گردید، واریانس تبیین شده این پژوهش مقداری قوی می باشد و این متغیرهای می توانند مقدار نسبتاً مطلوبی از واریانس کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را تبیین می کنند. اما با این میزان زیادی از واریانس متغیر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مورد ارزیابی تبیین نشده باقی می ماند. وجود بقیه واریانس وابسته به عوامل دیگری است که در این بخش تحقیق مد نظر قرار نگرفته است و یا ناشناخته می باشد. و به عبارت دیگر بقیه به متغیرهایی مربوط می شود که در واریانس کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار سهم دارند ولی این بخش از مطالعه به آنها نمی پردازد.

جدول ۱۰-۴: تحلیل واریانس تاثیر تاب آوری و اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل منابع تغییر	مجموع مربعات ۹	درجه آزادی	مجدور مربعات ۱	مقدار F (فیشر)	سطح معنی داری (sig)
1 رگرسیون ۱	۸۳۲۹/۱۴	۶	۱۳۸۸/۱۹	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
2 باقی مانده ها ۱	۱۴۸۸۸/۷۵	۱۴۳	۱۰۴/۱۱		
کل	۲۳۲۱۷/۸۹	۱۴۹			

متغیرهای پیش بین (مستقل): تاب آوری، ابعاد اضطراب اجتماعی

تحلیل واریانس به معنای تحلیل تغییرات است و هر تغییری منشا و منابع مخصوص به خود را در تحلیل واریانس دارد در آزمون مدل رگرسیونی این تغییرات ناشی از دو منبع رگرسیون ها و خطاهای باقی مانده است که در طی محاسباتی بر اساس این دو منبع از مجموع مجدورات هر کدام شاخصی پدید می آید که شاخص F یا شاخص فیشر خوانده می شود. بر اساس نظر برخی از محققین این شاخص تا حدی می تواند جایگزین شاخص های برازش در مدلسازی معادلات ساختاری گردد. (مرادی و میرالماسی، ۱۳۹۸) با توجه به معناداری F یا شاخص فیشر در سطح اطمینان ۹۹ درصد می توان بیان کرد که متغیر وابسته با کیفیت مناسبی توسط متغیرهای پیش بین (مستقل) خود در مدل رگرسیونی پیش بینی رفتار می شود ($p < 0/01$).

جدول ۱۱-۴: ضرایب رگرسیون به منظور پیش بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس تاب آوری و اضطراب اجتماعی

Sig.	t	متغیرهای پیش بین		
		4 ضرایب استاندارد	3 ضرایب غیر استاندارد	B
		Beta	Std. Error	B
۰/۰۰۹	-۲/۶۳	-۰/۱۸۴	۰/۱۴۸	-۰/۳۹۱
۰/۰۲۰	-۲/۳۵	-۰/۱۷۸	۰/۳۸۱	-۰/۸۹۸
۰/۵۴۴	۰/۶۰۸	۰/۰۶۴	۰/۴۸۲	۰/۲۹۳
۰/۰۸۰	-۱/۷۶	-۰/۱۶۱	۰/۳۰۵	-۰/۵۳۹
۰/۷۴۶	-۰/۳۲۴	-۰/۰۳۵	۰/۴۷۳	-۰/۱۵۳
۰/۰۰۱	۴/۸۴	۰/۳۵۹	۰/۱۲۱	۰/۵۸۵

متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

همانطور که در جدول ۴-۱۱ مشاهده شد از بین متغیرهای مستقل مورد ارزیابی ابعاد ترس از بیگانگان ($p < 0/01$) و ترس از ارزیابی توسط دیگران ($p < 0/05$) با ضریب منفی و بتای $0/184$ و $0/178$ و متغیر تاب آوری ($p < 0/01$) با ضریب مثبت و بتای $0/359$ وارد معادله رگرسیونی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شدند.

-فرضیه دوم: کیفیت زندگی را می توان بر اساس اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار پیش بینی کرد به منظور آزمون فرضیه فوق کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به عنوان متغیر ملاک و مولفه های اضطراب اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۱۲-۴: واریانس تبیین شده رگرسیونی تاثیر اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل	همبستگی	ضریب تبیین	ضریب تبیین تصحیح شده	انحراف خطای تخمین
۱	۰/۵۰۳	۰/۲۵۳	۰/۲۲۷	۱۰/۹۷

متغیرهای پیش بین (مستقل): ابعاد اضطراب اجتماعی
متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

بررسی نتایج تحقیق جدول ۴-۱۲ نشان می دهد مقدار ضریب تبیین یا R^2 برابر با $0/25$ است که توجه به نظر چین (۱۹۹۸) واریانس تبیین شده این پژوهش مقداری متوسط می باشد و نشان می دهد اضطراب اجتماعی میزان تقریباً مناسبی از کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار را تبیین می کند.

جدول ۱۳-۴: تحلیل واریانس تاثیر اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل	منابع تغییر	مجموع مربعات ۵	درجه آزادی	مجدور مربعات ۶	مقدار F (فیشر)	سطح معنی داری (sig)
۱	۷ رگرسیون	۵۸۸۱/۷۵	۵	۱۱۷۶/۳۵	۹/۷۷	۰/۰۰۱
	۸ باقی مانده ها	۱۷۳۳۶/۱۳	۱۴۴	۱۲۰/۳۹		
	کل	۲۳۲۱۷/۸۹	۱۴۹			

متغیرهای پیش بین (مستقل): ابعاد اضطراب اجتماعی

با توجه به معناداری F یا شاخص فیشر در سطح اطمینان ۹۹ درصد می توان بیان کرد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با کیفیت مناسبی توسط ابعاد اضطراب اجتماعی در مدل رگرسیونی پیش بینی رفتار می شود ($p < 0/01$).

جدول ۱۴-۴: ضرایب رگرسیون به منظور پیش بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس تاب آوری و اضطراب اجتماعی

Sig.	t	متغیرهای پیش بین			
		ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	B	
		Beta	Std. Error	B	
	-۲/۸۷	-۰/۲۱۴	۰/۱۵۹	-۰/۴۵۶	ترس از بیگانگان
	-۳/۱۷	-۰/۲۵۳	۰/۴۰۱	-۱/۲۷	ترس از ارزیابی توسط دیگران
	۰/۳۷۲	۰/۰۴۲	۰/۵۱۸	۰/۱۹۳	ترس از صحبت کردن در جمع
	-۲/۲۱	-۰/۲۱۵	۰/۳۲۶	-۰/۷۲۱	ترس از انزوای اجتماعی
	-۰/۵۹۳	-۰/۰۶۹	۰/۵۰۸	-۰/۳۰۱	ترس از آشکار شدن علایم اضطراب

متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

همانطور که در جدول ۴-۱۴ مشاهده شد از بین متغیرهای مستقل مورد ارزیابی ابعاد ترس از بیگانگان و ترس از ارزیابی توسط دیگران، ($p < 0/01$) و همچنین ترس از انزوای اجتماعی ($p < 0/05$) با ضریب منفی و بتای ۰/۲۱۴ و ۰/۲۵۳ و ۰/۲۱۵ وارد معادله رگرسیونی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شدند.

- فرضیه سوم: کیفیت زندگی را می توان بر اساس تاب آوری در زنان سرپرست خانوار پیش بینی کرد به منظور آزمون فرضیه فوق کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به عنوان متغیر ملاک و تاب وری به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۱۵-۴: واریانس تبیین شده رگرسیونی تاثیر تاب آوری بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل	همبستگی	ضریب تبیین	ضریب تبیین تصحیح شده	انحراف خطای تخمین
۱	۰/۴۹۸	۰/۲۴۸	۰/۲۴۳	۱۰/۸۶

متغیرهای پیش بین (مستقل): تاب آوری

متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

بررسی نتایج تحقیق جدول ۴-۱۵ نشان می دهد مقدار ضریب تبیین یا R^2 برابر با ۰/۲۴ است که توجه به نظر چین (۱۹۹۸) واریانس تبیین شده این پژوهش مقداری متوسط می باشد و نشان می دهد تاب آوری میزان تقریباً مناسبی از کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار را تبیین می کند.

جدول ۱۶-۴: تحلیل واریانس تاثیر تاب آوری بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

مدل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	مجدور مربعات	F مقدار فیشر	(sig) سطح معنی داری
	رگرسیون	۵۷۵۰/۸۹	۱	۵۷۵۰/۸۹	۴۸/۷۲	۰/۰۰۱
	باقی مانده ها	۱۷۴۶۶/۹۹	۱۴۸	۱۱۸/۰۲		
	کل	۲۳۲۱۷/۸۹	۱۴۹			

متغیرهای پیش بین (مستقل): تاب آوری

با توجه به معناداری F یا شاخص فیشر در سطح اطمینان ۹۹ درصد می توان بیان کرد که متغیر ملاک با کیفیت مناسبی توسط متغیرهای پیش بین (مستقل) خود در مدل رگرسیونی پیش بینی رفتار می شود ($p < 0/01$).

جدول ۱۷-۴: ضرایب رگرسیون به منظور پیش بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس تاب آوری و اضطراب اجتماعی

Sig.	t	متغیرهای پیش بین		
		ضرایب غیر استاندارد	Std. Error	B
۰/۰۰۱	۶/۹۸	۰/۴۹۸	۰/۱۱۶	۰/۸۱۱

متغیر ملاک: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

همانطور که در جدول ۴-۱۷ مشاهده شد متغیر تاب آوری ($p < 0/01$) با ضریب مثبت و بتای ۰/۴۹۸ وارد معادله رگرسیونی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شده است.

نتیجه گیری

بررسی نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که تاب آوری و اضطراب اجتماعی می تواند کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را پیش بینی کند و با توجه به ضریب تبیین جدول R^2 می توان گفت که این متغیرها می توانند ۳۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را تبیین کنند و از بین متغیرهای مورد ارزیابی در این بخش ابعاد ترس از بیگانگان، ترس از ارزیابی توسط دیگران به شکل منفی و متغیر تاب آوری با شکل مثبت تغییرات کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را تبیین نمایند.

نتایج حاصل با نتایج شکر پور رفیعی و همکاران (۱۴۰۱)، زربخش و همکاران (۱۳۹۷)، آلمیدا و سیلویرا (۲۰۱۹) و جکسون و همکاران (۲۰۱۸) در خصوص رابطه بین تاب آوری با کیفیت زندگی و با نتایج بنی اسدی و همکاران (۱۴۰۰)، شاهواروقی فراهانی و همکاران (۱۳۹۹)، خمسه راد و همکاران (۱۳۹۹)، صدوقی و همکاران (۱۳۹۶)، سادوک، سادوک، روئیز (۲۰۱۵)، جینگیو و همکاران (۲۰۲۰)، دیکسون

مثال میزان کم کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار که ناشی از مشکلات جسمانی و یا شرایط اقتصادی این افراد باشد را پیش بینی نماید. هر چند متغیرهای پیش بین مقدار مناسبی از تغییرات کیفیت را پیش بینی کردند که می تواند بدلیل انتخاب متغیرهای مناسب برای پیش بینی آن باشد.

منابع

منابع فارسی

احمدی، لیلیا؛ پناغی، لیلی؛ صادقی، منصوره (۱۳۹۷). رابطه تاب آوری و صمیمیت خانواده مبدا با سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۵۳: ۳۹-۵۶.

اسدی خلیلی، مریم؛ عمادیان، سیده علیا، فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۹) مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری نشریه سلامت دوره ۱۴ شماره ۱۰۲ صفحه ۶۵-۵۲.

اسماعیل پور، لیلیا؛ جعفرجلال، عزت. (۱۳۹۸). ارتباط کیفیت زندگی کاری با سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی نشریه پرستاری ایران دوره ۳۲ شماره ۱۱۷ صفحه ۷۹-۶۹.

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد و دهستانی، مهدی. (۱۳۹۷). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی، ۲(۱): ۹۸-۱۱۷.

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد و دهستانی، مهدی. (۱۳۹۷). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام اس. فصلنامه علمی پژوهشی، ۲(۱): ۹۸-۱۱۷.

باقر نژاد، ع؛ موسوی، ت. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان دارای همسران معتاد. دانشگاه شیراز. کنفرانس جهانی افق های نوین در علوم انسانی، آینده پژوهی و توانمند سازی.

تقوایی نیا، علی. (۱۳۹۹). رابطه دشواری در تنظیم هیجان با کیفیت زندگی همسران جانبازان: نقش واسطه ای عواطف مثبت و منفی مجله ارمان دانش دوره ۲۵ شماره ۲ صفحه ۴۰۶-۳۹۲.

تقوی لاریجانی، ترانه؛ نوغانی، فاطمه؛ داندانه فرد، سارا. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش گروهی روانشناختی بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی. نشریه روان پرستاری، دوره ۷، شماره ۲: ۸۹-۸۴.

حسین زاده، علی؛ صدیقی ارفعی، فریبرز؛ یزدخواستی، علی و نورمحمدی نجفآبادی، محمد (۱۳۹۵) رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب آوری دانشجویان دانشگاه کاشان. ۸۵-۱۰۶، ۹(۱)، دین و روانشناس

و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص رابطه بین اضطراب اجتماعی با کیفیت زندگی مطابقت دارد. این محقق در تحقیقات خود به نقش موثر تاب آوری بر شادمانی روانشناختی - جسمانی - روابط بین فردی و سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تاکید داشتند. همچنین بررسی تحقیقات صورت گرفته در رابطه بین اضطراب اجتماعی با کیفیت زندگی نشان داد که اضطراب اجتماعی طی سالیان متمادی می تواند آشفتنگی و مشکلات عمیقی را در زندگی فرد ایجاد کند از جمله مختل کردن عملکرد شغلی و رشد اجتماعی و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی فرد گردد.

با توجه به مطالب بیان شده و نقش منفی اضطراب اجتماعی رد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و ایجاد فشار روانی و پیامدهای گسترده آن، نیاز به تاب آور تر شدن این گروه بیش از پیش احساس می شود. رحیمیان بوگر و اصغر نژاد (۱۳۹۶) در این خصوص بیان کردند تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس زای زندگی در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می کند. در واقع تاب آوری به منزله ی فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تعبیر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارند. هیجانان و تنظیم آنها یکی از عناصری است که در ارتباط بین زنان سرپرست خانوار نقش کلیدی دارد و مهمی در سازگاری و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با وقایع استرس زای زندگی دارد. همچنین کوهکن و همکاران (۱۳۹۵) در این خصوص اعتقاد داشتند که توانایی مقابله با شرایط پر استرس برای حفظ و تداوم سلامت روانی و بهزیستی فردی ضروری است. و این موضوع بخصوص در جمعیت هایی مانند زنان سرپرست خانوار که به طور معمول با موقعیت هایی مواجه می شوند که هیجانان منفی شدید را بر می انگیزد. در تبیین نتایج فوق می توان گفت در واقع افرادی که تاب آورب بالاتری دارند عکس العمل بهتری در وضعیت های گوناگون به دست می آورند و از مهارت های بین فردی و درون فردی توسعه یافته تری برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به کسانی که تاب آوری پائین تری دارند کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. در کل می توان گفت اول آنکه متغیرهای پیش بین توان تبیین متغیر ملاک را داشتند اما تنهای توانستند در حد متوسط از این متغیر را تبیین کنند یکی از دلایل این موضوع می تواند بدلیل پیچیدگی متغیر کیفیت زندگی و چند بعدی بودن آن در بین افراد و بلاخص زنان سرپرست خانوار باشد چرا که کیفیت زندگی دربرگیرنده ی عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی و سلامت روانی در نظر گرفته می شود. و اضطراب اجتماعی که شامل استفاده از استراتژی های رفتاری و شناختی برای مقابله با اضطراب های موجود در جامعه و در ذهن افراد است شاید نتواند به عنوان

منابع انگلیسی

- Baldwin, R. Forslid, R. Martin, G. Ottaviano, and F. Robert-Nicoud. (2001). *Economic Geography and Public Policy*. Princeton University Press.
- Belenzon, S., & Tzolmon, U. (2016). Market frictions and the competitive advantage of internal labor markets. *Strategic Management Journal*, 7(37), 1280-1303.
- Bezies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering resilience: review of the key protective factors, child & family social work. (14):103-114.
- Brown, R. L., & Brown, R. (2004). *Quality of life and disability: An approach for community practitioners*. London: Jessica King sley.
- Cachón Zagalaz, J., López Manrique, I., San Pedro Veledo, M. B., Zagalaz Sánchez, M. L., & González Mesa, C. G. D. (2020). The Importance of the Phoenix Bird Technique (Resilience) in Teacher Training: CD-RISC Scale Validation. *Sustainability*, 12(3), 1-14.
- Croog SH, Levine S (2017). Quality of life and health care evaluations. In: Freeman HE, Levine S, Englewood Cliffs NJ. *Handbook of Medical Sociology*, 4th ed. Prentice Hall.: 508–528.
- Davidson, J.; Jacobson, C; Lyth, A; Dedekurku, L; Baldwin, J; Horlbrook, M; Peterson, L; Smith, T. (2016). Integrating resilience: toward a typology to improve its operationalization, ecology and society. 21(2), 27-39.
- Davila, J., Starr, L. R., Stroud, C. B., & Li, Y. I. (2019). Mood and anxiety disorders. In *APA handbook of contemporary family psychology: Applications and broad impact of family psychology*, Vol. 2 (pp. 21-36). American Psychological Association.

رابطه ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان با نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سارا قاسمیه

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.

زینب کاویانی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.

The Relationship Between Mindfulness and Self-regulation of Emotion with Psychological Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis

Sara Ghasemieh, Master's student

Department of clinical and health psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Karaj branch, Alborz, Iran.

Zeinab Kaviani, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran.

Abstract

The Aim This research was conducted with the aim of the relationship between mindfulness and emotional self-regulation with psychological symptoms of patients with multiple sclerosis. The statistical population of the study was all the patients of the MS Association of Karaj City, which according to the latest statistics of the number of MS patients from the website of the Karaj MS Patients Support Association is 4300 people. According to Cochran's test, the sample size was 353 people. Sampling method In this research, sampling method is available. The current research is practical in terms of its purpose. In terms of its method, it is a descriptive and correlational study, and the research measurement tool is a questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression. According to the findings of the research, the reverse influence coefficient of compatibility is -0.17%; Concealment is -0.15, tolerance is -0.14 and mindfulness is -0.17, which according to the t-statistics shows that this variable can predict changes related to psychological symptoms with 95% confidence. Also, there is a significant relationship between Mindfulness is associated with psychological symptoms of MS patients - 0.41, and there is also an inverse relationship between adaptation and psychological symptoms - 0.31. In general, we conclude that there is a significant inverse relationship between mindfulness and emotion self-regulation with psychological symptoms of MS patients.

Keywords: Mindfulness, emotional self-regulation, psychological symptoms, multiple sclerosis patients

چکیده

این تحقیق باهدف رابطه ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان با نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده بود. جامعه آماری تحقیق کلیه بیماران انجمن ام‌اس شهر کرج بود که بر اساس آخرین آمار تعداد بیماران ام‌اس از سایت انجمن حمایت از بیماران ام‌اس شهر کرج ۴۳۰۰ نفر بود که از این میان تعداد ۳۵۳ نفر از طریق آزمون تاب‌آچینگ و فیدل و با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی بود. ابزار اندازه‌گیری این تحقیق شامل پرسشنامه‌های نشانه‌های بیماری در آگوتیس و همکارانش (۱۹۷۳)، ذهن آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳) و خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند یافته‌های تحقیق نشان داد بین نشانگان روان‌شناختی و ذهن آگاهی ۰/۴۱- و بین نشانگان روان‌شناختی و تنظیم هیجان ۰/۱۷- رابطه معکوس و معنادار در سطح اطمینان ۰/۰۵ وجود دارد. به طور کلی نتیجه می‌گیریم، بین ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان با نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای ام‌اس رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. کلمات کلیدی: ذهن آگاهی، خودتنظیمی هیجان، نشانگان روان‌شناختی، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی هست و درگیر کردن مناطق متعدد سیستم اعصاب مرکزی از مشخصه‌های اصلی این بیماری مزمن هست. این بیماری در جوانان در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع فراوان دارد و با ایجاد علائم ناتوان‌کننده، سال‌ها تداوم می‌یابد (کراپ^{۱۱} و همکاران ۲۰۱۳). احساس ضعف، خستگی، اختلال در تعادل و راه رفتن، اختلال در دید (دوبینی)، اختلال در عملکرد مثانه، گرفتگی عضلات، ناتوانی و اختلال در عملکرد جنسی، زوال خفیف عقلی تا متوسط از علائم شایع این بیماری می‌باشد (زبیل^{۱۲} و همکاران ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که عوامل خطر عصبی مرتبط با ام‌اس وجود دارد که افزایش بروز اختلالات افسردگی را در این بیماران تعیین می‌کند، مانند بار ضایعه بیشتر در فاسیکلوس کمانی چپ و همچنین در قشر جلوی پیشانی، لوب تمپورال قدامی و لوب جداری. آتروفی کورتیکال در نواحی واقع در لوب‌های فرونتال دو طرفه و همچنین لوب‌های جداری و پس‌سری، با افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس همراه بود. هیپوکامپ نقش کلیدی در تنظیم خلق و خو دارد. یک مطالعه تغییرات شکل هیپوکامپ راست را در بیماران زن افسرده ام‌اس نشان داد و این تغییرات با تأثیر بر علائم افسردگی مرتبط است. مطالعه دیگری تغییراتی را در حلقه کورتیکو-استریاتال-پالیدو-تالاموس در بیماران مبتلا به ام‌اس افسرده نشان داد، یعنی از دست دادن پیش‌رونده ماده خاکستری در ساختارهای عقده‌ای پایه لیمبیک، مانند گلوبوس پالیدوس، و تالاموس، که ممکن است منجر به کمبودهای افسردگی معمول در شرایط لذت‌بخش شود. انگیزه؛ از طرف دیگر آتروفی قشر جلوی مغز ممکن است به استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار کمک کند و باعث ایجاد علائم افسردگی شود (استاک^{۱۳} و همکاران ۲۰۱۶). در اهمیت توجه به مسائل روان‌شناختی در ام‌اس می‌توان اینگونه استدلال کرد که در دوران بیماری، عوامل روان‌شناختی و علائم ام‌اس اغلب با یکدیگر در ارتباط هستند و بر پیشرفت و نتیجه بیماری تأثیر می‌گذارند. همانگونه که عوامل روان‌شناختی می‌توانند علائم بیماری را کم کنند و بهبود بخشد، برعکس، عود علائم نیز می‌توانند، وضعیت روانی بیماران را تحت تأثیر قرار دهند. به عنوان مثال، علائمی همچون: درد، خستگی، تغییرات هیجانی و اختلال شناختی با عوامل روان‌شناختی اضطراب و افسردگی در ارتباط هستند (ران^{۱۴} ۲۰۱۸). در مجموع می‌توان گفت که بسیاری از بیماران ام‌اس دارای مشکلات روان‌شناختی در واکنش به بیماری هستند، که تمایز آنها از اختلالات روانپزشکی قبل از ابتلا به ام‌اس دشوار است. عدم توجه به مسائل روان‌شناختی این بیماران عواقبی همچون نافرمانی از روند درمان، افت عملکرد و کیفیت زندگی را در پی دارد (فینشتاین و پاوپسیان^{۱۵} ۲۰۱۷).

ذهن آگاهی با برقراری رابطه بین ذهن و جسم منجر به افزایش آگاهی از طریق توجه هدفمند به اکنون، توجه به تجربیات بدون داوری و لحظه به لحظه می‌شود (چیس کانتینی و کریستینسنز^{۱۶} ۲۰۱۹). منظور از ذهن آگاهی به عنوان یک حالت فراشناختی،

- ۱۱۱ Krupp
- ۱۱۲ Zwibel
- ۱۱۳ Stuke
- ۱۱۴ Ron
- ۱۱۵ Feinstein, Pavisian
- ۱۱۶ Chase-Cantarini, Christiaens

در بیماران ام‌اس می‌باشد و بیش از ۵۰ درصد از بیماران از افسردگی رنج می‌برند (فینشتاین و پاووسیان ۲۰۱۷). در مطالعه ای نشان داده شد که شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران ام‌اس بالا می‌باشد، افسردگی (۷۹ درصد)، بیقراری روانی (۴۰ درصد)، اضطراب (۳۷ درصد)، تحریک پذیری یا زودرنجی (۳۵ درصد) حالت بی تفاوتی (۲۰ درصد)، سرخوشی کاذب (۱۳ درصد) توهم (۱۰ درصد)، رفتار حرکتی نابجا (۹ درصد) هذیان (۷ درصد) (موریس و همکاران ۲۰۱۸). در مجموع می‌توان گفت که اختلالات افسردگی (موریس و همکاران ۲۰۱۸)، اضطراب (هاریتون ۲۰۱۵) دوقطبی، روان‌پریشی (کامارا و همکاران ۲۰۱۷) در بیماران ام‌اس شایع است. اختلالات روان‌شناختی بر وضعیت اشتغال و عملکرد اجتماعی بیمار تاثیر می‌گذارند. در مطالعه ای نشان داده شد که اختلالات روان‌شناختی موثرترین عامل در کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (موریس و همکاران ۲۰۱۸). یکی از مواردی که می‌تواند در کاهش علائم روان‌شناختی بیماران ام‌اس موثر باشد ذهن آگاهی است. از موارد مرتبط با کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد دارای ام‌اس خودتنظیمی هیجان می‌باشد. به عقیده کاسادی بیماران مبتلا به ام‌اس، توجه خود را بر فعالیت‌های غیرمرتبط با زندگی، اشتغال ذهنی به مرگ و نگرانی‌های جسمانی معطوف ساخته و توجه و تمرکز کمتری به زندگی شخصی و لذت بردن دارند. بنابراین افکار نامربوط و خودارزیابی‌های منفی به عنوان بازدارنده هستند. به همین خاطر درمان مبتنی بر خودتنظیمی هیجانی می‌تواند میزان نگرانی آنها را کاهش داده و کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

لذا هرگونه اقدام برای سبب شناسی و شناسایی عوامل موثر در مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند زمینه را برای مداخلات لازم به منظور کاهش این مشکلات و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران هموار سازد.

۱. بین ذهن آگاهی با نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای ام‌اس رابطه وجود دارد.
۲. بین خودتنظیمی هیجانی با نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای ام‌اس رابطه وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش انجام یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق کلیه بیماران انجمن ام‌اس شهر کرج بود که بر اساس آخرین آمار تعداد بیماران ام‌اس از سایت انجمن حمایت از بیماران ام‌اس شهر کرج ۴۳۰۰ نفر بود. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی پلنت از تاباچینک، فیدل و اولمن (۲۰۰۷) استفاده شد. که حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $(Am+n=50)$ محاسبه شد.

توجه هدمندهمراه با نظارت و درک لحظه حال است (مونز^{۱۱۷} و همکاران ۲۰۱۸). ذهن آگاهی، به فرد کمک می‌کند تا در لحظه اکنون بر هدف مشخصی متمرکز شود و توانایی مقابله با مشکلات را در خود ارتقا دهد و در تناسب بدن، ذهن و روح خود می‌تواند قوه خلاقانه خود را شکوفا کرده و نسبت به مسائل نگاهی باز و فعالانه داشته باشد ذهن آگاهی، حالتی از صلح درونی است که با تمرکز بر تنفس، مراقبه درست و تهی کردن ذهن از هرگونه عامل تأثیرگذار بیرونی کسب می‌شود (هنسلی ۲۰۲۰).

از نظر فراوانی، اختلالات خلقی مهمترین اختلالات روان‌شناختی در بیماران ام‌اس می‌باشد و بیش از ۵۰ درصد از بیماران از افسردگی رنج می‌برند (فینشتاین و پاووسیان ۲۰۱۷). نگران‌کننده‌ترین مسئله این است که بیماران مبتلا به ام‌اس با علائم افسردگی بیشتر در معرض خودکشی هستند. شواهد کنونی نشان می‌دهد که خطر خودکشی در بیماران ام‌اس که به افسردگی مبتلا هستند بین ۱/۶ تا ۲/۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. حدود یک چهارم افراد مبتلا به ام‌اس، همیشه افکار خودکشی را در خود دارند. همچنین بررسی‌ها نشان داده که بین ۲۵ تا ۴۱ درصد از این بیماران از اضطراب شدید رنج می‌برند. آن دسته از بیمارانی که به اضطراب دچارند اکثراً خانم هستند که از افسردگی رنج می‌برند و یا بیش از اندازه الکل مصرف می‌کنند و دارای استرس‌های بزرگ اجتماعی، حمایت اجتماعی کمتر هستند و بیشتر به خودکشی فکر می‌کنند. در مطالعه‌ای نشان داده شد که شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران ام‌اس بالا می‌باشد، افسردگی ۷۹ درصد بیقراری روانی ۴۰ درصد، اضطراب ۳۷ درصد، تحریک‌پذیری یا زودرنجی ۳۵ درصد، حالت بی تفاوتی ۲۰ درصد، سرخوشی کاذب ۱۳ درصد، مهارگسیختگی ۱۳ درصد، توهم ۱۰ درصد، رفتار حرکتی نابجای ۹ درصد و هذیان ۷ درصد می‌باشد (هنسلی ۲۰۲۰).

در رابطه نشانگان روان‌شناختی بیماران ام‌اس با خودتنظیمی هیجان می‌توان گفت خودتنظیمی هیجانی؛ فرآیندی است که به واسطه‌ی آن، افراد هوشیارانه تعیین می‌کنند که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند تا در تعاملات خود با دیگران موثر رفتار کنند. تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه، همچنین پیشگیری از بروز هیجانهای ناسالم و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (زیمرمن و ایوانسکی^{۱۱۸} ۲۰۱۸). در واقع، خودتنظیمی فرایندی تسهیل‌کننده برای رسیدن به هدف است و به تفکر، احساس و رفتار آگاهانه‌ای اشاره دارد که در پاسخ به یک موقعیت داده می‌شود (گودز^{۱۱۹} و همکاران ۲۰۱۶).

از نظر فراوانی، اختلالات خلقی مهمترین اختلالات روان‌شناختی

با استفاده از فرمول پلنت از تاب‌چینگ و فیدل حجم نمونه ۳۵۳ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شد با توجه به هدف مطالعه داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه گردآوری شد.

ابزار سنجش:

چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سوالی تجدید نظر شده^{۱۲۰}: این چک لیست خودگزارشی است توسط دراگتیس (۱۹۸۴) ایجاد شد. هدف از ایجاد آن بررسی‌های نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در افراد بود، این ابزار هم در موقعیت‌های بالینی و هم در جمعیت عمومی بالای ۱۳ سال که سواد خواندن و نوشتن را دارند، قابل اجرا است. این چک لیست از ۹۰ عبارت توصیفی تشکیل شده است که فرد می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ = ۰، کمی = ۱، تا حدی = ۲، زیاد = ۳، خیلی زیاد = ۴) به آنها پاسخ دهد همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی با فاصله دو هفته محاسبه کردند؛ نتایج همسانی درونی برای هر یک از ابعاد برای هر یک از مولفه‌های جسمانی سازی (۰/۷۹)، اختلال وسواس فکری- عملی (۰/۸۹)، حساسیت بین فردی (۰/۸۷)، افسردگی (۰/۹۲)، اضطراب (۰/۸۸)، خصومت (۰/۷۹)، فوییا (۰/۷۹)، پارانوئیا (۰/۷۵)، روان پریشی (۰/۸۲) و برای کل چک لیست (۰/۹۸) محاسبه شد (دراگتیس، ۱۹۹۴). نقطه برش در این آزمون برای شاخص کلی علائم مرضی ۱/۰۶ در نظر گرفته شد، به عبارت دیگر نمره بالاتر از نقطه به معنی این است که فرد به اختلالات روانی مشکوک است.

پرسشنامه ذهن آگاهی براون و رایان^{۱۲۱}: پرسشنامه ذهن آگاهی از ۱۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش ذهن آگاهی بکار می‌رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای می‌باشد که از تقریباً همیشه تا تقریباً هرگز امتیازبندی شده است. برای پایایی همسانی درونی سوالات آزمون بر اساس آلفای کرونباخ از ۸۰ درصد تا ۸۷ درصد گزارش شده است. روایی مقیاس نیز با توجه به همبستگی منفی با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش شده است (براون و رایان، ۲۰۰۳).

پرسشنامه استاندارد خودتنظیمی هیجانی (سبک‌های عاطفی) هافمن و کاشدان^{۱۲۲}: پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) شامل ۲۰ سوال بود که پاسخگویی به آنها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. پرسشنامه دارای سه مولفه یا خرده مقیاس پنهانکاری، سازگاری و تحمل است. روایی این پرسشنامه مورد تایید هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) قرار گرفت همچنین هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس سبک سازگار ۰/۸۲، سبک پنهانکار، ۰/۸۴ و سبک تحمل ۰/۶۸ گزارش نمودند. در تحقیقات داخلی پایایی این تحقیق بالای ۰/۸۰ گزارش شده است (کارشکی ۱۳۹۲) و (نریمان ۱۳۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ عامل‌های پنهان کاری، سازشکاری و تحمل را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۵۰ و پایایی کل را برابر ۰/۸۱ گزارش نمودند.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

تحقیق با استفاده از آمار توصیفی که شامل شاخص مرکزی (میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار) و همچنین نمودار و جداول به توصیف داده‌های تحقیق پرداخته و در آماراستنباطی برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از روش آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و پردازش داده‌های تحقیق از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده از کل نمونه ۳۵۳ نفری ۱۵۵ نفر مرد (۴۴ درصد) از پاسخ دهندگان مرد و ۱۹۸ نفر (۵۶ درصد) از پاسخ دهندگان زن می‌باشند سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است.

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۵۵	۴۴
	زن	۱۹۸	۵۶

- ۱۲۰ Revised The Symptom CheckList-90
 ۱۲۱ Mindful Attention Awareness Scale
 ۱۲۲ The affective style questionnaire Hofmann and Kashdan

۳۰٪	۱۰۵	دیپلم و کاردانی	تحصیلات
۲۱٪	۷۵	کارشناسی	
۲۶٪	۹۱	کارشناسی ارشد	
۲۳٪	۸۲	دکتری	
٪۱۹	۶۸	۱۸_۳۰	سن
٪۳۰	۱۰۶	۴۰_۳۱	
٪۳۱	۱۰۸	۴۱_۵۰	
٪۲۰	۷۱	۵۱ به بالا	

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین مولفه های تحقیق

متغیر	نشانگان	سازگاری	پنهانکاری	ذهن آگاهی	تحمل
نشانگان	۱	۰.۳۱-	۰.۳۷-	۰.۴۱-	۰.۳۷-
سازگاری	۰.۳۱-	۱	۰.۳۶-	۰.۳۱-	۰.۲۴-
پنهانکاری	۰.۳۷-	۰.۳۶-	۱	۰.۵۸-	۰.۴۶-
ذهن آگاهی	۰.۴۱-	۰.۳۱-	۰.۵۸-	۱	۰.۷۰-
تحمل	۰.۳۷-	۰.۲۴-	۰.۴۶-	۰.۷۰-	۱

از آن جا که مقدار احتمال حاصل از ضریب همبستگی نشانگان روان‌شناختی و هریک از ابعاد خود تنظیمی کمتر از سطح معناداری ۰/۰۵ می‌باشد. ارتباط معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصدی که ارتباط ۰/۴۱- معکوس بین نشانگان روان‌شناختی با ذهن آگاهی، ارتباط ۰/۳۱- معکوس بین نشانگان روان‌شناختی با سازگاری، ارتباط معکوس ۰/۳۷- بین نشانگان روان‌شناختی با پنهانکاری و ارتباط ۰/۳۷- معکوس بین تحمل و نشانگان روان‌شناختی وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد، که ارتباط معکوس و معناداری بین نشانگان روان‌شناختی و ذهن آگاهی ۰/۴۱- مولفه های خودتنظیمی هیجانی (سازگاری ۰/۳۱- و تحمل ۰/۳۷-) وجود دارد، همچنین ضریب تأثیر معکوس سازگاری ۰/۱۷-، تحمل ۰/۱۴- و ذهن آگاهی ۰/۱۷- درصد بوده که با توجه به آماره تی نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان ۹۵ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به نشانگان روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. یافته‌های تحقیق با نتایج محققانی همچون محمدی و همکاران ۱۴۰۱، دکارا و همکاران ۲۰۲۲، دورانی و همکاران ۲۰۲۲، فرهادی و پسندیده ۲۰۱۶، کارلون و همکاران ۲۰۱۷، مکسول و داف ۲۰۱۶ همسو است. نتایج ماتریکس همبستگی نشان داد بین ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان و نشانگان روان‌شناختی در بیماران ام اس رابطه معکوس معنادار وجود دارد. بدین معنا که با افزایش ذهن آگاهی و خود تنظیمی هیجان در افراد مبتلا به بیماری ام اس، نشانگان روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، تجارب تنش‌زا، نشخوار فکری و هیجان‌های منفی کاهش پیدا میکند.

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد، که ارتباط معکوس و معناداری بین نشانگان روان‌شناختی و ذهن آگاهی ۰/۴۱- وجود دارد. ارتباط معکوس حاکی از این می‌باشد که هر چقدر میزان ذهن آگاهی بیشتر باشد میزان نشانگان روان‌شناختی در بیماران ام اس کاهش

این مقاله بر خود لازم میدانند از انجمن ام اس و افراد نمونه که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی کنند.

منابع

- Abasii S, Bagheri Panah M, Amirfakhraei A, Khoroshi M, Bidaghi F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Emotion Regulation Strategies in Patients with Multiple Sclerosis. *IJRN* 2019; 6 (2) :90-99. doi:10.22098/jrp.2022.10374.1069.
- Adams K, Cimino JE, Arnold RM, Anderson WG.(2012). Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. *Patient Educ Couns*;89:44-50. Doi:10.1016/j.pec . 2012.04.005 PMID: 22575434 PMCID: PMC3462304
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Calabrese P.(2006). Neuropsychology of multiple sclerosis-- an overview. *J Neurol*;253(Suppl 1) : i10-i15. DOI:10.1176/jnp.11.1.51
- Cadima, J., Verschueren, K., Leal, T ., Guedes, C. (2016). Classroom interactions, dyadic teacher-child relationships, and self-regulation in socially disadvantaged young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1): 7-17. DOI:10.1007/s10802-015-0060-5
- Camara-Lemarroy , CR., Ibarra-Yruegas, BE., Rodriguez-Gutierrez, R., Berrios-Morales, I., Ionete, C., Riskind, P. (2017). The varieties of psychosis in multiple sclerosis: a systematic review of cases. *Mult Scler Relat Disord*, 12(2):9-14. Doi: 10.2147/IMCRJ.S157287
- Chase-Cantarini, S., Christiaens, G. (2019). Introducing mindfulness moments in the classroom. *Journal of Professional Nursing*. 35(5), 389-392. doi: 10.1016/j.profnurs.2019.04.002.
- Di Cara, Denise., Grezzo, Rosanna., Palmeri, Viviana Lo Buono., Emanuele., Cartella., Katia., Micchia., Caterina., Formica., Carmela., Rifici., Edoardo., Sessa., Giangaetano., D'Aleo., Giuseppa., Maresca., Placido., Bramanti., Francesco., - - Corallo Psychological. (2022). well-being in people with multiple sclerosis: a descriptive review of the

می یابد. یافته‌های تحقیق با نتایج محققانی همچون محمدی و همکاران ۱۴۰۱، دکارا و همکاران ۲۰۲۲، دورانی و همکاران ۲۰۲۲، فرهادی و پسندیده ۲۰۱۶، کارلون و همکاران ۲۰۱۷، مکسول و داف ۲۰۱۶، نامور و همکاران ۲۰۰۶، هایدز و همکاران ۲۰۱۹ جونز و همکاران ۲۰۱۴ همسو است.

نتایج ماتریکس همبستگی نشان داد بین ذهن آگاهی و نشانگان روان‌شناختی در بیماران ام اس رابطه معکوس وجود دارد. بدین معنا که با افزایش ذهن آگاهی در افراد مبتلا به بیماری ام اس، نشانگان روان‌شناختی از قبیل فاجعه سازی، افسردگی، و اضطراب کاهش پیدا می کند.

نتایج ماتریکس همبستگی نشان داد بین خود تنظیمی هیجان و نشانگان روان‌شناختی در بیماران ام اس رابطه معکوس معنادار وجود دارد بدین معنا که با افزایش خودتنظیمی هیجان در افراد مبتلا به بیماری ام اس، نشانگان روان‌شناختی از قبیل مشکلات هیجانی، افسردگی، تجربیات منفی کاهش پیدا می کند. عدم خود تنظیمی هیجان خطر افسردگی، اضطراب و اختلالات بیماران ام اس را افزایش می دهد. زیرا خودتنظیمی هیجانی موجب بهبود مولفه های کیفیت زندگی بیماران ام اس شده و اثر ماندگاری بر کیفیت زندگی این بیماران داشته و همچنین خودتنظیمی هیجان علاوه بر کاهش تجارب تنش زا و پسایند های هیجانی مثل اضطراب و افسردگی و آشفتگی های روان‌شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و استرس، کاهش مشکلات هیجانی، افزایش سطح سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی بیماران ام اس می شود. در نتیجه این تحقیق با پژوهش انجام شده توسط کارلون، فروید و روزنبالام همسو می باشد. بین ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجان و بین ذهن آگاهی و نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای ام اس رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: ابزار جمع آوری اطلاعات پژوهش محدود به پرسشنامه بوده است و این مورد میتواند به دلیل اینکه ممکن است شرکت کنندگان برای بهتر نشان دادن خود سوالات را با سوگیری پاسخ دهند، سوگیری در نتایج پژوهش ایجاد کند پس بنابراین پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی از مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی با شناسه اخلاق اخلاق به شماره IR.IAU.K.REC.1402.65 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج می باشد. پیش از تکمیل هر پرسشنامه، توضیحاتی کافی به هر یک از پاسخ دهندگان ارائه شد و رضایت آن ها برای شرکت در مطالعه گرفته شد. در گزارش یافته ها، اصل محرمانه بودن نام و عناوین اشخاص، مورد توجه قرار گرفت و پاسخ دهندگان قبل از تکمیل پرسشنامه نسبت به این موضوع توجیه شدند. نویسندگان

- effects obtained with mindfulness interventions *Neurol Sci.* 43(1): 211–217. Doi: 10.1007/s10072-021-05686-1
- Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J.N., Boggs, J.M., Gallop, R., Segal Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy*, 63, 83-89. Doi: 10.1016/j.brat.2014.09.004
- Farhadi, M., & pasandideh, M. M. (2020). mindfulness based cognitive therapy in reducing stress, anxiety, depression and increase self-efficacy in female patients with multiple sclerosis (MS).. *Clinical Psychology and Personality*, 15(2), 7-15. Doi: 10.22070/cpap.2020.2812
- Feinstein A, Feinstein K, Gray T, O'Connor P. (1997).Prevalence and neurobehavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. *Arch Neurol*,54:1116-112.
- Feinstein A, Feinstein K, Gray T, O'Connor P. (1997).Prevalence and neurobehavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. *Arch Neurol*,54:1116-112.
- Feinstein A, Magalhães S, Richard JF, Audet B, Moore C.(2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nat Rev Neurol* ,10: 507-517. doi: 10.1007/s12035-017-0843-5
- Feinstein, A., Pavisian, B. (2017). Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*, 23(7):923-7. Doi:10.1177/1352458517702553
- Goldin, P.R., Gross, J.J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder, *Emotion*, 10, 1, 83-91. Doi: 10.1037/a0018441
- Hartoonian, N., Terrill, AL., Beier, ML.,; Turner, AP., Day, MA., Alschuler, KN. (2015). Predictors of anxiety in multiple sclerosis. *Rehabi Psyc*, 60(1):91. Doi: 10.1037/rep0000019
- Hensley, N. (2020). Educating for sustainable development: Cultivating creativity through mindfulness. *Journal of Cleaner Production*. 243, 118542. Doi:10.1016/j.jclepro.2019.118542
- Hofmann, S. G., Kashdan, T. B. (2010). The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 255-263. Doi: 10.1007/s10862-009-9142-4
- Johns, MM., Zimmerman, M., Harper, GW., Bauermeister, JA. (2017). Resilient minds and bodies: Size discrimination, body image, and mental health among sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1):34-42. Doi:10.1037/sgd0000207
- Kalron, A; Rosenblum, U., Frid, L; Achiron, A. (2017). Pilates exercise training vs. physical therapy for improving walking and balance in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 31(3):319-28. DOI:10.1177/0269215516637202
- Kareshki, H., Evaluating factorial structure of emotional styles in students. *RBS 2013*; 11 (3) :185-195. Doi:20.1001.1.17352029.1392.11.3.5.0
- Kopp, C. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18(2), 199–214. Doi:10.1037/0012-1649.18.2.199
- Krupp, LB., Tardieu, M., Amato, MP., Banwell, B., Chitnis, T., Dale, RC, et al. (2013). International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Mult Scler*,19(10):1261-7. DOI:10.1177/1352458513484547
- Mohammadi Z, Atashpour S H, Golparvar M. A Comparison of the Effect of Existentialism Acceptance and Commitment Group Therapy and Compassion-Focused therapy on Affective Capital of Depressed Adolescent Girls. *IJPN 2022*; 10 (3) :65-77. Doi:10.22034/IJPN.10.3.65
- Munoz, R. T., Hoppes, S., Hellman, C. M., Brunk, K. L., Bragg, J. E., Cummins, C. (2018). The effects of mindfulness meditation on hope and stress. *Research on Social Work Practice*, 28(6), 696-707. DOI:10.1177/1049731516674319

- Morris, G., Reiche, EM., Murru, A., Carvalho, AF., Maes, M., Berk, M et al. (2018). Multiple immuneinflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways explain the frequent presence of depression in multiple sclerosis. *Molec Neurobi*, 2:1-25. Doi: 10.1007/s12035-017-0843-5
- Naderi Lordegani, M., & Chorami, M. (2021). The Effectiveness of Meta-Cognitive Training on Quality of Life and Psychological Hardiness of Red Crescent Relief Rescuer Workers. *Positive Psychology Research*, 6(4), 81-92. Doi: 10.22108/ppls.2021.117405.1754
- Namvar, M., Khorrami, M., Noorollahi, A., & pournemat, M. (2020). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS), Bojnurd, Iran. *Psychology of Exceptional Individuals*, 10(39), 179-200. doi: 10.22054/jpe.2021.45321.2037
- Ron, MA. (2018). The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *B J Psych Adv*, 24(3):178-87.
- Roy S, Drake A, Fuchs T, Dwyer MG, Zivadinov R, Chapman BP, et al. (2018). Longitudinal personality change associated with cognitive decline in multiple sclerosis. *Mult Scler* [Epub ahead of print]. DOI:10.1177/1352458517753720
- Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MB, Hosseininezhad M. Comparison of Psychological Symptoms in Multiple Sclerosis Patients and Normal People. *RJMS 2019*; 26 (6) :73-83. DOR:20. 1001.1. 22287043.1398.26.6.9.9
- Stuke H, Hanken K, Hirsch J, Klein J, Wittig F, Kastrup A, et al. (2016). Cross-sectional and longitudinal relationships between depressive symptoms and brain atrophy in MS patients. *Front Hum Neurosci* ,10:622. Doi: 10.3389/fnhum.2016.00622
- Saif, Ali Akbar. (2015). *Introducing behavioral-cognitive therapies of the first, second and third generations with an emphasis on acceptance and commitment therapy*. Tehran: Duran.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W; Biegel, G. (2007). Teaching Self-care to Caregivers: The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training, *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115. Doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shokoohi Nejad N, Bayat M R, Zanganeh Motlagh F. Comparing the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Compassion Therapy on Automatic Negative Thoughts, Psychological Symptoms, Pain Intensity, and Quality of Life in Patients With Fibromyalgia. *J Arak Uni Med Sci 2023*; 25 (6) :156-173 . DOR: [10.32598/jams.25.1.6744.1](https://doi.org/10.32598/jams.25.1.6744.1)
- Stuke H, Hanken K, Hirsch J, Klein J, Wittig F, Kastrup A, et al. (2016). Cross-sectional and longitudinal relationships between depressive symptoms and brain atrophy in MS patients. *Front Hum Neurosci* ,10:622. Doi: 10.3389/fnhum.2016.00622.
- Tabachnick, B., Fidell, LS. (2007). *Using multivariate statistics (5thedn)* New York. NY: Allyn and Bacon.
- Zimmerman, P., Iwanski, A. (2018). Development and timing of developmental changes in emotional reactivity and emotion regulation during adolescence. In P. Cole & T. Haldenstein (Eds.) *Emotion regulation. A matter of time*, London: Routledge; pp.117-139.
- Zwibel, HL., Smrtka, J. (2011). Improving quality of life in multiple sclerosis: an unmet need. *Am J Manag Care*, 17(5):S139

ارتباط بهزیستی روانشناختی با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل

حدیث القاسی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

نقیسه دورودیان

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، (نویسنده مسئول)

آرزو تاری مرادی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Relationship between psychological well-being and marital satisfaction in married students

Hadis Alghasi

Master's degree, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Nafisa Doroudian

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran, (corresponding author)

Arzoo Tari Moradi

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

This research was conducted with the aim of explaining the relationship between psychological well-being and marital satisfaction among married students. The present study was descriptive. The statistical population of the research included all married students of Islamic Azad University, Karaj branch in 2022-2023 academic year, which was estimated to be approximately 3500 people, and the sample size was determined using Tabachnick and Fidell's formula (2007). The required sample size was estimated to be 169 people and the sampling method was convenience sampling. To collect research data, the Fowers and Olson Marital Satisfaction Questionnaire (1989) and the Ryff Psychological Well-Being Questionnaire (1995) were used in their short form version. Please specify the statistical method used. Based on the results obtained, self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, environmental mastery, purposeful life, and personal growth can explain 18%, 19%, 17%, 12%, 15%, and 16% respectively of the variations in marital satisfaction in a positive and significant way ($Sig < 0.05$). Individuals with high psychological well-being experience more positive emotions, perceive events more positively, evaluate themselves as capable of controlling and managing surrounding events, and therefore have higher marital satisfaction..

Keywords: *Psychological well-being, marital satisfaction, married students.*

چکیده

این پژوهش با هدف تبیین ارتباط بهزیستی روانشناختی با رضایت زناشویی در دانشجویان متاهل صورت گرفت. پژوهش حاضر توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۴۰۱-۴۰۲ بود که به طور تقریبی برابر با ۳۵۰۰ نفر برآورد شد و به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچینگ و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز ۱۶۹ نفر برآورد شد و روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی فاورز و السون (۱۹۸۹) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۹۵) نسخه کوتاه استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت بادیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی می‌تواند به ترتیب ۱۸، ۱۹، ۱۷، ۱۲، ۱۵ و ۱۶ درصد از تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین نماید ($Sig < 0.05$). افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا بیشتر هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، رویدادها را مثبت تر ادراک می‌نمایند و خود را در کنترل و مدیریت رویدادهای پیرامون توانمند ارزیابی می‌کنند و بنابراین رضایت زناشویی بیشتری خواهند داشت.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی، دانشجویان متاهل

مقدمه

خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی است که با ازدواج یک مرد و زن تشکیل میشود تعریف میشود و یکی از اهداف زندگی اجتماعی انسان، تعاملات سالم و سازنده، بیان عشق به دیگران و همچنین صمیمیت و همدلی میان آنهاست (کاووسی، عبادی و موسوی^{۱۳}، ۲۰۱۶). ازدواج برای بسیاری از افراد با رضایت و سعادت آغاز می‌شود، اما به تدریج به سراشیبی می‌لغزد و حتی باعث ناراحتی می‌شود. اکثر مردم در مقطعی از زندگی خود ازدواج می‌کنند و برآوردهای مبتنی بر آمارهای جهانی نشان میدهد تقریباً دو سوم ازدواج‌های اول به جدایی یا طلاق ختم شود (هی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۸). زندگی دانشجویی در عین ایجاد فرصت‌های جدید چالش‌ها و تنیدگی‌های خاص خود را به همراه دارد که این تنیدگی‌ها در نهایت کیفیت زندگی و سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ توجه به سلامت و بهزیستی روانشناختی و نحوه عملکرد خانواده‌های دانشجویان متاهل از موضوعات مهم به شمار می‌رود (نظافت فریزی، ۱۳۹۴). دانشجویان در زندگی خود مقاطع و مراحل حساسی را پشت سر می‌گذارند. یکی از این مراحل حساس و سرنوشت‌ساز مسئله ازدواج و تشکیل زندگی مشترک است و مهم‌تر از این مرحله تلاش هر یک از زوجین برای حفظ این زندگی مشترک است و حتی الامکان رسیدن به درجات عالی و رضایت‌بخش زناشویی است تا در سایه این رضایت بتوانند به اهداف مورد نظرشان از ازدواج دست یابند (برهانی زاده و عبدی، ۱۳۹۶). ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی را فراهم می‌سازد؛ چنانچه به‌درستی صورت گیرد بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها از جمله عملکرد بهتر در خانواده و در نتیجه رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد (گالیسنکی و وایت^{۱۵}، ۲۰۱۴).

یکی از فاکتورهای مهم در ایجاد رضایت زناشویی سلامت عمومی زوجین است. در این راستا گروهی از پژوهشگران حوزه‌ی سلامت، روان را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب بهزیستی روانشناختی^{۱۶} مفهوم‌سازی کرده‌اند؛ بهزیستی روانشناختی بر اساس معنا درک نفس و سطح عملکرد مشخص می‌شود (کونرادسون و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۲). یکی از خرده نظریه‌های کلان خود تعیین‌گری روانشناختی استدلال می‌کند که بهزیستی و عملکرد بهینه خانواده مبتنی بر سه نیاز بنیادین خودمختاری، شایستگی و ارتباط است. ناکامی در ارضای این نیازها به‌ویژه در رابطه با افراد مهم زندگی تمایل به منفعل بودن، فروپاشی، اختلال روانی (منظور تجربه نقطه مقابل بهزیستی روانشناختی است) را در پی دارد (ونستیکست و رایان^{۱۸}، ۲۰۱۹). ریف^{۱۹} هم بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. میزانی که ویژگی‌های محیطی (مانند سبک انگیزشی مربی و والدین) و کیفیت شخصی (مانند محتوای اهداف و نوع اشتیاق) این نیازهای بنیادین را ارضا می‌کنند یا عقیم می‌گذارند معلوم می‌کند که فرد چه میزان بهزیستی را تجربه خواهد کرد (گرگی، ۱۳۹۵). بهزیستی یک ساختار پیچیده‌ای است که می‌توان از دو رویکرد لذت و رویکرد

- ۱۲۳ . Kavooosi, M. Ebadi, Z. & Moussavi, S.
 ۱۲۴ . He, Q. et al
 ۱۲۵ . Galinsky & Waite
 ۱۲۶ Psychological well-being
 ۱۲۷ Conradson, H. E., et al.
 ۱۲۸ . vansteenkiste & Ryan
 ۱۲۹ Ryff

شد:

پرسشنامه رضایت زناشویی (۱۹۸۹): فاووز و السون^{۱۳۲} (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده‌اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است؛ این پرسشنامه از ۱۵ ماده تشکیل شده است که در مقیاس پنج درجه ای (بین ۱ = کاملاً مخالفم و ۵ = کاملاً موافقم) پاسخ داده شده است و شامل دو بعد: رضایت زناشویی (به عنوان مثال، "من از ارتباط خود راضی نیستم و احساس می‌کنم شریکم مرا درک نمی‌کند")، و تحریف آرمانی (به عنوان مثال، "رابطه ما یک موفقیت کامل است") تشکیل شده است. نمره گذاری مقیاس با جمع بندی آیتم ها و با معکوس کردن مقادیر آیتم های ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۲ و ۱۴ انجام می‌شود؛ اولسون و فاووز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه را ۰/۹۲ بدست آورده‌اند. سلیمانان^{۱۳۳} (۱۹۹۴) ضریب پایایی ۰/۹ را برای این پرسشنامه گزارش کرده است

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵): نسخه کوتاه ۱۸ سوالی این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۰ طراحی شده است؛ ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۳ عبارت) است. پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف ۶ درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص میشود. سوالهای ۹، ۱۲، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۹، ۵، ۴، ۳ با عامل استقلال رامی سنجد و سوالهای ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۹، ۵، ۴، ۳ با روش معکوس نمره گذاری میشوند و بقیه سوال ها باروش مستقیم انجام میشود نمره بالاتر بیان کننده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. در پژوهش ساداتی و ملتفت (۱۳۹۶) نتایج همسانی درونی برای ۳ مؤلفه هدفمندی، رشد شخصی و تسلط بر محیط با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین پایایی این مقیاس با شیوه دوباره‌سنجی بر روی یک گروه ۳۰ نفری با فاصله زمانی ۱۵ روز محاسبه شد که نتایج دامنه همبستگی بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ را برای مولفه‌های بهزیستی بدست داد که این نتایج حاکی از پایایی مقیاس مذکور است

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

به منظور گردآوری داده‌های پژوهش با مراجعه به دانشگاه و کسب رضایت از شرکتکنندگان در پژوهش پرسشنامه‌های پژوهش در میان دانشجویان متأهل پخش شد و در ادامه داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار آماری SPSS۲۵ تجزیه و تحلیل شد که امکان اجرای آماره‌های توصیفی و استنباطی را فراهم می‌آورد. برای بررسی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارتوصیفی (فراوانی و درصدومیانگین واحراف معیارواریانس ونمودار) آزمون اسمیرنوف کولموگروف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از

خوشی و سعادت بررسی کرد. رویکرد لذت بر روی شادی تمرکز دارد و بهزیستی را دستیابی به لذت و اجتناب از درد تعریف می‌کند، در حالی که رویکرد خوشی و سعادت بر روی معنا و تحقق خویشتم تمرکز دارد (پروانه و همکاران، ۱۳۹۶) بنابراین میتواند بر رضایت زناشویی فرد تاثیر گذار باشد؛ اخباراتی (۱۳۹۵) نشان داد مسائل روزمره میتواند تاثیرات زیانبخشی بر سلامت جسمانی و روانشناختی افراد داشته باشند. زمانی که تنش ناشی از مسائل روزمره شدید باشد، یا فرد به دلایل مختلفی هرنشی را به صورت منفی درک کند، سلامت و عملکرد وی تحت تاثیر قرار می‌گیرد. انسان‌ها نیازهای فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی دارند که رضایت آنها را فراهم می‌آورد. هیل و همکاران^{۱۳۰} (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان کناره‌گیری اجتماعی و بهزیستی روانشناختی در زندگی: آیا وضعیت تاهل اهمیت دارد؟ نشان دادند که خجالتی بودن، اجتنابی و غیر اجتماعی بودن به ترتیب با افزایش احساس تنهایی و پشیمانی و کاهش رضایت همراه هستند. علاوه بر این، وضعیت تاهل (متاهل، مطلقه، بیوه) ارتباط بین گوشه‌گیری و شاخص‌های روانشناختی بهزیستی در زندگی بعدی را تعدیل کرد. موسوی^{۱۳۱} (۲۰۲۰) در پژوهش خود بیان کردند منابع حمایتی در فرهنگ خانواده محور ممکن است نقش اساسی در کاهش اثرات منفی موقعیت‌های استرس‌زا بر تعاملات خانوادگی داشته باشد. با توجه به آنچه مطرح شد بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان ادراک افراد از زندگی خود در حوزه رفتارهای عاطفی، عملکرد روانی و ابعاد سلامت روان تعریف می‌شود که از مهمترین منابع تاثیرگذار بر رضایت زناشویی است و با توجه به ابعاد این متغیر در این پژوهش تلاش شد به بررسی پاسخ این سوال پرداخته شود که مولفه‌های بهزیستی روانشناختی تا چه میزان بر رضایت زناشویی تاثیر دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

بهزیستی روانشناختی با رضایت زناشویی ارتباط معناداری دارد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۴۰۲-۱۴۰۱ بود که به طور تقریبی برابر با ۳۵۰۰ نفر برآورد شد و به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول تاباچیننگ و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز ۱۶۹ نفر برآورد شد و روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود.

ابزار سنجش

بعد از تهیه ابزار تحقیق و کسب رضایت آگاهانه و کتبی از نمونه آماری، پرسشنامه‌های پژوهش در میان نمونه آماری پخش شد که در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده

۱۳۲ Fowers, B. J., & Olson, D. H.
۱۳۳ Soleimanian

۱۳۰ Hill, M. M. et al
۱۳۱ Mousavi, S. F.

ضریب هم بستگی پیرسون و در صورت عدم نرمال بوده دادهها از ضریب همبستگی اسپیرمن و در نهایت برای بررسی فرضیه های تحقیق از تحلیل رگرسیون چندمتغیری) استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ نشان ارائه شده است. پیش از آنکه روابط بین متغیرها را آزمون کنیم لازم است تا نرمال بودن متغیرها را بررسی کنیم. یکی از روش های بررسی ادعای نرمال بودن توزیع متغیر استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف است؛ همچنین استقلال خطاها یکی از مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می گیرد، استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش بینی شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر است. در صورتی که فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. به منظور بررسی استقلال مشاهدات (استقلال مقادیر باقی مانده یا خطاها) از یکدیگر از آزمون دورین-واتسون استفاده می شود.

جدول ۱ فراوانی و درصد ویژگیهای جمعیت شناختی

جنسیت	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	دختر	۷۹	۴۶/۷
	پسر	۹۰	۵۳/۳
سن	کمتر از ۳۰	۳۱	۱۸/۳
	۳۰ تا ۳۵ سال	۵۲	۳۰/۸
	۳۵ تا ۴۰ سال	۵۸	۳۴/۳
	۴۰ تا ۴۵ سال	۱۶	۹/۵
	بالتر از ۴۵	۱۲	۷/۱

نتایج به دست آمده در خصوص آزمون نرمالیه دادهها نشان داد در سطح ۵ درصد دادهها از توزیع نرمال برخوردارند و در چولگی و کشیدگی دادهها نیز مقادیر به دست آمده نشان میدهد توزیع دادهها از نرمالیه برخوردارند.

جدول ۲ بررسی مفروضات آماری

متغیرها	آماره k-s	سنجش نرمالیه داده ها		توزیع چولگی و کشیدگی داده ها	
		سطح معنی داری	کشیدگی	چولگی	کشیدگی
			۰/۱۴۳	-۰/۱۹۵	۰/۲۸۵
رضایت زناشویی	۱/۳۵۲	۰/۰۸۸	۰/۱۴۳	۱/۵۶۸	۰/۲۸۵
بهزیستی روان شناختی	۱/۲۶۸	۰/۰۷۵	۰/۱۴۳	-۰/۱۹۵	۰/۲۸۵

بر اساس نتایج به دست آمده جدول ۳ بهزیستی روان شناختی قادر است ۳۹ درصد از تغییرات در رضایت زناشویی را تبیین نماید و نتایج آنوا نشان داد مدل رگرسیونی برآورده شده به طور معنادار و مناسبی تغییرات متغیر وابسته را پیشبینی میکند.

جدول ۳ ضرایب رگرسیون ارتباط بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی

مولفهها	R	R ^۲	F	Beta	sig
پذیرش خود	۰/۶۳	۰/۳۹	۴۵۹/۷۳۲	۰/۱۸	۰/۰۰۱
روابط مثبت بادیگران				۰/۱۹	۰/۰۰۱
خودمختاری				۰/۱۷	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط				۰/۱۲	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند				۰/۱۵	۰/۰۰۱
رشد فردی				۰/۱۶	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت بادیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی می‌تواند به ترتیب ۱۸، ۱۹، ۱۷، ۱۲، ۱۵ و ۱۶ درصد از تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین نماید ($\text{Sig} < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد بهزیستی روانشناختی می‌تواند از تغییرات رضایت زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین نماید؛ این یافته‌ها همسو با نتایج تکیر^{۱۳۴} (۲۰۲۲)، هیل و همکاران (۲۰۲۲)، موسوی (۲۰۲۰) و تیواری و تریپاتی^{۱۳۵} (۲۰۱۵) بود. بهزیستی روانشناختی در طول دو دهه اخیر به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است و هدف آن از زندگی فردی به تعامل اجتماعی گسترش یافته است. بهزیستی روانی شامل ادراک فرد از درجه‌ای است که در آن اهداف با نتایج عملکردی همسو و مشخص می‌شوند. آنها با ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آیند که منجر به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در زندگی می‌شود. بهزیستی به احساس سلامتی اشاره دارد که شامل آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی تمام جنبه‌های فرد است. بهزیستی روانی شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی آنها می‌شود و افراد بسته به انتظارات، ارزش‌ها و تجارب گذشته خود، شرایط خود را به طور متفاوت ارزیابی می‌کنند. بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان ادراک افراد از زندگی خود در حوزه رفتارهای عاطفی، عملکرد روانی و ابعاد سلامت روان تعریف می‌شود و دارای دو مولفه است. اولین مولفه شامل قضاوت شناختی در مورد چگونگی پیشرفت افراد در زندگی است. مولفه دوم سطح تجربیات خوشایند را در بر می‌گیرد. برخی از محققین بهزیستی روانشناختی را بر حسب مولفه‌ها یا فرآیندهای خاص، مانند فرآیندهای عاطفی مفهوم سازی کرده‌اند بنابراین افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا بیشتر هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، رویدادها را مثبت‌تر ادراک می‌نمایند و خود را در کنترل و مدیریت رویدادهای پیرامون توانمند ارزیابی می‌کنند و بنابراین رضایت زناشویی بیشتری خواهند داشت.

ناهمگنی که در گروه نمونه از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی وجود دارد، می‌تواند در تعمیم نتایج مسئله ساز باشد و چون طرح مطالعه حاضر از نوع همبستگی است، نه آزمایشی؛ بنابراین ادعای علی در میان متغیرهای مورد مطالعه ممکن نیست. این محدودیت‌ها ارزش یافته‌های فعلی را نمی‌کاهد، اما نتایجی که می‌توان درباره متغیرهای مورد مطالعه گرفت را محدود می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های دیگر به بررسی ارتباط متغیرهای دیگر مانند هوش هیجانی، سال‌های ازدواج، رشد اخلاقی و دارا یا فاقد تحصیلات اکادمیک و تاثیر آن بر رضایت زناشویی در دانشجویان پرداخته شود و در پژوهش‌های آتی، جوامع آماری با سنین، تحصیلات و اقوام مختلف مطالعه شوند همچنین، از ابزارهای متفاوت و فنون متفاوتی استفاده شود. در انتها نیز توصیه می‌گردد توجه مشاوران مراکز مشاوره خانواده و متولیان امر به بهزیستی روانشناختی و عملکرد خانواده متمرکز نماند و به ارائه خدمات بهتر آنها به مراجعه کنندگان کمک نمایند.

۱۳۴ Tekir, Ö

۱۳۵ Tiwari, P., & Tripathi, N.

منابع

- برهانی زاده، شبنم و عبدی، رضا (۱۳۹۶). نقش ابعاد مثلث تاریک شخصیت در پیش بینی صمیمیت و نگرش به خیانت زوجین متقاضی طلاق. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۲(۴۵)، ۱۷-۲۶.
- اخباراتی، فرزانه. (۱۳۹۵). پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس عملکرد خانواده و نیاز های بنیادی روان شناختی دانش آموزان. مجله اصول بهداشت روانی، ۲۶(۹): ۹-۱۶.
- پروانه، الهام، مومنی؛ خدامراد، پروانه و آذر، کریمی، پروانه. (۱۳۹۶). پیشینی بهزیستی روان شناختی بر اساس هوش معنوی و سخت رویی در دانشجویان دختر. نشریه اسلام و سلامت، ۴(۱): ۲۰۹-۱۶۳.
- ساداتی فیروز آبادی، سمیه و ملتفت، قوام (۱۳۹۶). بررسی شاخص های روانسنجی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانش آموزان دبیرستانی مدارس تیزهوشان: پایایی، روایی و ساختار عاملی. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۷(۲۷)، ۱۰۳-۱۱۲.
- سلیمانان، علی اکبر (۱۳۷۳) بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- گرچی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش بینی بهزیستی روان شناختی دانشجویان براساس نیازهای بنیادین روان شناختی و کمال گرایی. پایان نامه ارشدروانشناسی عمومی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.
- نظافت فریزی، جواد؛ مشهدی، علی؛ یزدی؛ سید امیرامین و نوفرستی، فاطمه. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی بین فردی کوتاه مدت برافسردگی، ابرازهیجانی، مهارتهای اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان افسرده. مجله اصول بهداشت روانی، ۶۹(۱۷)، ۶۰-۷۷.
- Tekir, Ö. (2022). The relationship between fear of COVID-19, psychological well-being and life satisfaction in nursing students: A cross-sectional study. *Plos one*, 17(3), e0264970.
- Tiwari, P., & Tripathi, N. (2015). Relationship between depression and psychological well-being of students of professional courses. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 139-146.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*, 15(1), 65-79.
- Mousavi, S. M., Bagheri, S. M., Heris, N. J., Matbouraftar, P., Azarian, M., & Kordbagheri, M. (2023). Structural equation modeling to estimate treatment adherence based on the light triad of personality and sense of coherence in patients with type-2 diabetes: examining the mediating role of psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 14.
- Hill, M. M. S., Yorgason, J. B., Nelson, L. J., & Miller, R. B. (2022). Social withdrawal and psychological well-being in later life: does marital status matter?. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1368-1376.
- He, Q., Zhong, M., Tong, W., Lan, J., Li, X., Ju, X., & Fang, X. (2018). Forgiveness, marital quality, and marital stability in the early years of Chinese marriage: An actor-partner interdependence mediation model. *Frontiers in Psychology*, 9, 1520.
- Mashal Pour Fard, M., Kavooosi, M., Ebadi, Z., & Moussavi, S. (2016). The relationship between self-efficacy and marital satisfaction among married students. *International Journal of Pediatrics*, 4(8), 3315-3321.

نقش تمایز یافتگی خود و ابعاد آن در پیش بینی رضایت زناشویی دانشجویان متأهل

ناهید هواسی سومار

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

ندا کاظمی

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

The role of self-differentiation and its dimensions in predicting marital satisfaction of married students

Nahid Hwasi Somar

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Responsible author of the article)

Neda Kazemi

Master Student, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

This research was conducted with the aim of predicting marital satisfaction in married students based on self-differentiation and its dimensions. The research was descriptive-cross-sectional and correlational. All married students studying at Islamic Azad University, Karaj branch in 1401 constituted the statistical population of the research, among them using the available sampling method and according to the formula for determining the sample size of the plant ($n=50+8m$). 150 people were selected.

In addition to the demographic information checklist, a researcher-made form was used to collect data with his differentiation questionnaire (Skorn and Smith, 2003) and the Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (Olson et al., 1997). Data analysis was done with descriptive statistics methods (frequency, percentage, mean and standard deviation), statistical assumptions test, Pearson correlation coefficient and multiple regression with SPSS-v26. The findings showed that there is a positive and significant correlation between the total score of self-differentiation ($r=0.632$ and $P<0.05$) and each of its components with the marital satisfaction of married students. Also, the coefficients of the regression analysis showed that among the components of their differentiation, the component of my position had the highest power in explaining the variance of the marital satisfaction score ($\beta=0.139$).

Key words: *self-differentiation, marital satisfaction, student*

چکیده

این پژوهش با هدف پیش بینی رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل بر مبنای تمایز یافتگی خود و ابعاد آن انجام شد. پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی بود. تمامی دانشجویان متأهل مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۴۰۱ جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند، که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه پلنت (n=50+8m) تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شد. گردآوری داده‌ها علاوه بر چک لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی-فرم محقق ساخته با پرسشنامه تمایز یافتگی خود (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (اولسون و همکاران، ۱۹۹۷) انجام داد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، آزمون پیش فرض‌های آماری، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه با SPSS-v26 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین نمره کل تمایز یافتگی خود (I=۰/۶۳۲ و P<۰/۰۵) و هر یک از مؤلفه‌های آن با رضایت زناشویی دانشجویان متأهل همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، ضرایب تحلیل رگرسیونی نشان داد که در میان مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود، مؤلفه موقعیت من بالاترین قدرت را در تبیین واریانس نمره رضایت زناشویی (β=۰/۱۳۹) داشته است.

واژگان کلیدی: تمایز یافتگی خود، رضایت زناشویی، دانشجویان

مقدمه

خانواده را می‌توان یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم تنیده‌ای دانست که از پیوند زناشویی زن و مرد، بنا نهاده می‌شود و رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌گردد (کریمی، احمدی و قبادی، ۱۴۰۰). رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه، تسهیل در امر رشد و تعاملی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه را دربر خواهد داشت. رضایت زناشویی جنبه‌ای بسیار مهم و پیچیده از رابطه زناشویی محسوب می‌شود، بنابراین، بررسی عواملی که باعث افزایش رضایت مندی زناشویی می‌شود، بسیار مهم است (کانگ، لین، ژانگ، هویو، کیانگ، هی^{۱۳۶} و همکاران، ۲۰۲۳).

رضایت زناشویی را می‌توان نتیجه رضایت عمومی از زندگی مشترک، روابط جنسی و رضایت مندی عاطفی و هیجانی دانست، و عبارت است از احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زوجین (تابش، بهرامی احسان و رضازاده، ۱۴۰۰). رضایت زناشویی را بیشتر به صورت نگرش‌ها یا احساسات کلی فرد درباره همسر و رابطه با وی، تعریف می‌کنند؛ بدین معنی که رضایت زناشویی یک پدیده درون فردی و یک برداشت فردی از همسر و رابطه است (کانگ، استون و چانگ^{۱۳۷}، ۲۰۲۳). این تعریف از رضایت زناشویی حاکی از آن است که رضایت زناشویی، پیامد توافق زناشویی کلی فرد درباره همسر و رابطه است و به صورت درونی احساس می‌شود (رشید، دلفان بیرانوند، فتاحی و مریانجیان، ۱۴۰۰).

در کشور ایران طی دو دهه گذشته ساخت خانواده و روابط بین اعضای آن دچار تغییرات زیادی شده است و بیشتر تحقیقاتی که توسط متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری در زمینه علل سست شدن پیوندهای زناشویی صورت گرفته بر متغیرهای کلان از جمله وضعیت اقتصادی، کاهش درآمد خانواده، بیکاری، چالش‌های فرهنگی و اجتماعی، ساختار شخصیتی زوجین و .. تأکید نموده‌اند و آن‌ها را از عوامل مؤثر بروز ناسازگاری‌های زناشویی و طلاق در ایران دانسته‌اند (اعظمی، ۱۴۰۰؛ مرادی و کشاورز افشار، ۱۴۰۰). هر چند نقش این عوامل را نمی‌توان در افزایش طلاق در چند سال گذشته نادیده گرفت اما به نظر می‌رسد تأکید بیش از حد بر این متغیرها به عدم شناسایی عوامل مؤثر بر گسسته شدن پیوندهای زناشویی به ویژه علل مربوط به استقلال عاطفی و هویتی (تمایز یافتگی خود) و کیفیت زندگی در حوزه و چارچوب خانواده به ویژه در افشار در حال تحصیل و جوان جامعه یعنی دانشجویان منجر خواهد شد (کاظمیان مقدم و همکاران، ۱۳۹۷؛ ترابی و همکاران، ۱۴۰۰).

در عین حال، یکی از فاکتورهای اساسی و مؤثر بر رضایت زناشویی بنا بر نتایج برخی از گزارشات علمی در حوزه خانواده و زناشویی، تمایز یافتگی خود است. به بیان دیگر، از جمله مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مؤثر بر کارکرد خانواده و ارتقای عملکرد زناشویی می‌توان به مفهوم خودتمایز یافتگی اشاره کرد (فینزی-دوتان و شیف^{۱۳۸}، ۲۰۲۲). مفهوم تمایز یافتگی خود که ابتدا توسط بوئن (۱۹۷۸) مطرح گردید، به معنای ایجاد مرزبندی‌های مشخص، وجود انعطاف‌پذیری و استفاده از نظام عقلائی است (رافضی و صبوری، ۱۴۰۱).

مفهوم تمایز یافتگی خود دارای دو سطح است؛ سطح درون فردی و سطح بین فردی. سطح درون فردی به معنی توانایی تفکیک فرایندهای عقلی از احساسی و سطح بین فردی به معنی توانایی تجربه خودمختاری در عین وجود صمیمیت است. علاوه بر سطوح تمایز یافتگی

۱۳۶ Kang, Lin, Zhang, Hui, Xiang & He

۱۳۷ Kong, Easton & Zhang

۱۳۸ Finzi-Dottan & Schiff

خود، چهار عامل آن یعنی واکنش پذیری عاطفی^{۱۳۹}، گریز عاطفی^{۱۴۰}، جایگاه من^{۱۴۱} و هم آمیختگی با دیگران^{۱۴۲}، توسط اسکورون و فریدلندر^{۱۴۳} (۱۹۹۸) نیز مشخص شده که بر فرایندهای هیجانی درون خانواده مؤثر است (عبدل آبادی، آهی، اصل ذاکر، شهابی زاده و نصری، ۱۴۰۱). در همین راستا نتایج مطالعه سنویراتن و گای^{۱۴۴} (۲۰۲۳) بیانگر رابطه منفی و معنادار بین واکنش پذیری عاطفی و کیفیت رابطه و زندگی زناشویی بوده و نشان دادند که هر چه واکنش پذیری عاطفی فرد بالا باشد، واکنش های اجتنابی همسر نیز افزایش خواهد داشت.

مفهوم تمایز یافتگی بیانگر آن است که افراد، چه قدر قادر هستند که بین فرایند عقلی و احساسی خود، تفکیک قائل شوند. به عبارت دیگر درجه توانایی فرد برای اجتناب از تبعیت خودکار از احساسات، بیانگر میزان تمایز یافتگی است. بوئن اظهار می دارد که مطلوب آن نیست که فردی سرد و بی روح، شدیداً عینی گرا و بی احساس باشیم. بلکه قرار است در پی توازن و تعادل بوده و به یک تعریف و هویت شخصی دست یابیم (تیان^{۱۴۵}، ۲۰۲۲). اما نه به بهای از دست دادن قابلیت ابراز ارتجالی و خودانگیخته عواطف. هدف اصلی تمایز یافتگی، توازن میان احساسات و شناخت است. تفکیک در معنای بوئی آن بیشتر یک فرایند است تا هدفی دست یافتنی. تمایز یافتگی مسیر زندگی است نه یک حالت وجودی یا بودن (لی و هونگ^{۱۴۶}، ۲۰۲۲).

در تلاش برای تشریح الگوهای روابط صمیمی، مفهوم تمایز یافتگی را برای مرتبط کردن تجارب کسب شده در خانواده و روابط از هم بکار گرفته شده است. افراد تمایز نایافته نمیتوانند فکر و احساس خود را در تعاملات صمیمی از هم جدا کنند، این افراد هیجانات خود را به صورت کامل تجربه نمیکنند اما به صورت واکنشی و منفعلانه به این هیجانات پاسخ می دهند (پاک نژاد و احمدی، ۲۰۲۲).

یکی از شواهد و عواملی که حاکی از آن است که چه میزان از خانواده های ایرانی اثر مخرب عدم رضایت زناشویی را تجربه می کنند، آمارهای طلاق و خیانت زناشویی در میان این خانواده ها است. در این خصوص مطالعات متعدد به شکل متفوق القولی گویای افزایش چنین پیامدهایی در میان زوجین می باشد (رضایی و رضایی، ۱۳۹۹؛ سرخابی عبدالملکی، دوکانه ای فرد و بهبودی،

۱۳۹۰). از دیگر سو، همسو با مطالعات خارجی، محققان داخلی نیز به دنبال بررسی عوامل تأثیر گذار در رضایت زناشویی بوده اند اما مطالعات در جمعیت دانشجویی و توجه به سازه های زناشویی در این گروه بسیار نادر می باشد. به عنوان مثال، رجایی و حیدری (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که بین میزان استفاده افراطی هر یک از زوجین دانشجویی با کاهش رضایت زناشویی و افزایش دلزدگی زناشویی رابطه وجود دارد.

همچنین، یافته سامانی (۱۳۸۶) نشان می دهد که شش عامل خصوصیات شخصیتی، عشق و علاقه، مهارت ارتباطی، تعهد به زندگی، خصوصیات خانوادگی زوجین و عدم پای بندی به اصول اخلاقی عمده ترین عوامل ایجاد درگیری میان زوجین دانشجویی می باشند. اگرچه یافته ها در این خصوص کلی و پراکنده هستند اما همین یافته ها حاکی از فقدان دستیابی به الگوی منسجم برای فراهم ساختن یک الگوی مؤثر برای پیش بینی میزان رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل است. بنابراین با وجود مطالعات فراوان در زمینه رضایت زناشویی در بین زوجین اما همچنان قضاوت درباره این که چگونه این عناصر در کنار یکدیگر می توانند الگویی از رضایت زناشویی را تبیین کنند، وجود ندارد. اکنون با نگاهی جامع و با توجه به ویژگی هایی از قبیل تمایز یافتگی خود و کیفیت زندگی در جمعیت دانشجویان متأهل می توان این مطالعه را به منظور یافتن این ارتباط اجرا نمود. با اذعان به مطالب بالا پژوهش حاضر با هدف پیش بینی رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل براساس تمایز یافتگی خود و ابعاد آن انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و نمونه گیری

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و از منظر شیوه پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. تمامی دانشجویان متأهل مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۱ جمعیت آماری این مطالعه را تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه نیز با توجه به فرمول پلنت ($n=50+8m$) از تاباجنیک، فیدل، و اولمن^{۱۴۷} (۲۰۰۷) تعیین شد. اما با توجه به احتمال مخدوش شدن پرسش نامه ها و به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، در مجموع تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شد.

پس از مشخص شدن عنوان تحقیق و محاسبه تعداد نمونه لازم در این مطالعه، محقق ابتدا در محوطه دانشگاه با کسب اجازه از مسئولین دانشگاهی حاضر شده و ضمن توضیح در خصوص هدف پژوهش و شیوه اجرای آن و نحوه انتشار نتایج و محرمانه ماندن اطلاعات افراد، دانشجویانی را که متأهل و مایل به همکاری بودند به عنوان نمونه در نظر گرفت. سپس، به دانشجویی واجد شرکت در پژوهش ابزارهای خود گزارش دهی را ارائه می نمودند و از آنان

- ۱۳۹ emotional reactivity
- ۱۴۰ motional cutoff
- ۱۴۱ I-position
- ۱۴۲ fusion with others
- ۱۴۳ Skowron & Friedlander
- ۱۴۴ Seneviratne & Gay
- ۱۴۵ Tian
- ۱۴۶ Lee & Hong

۱۴۷ Tabachnick, Fidell & Ullman

درخواست می‌شد که با حوصله و دقت کافی به سئوالات ابزارها به طور کامل پاسخ بدهند. چنانچه دانشجویی در خصوص سئوالاتی دچار ابهام یا نیاز به راهنمایی داشت توسط محقق در این خصوص اقدام می‌گردد. این فرایند به مدت ۲ ماه به طول انجامید. بعد از گردآوری اطلاعات از تعداد نمونه لازم یعنی ۱۵۰ نفر، هر یک از ابزارها نمره گذاری و به شکل دیتا در نرم افزار آماری اس. پی. اس وارد و جهت تحلیل آماری آماده شد.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنیها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنیها ارائه شد. شرکت کنندگان با آگاهی کامل در این پژوهش شرکت کردند و به صورت شفاهی نتیجه تحقیق برایشان با آگاهی توضیح داده شد. همچنین، به همه آنها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه میماند و دادههایی که انتشار مییابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسشنامه‌های خود گزارشی در بین آزمودنیها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. این پژوهش دارای کد اخلاق (IR.IAU.K.REC.1401.154) مصوب در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۲۳ از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات علاوه بر چک لیست اطلاعات دموگرافیک (فرم محقق ساخته) از ابزارهای خود گزارشی زیر استفاده شد:

الف- پرسشنامه تمایز یافتگی خود^{۱۴۸} (MCI): این پرسشنامه خود گزارشی به منظور سنجش تمایز یافتگی خود در سال ۲۰۰۳ به وسیله اسکورن و اسمیت^{۱۴۹} تدوین یافته است. تمرکز این پرسشنامه بر ارتباط‌های مهم زندگی و روابط جاری افراد با خانواده اصلی است. این ابزار دارای ۴۵ سؤال با ۴ زیرمقیاس شامل واکنش هیجانی، موقعیت من، بریدگی عاطفی و آمیختگی می‌باشد. سئوالات این پرسشنامه در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (گزینه کاملاً مخالفم = نمره ۱ تا کاملاً موافقم = نمره ۶) نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه سئوالات شماره ۴۰، ۳۸، ۳۴، ۳۰، ۲۶، ۲۱، ۱۸، ۱۴، ۱۰، ۶ و ۱ مربوط به مؤلفه واکنش هیجانی، سئوالات شماره ۴۳، ۴۱، ۳۵، ۳۱، ۲۷، ۲۳، ۱۹، ۱۵، ۱۱، ۷ و ۴ مربوط به مؤلفه موقعیت من، سئوالات شماره ۴۲، ۳۹، ۳۶، ۳۲، ۲۸، ۲۴، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۸ و ۳ مربوط به مؤلفه بریدگی عاطفی و سئوالات شماره ۴۵، ۴۴، ۳۷، ۳۳، ۲۹، ۲۵، ۲۲، ۱۷، ۱۳، ۹ و ۵ مربوط به مؤلفه آمیختگی با دیگران است. سئوالات شماره ۴۳، ۴۱، ۳۷، ۳۱، ۲۷، ۲۳، ۱۹، ۱۵، ۱۱، ۷ و ۴ به صورت معکوس محاسبه و نمره گذاری می‌شوند. نمرات در دامنه ۴۵ الی ۹۰ نشانگر تمایز یافتگی خود ضعیف؛ نمرات در دامنه ۹۰ الی ۱۵۸ نشانگر تمایز یافتگی خود متوسط؛ و نمرات بالاتر از ۱۵۸ نشانگر تمایز یافتگی خود قوی می‌باشند. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط سازندگان آن ۰/۹۲ و همبستگی آن با پرسشنامه تجربه روابط نزدیک^{۱۵۰} برنان^{۱۵۱} و همکاران (۱۹۹۸) برابر با ۰/۵۳- برآورد شده است. یونسی (۱۳۸۵) ضرایب پایایی این پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه کرده است. در پژوهش جهانخشی و کلانترکوشه (۱۳۹۱) پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ، ۰/۶۹ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۴ گزارش شده است (به نقل از زارع‌گاریزی، ابراهیمی مقدم و ابوالمعالی‌الحسینی، ۱۳۹۹). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل این ابزار و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ الی ۰/۷۸ محاسبه شد.

ب- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^{۱۵۲} (EMSS): این ابزار خود گزارشی به منظور سنجش زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی در سال ۱۹۹۷ به وسیله اولسون^{۱۵۳} و همکاران تدوین یافته است. فرم اولیه این ابزار دارای ۴۷ سؤال با ۱۲ زیرمقیاس شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی است که از مجموع این زیرمقیاس‌ها نمره کلی رضایت زناشویی به دست می‌آید. نمره گذاری سئوالات این پرسشنامه در دو فرم کوتاه و بلند یکسان و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه کاملاً موافق = نمره ۵ تا کاملاً مخالف = نمره ۱) انجام می‌شود. در این ابزار سئوالات شماره ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ و ۵ به صورت معکوس محاسبه و نمره گذاری می‌شود. اولسون (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۲ و ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه رضایت خانوادگی^{۱۵۴} در دامنه‌ای از

- ۱۴۸ Marital Commitment Inventory- MCI
- ۱۴۹ Skowron & Schmitt
- ۱۵۰ Experiences in Close Relationships Inventory
- ۱۵۱ Brennan
- ۱۵۲ Enrich Marital Satisfaction Scale- EMSS
- ۱۵۳ Olson
- ۱۵۴ Family Adjustment Devise Scale

۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با پرسشنامه رضایت در زندگی^{۱۵۵} در دامنه‌ای از ۰/۳۳ تا ۰/۴۱ به عنوان شاخصی از روایی همزمان این ابزار گزارش کرده است (فلاح برنجستانکی، صابری و شمالی اسکویی، ۱۴۰۱). در مطالعه عرب علی دوستی، نخعی و خانجانی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند. در مطالعه کرمی، احمدی و قبادی (۱۴۰۰) نیز پایایی به دست آمده با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار برابر با ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل این ابزار برابر با ۰/۷۳ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ الی ۰/۷۵ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، ماتریس همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که طول مدت ازدواج در ۶۵ درصد (۹۸ نفر) ۲ الی ۴ سال و ۳۵ درصد (۵۲ نفر) ۵ سال و بیشتر گزارش شده است. ۶۸ درصد (۱۰۲ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی و ۳۲ درصد (۴۸ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. ۷۴ درصد (۱۱۲ نفر) دارای شغل آزاد و ۲۶ درصد (۳۸ نفر) شغل دولتی بودند. ۴۶ درصد (۶۸ نفر) دارای سن ۳۱ الی ۳۶ سال، ۴۰ درصد (۶۱ نفر) ۲۵ الی ۳۰ سال و ۱۴ درصد (۲۱ نفر) ۳۷ سال و بالاتر بودند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان

متغیر پژوهش	M ± SD	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)
۱- واکنش هیجانی	۱/۸۴ ± ۱۵/۵۳	۱					
۲- موقعیت من	۴/۷۰ ± ۲۶/۸۴	۰/۲۴۷**	۱				
۳- بریدگی هیجانی	۱/۶۲ ± ۱۶/۷۵	۰/۱۶۶**	۰/۴۴۳**	۱			
۴- آمیختگی	۱/۸۴ ± ۱۴/۷۶	۰/۰۸۱**	۰/۶۴۱**	۰/۱۴۶**	۱		
۵- تمایز یافتگی خود	۱۰/۰۰ ± ۷۳/۷۹	۰/۳۴۱**	۰/۲۶۷**	۰/۲۴۹**	۰/۳۴۴**	۱	
۶- رضایت زناشویی	۳/۴۷ ± ۳۳/۶۹	۰/۴۲۵**	۰/۶۷۶**	۰/۴۳۰**	۰/۶۹۴**	۰/۶۳۲**	۱
							<۰/۰۵**P

نتایج حاصل از ماتریس همبستگی نشان داد که بین نمره کل تمایز یافتگی خود با رضایت زناشویی در دانشجویان همبستگی معناداری وجود دارد ($r=۰/۶۳۲$ و $P<۰/۰۵$). همچنین، نتایج نشان داد که بین ابعاد تمایز یافتگی خود با رضایت زناشویی در دانشجویان در سطح ۰/۰۵ همبستگی معناداری وجود دارد (جدول شماره ۱). در جدول ۲ نتایج حاصل از بررسی مفروضات آماری مربوط به تحلیل رگرسیون ارائه شده است.

جدول ۲- بررسی مفروضات آماری

متغیر پژوهش	سنجش نرمال بودن		سنجش عدم همخطی چندگانه	
	TK-S آماره	P-Value	ضریب تحمل	تورم واریانس
واکنش هیجانی	۰/۲۷۴	۰/۳۶۶	۱/۰۰۷	۲/۴۷۷
موقعیت من	۱/۰۸۰	۰/۶۶۳	۰/۹۸۵	۱/۲۴۲
بریدگی عاطفی	۰/۱۴۷	۰/۹۱۱	۱/۲۰۴	۳/۱۸۵
آمیختگی	۰/۲۷۷	۰/۳۱۹	۱/۰۶۶	۱/۳۱۷
تمایز یافتگی خود	۱/۶۶۵	۰/۲۰۴	۱/۷۳۴	۲/۵۳۳
رضایت زناشویی	۱/۱۳۶	۰/۲۰۰	۱/۴۴۸	۲/۲۰۵
				$< 0/05^{***}p$

قبل از آزمون رگرسیون ابتدا مفروضات آن بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌های نشان داد از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P > 0/05$)، بنابراین توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره‌ی دورین واتسون استفاده شد. از آنجایی که آماره‌های دورین واتسون در این مطالعه برای متغیر تمایز یافتگی خود برابر با ۱/۹۰۴ و بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، نشان دهنده‌ی آن است که همبستگی بین خطاها رد می‌شود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند (جدول شماره ۲).

به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه، ضریب تحمل و تورم واریانس محاسبه شد. نتایج نشان داد مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس متغیر تمایز یافتگی خود ۲/۵۳۳ و هیچ کدام از شاخصها بسیار بزرگ‌تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند، در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد (جدول شماره ۲). لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیشین مشاهده نشد، می‌توان از آزمونهای پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۳ درصد از واریانس رضایت زناشویی در افراد نمونه بر اساس تمایز یافتگی خود تبیین شد. در نهایت ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون به روش همزمان نشان داد مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود شامل واکنش هیجانی ($P < 0/05$) و $\beta = 0/072$ ، موقعیت من ($P < 0/05$) و $\beta = 0/139$ ، بریدگی هیجانی ($P < 0/05$) و $\beta = 0/108$ و آمیختگی ($P < 0/05$) و $\beta = 0/121$ می‌تواند تغییرات مربوط به رضایت زناشویی افراد نمونه را پیشینی کنند (جدول شماره ۳).

جدول ۳- ضرایب رگرسیون رضایت زناشویی بر اساس تمایز یافتگی خود

سطح معناداری	T	ضرایب غیر استاندارد		متغیر پیش بین
		ضرایب استاندارد β	خطای استاندارد B	
۰/۰۲۹	۱۱/۵۴۳	-	۱۴/۹۵۰	Constant ثابت)
۰/۰۲۳	۰/۸۷۲	۰/۰۷۲	۰/۱۵۶	واکنش هیجانی
۰/۰۱۴	۰/۴۷۴	۰/۱۳۹	۰/۱۶۱	موقعیت من
۰/۰۱۷	۱/۸۱۴	۰/۱۰۸	۰/۱۷۹	بریدگی هیجانی
۰/۰۲۵	۰/۲۵۱	۰/۱۲۱	۰/۱۵۷	آمیختگی

$$R = 0/489; R^2 = 0/239; R^2 = 0/236; F = 35/410$$

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش تمایز یافتگی خود و ابعاد آن در پیش بینی رضایت زناشویی دانشجویان متأهل انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره تمایز یافتگی خود و هر یک از ابعاد آن با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که هر یک از ابعاد تمایز یافتگی خود توان تبیین تغییرات نمره رضایت زناشویی در دانشجویان را داشته‌اند. مطالعاتی که ناهمسو با نتیجه مطالعه حاضر باشد، یافت نشد. این یافته از مطالعه در راستا و همخوان با نتایج مطالعات پیشین مانند نصرزاده و صدیقی فرد (۱۴۰۰)، ترابی، و کیلی و فتاحی اندیل (۱۴۰۰)، کرمی، احمدی و قبادی (۱۴۰۰)، آریایی آذر، صادقی و موتابی (۱۴۰۰)، لطفی سرجینی، تقی پور، میرصفی فرد و مرادی (۱۳۹۸)، سومانتیکو، اورایو، لاکتانا^{۱۵۶} و همکاران (۲۰۲۲)، و موزاس-آلونسو، اولیور و بیرستگئیوای^{۱۵۷} (۲۰۲۲) بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تمایز یافتگی یک ویژگی شخصیتی است که می‌تواند از نسلی به نسل دیگر منتقل شود، به این معنا که اگر والدین دچار تمایز نایافتگی باشند، فرزندان آنان نیز از این مشکل رنج می‌برند و پس از ازدواج، تحت تأثیر خانواده مبدأ قرار گرفته و نمی‌توانند ارتباط مؤثر و مستقلی را با همسر خود برقرار سازند. در صورتی که دو فرد تمایز نایافته با همدیگر ازدواج کنند، منجر به تشکیل خانواده‌ای هسته‌ای می‌شود که سطح تمایز یافتگی پایینی دارند و در شرایط فشارزا به اضطراب و اختلال در کارکرد زناشویی دچار می‌شوند. زوج‌هایی که به یک اندازه از میزان بالای تمایز یافتگی برخوردار هستند، قادرند استقلال و فردیت روشنی را به وجود آورده و حفظ کنند و در عین حال، صمیمیت عاطفی پخته، قوی و غیر تهدید آمیزی داشته باشند. به علاوه زوج‌هایی که از سطوح تمایز یافتگی پایینی برخوردارند به دلیل اینکه فقط خودهای کاذب را پرورش داده‌اند، در برقراری صمیمیت با مشکل مواجه هستند (بهرزنیبا و جعفری، ۱۴۰۰).

همسو با یافته حاضر و طبق نتایج مطالعه کاظمیان مقدم و همکاران (۱۳۹۷) تمایز یافتگی با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری داشته است. درباره رابطه مثبت تمایز یافتگی خود با رضایت زناشویی باید اظهار داشت که تمایز یافتگی خود بالا فرد را قادر می‌سازد تا مرزها را تنظیم کند. در واقع، تمایز یافتگی از آمیختگی زن و شوهر در مواقع بحرانی جلوگیری کرده و آن‌ها را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود در رابطه را با منطق و عقل، و نه بر اساس واکنش‌پذیری هیجانی هیجانی و احساسی رفع کنند. در سمت مقابل، تمایز نایافتگی زوج‌ها از طریق فاصله‌گیری عاطفی از یکدیگر در موقعیت‌های دشوار آن‌ها را به سمت تعارض و ناسازگاری در زندگی مشترک و کاهش رضایت زناشویی و بعضاً دزدگی زناشویی سوق می‌دهد.

بر اساس نظریه بوئن، تمایز یافتگی اشاره به توانایی فرد در ایجاد توازن بین دو نیروی عقلی و عاطفی در درون و بیرون دارد. بر این اساس می‌توان گفت افراد تمایز نایافته روی هم رفته در روابط صمیمانه با دیگران آمیخته می‌شوند، در حالی که افراد به خوبی تمایز یافته قادر هستند خود تعریف شده‌شان را حفظ کنند. افراد تمایز یافته ذاتاً خود رهبر هستند، احساسات و افکارشان را خاص خود دانسته و اجباری در وفاداری خود با انتظارات دیگران ندارند. در مقابل در نظام‌های زناشویی تمایز یافته همسران به یکدیگر اجازه می‌دهند که نقشی انعطاف‌پذیرتر و رابطه‌ای صمیمانه‌تر داشته باشند و تفاوت عقاید یکدیگر را تحمل و واکنش عاطفی کمتری را تجربه کنند. با توجه به اینکه تمایز یافتگی خود منجر به ایجاد صمیمیت و رابطه عاطفی قوی و مؤثر در زوجین شده و مانع از برخوردهای گذرا و احساسی می‌شود، چنین افرادی امکان درک و عدالت زناشویی و انصاف زناشویی و همدلی بالاتر در رابطه را پیدا نموده و به این ترتیب کیفیت زندگی زناشویی بالاتری را تجربه و رضایت زناشویی خواهند داشت.

این مطالعه مانند دیگر مطالعات حوزه علوم رفتاری با محدودیت مواجه بود. نتایج این مطالعه محدود به جمعیت دانشجویان متأهل مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می‌باشد، بنابراین، ضروری است در تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه به دیگر افراد متأهل در جامعه به ویژه افراد متأهل غیردانشگاهی و همچنین، ساکن در دیگر شهرها با فرهنگ متفاوت جوانب احتیاط در نظر گرفته شود. برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران چنین مطالعاتی را در سایر شهرها و در دیگر اقشار متأهل جامعه اعم از دانشگاهی و غیر آن تکرار شود تا شواهدی از روابط به دست آمده فراهم شود.

دستاوردها و پیامدهای این مطالعه را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مورد توجه و ذکر نمود. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌تواند با تبیین نحوه اثرگذاری متغیرهای شخصیتی از جمله تمایز یافتگی خود بر وضعیت زناشویی جوانان به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در زمینه رضایت زناشویی کمک کنند. همچنین، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند راهگشای مطالعات جدیدتر به منظور گسترش دانش هیجانی و روان‌شناختی در زمینه عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی به ویژه در بین جوانان باشد، که آمار طلاق در آنان بالا گزارش شده است. در سطح عملی از یافته‌های این مطالعه می‌توان در مراکز درمانی، مشاوره و خدمات روان‌شناختی، سازمان‌ها

۱۵۶ Sommantico, Iorio & Lacatena

۱۵۷ Mozas-Alonso, Oliver & Berástegui

و نهادهای سلامت محور در جهت تدوین برنامه‌ها و مداخلات و همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مانند برگزاری کارگاه‌های آموزش بهبود ابعاد خودتمایز یافتگی و کاهش پیامدهای پایین بودن این سازه شخصیتی بر زندگی فردی، اجتماعی و زناشویی کمک کرد.

منابع

- آریایی آذر، ا.، صادقی، م و موتابی، ف. (۱۴۰۰). بررسی تمایز یافتگی زوجین از خانواده اصلی و نقش آن در پیش بینی الگوهای ارتباطی و رضایت زناشویی در قومیت های مختلف ایران. مجله خانواده پژوهی، ۱۷(۶۷)، ۳۶۸-۳۵۳.
- اعظمی، ز. (۱۴۰۰). پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس رضایت زناشویی، سن ازدواج، الگوهای همسر گزینی و تفاوت سنی زوجین شهر ماهشهر. مجله پیشرفت های نوین در روان شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۴(۴۰)، ۹۹-۱۱۶.
- بهروزنیا، ه و جعفری، ا. (۱۴۰۰). پیش بینی کیفیت زندگی زناشویی بر اساس تمایز یافتگی خود و تحمل ناکامی در زنان شاغل در بخش پرستاری. فصلنامه پژوهش های کاربردی در علوم رفتاری، ۱۳(۴۸)، ۸۴-۶۱.
- ترابی، ن، و کیلی، پ و فتحی اندبیل، ا. (۱۴۰۰). ارائه مدل علی در تبیین بین تمایز یافتگی خود و بخشودگی با رضایت زناشویی با نقش میانجی گر جهت گیری مذهبی. مجله پژوهش های مشاوره، ۲۰(۷۸)، ۸۰-۱۰۷.
- تابش، س.، بهرامی، ه و رضازاده، م. (۱۴۰۰). طراحی نیمرخ پیش بینی کننده رضایت زناشویی زوجین شهر تهران. مجله مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۲(۴۵)، ۷۷-۱۱۲.
- رضایی، م و رضایی، س. (۱۳۹۹). پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس سبک دلبستگی، صمیمیت زناشویی و هوش هیجانی زوجین. مجله رهیافت های نوین در مطالعات اسلامی، ۲(۴)، ۲۷۸-۲۹۰.
- رافضی، ز و صبوری، ر. (۱۴۰۱). نقش مولفه های تمایز یافتگی خود در پیش بینی صمیمیت زناشویی در زوجین. مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۳(۵۱)، ۲۰۵-۱۸۱.
- رشید، خ، دلفان بیرانوند، آ، فتحی، ک و مریانجیان، ح. (۱۴۰۰). پیش بینی کننده های رضایت زناشویی: مطالعه موردی کرمانشاه و همدان. نشریه اصول بهداشت روانی، ۲۳(۴)، ۲۶۵-۲۵۱.
- رجایی، م و حیدری، ح. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین اعتماد به اینترنت با رضایت و دلزدگی زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر. مجله سلامت جامعه، ۱۱(۱)، ۷۷-۷۰.
- زارع گاریزی، م.، ابراهیمی مقدم، ح و ابوالعالی الحسینی، خ. (۱۳۹۹). پیش بینی تعهد زناشویی بر اساس نیازهای بنیادین روانشناختی و صمیمیت با واسطه گری تمایز یافتگی خود. مجله روانشناسی کاربردی، ۱۴(۱)، ۷۶-۵۵.
- سرخابی عبدالملکی، م.، دوکانه ای فرد، ف و بهبودی، م. (۱۴۰۰). الگوی ساختاری پیش بینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس باور فراشناختی و راهبرد نظم جویی هیجانی با میانجی گری فرسودگی زناشویی در زنان متأهل. مجله خانواده درمانی کاربردی، ۲(۲)، ۲۸-۱.
- سامانی، س. (۱۳۸۶). بررسی عمده ترین عوامل ایجاد کننده درگیری زناشویی در گروهی از دانشجویان متأهل دانشگاه شیراز. مجله خانواده پژوهی، ۳(۱۱)، ۶۶۸-۶۵۷.
- فلاح برنجستانی، و.، صابری، ه و شمالی اسکویی، آ. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی-رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان. مجله روانشناسی کاربردی، ۱۶(۳)، ۲۲۴-۲۰۱.
- عبدل آبادی، ح.، آهی، ق، اصل ذاکر، م، شهابی زاده، ف و نصیری، م. (۱۴۰۱). نقش میانجی خودتمایز یافتگی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط کیفیت روابط ابژه با الگوی تجربه روابط نزدیک در زوجین. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۹(۲)، ۲۶۷-۲۷۹.
- کاظمیان مقدم، ک.، مهرابی زاده هنرمند، م.، کیامنش، ع و حسینیان، س. (۱۳۹۷). رابطه علی تمایز یافتگی، معنای زندگی و بخشودگی با دلزدگی زناشویی از طریق میانجی گری تعارض و رضایت زناشویی. مجله روش ها و مدل های روانشناختی، ۹(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۱.
- کریمی، م، احمدی، ص و قبادی، س. (۱۴۰۰). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس شادکامی و کیفیت زندگی در زوجین شهر تهران. مجله روانشناسی کاربردی، ۲۲(۱)، ۹۳-۱۰۲.
- لطفی سرچینی، ا.، تقی پور، ش.، میرصافی فرد، ل و مرادی، خ. (۱۳۹۸). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس رضایت جنسی، تمایز یافتگی و تفکر قطعی نگر در بین زوجین جوان شهر اصفهان. مجله زن و مطالعات خانواده، ۱۲(۴۳)، ۳۷-۱۹.
- مرادی، ز و کشاورز افشار، ح. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و صمیمیت زناشویی در بین کارکنان نیروی انتظامی. مجله روانشناسی نظامی، ۱۲(۴۷)، ۲۷-۴۴.
- نصرزاده، ز و صدقاتی فرد، م. (۱۴۰۰). پیش بینی رضایت مندی زناشویی بر اساس تمایز یافتگی خود و صمیمیت زوجین در دانشجویان متأهل. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۱۲(۴۴)، ۵۵-۴۱.

- Finzi-Dottan, R. (۲۰۲۳). The Role of Fear of Intimacy as Mediator between Self-Differentiation and Marital Relationship Satisfaction: A Dyadic Model. *The Family Journal*, ۳۱(۳), ۳۹۲-۳۹۸.
- Herrera, M. S., Elgueta, R., Fernández, M. B., Giacoman, C., Leal, D., Marshall, P., ... & Bustamante, F. (۲۰۲۱). A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-۱۹ outbreak. *BMC geriatrics*, ۲۱(۱), ۱-۱۲.
- Kang, X., Lin, X., Zhang, K., Hui, Z., Xiang, W., He, J. Y., ... & Zuo, Z. (۲۰۲۳). NTIRE ۲۰۲۳ video colorization challenge. In *Proceedings of the IEEE/CVF Conference on Computer Vision and Pattern Recognition* (pp. ۱۵۷۰-۱۵۸۱).
- Kong, J., Easton, S. D., & Zhang, Y. (۲۰۲۳). Sexual and marital satisfaction in older adulthood: Effects of childhood and adulthood violence exposure. *The Gerontologist*, ۶۳(۲), ۲۸۵-۲۹۶.
- Lee, W. S., & Hong, S. U. (۲۰۲۲). A study on the Rasing-Anxiety of Parenting of children in school age with Low levels of Self-differentiation. *Industry Promotion Research*, ۲۷(۱), ۳۱-۴۲.
- Mozas-Alonso, M., Oliver, J., & Berástegui, A. (۲۰۲۲). Differentiation of self and its relationship with marital satisfaction and parenting styles in a Spanish sample of adolescents' parents. *Plos one*, ۱۷(۳), e۰۲۶۵۴۳۶.
- Paknejad, F., & Ahmadi, K. (۲۰۲۲). The comparison of the differentiation indices in Bowen's intergenerational theory with perceived differentiation indices in the community of Iranian parents resident in Tehran. *Family Counseling and Psychotherapy*, ۷(۱), ۶۵-۸۴.
- Seneviratne, A., & Gay, N. (۲۰۲۳). Alcool, toi et moi, un ménage explosif. Les enjeux de différenciation de soi dans l'accompagnement des couples en alcoologie. *Thérapie familiale*, ۱(۴۴), ۱۷-۳۲.
- Sommantico, M., Iorio, I., Lacatena, M., & Parrello, S. (۲۰۲۱). Adult attachment, differentiation of self, and relationship satisfaction in lesbians and gay men. *Contemporary Family Therapy*, ۴۳(۲), ۱۵۴-۱۶۴.
- Tian, M. (۲۰۲۲, March). The Heroines' Predicament of Self-differentiation in Celeste Ng's Fictions. In ۸th International Conference on Education, Language, Art and Inter-cultural Communication (ICELAIC ۲۰۲۱) (pp. ۲۹۱-۲۹۸). Atlantis Press.

نقش واسطه ای کمالگرایی والدین در رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی

علی اکبر صلاحی

مدرس و مشاور دانشگاه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب - مجتمع ولیعصر (عج)

وحیده همتی

دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب - مجتمع ولیعصر (عج)

The mediating role of parental perfectionism in the relationship between self-efficacy beliefs and test anxiety, academic success and life satisfaction

Ali Akbar Salahi

University lecturer and consultant, Department of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch- Valiasr Complex

Vahida Hemti

Graduated from the master's degree, Islamic Azad University, South Tehran Branch - Valiasr Complex

Abstract:

The purpose of this research was to investigate the mediating role of parental perfectionism in the relationship between self-efficacy beliefs and test anxiety, academic success and life satisfaction in students. The method of the current research was descriptive and correlational. The statistical population of the research included all students of Shohada High School for girls in Makkah in the academic year of 1402-1403 with a total of 400 students. Among these, 196 students were selected as a sample using Morgan's table and in an accessible manner.

Also, to collect information from Sarason's test anxiety questionnaires (1957), Wells's academic success questionnaire (2010), Diener et al.'s life satisfaction questionnaire (1985), Scherer et al.'s self-efficacy beliefs questionnaire (1982), and Frost's parental perfectionism questionnaire and others. (1990) was used. Finally, structural equation modeling was used for data analysis and Pearson correlation was used for sub-hypotheses. The results showed that parental perfectionism did not play a mediating role. But the structural model shows the direct effect of each of the variables of parents' self-efficacy and perfectionism beliefs on the dependent variables of the research. The direct effect of self-efficacy beliefs on exam anxiety was -0.52, on academic success -0.45, on life satisfaction -0.49. The direct effect of perfectionism on exam anxiety was 0.24, on academic success 0.18 and on life satisfaction 0.12. Therefore, it is recommended to strengthen self-efficacy beliefs to reduce exam anxiety and increase academic success.

Key words: exam anxiety, self-efficacy beliefs, life satisfaction, parental perfectionism, academic success.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای کمالگرایی والدین در رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی در دانش آموزان بود. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش آموزان دبیرستان دخترانه شهدای مکه در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ با حجم ۴۰۰ دانش آموز بود. از این میان، ۱۹۶ دانش آموز با استفاده از جدول مورگان و به شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین، برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اضطراب امتحان ساراسون (۱۹۵۷)، پرسشنامه موفقیت تحصیلی ولز (۲۰۱۰)، پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و دیگران (۱۹۸۵)، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و دیگران (۱۹۸۲) و پرسشنامه کمالگرایی والدین فراست و دیگران (۱۹۹۰) استفاده شد. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و برای فرضیه‌های فرعی از همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد کمال‌گرایی والدین نقش واسطه‌ای ایفا نکرد. اما مدل ساختاری بیانگر اثر مستقیم هر یک از متغیرهای باورهای خودکارآمدی و کمال‌گرایی والدین بر متغیرهای وابسته پژوهش می‌باشد. اثر مستقیم باورهای خودکارآمدی بر اضطراب امتحان $-0/52$ ، بر موفقیت تحصیلی $0/45$ ، بر رضایت از زندگی $-0/49$ بود. اثر مستقیم کمال‌گرایی بر اضطراب امتحان $0/24$ ، بر موفقیت تحصیلی $0/18$ و بر رضایت از زندگی $0/12$ بود. از این رو تقویت باورهای خودکارآمدی برای کاهش اضطراب امتحان و افزایش موفقیت تحصیلی توصیه می‌شود. **واژگان کلیدی:** اضطراب امتحان، باورهای خودکارآمدی، رضایت از زندگی، کمالگرایی والدین، موفقیت تحصیلی.

مقدمه

اضطراب^{۱۵۸} حالتی است که تقریباً در همه انسان‌ها در طول زندگی و به درجات مختلف بروز می‌کند. یکی از اضطراب‌های شناخته شده در تعلیم و تربیت اضطراب امتحان است. اضطراب امتحان نابهنجار، نوع شایعی از اضطراب عملکرد است که سالانه میلیون‌ها دانش آموز را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار می‌دهد. پژوهشگران اضطراب امتحان را نوعی اضطراب مربوط به موقعیت میدانند که با عملکرد یادگیری دانش آموز در مراکز آموزشی رابطه تنگاتنگ دارد و به عنوان صفتی نسبتاً پایدار و مرتبط با موقعیت‌های تهدیدآمیز تعریف شده است. اضطراب امتحان نوعی اشتغال ذهنی که با خودآگاهی، شک و تردید نسبت به خود و خودتحقیری مشخص می‌شود. چنین فعالیت‌های شناختی هم بر رفتار آشکار فرد و هم بر واکنش‌های فیزیولوژیکی او تاثیر می‌گذارد که واسطه‌ای بین تجربه (مورد امتحان واقع شدن) و رفتار (مضطرب شدن) می‌باشد. این اشتغال ذهنی، توجه فرد را به خود جلب می‌کند و در عملکرد آن از طریق کاهش توجه نسبت به گزینه‌های مرتبط با یک تکلیف اختلال ایجاد می‌نماید و رمزگردانی و انتقال اطلاعات را مختل می‌کند. اضطراب امتحان یک واکنش هیجانی ناخوشایند به موقعیت ارزیابی است. این هیجان با احساس نوعی از تنش، تشویش و برانگیختگی سیستم عصبی مشخص می‌شود (پورفرج عمران، ۱۴۰۲).

موفقیت تحصیلی^{۱۵۹} را ادراک و ارزیابی فرد از خود در مورد عملکرد تحصیلی خویش تعریف می‌کنند. آنها با مرور پیشینه پژوهش اظهار می‌کنند که دو گروه بزرگ از تعاریف برای موفقیت یا پیشرفت تحصیلی وجود دارد. تعاریف عینی که به نمرات علمی دانش آموز و درجه‌سازگاری وی با کارهای مدرسه و سیستم آموزشی اشاره دارد و تعاریف ذهنی یا روانشناختی که به نگرش فرد به موفقیت تحصیلی خود و نیز نگرش والدین و دیگران در مورد موفقیت فرد اطلاق می‌شود. موفقیت تحصیلی علاوه بر میانگین نمرات درسی، شامل توانایی کار با دیگران، حل مسائل زندگی و نظیر آن را در بر می‌گیرد (قوامی، عابدی، نیلفروشان، ۱۳۹۶).

احساس خرسندی و رضایت از جنبه‌های زندگی، از مولفه‌های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کنند. رضایت از زندگی^{۱۶۰} با ارزش‌ها ارتباط نزدیک اما پیچیده‌ای دارد و معیارهایی که افراد بر پایه آن درک ذهنی خود را از خوشبختی ارزیابی می‌کنند، متفاوت است. تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود و احساس غم و ناخرسندی اغلب مانعی در راه انجام وظایف فرد شمرده می‌شوند. رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او می‌باشد به بیان دیگر هرچه شکاف میان سطح آرزوهای فردا و وضعیت عینی وی بیشتر گردد رضایتمندی او کاهش می‌یابد. پژوهش‌های انجام شده در زمینه رضایت از زندگی در بین نوجوانان نشان داده است که رضایتمندی و تلقی مثبت از زندگی در گروه سنی نوجوانان یا دانش آموزان کاملاً متفاوت از بزرگسالان است و پژوهش در این زمینه نیازمند لحاظ نمودن مولفه‌های ویژه آنان است (زکی، ۱۳۸۶).

خودکارآمدی^{۱۶۱} را به عنوان (باور به قابلیت‌های شخصی برای سازماندهی و اجرا سازی مسیر عمل لازم برای تولید موفقیت) تعریف

- ۱۵۸ Anxiety
 ۱۵۹ Academic Success
 ۱۶۰ Life satisfaction
 ۱۶۱ Self-efficacy

کرده اند. در واقع می توان بیان کرد که خودکارآمدی به عنوان سطح اعتماد افراد نسبت به خود تعریف می شود و اشاره به درک افراد در ارتباط با توانایی انجام وظایف در موقعیت های مختلف دارد. باورهای خودکارآمدی می توانند تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت روانی افراد داشته باشند. این باورها موجب تأثیرگذاری بر شیوه تفکر، احساس، انگیزش یا رفتار فرد می گردد. باور خودکارآمدی بالا می تواند بهترین پیش بینی کننده عملکرد فرد در تمام زمینه ها باشد. مطالعات اولیه در حوزه خودکارآمدی به بررسی خودکارآمدی در رابطه با وظایف مشخص پرداخته اند. مطالعات اخیر در این حوزه مفهوم خودکارآمدی را به مفهوم بزرگ تری تحت عنوان خودکارآمدی عمومی بسط داده اند، که عبارت است از سطح اطمینان فرد به توانایی اش برای مدیریت موفق انواع مختلفی از تقاضاها، موقعیت های جدید و عوامل تنیدگی زا (شیخ الاسلامی، قمری گیوی، حقوقی عیسی لو، ۱۴۰۰).

افراد در زندگی روزمره خود رویدادهای مختلفی را تجربه می کنند، برخی در مواجهه با وقایع زندگی افکار و باورهای منطقی دارند، در حالی که برخی دیگر، افکار، باورها و انتظارات غیر منطقی ایجاد شده در خود را به سطحی می رسانند که آنها را آشفته می سازد. این باورهای غیرمنطقی و انتظارات غیر واقعی از خود و دیگران، زمینه پژوهش مفهوم کمالگرایی^{۱۶۲} را فراهم ساخته است. بررسی دیدگاه های نظری درباره کمالگرایی بیانگر آن است که کمالگرایی سازه شخصیتی است که به گرایش ذهنی برای تلاش اجباری جهت رسیدن به کمال، تعیین اهداف عالی غیر واقعی و داشتن واکنش های بیش از حد منفی در برابر شکست ها یا عقب نشینی ها متصور، اشاره دارد. با استانداردهای بالای عملکرد و ترس شدید از شکست، اجتناب و شرم مرتبط است و با ویژگی هایی همچون تلاش برای کامل و بی نقص بودن و تعیین معیارهای بسیار عالی و افراطی در عملکرد همراه با گرایش به ارزیابی انتقادی رفتار مشخص می شود. سازه کمال-گرایی برای نخستین بار به عنوان یک سازه تک بعدی توسط برون^{۱۶۳} در سال ۱۹۸۰ تعریف شد. بر پایه این تعریف فرد کمال گرا بر این باور است که می تواند با تلاش و کوشش به نتایج کامل دست یابد. این در حالی است که نتایج کامل و بدون نقص دست نیافتنی است تلاش برای دستیابی به آن آسیب های روانشناختی را در پی خواهد داشت (شوآکندی، اسدی یونسی، پاکدامن ۱۴۰۱).

در جوامع رقابتی امروز، آزمون ها در تمام مراحل تحصیلی به عنوان ابزار مهمی برای تصمیم گیری معلمان و والدین به کار می روند و افراد در همه سنین با توجه به پیشرفت، مهارت و توانایی هایشان ارزیابی میشوند. نمراتی که در دوره آموزشی به دانش آموزان داده میشود به این بستگی دارد که آن ها چه قدر توانسته اند در آزمون به خوبی عمل کنند. به دلیل اهمیت بیش از حدی که به نتایج آزمون ها داده می شود، آزمون دهندگان برای انجام هر چه بهتر تست ها، اضطراب و استرس های بی شماری را تجربه می کنند، که ممکن است باعث کاهش موفقیت تحصیلی و افت رضایت از زندگی باشد. علت های زیادی برای اضطراب امتحان وجود دارد. از جمله انتظارات بیش از حد والدین، معلمان و دیگر افراد مهم در زندگی، ترس از ناامید شدن دوستان به خاطر عملکرد ضعیف فرد، مرتبط دانستن احساس ارزشمندی خود با نتیجه و نمره حاصل از امتحان و احساس عدم کنترل بر موقعیت. یکی از عوامل کاهش این تنش ایجاد باوری است که شخص به قابلیت های خود برای سازمان دهی و اجرای اقدامات لازم در موقعیت های پیش رو دارد. به عبارت دیگر، ایمان و اعتقاد شخص به توانایی های خود برای رسیدن به یک هدف مشخص است، این باور که خودکارآمدی نام دارد، در طول زندگی و با کسب مهارت های جدید، تجربه ها و ادراک گوناگون ادامه پیدا می کند. تقریباً همه افراد می توانند اهدافی را که می خواهند، کسب کنند، چیزهایی که می خواهند عوض کنند، تغییر دهند و چیزهایی را که دوست دارند، به دست آورند. با این حال بیشتر مردم این را نیز می دانند که عملی کردن این نقشه ها و برنامه ها چندان ساده نیست و عوامل مختلفی بر این باور میتواند تأثیر گذار باشد.

بررسی های انجام شده در سطح دانشگاه ها و نیز اطلاعات بدست آمده از پایگاه های اطلاعاتی، پایان نامه ها، مقالات و پیشینه تحقیقات، بیانگر این مطلب است که تحقیقاتی در خصوص شناسایی نقش واسطه ای کمالگرایی والدین در رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی در دانش آموزان مدرسه دخترانه شهدای مکه منطقه ۱۵ در سال تحصیلی ۱۴۰۳- باعث افزایش موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی شود و عوامل موثر بر اضطراب امتحان را شناسایی و کاهش دهد.

اجمل، احمد^{۱۶۴} (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل اضطراب در دانش آموزان از راه دور به این نتیجه رسیدند که اضطراب بر عملکرد تحصیلی رابطه معناداری دارد. عواملی مانند خلأهای موجود در فرآیند پذیرش، توزیع کتاب، تکالیف، آموزش های دوره و خدمات پشتیبانی برای ایجاد اضطراب در بین دانش آموزان مشخص شد. میانگین کلی مقادیر همه عوامل اضطراب در دانش آموزان پسر کمی بیشتر از دانش آموزان دختر بود.

میخک، مرادی (۱۴۰۱) در پژوهشی به عنوان بررسی مقایسه ای اثربخشی مشاور تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت تحصیلی ذهنی و عوامل

- ۱۶۲ Perfectionism
 ۱۶۳ Burn
 ۱۶۴ Ajmal, M., & Ahmad, S.

با یادگیری و عملکرد در ریاضی به طور معناداری مرتبط است. بنابراین ما در این پژوهش به دنبال پاسخ این سوال هستیم که آیا بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی دانش آموزان با نقش واسطه ای کمال گرایی والدین رابطه وجود دارد؟

روش

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان دبیرستان دخترانه شهدای مکه واقع در منطقه ۱۵ در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ شهر تهران می باشد. در این پژوهش از تعداد ۴۰۰ دانش آموز حاضر در مدرسه که در پایه های دهم، یازدهم و دوازدهم متوسطه در رشته های ریاضی، تجربی و انسانی مشغول به تحصیل هستند با استفاده از جدول مورگان، تعداد ۱۹۶ نفر با استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه ها توسط سایت پرس آل تهیه و به صورت لینک در اختیار دانش آموزان قرار گرفته است. ملاک های شمول برای کلیه شرکت کنندگان، دریافت رضایت برای شرکت در پژوهش و اشتغال به تحصیل در این مدرسه می باشد.

پرسشنامه اضطراب امتحان توسط ساراسون (۱۹۵۷) طراحی و اعتباریابی شده است، این مقیاس، یک پرسشنامه کوتاه با ۳۷ گویه است که آزمودنی باید به هر ماده به صورت "درست و غلط" پاسخ گوید و بدین ترتیب میتوان بر اساس یک شیوه "خودگزارشی" به حالات روانی و تجربیات فیزیولوژیکی فرد در جریان امتحان، قبل و بعد از آن، دست یافت (ساراسون، ۱۹۵۷). این پرسشنامه توسط قاسمی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. در این مقیاس، دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۷ بود. نقاط برش تعیین شده بدین صورت بود: اضطراب خفیف (نمره ۱۲ و پایینتر)، اضطراب متوسط (نمره ۱۳ تا ۲۰)، اضطراب شدید (نمره بالاتر از ۲۰). در این تحقیق برای مشخص نمودن پایایی پرسشنامه ها از ضریب آلفای کرونباخ^{۱۶۷} استفاده گردیده است. در پژوهش قاسمی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد و ۰/۸۷ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب می باشد.

پرسشنامه موفقیت تحصیلی توسط ولز^{۱۶۸} (۲۰۱۰) در ۱۰ مولفه و ۳۹ گویه ساخته شد. این مولفه ها عبارتند از مهارت های آکادمیک عمومی، کارآمدی مری، تصمیم گیری شغلی، انگیزه خارجی برای آینده، اعتماد، تطابق شخصی، خود-تنظیمی، اجتماعی شدن، انگیزه درونی یا علاقه مندی، فقدان اضطراب. پرسشنامه موفقیت تحصیلی یا آکادمیک، بر درجه بندی چهارگانه لیکرت صورت بندی شده است. کاملاً موافق: ۴ موافق: ۳ مخالف: ۲ کاملاً مخالف: ۱؛ گویه های معکوس این پرسشنامه عبارتند از: ۹

موفقیت تحصیلی عینی بر انگیزش تحصیلی، اشتیاق تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی به این نتیجه رسیدند که تفاوت بین گروه ها به طور کلی (بدون تفکیک متغیر وابسته) معنی دار است ($p < 0/001$) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری همچنین نشان دهنده معنی دار بودن تفاوت نمرات پس آزمون انگیزش تحصیلی مجموع گروه ها ($p < 0/001$) اشتیاق تحصیلی مجموع گروه ها، ($p < 0/001$) خودکارآمدی تحصیلی مجموع گروه ها، ($p < 0/001$) مقایسه زوجی نشان داد که هر دو مداخله مشاوره تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت تحصیلی عینی مشاور تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت تحصیلی ذهنی باعث افزایش معنی دار انگیزش تحصیلی (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/001$) اشتیاق تحصیلی (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/001$) و خودکارآمدی تحصیلی (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/001$) در مقایسه با گروه گواه شد است. همچنین بین میانگین نمرات انگیزش تحصیلی و اشتیاق تحصیلی گروه های آزمایشی با یکدیگر تفاوت وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات انگیزش تحصیلی و اشتیاق تحصیلی گروه مشاوره تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت ذهنی بیشتر از گروه مشاوره تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت عینی بود. اما تفاوت گروه های آزمایشی از نظر خودکارآمدی تحصیلی معنی دار نبود.

حضرتی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان نقش باورهای خودکارآمدی در فرایند یادگیری زبان با توجه به مهارت های زبانی: رویکرد روانشناسی زبان به این نتیجه رسید که بین باورهای خودکارآمدی و مؤلفه های مهارت های زبانی (زبان گفتاری، گوش دادن، سازماندهی، صحبت کردن، معنائشناسی و نحو) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). به نظر می رسد که متغیر روانشناختی باورهای خودکارآمدی می تواند روی مهارت های زبانی این دامنه سنی اثر گذار باشد.

تامپسون و همکاران^{۱۶۵} (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان بررسی نقش باورهای خودکارآمدی و موفقیت یادگیرنده در آموزش متوسط انگلیسی به این نتیجه رسیدند که دانش آموزان با خودکارآمدی قوی تر تلاش بیشتری را انجام می دهد و فعالیت های دوره را به عنوان فرصت های توسعه می بیند.

ازکال^{۱۶۶} (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان رابطه بین باورهای خودکارآمدی، درگیری و عملکرد تحصیلی در درس ریاضی به این نتیجه رسید که باورهای خودکارآمدی دانش آموزان در یادگیری و عملکرد در ریاضی پیشرفت ریاضی آنها را به طور معنادار و مثبت پیش بینی کرد. نارضایتی رفتاری و عاطفی در درس ریاضی برای پیش بینی منفی پیشرفت ریاضی یافت شد. در این مطالعه مشخص شد که باورهای خودکارآمدی دانش آموزان

۱۶۵ Thompson, G., Aizawa, I., Curle, S., & Rose, H.

۱۶۶ Ozkal, N.

۱۶۷ - Cronbach Alpha Coefficient

۱۶۸ . Welles

و ۱۰ و ۱۱ و ۱۹ و ۲۴ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۱ و ۳۶ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ (یعنی به «کاملاً موافق» نمره ۱ و به «کاملاً مخالف» نمره ۴ داده می‌شود). برای محاسبه امتیاز هر مولفه یا زیرمقیاس، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع کنید. و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۵۶ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه موفقیت تحصیلی یا آکادمیک ۰/۷۶ محاسبه شد (ولز، ۲۰۱۰).

پرسشنامه استاندارد رضایت از زندگی توسط داینر^{۱۶۹} و همکاران در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵ سوال بوده و هدف آن سنجش رضایت از زندگی می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، ۱؛ مخالفم، ۲؛ نظری ندارم، ۳؛ موافقم، ۴؛ کاملاً موافقم، ۵) می‌باشد. به دو طریق می‌توان از تحلیل این پرسشنامه استفاده کرد: A: تحلیل بر اساس مولفه‌های پرسشنامه B: تحلیل بر اساس میزان نمره به دست آمده. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵ تا ۱۰ باشد، میزان رضایت از زندگی در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۰ تا ۱۵ باشد، میزان رضایت از زندگی در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۱۵ باشد، میزان رضایت از زندگی بسیار خوب می‌باشد داینر و همکاران (۱۹۸۵)، روایی و پایایی مقیاس رضایت از زندگی را بر روی گروهی از دانشجویان ارزشیابی کردند و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها را پس از دو ماه اجرا، برابر ۰/۸۲ ضریب آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۷ به دست آوردند. در ایران نیز، مظفری (۱۳۸۲) به منظور تعیین روایی و پایایی مقیاس رضایت از زندگی، این مقیاس به طور همزمان با مقیاس شادکامی آکسفورد اجرا شد که ضریب روایی همزمان آن با مقیاس شادکامی آکسفورد ۰/۶۶ و $P < ۰/۰۰۱$ و ضریب پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ به دست آمد که نشان دهنده روایی و پایایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی این مقیاس در سال ۱۹۸۲ توسط شرر^{۱۷۰} و همکاران به منظور سنجش خودکارآمدی در تنظیمات بالینی، آموزشی و سازمانی طراحی و بسط یافته است. مقیاس خودکارآمدی دارای ۱۷ سوال است که بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به آن پاسخ داده میشود. نمره حداقل این مقیاس ۱۷ و حداکثر برابر ۸۵ می‌باشد. نمره گذاری به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد و ماده‌های شماره ۱۵، ۱۳، ۹، ۳، ۸، ۱، ۲ به صورت مستقیم و بقیه ماده‌ها به صورت معکوس نمره گذاری میشود. نمره‌های بالا نشان دهنده خودکارآمدی بالا در فرد می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آورده‌اند و پایایی پرسشنامه به روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۷۶ گزارش شده است. این مقیاس در ایران براتی ترجمه و اعتباریابی شده است (حسن‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳). وی، روایی سازه این آزمون را در یک گروه ۱۰۰ نفری ۰/۶۱ گزارش کرده که در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. ضریب اعتبار این آزمون به روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۷۶ گزارش شده است. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی ماده‌ها نیز برابر ۰/۷۹ گزارش شده است.

مقیاس کمالگرایی چند بعدی توسط فراست و همکاران^{۱۷۱} (۱۹۹۰) که بر اساس مفهوم چند بعدی کمالگرایی طراحی شده، ۳۵ گویه و شش بعد یا زیرمقیاس را در بر می‌گیرد. این زیرمقیاس‌ها شامل نگرانی در مورد اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقاد والدین، استانداردهای فرد و نظم و ترتیب می‌باشد. نمره گذاری در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۵ برای (کاملاً موافقم) تا نمره ۱ برای (کاملاً مخالفم) پاسخ‌دهی و نمره گذاری می‌شود. در نسخه ایرانی این پرسش‌نامه، ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه کمال‌گرایی چند بعدی فراست بر اساس رابطه با پرسش‌نامه کمال‌گرایی مثبت و منفی مناسب گزارش شده است (بیطرف، شعیری و حکیم‌جوادی، ۱۳۸۹). فراست و همکاران (۱۹۹۳) میزان ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های آزمون بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

در آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر: نما، میان، میانگین، واریانس، انحراف معیار، جداول و نمودارها استفاده خواهد شد. در آمار استنباطی در فرضیه اصلی به دلیل داشتن متغیر واسطه‌ای از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و برای فرضیه‌های فرعی از همبستگی پی‌رسون استفاده شد و برای آنالیز اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۵ استفاده خواهد شد.

نتایج

در این بخش داده‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای سن، پایه تحصیلی و رشته تحصیلی مشخص می‌گردد.

- ۱۶۹ Diener , E
۱۷۰ Sherer
۱۷۱ Frost & et al

جدول شماره ۱ یافته های توصیفی

تعداد	سن	تعداد	رشته تحصیلی	تعداد	پایه تحصیلی
۲	۱۵	۳۶	ریاضی	۹۷	دوازدهم
۴۷	۱۶	۴۷	تجربی	۵۳	یازدهم
۵۵	۱۷	۱۱۳	انسانی	۴۶	دهم
۹۲	۱۸				

با توجه به جدول فوق از تعداد ۱۹۶ دانش آموز در حال تحصیل، ۲ دانش آموز ۱۵ سال، ۴۷ دانش آموز ۱۶ سال، ۵۵ دانش آموز ۱۷ سال و ۹۲ دانش آموز ۱۸ سال میباشند. ۳۶ نفر در رشته ریاضی، ۴۷ نفر تجربی و ۱۱۳ نفر در رشته انسانی در حال تحصیل هستند. همچنین ۹۷ نفر در پایه دوازدهم، ۵۳ نفر یازدهم و ۴۶ نفر در پایه دهم در حال تحصیل هستند.

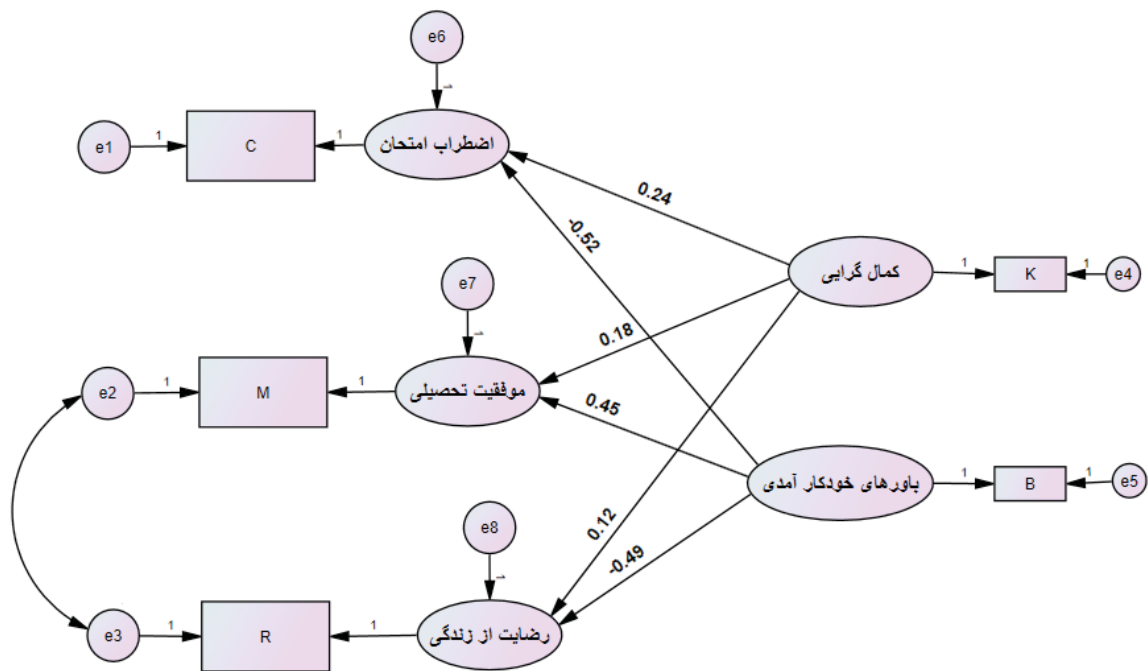
یافته های استنباطی نشان داد آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اضطراب امتحان: ۰/۹۲۲، پرسشنامه موفقیت تحصیلی: ۰/۸۰۶، پرسشنامه رضایت از زندگی: ۰/۸۵۰، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی: در مرحله اول با وجود همه سوالات پرسشنامه ۰/۵۲۴، به علت پایین بودن آلفای کرونباخ سوالات ۱۳ و ۱۵ حذف گردید و نتایج با حذف سوال ۱۵، ۰/۶۱۸، با حذف سوال ۱۳، ۰/۷۰۸ بدست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کمال گرایی: ۰/۸۴۱ بدست آمد. با توجه به مقادیر بدست آمده برای هر کدام از پرسشنامه های مطالعه حاضر، چون مقادیر آلفای کرونباخ از ۰/۷ بیشتر است، بنابراین فرض قابلیت اعتماد یا پایایی (Reliability) پرسشنامه های مورد بررسی تأیید می شود.

نتایج تحلیل با استفاده از تمامی سوالات خودکارآمدی است و سوالی از این پرسشنامه حذف نشده است. از مفروضه های تحلیل با نرم افزار AMOS فرض نرمال چند متغیره می باشد، در جدول ۴-۲-۱ نتایج بررسی نرمال چند متغیره آمده است.

جدول شماره ۲ شرط نرمال چند متغیره

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
BB2	۴۳/۰۰۰	۶۷/۰۰۰	-۰/۳۹۷	-۲/۲۷۱	-۰/۵۱۸	-۱/۴۸۱
KK	۸۱/۰۰۰	۱۶۱/۰۰۰	۰/۱۵۷	۰/۸۹۶	-۰/۳۵	-۰/۹۹
RR	۵/۰۰۰	۲۵/۰۰۰	۰/۰۲۴	۰/۱۳۷	-۰/۱۳۳	-۰/۳۸۱
MM	۸۵/۰۰۰	۱۴۲/۰۰۰	۰/۲۷۹	۰/۵۹۴	-۰/۲۴۲	-۰/۶۹۲
CC	۳۸/۰۰۰	۷۳/۰۰۰	۰/۰۳۳	۰/۱۸۶	-۰/۱۱۸	-۰/۱۹۴
Multivariate					۰/۵۶۴	۰/۳۰۹

با توجه به جدول شماره ۲ و مقدار C.I.: ۱/۳۰۹، چون کوچکتر از ۵ می باشد بنابراین فرض نرمال چند متغیره برقرار است. پیش فرض عدم نقاط پرت نیز بررسی شد و با استفاده از فاصله ماکسیمیال هیچ نقطه ی پرتی وجود نداشت.



شکل ۱ مدل ساختاری نقش واسطه ای کمالگرایی در رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی با حذف مولفه های ۱۳ و ۱۵ باورهای خودکارآمدی در سطح ۵ درصد رابطه معناداری بین باورهای خودکارآمدی و کمال گرایی والدین وجود ندارد. از طریق کمال گرایی والدین بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی در سطح ۵ درصد رابطه معناداری وجود ندارد. رابطه معناداری در سطح ۵ درصد بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی وجود دارد. اثر مستقیم باورهای خودکارآمدی بر اضطراب امتحان $-0/52$ ، بر موفقیت تحصیلی $0/45$ ، بر رضایت از زندگی $-0/49$ است. رابطه معناداری در سطح ۵ درصد بین کمال گرایی والدین با اضطراب امتحان و موفقیت تحصیلی وجود دارد. اثر مستقیم کمال گرایی بر اضطراب امتحان $0/24$ ، بر موفقیت تحصیلی $0/18$ و بر رضایت از زندگی $0/12$ است. جدول شماره ۳ شاخص های نیکویی برازش

شاخص برازش	مقادیر مطلوب	در مدل تحقیق	نتیجه
χ^2/df	کمتر از ۳ مطلوب	۱/۷۴۴	مطلوب
GFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۹۰	مطلوب
NFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۷۶	مطلوب
IFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۸۹	مطلوب
TLI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۶۴	مطلوب
CFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۸۹	مطلوب
RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۲	مطلوب

با توجه به جدول شماره ۳، پس از بررسی و اندازه گیری شاخص های برآزش، با توجه به محدوده ی مطلوب برای شاخص مورد بررسی مدل برآزش شده مطلوب میباشد.

جدول شماره ۴ همبستگی پیرسون متغیر باورهای خود کارآمدی با اضطراب امتحان

		باورهای خود کارآمدی	اضطراب امتحان
باورهای خود کارآمدی	Pearson Correlation	۱	-.۴۷۴**
	Sig. (2-tailed)		/۰۰۰
اضطراب امتحان	Pearson Correlation	-.۴۷۴**	۱
	Sig. (2-tailed)	/۰۰۰	

جدول فوق بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر باورهای خود کارآمدی و اضطراب امتحان همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با $-۰/۴۷۴$ که نشان دهنده همبستگی غیر مستقیم و سطح معناداری sig در سطح آلفای $۰/۰۵$ برابر است با $۰/۰۰۰$ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خود کارآمدی و اضطراب امتحان رابطه وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

جدول شماره ۵ همبستگی پیرسون متغیر باورهای خود کارآمدی با موفقیت تحصیلی

		باورهای خود کارآمدی	موفقیت تحصیلی
باورهای خود کارآمدی	Pearson Correlation	۱	/.۳۶۸**
	Sig. (2-tailed)		/۰۰۰
موفقیت تحصیلی	Pearson Correlation	/.۳۶۸**	۱
	Sig. (2-tailed)	/۰۰۰	

جدول شماره ۵ بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر باورهای خود کارآمدی و موفقیت تحصیلی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با $۰/۳۶۸$ که نشان دهنده همبستگی مستقیم و سطح معناداری sig در سطح آلفای $۰/۰۵$ برابر است با $۰/۰۰۰$ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خود کارآمدی و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

جدول شماره ۶ همبستگی پیرسون متغیر باورهای خود کارآمدی با رضایت از زندگی

		باورهای خود کارآمدی	رضایت از زندگی
باورهای خود کارآمدی	Pearson Correlation	۱	-.۴۰۴**
	Sig. (2-tailed)		/۰۰۰
رضایت از زندگی	Pearson Correlation	-.۴۰۴**	۱
	Sig. (2-tailed)	/۰۰۰	

جدول فوق بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر باورهای خود کارآمدی و رضایت از زندگی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با $-۰/۴۰۴$ که نشان دهنده همبستگی منفی و سطح معناداری sig در سطح آلفای $۰/۰۵$ برابر است با $۰/۰۰۰$ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خود کارآمدی و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

جدول شماره ۷ همبستگی پیرسون متغیر کمالگرایی والدین با اضطراب امتحان

		کمالگرایی والدین	اضطراب امتحان
کمالگرایی والدین	Pearson Correlation	۱	۰/۲۲۵**
	Sig. (2-tailed)		۰/۰۰۲
اضطراب امتحان	Pearson Correlation	۰/۲۲۵**	۱
	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۲	

جدول شماره ۷ بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و اضطراب امتحان همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۲۲۵ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۰۰۲ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و اضطراب امتحان رابطه وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

جدول شماره ۸ همبستگی پیرسون متغیر کمالگرایی والدین با موفقیت تحصیلی

		کمالگرایی والدین	موفقیت تحصیلی
کمالگرایی والدین	Pearson Correlation	۱	۰/۱۹۶**
	Sig. (2-tailed)		۰/۰۰۶
موفقیت تحصیلی	Pearson Correlation	۰/۱۹۶**	۱
	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۶	

جدول فوق بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و موفقیت تحصیلی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۱۹۶ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۰۰۶ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

جدول شماره ۹ همبستگی پیرسون متغیر کمالگرایی والدین با رضایت از زندگی

		کمالگرایی والدین	رضایت از زندگی
کمالگرایی والدین	Pearson Correlation	۱	۰/۰۹۹
	Sig. (2-tailed)		۰/۱۶۶
رضایت از زندگی	Pearson Correlation	۰/۰۹۹	۱
	Sig. (2-tailed)	۰/۱۶۶	

جدول شماره ۹ بیانگر این فرضیه است که آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و رضایت از زندگی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۰۹۹ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۱۶۶ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و رضایت از زندگی رابطه وجود ندارد. در نتیجه با احتمال ۹۵ درصد فرضیه پژوهش تأیید نشده و فرض صفر رد نمی شود.

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که قبلا ذکر شد مهم ترین سوال پژوهش این بود که آیا بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی با نقش واسطه ای کمالگرایی والدین رابطه وجود دارد یا نه؟ یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده

در شکل شماره ۱ نشان می‌دهد کمالگرایی والدین نقش واسطه ای میان باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و کیفیت زندگی ندارد. اما باورهای خودکارآمدی به طور مستقیم با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و کیفیت زندگی رابطه دارد. میتوان نتیجه گرفت هر چه میزان باورهای خودکارآمدی بالاتر باشد، احساس توانایی فرد برای یادگیری محتوا و انجام تکالیفی که به او داده می‌شود بالاتر می‌رود. در واقع باورهای خودکارآمدی، به معنای ادراک و باور دانش آموز از توانمندی خود در فهم و یادگیری، حل مسائل درسی و دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی است، که این باور بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مثل گزینش اهداف، تصمیم‌گیری، میزان تلاش، کیفیت زندگی و در نهایت رضایت از زندگی تاثیرگذار است.

همچنین نتایج نشان داد کمالگرایی والدین نیز به طور مستقیم با اضطراب امتحان و موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی رابطه دارد. دانش آموزانی که دارای والدین سخت‌گیر و کمال‌جو هستند، والدین دائم آنها را تحت فشار قرار می‌دهند، برایشان فوق برنامه‌های آموزشی پر می‌کنند و توقع نمره عالی را دارند. بنابراین اضطراب امتحان در دانش آموزان بالا می‌رود زیرا نگران این هستند که والدین از نمره آن‌ها راضی نباشند. از طرفی به دلیل کوشش فراوان در انجام تکالیف و امور آموزشی موفقیت تحصیلی نیز بالا می‌رود. این دانش آموزان معیار خوبی و بدی را در بیرون از خود جست و جو می‌کنند بنابراین اگر والدین آنها از عملکردشان راضی باشند رضایت از زندگی نیز در این افراد بالا می‌رود.

تاکنون پیشینه پژوهشی که مسقیماً رابطه بین باورهای خودکارآمدی با اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی و رضایت از زندگی دانش آموزان با نقش واسطه ای کمال‌گرایی والدین را بررسی نماید، یافت نشده است و نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر تفاوت‌هایی از نظر جامعه، نمونه آماری و روش اجرا وجود دارد. در این راستا نتایج بدست آمده در این پژوهش با پژوهش خوی نژاد، رجایی، ناظمی (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. خوی نژاد، رجایی، ناظمی (۱۳۹۹) در پژوهشی به عنوان اثربخشی آموزش خودکارآمدی تحصیلی بر آسیب‌ها و موفقیت تحصیلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه به این نتیجه رسیدند که آموزش خودکارآمدی تحصیلی بر آسیب‌ها و موفقیت تحصیلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه موثر است. آموزش خودکارآمدی تحصیلی باعث کاهش مشکلات در انتخاب و تصمیم‌گیری، مشکلات آمادگی تحصیلی، مشکلات انگیزه تحصیلی، مشکلات مربوط به مطالعه، مشکلات برنامه‌ریزی تحصیلی، مشکلات ذهنی مربوط به تحصیل، مشکلات مربوط به محیط و جو تحصیلی، مشکلات مربوط به امتحان شده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر میتوان استنباط کرد که آموزش خودکارآمدی تحصیلی بر آسیب‌ها و موفقیت تحصیلی دانش آموزان موثر است. از شباهت‌های این دو پژوهش میتوان به دو متغیر خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی اشاره کرد. در پژوهش حاضر رابطه مستقیمی بین باورهای خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی وجود داشت. تفاوت‌های پژوهش حاضر با پژوهش فوق در جامعه آماری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش فوق شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم ناحیه ۶ شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود، پژوهش حاضر تعداد ۱۹۶ نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه مدرسه شهدای مکه در ناحیه ۱۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود.

در ادامه به بررسی فرضیه‌های فرعی می‌پردازیم. با توجه به جدول ۴ نتایج فرضیه فرعی اول این پژوهش که آیا بین باورهای خودکارآمدی و اضطراب امتحان همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با $0/474$ - که نشان دهنده همبستگی غیر مستقیم و سطح معناداری sig در سطح آلفای $0/05$ برابر است با $0/000$ که می‌توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خودکارآمدی و اضطراب امتحان رابطه وجود دارد. پس میتوان نتیجه گرفت هر چه میزان باورهای خودکارآمدی در دانش آموزان تقویت گردد و بالا برود از میزان اضطراب امتحان آن‌ها کاسته میشود. پورفرج عمران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا بر اضطراب امتحان و تحمل‌پریشانی دانش آموزان به این نتیجه رسید که بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ اضطراب امتحان و تحمل‌پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0/001$). شباهت این پژوهش با پژوهش حاضر در متغیر اضطراب امتحان می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که باورهای خودکارآمدی بر اضطراب امتحان اثر مستقیم دارد. تفاوت پژوهش حاضر با پژوهش عمران (۱۴۰۲) در بررسی رابطه متغیر کمال‌گرایی والدین بر اضطراب امتحان می‌باشد. نتایج نشان داد کمال‌گرایی به طور مستقیم بر اضطراب امتحان رابطه دارد و موجب افزایش آن میشود.

با توجه به جدول ۵ نتایج فرضیه فرعی دوم این پژوهش که آیا بین متغیر باورهای خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با $0/368$ که نشان دهنده همبستگی مستقیم و سطح معناداری sig در سطح آلفای $0/05$ برابر است با $0/000$ که می‌توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. بالا رفتن خودکارآمدی در دانش آموزان باعث افزایش موفقیت تحصیلی در آنان میشود. احمدی و دیگران (۱۳۹۲) در پژوهشی به عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر باورهای خودکارآمدی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های ارتباطی در بهبود باورهای خودکارآمدی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان موثر می‌باشد. از شباهت‌های این پژوهش با پژوهش حاضر در متغیر باورهای خودکارآمدی و متغیر پیشرفت تحصیلی می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باورهای خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی

رابطه وجود دارد. همچنین باورهای خودکارآمدی با متغیرهای موفقیت تحصیلی و کیفیت زندگی نیز رابطه مثبت و معناداری دارد. تفاوت پژوهش فوق با پژوهش حاضر در روش پژوهش می-باشد. روش پژوهش احمدی و دیگران (۱۳۹۲) آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل میباشد. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی میباشد.

با توجه به جدول ۶ نتایج فرضیه فرعی سوم این پژوهش که آیا بین متغیر باورهای خودکارآمدی و رضایت از زندگی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۴۰۴- که نشان دهنده همبستگی منفی و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۰۰۰ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر باورهای خودکارآمدی و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. باورهای خودکارآمدی به معنای باور فرد به توانایی انجام یک عمل در موقعیت مشخص است. وقتی فرد به این باور رسیده است که توانایی انجام هر فعالیتی را دارد اما موقعیت زندگی خود را از سطح تواناییهای پایین تر مبیند، رضایت از زندگی وی کاهش مییابد. ابوالقاسمی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان ارتباط تاب آوری، استرس و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین به این نتیجه رسید که متغیرهای تاب آوری و استرس مثبت در دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده رضایت از زندگی بوده اند. شباهت پژوهش حاضر با پژوهش فوق در بررسی متغیر خودکارآمدی و رضایت از زندگی میباشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد با افزایش خودکارآمدی رضایت از زندگی کاهش مییابد.

با توجه به جدول ۷ نتایج فرضیه فرعی چهارم این پژوهش که آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و اضطراب امتحان همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۲۲۵ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۰۰۲ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و اضطراب امتحان رابطه وجود دارد. دانش آموزانی که دارای والد کمال گرا هستند به دلیل فشار روانی که از سوی والدین به آنها وارد میشود مبنی بر کامل و بی عیب و نقص بودن، دچار اضطراب های فراوان از جمله اضطراب امتحان میشود.

نتایج جدول ۸ بیانگر فرضیه فرعی پنجم پژوهش میباشد، آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و موفقیت تحصیلی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۱۹۶ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۰۰۶ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و موفقیت تحصیلی رابطه وجود دارد. والدین کمال گرا مدام در حال کنترل فرزندان خود میباشند تا کارها به نحو احسن انجام گیرد. بنابراین دانش آموزانی که دارای والد کمال

گرا میباشد پیوسته در حال تلاش برای انجام کامل تکالیف می-باشند، در نتیجه با افزایش کمالگرایی والدین موفقیت تحصیلی نیز در دانش آموزان افزایش مییابد. جدول ۹ بیانگر فرضیه فرعی ششم پژوهش میباشد که آیا بین متغیر کمال گرایی والدین و رضایت از زندگی همبستگی وجود دارد؟ مقدار همبستگی بین این دو متغیر برابر است با ۰/۰۹۹ که نشان دهنده همبستگی مثبت و سطح معناداری sig در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۰/۱۶۶ که می توان نتیجه گرفت بین متغیر کمال گرایی والدین و رضایت از زندگی رابطه وجود ندارد رضایت داشتن یا نداشتن دانش آموزان از زندگی خود رابطهای با کمالگرایی والدین ندارد. اسمیت^{۱۳} و دیگران (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان رفتارهای کمال گرایی صفت والدین: آزمونی فرا تحلیلی از انتظارات اجتماعی و مدل های یادگیری اجتماعی به این نتیجه رسیدند که انتظارات مثبت والدین روابط منحصر به فردی با کمال گرایی خودمحور، دیگر گرا و از نظر اجتماعی تجویز شده است دارد. در مقابل، انتقاد والدین فقط با کمال گرایی تجویز شده اجتماعی مرتبط بود. علاوه بر این، کمال گرایی خودگرا و تجویز شده اجتماعی والدین، با کمال گرایی خودگرا و تجویز شده اجتماعی فرزندان مطابقت یک به یک دارد. شباهت پژوهش حاضر با پژوهش فوق در متغیر کمالگرایی میباشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد کمال گرایی والدین با اضطراب امتحان و موفقیت تحصیلی رابطه مستقیم دارد اما با رضایت از زندگی رابطه ای ندارد. از تفاوت های این پژوهش با پژوهش فوق میتوان اشاره کرد پژوهش اسمیت و دیگران نتایج تحقیق از ۴۶ پژوهش و ۱۳۳۶۴ آزمودنی میباشد و پژوهش حاضر مطالعه بر روی ۱۹۶ دانش آموز دختر مقطع متوسطه مدرسه شهدای مکه منطقه ۱۵ شهر تهران میباشد.

منابع

ابوالقاسمی، ع (۱۳۹۰). ارتباط تاب آوری، استرس و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین. مطالعات روان شناختی، ۷(۳)، ۱۳۱-۱۵۱.

احمدی، م. س؛ حاتمی، ح. ر؛ احدی، ح؛ اسدزاده، ح (۱۳۹۲) تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر باورهای خودکارآمدی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر، فصلنامه علمی - پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال ۴، شماره ۴، پیاپی ۱۶: ۱۱۸-۱۰۵

بیطرف، ش؛ شعیری، م. ر؛ حکیم جوادی، م (۱۳۸۹). بررسی نقش کمال گرایی و سبکهای والدگری در تبیین هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی تحولی. شماره ۵، سال ۷، صص ۲۵-۱

پورفرج عمران، م (۱۴۰۲) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت گرا بر اضطراب امتحان و تحمل پریشانی دانش آموزان، فصلنامه علمی پژوهشی تربیتی، سال ۱۹، شماره ۷۷: ۱۴-۱

حسن نوله؛ صالح صدق پور، ب و ا؛ دماوندی، م (۱۳۹۳) مدل یابی

Martin M. Smith ۱۷۲

رابطه ساختاری هوش هیجانی و شادکامی با واسطه گری خودکارآمدی و خودتنظیمی تحصیلی، نشریه مطالعات آموزش و یادگیری، شماره ۶، دوره ۲: ۶۰-۳۲

حضرتی، ی (۱۴۰۰) نقش باورهای خودکارآمدی در فرایند یادگیری زبان با توجه به مهارت‌های زبانی: رویکرد روانشناسی زبان، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۶۴، شماره ۴: ۳۰۸۵-۳۰۷۹

خوی نژاد، غ. ر؛ رجایی، ع. ر؛ ناظمی، م. ر. (۱۳۹۹) اثربخشی آموزش خودکارآمدی تحصیلی بر آسیب‌ها و موفقیت تحصیلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه، نشریه اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۱۶، شماره ۳، پیاپی ۵۷: ۲۱۲-۱۹۱

زکی، م. ع. (۱۳۸۶) اعتبار یابی مقیاس چند بعدی رضایت از زندگی دانش آموزان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۱: ۴۹-۵۷

شواکندی، م؛ اسدی، ی؛ پاکدامن، م (۱۴۰۱) ساخت و اعتباریابی مقیاس ادراک از کمالگرایی والدین، نشریه اندازه گیری تربیتی، دوره ۱۲، شماره ۴۸: ۳۲-۷

شیخ الاسلامی، ع؛ قمری گیوی، ح؛ حقوقی عیسی لو، ر (۱۴۰۰) اثر بخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای خودکارآمدی دانش آموزان دختر دچار افت تحصیلی، نشریه روانشناسی تربیتی، دوره ۱۷، شماره ۶۱: ۱۱۸-۱۰۵

قوامی، م؛ عابدی، م. ر؛ نیلفروشان، پ (۱۳۹۶) ساختار عاملی پرسشنامه موفقیت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی، فصلنامه اندازه گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، سال ۸، شماره ۲۹: ۶۶-۴۷

مظفری، ش (۱۳۸۲) همبسته های شخصیتی شادمانی ذهنی بر اساس الگوهای پنج عاملی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز (همایش). همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، شماره ۵: ۷۷-۷۸

میخک، آ؛ مرادی، ا (۱۴۰۱) بررسی مقایسه‌ای اثربخش مشاوره تحصیلی مبتنی بر عوامل موفقیت تحصیلی ذهنی و عوامل موفقیت تحصیلی عینی بر انگیزش تحصیلی، اشتیاق تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی، مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، سال ۵، شماره ۴۷: ۲۴-۱

- Ajmal, M., & Ahmad, S. (2019). Exploration of Anxiety Factors among Students of Distance Learning: A Case Study of Allama Iqbal Open University. *Bulletin of Education and Research*, 41(2), 67-78.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfactions With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1991). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Larson, H. A., Yoder, A., Johnson, C., Ramahi, M. E., Sung, J., & Washburn, F. (2010). Test anxiety and relaxation training in their – grade students. *Journal of Eastern Education*. 39(1): 13-22.
- Ozkal, N. (2019). Relationships between self-efficacy beliefs, engagement and academic performance in math lessons. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 14(2), 190-200.
- Sherer & Maddux, JE., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671.
- Smith, M. M., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Flett, G. L., & Ray, C. (2022). Parenting behaviors and trait perfectionism: A meta-analytic test of the social expectations and social learning models. *Journal of Research in Personality*, 96, 104180.
- Thompson, G., Aizawa, I., Curle, S., & Rose, H. (2022). Exploring the role of self-efficacy beliefs and learner success in English medium instruction. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 25(1), 196-209.
- Welles, T. L. (2010). An analysis of the academic success inventory for college students: construct validity and factor scale invariance. [dissertation]. Florida: The Florida State University.

(Footnotes)

- ۱- Root Mean Square Error of Approximation (شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات (تقریب)
- ۲- Adjusted Goodness of fit index (شاخص نکویی برازش تعدیل شده)
- ۳- Goodness of fit index (شاخص نکویی برازش)
- ۴- Comparative fit index (شاخص برازندگی تطبیقی)
- ۵- Normed chi Square (کای اسکوئر نرم شده)
- | | | | | | |
|---------------------------|----|-----------------------------|----|-------------------|----|
| Durbin-Watson | ۸ | Std. Error of the Estimate | ۷ | Adjusted R Square | ۶ |
| Regression | ۱۱ | Mean Square | ۱۰ | Sum of Squares | ۹ |
| Standardized Coefficients | ۱۴ | Unstandardized Coefficients | ۱۳ | Residual | ۱۲ |
| Regression | ۱۷ | Mean Square | ۱۶ | Sum of Squares | ۱۵ |
| | | | | Residual | ۱۸ |