



۱۲-۱

بررسی اثربخشی درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی در مادران کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی در شهر تهران

۲۱-۱۳

پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول بر اساس سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی

۳۵-۲۲

مدلیابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد

۴۴-۳۶

مدل ساختاری خودمراقبتی و سلامت روان با نقش میانجی تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

۵۳-۴۵

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در افراد با سوگ نابهنجار در شهر شیراز

۶۶-۵۴

اثربخشی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر کاهش نشانگان پیش از قاعدگی (PMS)

Investigating the effectiveness of cognitive self-compassion therapy on parental burnout, time attitudes, and emotional self-awareness in mothers of children with mental retardation in Tehran.

بررسی اثربخشی درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی در مادران کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی در شهر تهران

پروانه صفدریان* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول) parimaah.s@gmail.com

فرزانه احمدی استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، موسسه آموزش عالی ادیبان گرمسار، گرمسار، ایران. f.ahmadi8826@gmail.com

محمدرضا رسولی نژاد دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران. Rasolinezhad1376@gmail.com

عاطفه میراحمدی دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران. atefehmirahmadi@gmail.com

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی در مادران کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی در شهر تهران به انجام رسید. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، از نوع نیمه‌آزمایشی مبتنی بر طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل مادران کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی در منطقه ۱ و ۶ شهر تهران بود. حجم نمونه برابر با ۴۰ نفر بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پرسشنامه فرسودگی والدینی رزکام، بیراندا و میکلاچ (۲۰۱۸)، نگرش به زمان میللو و وورل (۲۰۱۰) و خودآگاهی هیجانی گرنت، فرانکلین و لانگفورد (۲۰۰۲) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در سطح ۰/۰۰۱، خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی در مادران کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی در شهر تهران اثربخشی معنادار دارد.

واژگان کلیدی: فرسودگی والدینی، فرزندپروری ذهن‌آگاهانه، شایستگی هیجانی، خودبیان‌گری هیجانی

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive self-compassion therapy on parental burnout, time attitude, and emotional self-awareness in mothers of children with mental retardation in Tehran. This study was applied in terms of purpose and method, and was a quasi-experimental study based on a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study included mothers of children with mental retardation in districts ۱ and ۶ of Tehran. The sample size was ۴۰ people, who were randomly divided into two experimental and control groups. In order to collect data, the Parental Burnout Questionnaire by Rosecom, Biranda, and Miklage (۲۰۱۸), Time Attitude by Millo and Worrall (۲۰۱۰), and Emotional Self-Awareness by Grant, Franklin, and Langford (۲۰۰۲) were used. The research findings showed that at the ۰,۰۰۱ level, cognitive self-compassion has a significant effect on parental burnout, attitude towards time, and emotional self-awareness in mothers of children with mental retardation in Tehran.

Key words: Parental burnout, mindful parenting, emotional competence, emotional self-expression.

مقدمه

امروزه با وجود توسعه گسترده دانش بشر در حوزه علوم پزشکی، هنوز هم مسئله عقب‌ماندگی ذهنی یکی از اساسی‌ترین و دشوارترین مشکلات کودکان به شمار می‌رود (کالپیدی^۱، ۲۰۲۱). عقب‌ماندگی ذهنی به عنوان یک اختلال همه‌گیر، در سطح جهانی حداقل ۸ درصد جمعیت دنیا را دربر می‌گیرد و در ایران نیز جمعیتی حدود ۳ تا ۸ میلیون نفر در خانواده‌های دارای عضو با ناتوانی ذهنی با سطوح مختلف با چالش‌های گوناگون روبرو هستند (فداکارسوقه، عباسی، خالق دوست و عطرکار (۱۳۹۳). در این میان، چالش‌های تربیت کودکان با ناتوانی ذهنی تنش و فشار زیادی بر اعضای خانواده تحمیل می‌کند و والدین برای کنار آمدن با این دشواری‌ها با مشکلات زیادی روبرو هستند (گونا، نیوتون، ریمبنا، جاوید، جاوید و آرتن^۲، ۲۰۱۶). در حقیقت، فرزندپروری خود یک فعالیت پیچیده و پرفشار است و والدینی که از کودکان کم‌توان و معلول یا کودکان دارای نیازهای ویژه مراقبت می‌کنند، فشار و استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. این فشار روانی می‌تواند ابعاد مهم شخصیت مادران، یعنی باورها، روابط اجتماعی و شرایط هیجانی زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد و این فشار در دوران گسترش همه‌گیری کرونا و پروس به سبب افزایش مادران در آموزش کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی چالش‌برانگیزتر شد (مک‌چان و دینا^۳، ۲۰۲۲). در این راستا، در این پژوهش، به ابعاد شناختی و هیجانی کارکرد مادران در قالب فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی توجه گردید.

فرسودگی والدینی^۴ نوعی سندرم خستگی حاد تعریف شده است که ناشی از قرارگیری درازمدت در معرض فشار روانی حاصل از انجام تکالیف والدینی است (موسوی، میکولایژک و رسکام^۵، ۲۰۲۰). فرسودگی والدینی عاملی است که خستگی و جدایی عاطفی والدین از فرزندان به دلیل افزایش فشار مراقبت را بازتاب می‌دهد (گابریل، داویدوویکس و آنای^۶، ۲۰۲۱). دو، سک و ووک^۷ (۲۰۲۰) مبتنی بر نظریه نقش‌پذیری جنسیتی نشان دادند که سلامت روان مادران به نسبت پدران در محیط خانواده آسیب‌پذیرتر است، زیرا بار مسئولیت بیشتر، گذراندن زمان بیشتر برای مراقبت از کودکان و نابرابری در توزیع مسئولیت‌ها فشار روانی بیشتر و فرسودگی زود هنگام‌تری را به بار می‌آورد. به عبارتی، فرسودگی والدینی پدیده‌ای شایع در مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی است که در صورت بی‌توجهی به صورت آسیب‌زننده هویدا می‌گردد (منشادی، فتحی، منشادی و کیوان‌منش^۸، ۲۰۲۳). سادزیاک، ویلینسکی و ویژورک^۹ (۲۰۱۹) اذعان داشته‌اند که فرسودگی والدینی که در پیوستار بین استرس و افسردگی قرار دارد، یکی از جدی‌ترین پیامدهای حضور فرزندان دارای عقب‌ماندگی ذهنی در محیط خانواده برای والدین است که با تشدید مشکلات هیجانی و عاطفی همراه است. مطالعات وینایاک و دهانوا^{۱۰} (۲۰۱۷) و سخر و کلمنت^{۱۱} (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که فرسودگی والدینی یکی از پیامدهای نامطلوب شایع در میان مادران دارای کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی است. فایدلینگ، بانوی و ایتزاک^{۱۲} (۲۰۲۱) در این راستا تصریح کرده‌اند که فشار روانی ناشی از تربیت و پرورش کودکان با نیازهای ویژه به سبب وجود هیجانات منفی به گونه‌ای است که در بلندمدت فرسودگی والدینی آنان را به بار می‌آورد.

نگرش به زمان^{۱۳} در مادران دارای کودکان با مشکلات ذهنی خود از اهمیت بالایی برخوردار است، نگرش والدین تعیین‌کننده کارایی و کفایت اقدامات آموزشی آنان است و به شدت بر نحوه درک و پاسخ یک فرد به سایر افراد از جمله کودکان عقب‌مانده ذهنی خود تأثیر می‌گذارد (اسلام و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۹). ملو و ورل (۲۰۱۵) الگویی از نگرش به زمان پیشنهاد کردند که بر سه چارچوب زمانی (یعنی گذشته، حال و آینده) در پنج بعد (یعنی نگرش‌های زمانی، جهت‌گیری زمانی، رابطه زمانی، فرکانس زمانی و معنای زمانی) تشکیل شده است (ملو و ورل، ۲۰۱۵). نگرش زمان به نگرش مثبت و منفی به گذشته، حال و آینده اشاره دارد که نگرش مثبت به گذشته، حال و آینده به ترتیب به عنوان نشانه‌ای از

^۱. Kalpidi

^۲. Gona, Newton, Rimba, Mapenzi, Kihara, Vijver & Abubakar

^۳. Malchan & Diana

^۴. Parental burnout

^۵. Mousavi, Mikolajczak & Roskam

^۶. Gerber, Davidovics & Anaki

^۷. Dou, Shek & Kwok

^۸. Manshadi, Fathi, Manshadi & Keyvanmanesh

^۹. Sadziak, Wilinski & Wiczorek

^{۱۰}. Vinayak & Dhanoa

^{۱۱}. Sekhar & Clement

^{۱۲}. Findling, Barnoy & Itzhaki

^{۱۳}. time attitude

^{۱۴}. Islam et al

نوستالژی، شادکامی و امید یا انتظارات مثبت قابل تشخیص است (فرویلند^۱، ۲۰۱۸) و به همین ترتیب، نگرش منفی نسبت به گذشته حال و آینده به عنوان رنجش و غبطه، نارضایتی و بدبینی یا سپردن خود به دست سرنوشت تعریف می‌شوند (فرویلند، وورل، اولنچاک و کووالسکی^۲، ۲۰۲۱) و با تغییرات رشدی، اجتماعی و عاطفی افراد مرتبط است (تجادا، بلاسکو و آلسینت^۳، ۲۰۲۱). نگرش به زمان مثبت با نتایج روانشناختی سازنده و نگرش به زمان منفی با بدبینی، زندگی مبهم یا غیرخوش بینانه ارتباط قابل توجهی دارد (وورل و آندرتا^۴، ۲۰۱۹). هازاریکا، داس و چودهاری^۵ (۲۰۱۷) نشان دادند که مادران دارای کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی با وجود اینکه نسبت به فرزندان خود محبت و پذیرش دارند، اما ناامیدی، بدبینی و محافظت‌کنندگی شدید در آنان موج می‌زند که به عنوان یک عامل بازدارنده مهم در عملکرد انطباقی کودک و رشد مهارت‌های زندگی مستقل او نقش منفی بازی می‌کند.

خودآگاهی هیجانی^۶ متغیر دیگری است که گمان می‌رود بر سلامت و شیوه درست زندگی در مادران دارای کودک با عقب‌ماندگی ذهنی موثر باشد و در حقیقت، به عنوان یک مؤلفه حیاتی در حوزه‌های مختلف زندگی، از جمله ارتباطات خانوادگی مهم تصور شده است (کاردون، جونز و پاسمور^۷، ۲۰۲۲). به طور کلی، هیجانات، ویژگی‌های مهم زندگی روزمره افراد هستند که به اعمال و تعاملات اجتماعی جهت و شکل می‌دهند (بارت^۸، ۲۰۱۷). در این میان، خودآگاهی هیجانی به عنوان آگاهی از احساسات بدنی، میل به عمل درست، شناخت هیجانات فردی، درک هیجانات مرتبط یا وابسته و ترکیب نمودن تجربیات هیجانی آمیخته است که انسان را برای انتخاب راهبردهای پاسخ مناسب برای رویارویی با موقعیت‌های مختلف آماده می‌سازد (قنوتی و صفارزاده^۹، ۲۰۲۰). باجالی^{۱۰} (۲۰۱۹) خودآگاهی را نقطه شروع اصلی در رشد هوش هیجانی و توسعه مهارت‌های اثرگذار بر تنظیم احساسات و همدلی با دیگران دانسته است. محمدی و شعاع‌کرمی^{۱۱} (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که هوش هیجانی بالا، که دربردارنده خودآگاهی هیجانی بالا است، عاملی اساسی در مدیریت فشار روانی است و هنتر و سانتاسا^{۱۲} (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که مدیریت هیجانی والدین تأثیری اساسی بر جلوگیری از بروز آسیب روانی در والدین دارد.

بر اساس آن چه درباره وضعیت زندگی والدین و به ویژه مادران گفته شد، تلاش برای پاسخگویی به نیازهای این گروه از افراد جامعه می‌تواند گامی موثر در کمک به این والدین برای داشتن زندگی شادتر و همچنین، افزایش کیفیت مراقبت از فرزندان باشد. یکی از راهبردها و امور اساسی در پاسخ به نیازهای این خانواده‌ها تمرکز بر شناسایی مداخلات و آموزش‌هایی است که بتواند از بار فشار روانی ناشی از وجود کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی بکاهد و خانواده‌ها را برای شیوه زیستن سالم رهنمون سازد. در این میان، خوددلسوزی شناختی^{۱۳}، یکی از کاربردی‌ترین مداخلاتی است که در سال‌های اخیر در جهت ایجاد سلامت روان و شیوه‌ای درست برای خردمند زیستن در بسیاری از جوامع مورد توجه قرار گرفته است (مین، جیانکائو و منگویان^{۱۴}، ۲۰۲۲ و ال‌رفائی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۲). خوددلسوزی، توانایی فرد در پذیرش احساسات و نگرش‌های ناگوار در زندگی با عشق، دلگرمی و علاقه است. این مفهوم شامل خودمهربانی، تصدیق رنج‌ها و تجارب غمگین زندگی خویش و پذیرش اشتباهات و ناکامی‌های شخصی به عنوان بخشی از زندگی فردی است (عبدالعزیز، الکوثر، المازن، البوگامی، الشمری و کروز^{۱۶}، ۲۰۲۰). این سازه شامل مؤلفه‌های اساسی؛ یعنی خودمهربانی^{۱۷} (درک خویش‌دلی در برابر خودانتقادگری)، انسانیت مشترک^{۱۸} (شناخت غم و اندوه به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک بشری) و ذهن‌آگاهی^{۱۹} (آگاهی متعادل و روشن از تجارب به جای تشدید وضعیت رنج‌آور) است (نِف^{۲۰}، ۲۰۱۶).

^۱. Froiland

^۲. Froiland, Worrell, Olenchak & Kowalski

^۳. Tejada, Blasco & Alsinet

^۴. Worrell & Andretta

^۵. Hazarika, Das & Choudhury

^۶. emotional self-awareness

^۷. Carden, Jones & Passmore

^۸. Barrett

^۹. Ghanavati & Safarzadeh

^{۱۰}. Bajali

^{۱۱}. Mohammadi & Shoaakazemi

^{۱۲}. Henter & Nastasa

^{۱۳}. cognitive selfcompassion

^{۱۴}. Min, Jianchao & Mengyuan

^{۱۵}. Al-Refae, Al-Refae, Munroe, Sardella & Ferrari

^{۱۶}. Alabdulaziz, Alquwez, Almazan, Albougami, Alshammari, & Cruz

^{۱۷}. Self-kindness

^{۱۸}. Common humanity

^{۱۹}. mindfulness

^{۲۰}. Neff

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

به همین سبب، در بسیاری از برنامه‌ریزی‌ها با هدف گسترش سلامت منابع انسانی در حوزه‌ی درمان، به این عامل مهم توجه شده است؛ زیرا دارای تأثیر بسیار مثبتی در بهزیستی فردی، افزایش توان مقابله‌ای، هیجانات بهینه و دیگر پیامدهای شخصی است (مین، جیانکائو و منگیون، ۲۰۲۲ و تاولر، کاستلنوس و منگیان^۱، ۲۰۲۲). افراد خوددلسوز، مسائل مثبت بیشتری مانند خوش‌بینی و کنجکاوی و احساسات مثبت مختلفی مانند شوق، اشتیاق و امید را تجربه می‌کنند و کمتر درگیر افسردگی، اضطراب، شرم از بدن و ترس از شکست می‌شوند (وب و همکاران، ۲۰۱۶). در ارتباط با متغیرهای این پژوهش، مک‌چان و دیانا (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که خوددلسوزی راهی اساسی برای کاهش اثرات مخرب فشار روانی ناشی از فرزندپروری در مادران است. شمس، مشکاتی و مدنیان^۲ (۲۰۲۱) و عزیزی، سپهری و دمه‌ری^۳ (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که مداخله‌ی خوددلسوزی در بهبود روابط و تعامل والد فرزند در کودکان با مشکلات کاهش شنوایی اثرگذار است. کوترا و ون‌گوردون^۴ (۲۰۲۱) و وریایی، مومنی و مرادی (۲۰۲۰) دریافتند که خوددلسوزی دارای تأثیری مثبت بر بهزیستی زندگی است که مثبت‌نگری و امید به آینده از ابعاد اساسی آن به شمار می‌رود. چان و همکاران^۵ (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که خوددلسوزی به خود و دیگران به طور مثبت می‌تواند بر سطوح بالاتر شکوفایی و معنای زندگی تأثیر داشته باشد که موجب دید مثبت تر به آینده می‌شود. کالباس و اوزاکی^۶ (۲۰۲۲) بر این باورند که مادران ممکن است هیجانات منفی مانند درد، غم، شکست و فرسودگی را در زندگی تجربه کنند و در چنین مواردی می‌توان با پرورش خوددلسوزی فرصت مقابله با هیجانات منفی در زندگی را فراهم کرد. کیل و پیدگتون^۷ (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که شفقت به خود دارای ارتباط مثبت با تنظیم هیجان و کاهش پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) است. رستم‌پور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی به عنوان زمینه‌ساز هیجانات منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثرگذار است.

بر اساس آن چه گفته شد، چون عقب‌ماندگی ذهنی با مشکل در رشد در مولفه‌های مهم روانی، جسمانی، اجتماعی و پرورشی همراه است و به سبب مشکلات کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی در یادگیری و زندگی معمولی، کوشش و هدفمندی والدین در جهت یادگیری توانمندی‌ها و مهارت‌های جدید به منظور بهبود کیفیت فرزندپروری و سلامت روان خود و افزایش پذیرش و سازگاری با موقعیت ضروری و مبرهن است (کیشوره، اودیپی و سشادری^۸، ۲۰۱۹). در این میان، مادران در شهر تهران به سبب مشکلات فراوان، از جمله اشتغال به کار و دشواری زندگی در شهرهای پرجمعیت، در صورت داشتن فرزندان با عقب‌ماندگی ذهنی بار شدید روانی را تجربه می‌کنند و در این راستا، به سبب لزوم شناسایی مداخلات اثرگذار در این حوزه، این پژوهش با هدف پاسخ به این پرسش به انجام رسید که آیا درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی در شهر تهران اثربخش است؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف؛ تحقیقی کاربردی و به لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها و ماهیت تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق مشتمل بر مادران دارای کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی منطقه ۱ و ۶ شهر تهران بود. نمونه آماری در این مرحله به صورت دردسترس از میان مراجعه‌کنندگان به دو مرکز باغ فرشته و فرامهر امید تهران بود که ۲۴۶ نفر به پرسشنامه‌های پژوهشی پاسخ داد. از این میان، ۵۶ نفر سطح فرسودگی والدینی بالاتری داشتند. از این میان، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس، محتوای جلسات خوددلسوزی شناختی در گروه آزمایش به اجرا درآمد. در مرحله بعد، پس‌آزمون اجرا گردید. ملاحظات اخلاقی، از جمله حفظ کرامت و حقوق آزمودنی‌ها، آزادی اراده برای خروج از تحقیق در هر مرحله، کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله، رعایت حریم شخصی و رازداری به منظور جلب اعتماد افراد و آگاه ساختن آزمودنی‌ها از اهداف و نتایج تحقیق رعایت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی مشتمل بر توصیف سطوح متغیرهای جمعیت‌شناختی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش بخش استنباطی، با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS^{۲۷} انجام گردید. ابزار پژوهش مشتمل بر پرسشنامه‌های زیر بود:

^۱. Talwar, Castellanos & Bosacki

^۲. Shams, Meshkati & Madanian

^۳. Azizi, Sepehri, & Demehri

^۴. Kotera & Van Gordon

^۵. Chan, Lee, Yu, Chan, Leung, Cheung & Tse

^۶. Kulbaş & Ozabacı

^۷. Keel & Pidgeon

^۸. Kishore, Udipi & Seshadri

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

- پرسشنامه فرسودگی والدینی رزکام، بیراندا و میکلاچ (۲۰۱۸): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۸ توسط رزکام، بیراندا و میکلاچ برای ارزیابی میزان خستگی و فرسودگی والدین از داشتن فرزند و فرزندداری ساخته شد که دارای ۲۳ گویه است که بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از هرگز تا همیشه ساخته شد و مشتمل بر چهار خرده‌مقیاس خستگی از نقش والدینی خود، تقابل با خود والدینی گذشته، احساس بی‌زاری و اشباع از نقش والدینی خود و فاصله عاطفی گرفتن از نقش والدینی است. این مقیاس در ایران توسط موسوی (۲۰۱۸) در طی فرایند اجرای طرحی بین‌المللی به هدایت رزکام و میکولاچک به فارسی برگردانده شد و مورد اعتباریابی قرار گرفت. همچنین، پایایی این ابزار در این مطالعه برای مقیاس کلی برابر با ۰/۹۶ و برای چهار بعد آن برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۶۸ و ۰/۸۵ به دست آمد. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون برابر با ۰/۶۱ و در پس‌آزمون برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.
- پرسشنامه نگرش به زمان میللو و وورل^۱ (۲۰۱۰): این مقیاس دارای ۳۰ گویه برای برای سنجیدن نگرش افراد به زمان گذشته، حال و آینده در دو حالت مثبت و منفی است. مقیاس نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج‌بخشی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تدوین شده است. رشید، یارمحمدی و فتحی (۱۳۹۳) ضمن تایید روایی محتوایی این ابزار، پایایی کلی و تمام ابعاد این ابزار را بین ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش کردند. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون برابر با ۰/۶۸ و در پس‌آزمون برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد.
- پرسشنامه خودآگاهی هیجانی گرنِت، فرانکلین و لانگ‌فورد (۲۰۰۲): این پرسشنامه توسط گرنِت و همکاران مشتمل بر ۳۳ گویه و پنج مولفه بازشناسی، شناسایی، تبدیل‌سازی، محیط‌گرایی و حل‌مسئله به منظور اندازه‌گیری میزان آگاهی هیجانی افراد طراحی و هنجاریابی شده است. در پژوهش مهنا و طالع‌پسند (۱۳۹۵) روایی محتوایی این ابزار توسط متخصصان مورد تایید قرار گرفت و همچنین، پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون برابر با ۰/۷۸ و در پس‌آزمون برابر با ۰/۹۴ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه مداخله خوددلدسوزی شناختی

جلسات	توضیح جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط با مادران و ایجاد تعهد درمانی به منظور ادامه جلسات. مرور ساختار هر جلسه، معرفی مادران به هم و همچنین معرفی آموزش دهنده. آموزش تجسم سازی به منظور کنترل استرس اولیه در هنگام مواجه با فشار. آموزش مختصر درمورد خود شفقت ورزی
جلسه دوم	مرور جلسه قبل توضیح درباره فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خود آگاهی هیجانی. آموزش فیزیولوژی خود سرزنشگری و خوددلدسوزی. مادران خاطراتی از خود سرزنشگری بیان کردند. آموزش دلدسوزی به خود و بدن، انگیزش مبتنی بر خوددلدسوزی، آموزش همدلی
جلسه سوم	مرور جلسات قبل، تکنیک ها و انجام تمرین و تکالیف خانه. آموزش آرام سازی، آموزش آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع. تمرین عشق ورزی و مهربانی نسبت به خود، آموزش همدلی. ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم	مرور جلسات قبل و تمرین ایفای نقش. آموزش خوددلدسوزی برای مراقبان، آموزش بخشایش. آموزش ضروریات آموختنی برای همدردی و همدلی آموزش نسبت به اینکه خطاهای تفسیری چیست؟ آموزش توجه آگاهی در زندگی روزانه. آموزش درمورد پذیرش بدون قضاوت و شناسایی افکار خود برآیند منفی.
جلسه پنجم	مرور جلسات قبل و تمرین ایفای نقش. آموزش خوددلدسوزی برای مراقبان، آموزش بخشایش. آموزش ضروریات آموختنی برای همدردی و همدلی آموزش نسبت به اینکه خطاهای تفسیری چیست؟

^۱. Millo & Worrell

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

جلسات	توضیح جلسات
جلسه ششم	آموزش توجه آگاهی در زندگی روزانه.
	آموزش درمورد پذیرش بدون قضاوت و شناسایی افکار خود برآیند منفی
	مرور جلسات قبل و تمرین ها .
جلسه هفتم	مسائل، آموزش رشد احساسات خود ارزشمند.
	آموزش درباره تحریف شناختی، پیامدها و روش مقابله با آنها، تمرین و بیان خاطرات
	خطاهای تفسیری توسط مادران
جلسه هشتم	مرور جلسات قبل، آموزش مسئولیت پذیری و نقش آن در خود و دیگران.
	شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیر بنایی هیجان ها
	تسهیل در بیان و توصیف احساس، نیازها و آرزوها: بیان درد و خشم از طریق گفت‌وگوی آزاد
	آموزش تکنیک با آغوش باز به استقبال هیجان های دشوار بروید
	آموزش تکنیک برای دیگران باشیم بی آنکه خود را فراموش کنیم
	مرور جلسات قبل آموزش مهارت ارتباط موثر (کلامی و غیر کلامی).
	صحبت درباره ضرر حمله به خود با تمرکز مادران بر رفتار دلسوزانه و محترمانه نسبت خود.
	نحوه ایجاد تصاویر تجسم سازی ذهنی با ایجاد مراقبه های لازم.
	خلاصه جلسات قبل و تمرین آنها.
	مادران احساسات و تجربیات خود را درباره جلسات بیان کردند.
	ارزیابی نهایی توسط آموزش دهنده

یافته ها

یافته‌ها در بخش توصیف نمونه نشان داد که بر اساس سن، در گروه آزمایش، ۵ نفر از مادران از ۳۰ تا ۳۵ سال (۱۲/۵ درصد)، ۷ نفر از ۳۶ تا ۴۰ سال (۱۷/۵ درصد)، ۴ نفر از ۴۱ تا ۴۵ سال (۱۰ درصد)، ۳ نفر از ۴۶ تا ۵۰ سال (۷/۵ درصد) و ۱ نفر بالاتر از ۵۰ سال (۲/۵ درصد) و در گروه کنترل، ۵ نفر مادران از ۳۰ تا ۳۵ سال (۱۲/۵ درصد)، ۸ نفر از ۳۶ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، ۳ نفر از ۴۱ تا ۴۵ سال (۷/۵ درصد)، ۲ نفر از ۴۶ تا ۵۰ سال (۵ درصد) و ۲ نفر بالاتر از ۵۰ سال (۵ درصد) و بر اساس تحصیلات، در گروه آزمایش، ۱ نفر از افراد آزمودنی بیسواد (۲/۵ درصد)، ۶ نفر زیردیپلم (۱۵ درصد)، ۹ نفر دیپلم (۲۲/۵ درصد) و ۴ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی (۱۰ درصد) و در گروه کنترل، ۱ نفر از مادران بیسواد (۲/۵ درصد)، ۷ نفر زیردیپلم (۱۷/۵ درصد)، ۸ نفر دیپلم (۲۰ درصد) و ۴ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی (۱۰ درصد) بود.

جدول ۲: تحلیل متغیرهای پژوهشی بر اساس شاخص‌های توصیفی

متغیر	گروه‌ها	مراحل اندازه‌گیری	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی والدینی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷۴/۲۰	۶/۹۴
		پس‌آزمون	۵۱/۸۰	۸/۳۶
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۷۳/۱۵	۸/۳۶
		پس‌آزمون	۷۶/۴۰	۸/۰۴
نگرش به زمان	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷۲/۰۵	۶/۷۱
		پس‌آزمون	۱۱۰/۵۵	۹/۸۱
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۶۸/۷۵	۹/۷۷
		پس‌آزمون	۷۰/۷۱	۱۱/۶۹
خودآگاهی هیجانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۸۳/۸۵	۱۲/۶۴
		پس‌آزمون	۱۱۸/۵۵	۱۳/۸۶
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۸۱/۴۵	۱۰/۴۱
		پس‌آزمون	۸۴/۴۰	۸/۹۶

بر اساس جدول ۴-۵، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک محاسبه شد؛ که بر اساس آن، میانگین فرسودگی والدینی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷۴/۲۰ و ۵۱/۸۰ و در گروه کنترل برابر با ۷۳/۱۵ و ۸/۳۶ بود. میانگین نگرش به زمان آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با

۷۲/۰۵ و ۱۱۰/۵۵ و در گروه کنترل برابر با ۶۸/۷۵ و ۷۰/۷۱ بود. میانگین خودآگاهی هیجانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۸۳/۸۵ و ۱۱۸/۵۵ و در گروه کنترل نیز برابر با ۸۱/۴۵ و ۸۴/۴۰ بود. به منظور آزمون این فرضیه، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد. در ارتباط با نرمال بودن داده‌ها، داده‌های بدست‌آمده برای فرسودگی والدینی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با میزان آماره برابر با ۰/۰۷۵ و ۰/۱۰۸ در سطح معناداری ۰/۹۶ و ۰/۷۳، نگرش به زمان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با میزان آماره برابر با ۰/۱۲۱ و ۰/۱۳۷ در سطح معناداری ۰/۵۵ و ۰/۴۰ و خودآگاهی هیجانی نیز در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با میزان آماره برابر با ۰/۱۱۲ و ۰/۱۵۳ در سطح معناداری ۰/۶۴ و ۰/۲۷ نرمال بود. فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل به سبب میزان آماره‌ی آزمون ام‌باکس برابر با ۵/۹۶۵ و سطح معناداری برابر با ۰/۴۷ برآورده شد. پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی بر اساس آزمون لون برای سه متغیر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی به ترتیب در سطح معناداری ۰/۱۹، ۰/۱۸ و ۰/۰۶ مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیرهای وابسته	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	پس‌آزمون فرسودگی والدینی	۵۷۶۱/۳۶۵	۱	۱۰۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	پس‌آزمون نگرش به زمان	۱۳۷۶۵/۷۹۳	۱	۲۰۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	پس‌آزمون خودآگاهی هیجانی	۱۱۰۱۹/۱۰۱	۱	۸۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰
خطا	پس‌آزمون فرسودگی والدینی	۱۹۵۳/۶۶۵	۳۵			
	پس‌آزمون نگرش به زمان	۲۴۰۶/۴۸۰	۳۵			
	پس‌آزمون خودآگاهی هیجانی	۴۶۶۵/۰۱۹	۳۵			
کل	پس‌آزمون فرسودگی والدینی	۱۷۲۹۹۸	۴۰			
	پس‌آزمون نگرش به زمان	۳۴۸۸۱۹	۴۰			
	پس‌آزمون خودآگاهی هیجانی	۴۲۸۷۳۱	۴۰			

در بررسی نتایج تحقیق مشخص شد که آزمون‌های آماری پیش‌فرض در تحلیل کوواریانس چندمتغیره، یعنی اثر پیلایی، ویلکس لامبدا، اثر هاتلینگ و ریشه بزرگ‌تر روی برای کشف تفاوت معنادار در گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان داد که در پس‌آزمون، میانگین فرسودگی والدینی در مادران گروه آموزش خوددلسوزی شناختی از آزمودنی‌ها در گروه کنترل کمتر بود ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\text{df} = ۱$ و $f = ۱۰۳/۲۱$). همچنین، میانگین نگرش به زمان در مادران گروه آموزش خوددلسوزی شناختی از آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه کنترل کمتر بود ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\text{df} = ۱۰۴۰$ و $f = ۲۰۰/۲۱$) و در نهایت، خودآگاهی هیجانی در مادران گروه آموزش خوددلسوزی شناختی از آزمودنی‌ها در گروه کنترل بیشتر بود ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\text{df} = ۱۰۴۰$ و $f = ۸۲/۶۷$). از این رو، پس از اجرای روش آموزش خوددلسوزی شناختی، آزمودنی‌ها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از فرسودگی والدینی کمتر و نگرش به زمان و خودبیان‌گری بیشتر برخوردار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

عقب‌ماندگی در کودکان یک وضعیت ناتوان‌کننده دائمی است و به سبب شرایط سخت مراقبت، مراقبان اصلی آنان در برابر ابتلا به بیماری روانی آسیب‌پذیرتر هستند (تاک و همکاران^۱، ۲۰۱۸). در این میان، مادران به دلیل گذراندن زمان بیشتر جهت مراقبت و حضور پررنگ‌تر در محیط خانه در معرض آسیب و خطر بیشتری قرار دارند؛ از این رو، پدیده فرسودگی والدینی پدیده‌ای اساسی است که باید مورد توجه قرار گیرد و پژوهش‌های علمی در جهت بهبود وضعیت زندگی این مادران انجام گیرد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی، نگرش به زمان و خودآگاهی هیجانی مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی در شهر تهران به انجام رسید که متکی بر روش نیمه تجربی مبتنی بر طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل مشتمل بر نمونه‌ای برابر با ۴۰ نفر به انجام رسید.

نتایج حاصل از یافته نخست پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان خوددلسوزی شناختی بر فرسودگی والدینی مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی شهر تهران معنادار است. این بدان معنا است که هر اندازه مادران از خوددلسوزی شناختی بالاتری برخوردار باشند، با احتمال کمتری دچار عوارض منفی ناشی از فرسودگی والدینی می‌گردند؛ یعنی خوددلسوزی شناختی بالاتر در مادران زمینه‌ساز فرسودگی والدینی

^۱. Tak, Mahawer, Sushil & Sanadhya

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

کمتر است که با احساس خستگی و ناامیدی و مشکلات خواب کمتر، درک بهتر و درست‌تر از وظایف فرزندپروری، احساس کفایت در فرزندپروری، عمل مشتاقانه در راهنمایی فرزندان، داشتن برنامه برای رد فرزندان، اشتیاق و لذت برای زندگی همراه با فرزندان، افتخار کردن به خود به عنوان یک مادر و ابراز عشق و علاقه به فرزندان در شرایط مختلف نمایان می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت خوددلسوزی به خود کمک می‌کند تا فرد به جای تمرکز بر راه‌هایی برای آسیب به خود، راه درست زیستن در جهت سلامت بدن را فرا بگیرد، زیرا افراد می‌توانند به درک بیشتری از تجربیات و رنج‌های خود دست یابند و بنابراین می‌توانند تمایل بیشتری برای حرکت برای رفتن فراتر از آنها داشته باشند (نِف، ۲۰۲۰). خوددلسوزی، همچنین، می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر استرس روانی - اجتماعی عمل کند، که تحت تأثیر نحوه ارزیابی شناختی افراد از عوامل فشارزا است (برینس و همکاران، ۲۰۱۶). لیناردون^۲ (۲۰۲۰) بر این باور است که خوددلسوزی راهی برای رهایی از پریشانی روان‌شناختی برای افراد است که به بهبود پیامدهای بالینی کمک می‌کند. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با پژوهش کروشاس و همکاران (۲۰۲۳)، سجادیان (۲۰۲۳)، ویگوروکس و همکاران (۲۰۲۲)، مک‌چان و دیانا (۲۰۲۲)، استنز و همکاران (۲۰۲۲)، عثمان و همکاران (۲۰۲۲)، مانسینی و همکاران (۲۰۲۲)، نگویان و همکاران (۲۰۲۲)، گربر و همکاران (۲۰۲۱)، منشادی و همکاران (۲۰۲۳)، امام‌جمعه‌زاده و منشئی (۱۴۰۱) همخوان و با پژوهش لین، روسکام و میکولاویژیک (۲۰۲۱) ناهمسو است. کروشاس و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که خوددلسوزی بیشتر با فرسودگی و مشکلات روانی کمتر در والدین همراه و در حقیقت، یک ابزار بالقوه امیدوارکننده برای طراحی مداخلات مناسب در این حوزه است. سجادیان (۲۰۲۳) دریافتند که آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر کاهش فرسودگی والدینی مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال روانی تأثیر دارد. ویگوروکس و همکاران (۲۰۲۲) بر رابطه مثبت میان طرحواره‌های قطع ارتباط و طرد، محرومیت عاطفی، مختل شدن استقلال و عملکرد و بازداری بیش‌ازحد (منفی‌گرایی، بدبینی و تنبیه) با فرسودگی والدینی صحنه نهادند. مک‌چان و دیانا (۲۰۲۲)، نگویان و همکاران (۲۰۲۲) و شمس و همکاران (۱۴۰۰) بر رابطه منفی بین خوددلسوزی و فرسودگی والدین تأکید داشته‌اند. استنز و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانی سطوح بالاتری از فرسودگی والدین را نشان دادند، ولی خوددلسوزی به طور معکوس با استرس و فرسودگی والدینی رابطه دارد. عثمان و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که آموزش خوددلسوزی با سطوح بالاتری از مهربانی نسبت به خود و دیگران و ذهن‌آگاهی همراه است که بهبود در بهزیستی روانشناختی، کاهش ناراحتی والدین و ناراحتی درک شده، سطوح پایین‌تر اضطراب و اجتناب از تجربیات منفی را به دنبال دارد. مانسینی و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که خوددلسوزی به عنوان مکانیزمی نو می‌تواند اثرات دلبستگی والد-کودک را در جهت ظرفیتی برای ارتقای سلامت روانی و بهزیستی والدین بهینه کند. گربر و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که خوددلسوزی و توجه به دیگران سطوح فرسودگی شغلی والدین را پیش‌بینی می‌کند. لین، روسکام و میکولاویژیک (۲۰۲۱) دریافتند که شایستگی هیجانی درون‌فردی اثر محافظتی شایستگی هیجانی بین‌فردی را جهت می‌دهد، ولی به دنبال آن، شایستگی هیجانی بین‌فردی تأثیر قابل‌توجهی بر فرسودگی والدین نداشت. بر این اساس، باید مداخلاتی با هدف بهبود شایستگی هیجانی برای کاهش فرسودگی والدین متمرکز بر شایستگی هیجانی درون‌فردی انجام گیرد. منشادی و همکاران (۲۰۲۳) بر تأثیر خوددلسوزی بر فرسودگی والدینی افراد دارای فرزند معلول صحنه نهادند. امام‌جمعه‌زاده و منشئی (۱۴۰۱) بر تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فرسودگی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی تأکید داشته‌اند. روی هم رفته، نتایج این فرضیه نشان داد که آموزش خوددلسوزی شناختی به سبب توانمندساختن مادران برای توجه به وضعیت زندگی خود و ارتباط مثبت با فرزند توانست بر کاهش زمینه‌های فرسودگی والدینی تأثیر بگذارد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که درمان خوددلسوزی شناختی بر نگرش به زمان در مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی شهر تهران اثربخشی معنادار دارد. این بدان معنا است که هرچه مادران از خوددلسوزی شناختی بالاتری برخوردار باشند، با احتمال بیشتری از یک نگرش مثبت به گذشته، حال و آینده برخوردار هستند. این بدان معنا است که خوددلسوزی شناختی بالاتر در مادران زمینه‌ساز نگرش به زمان مطلوب‌تر در آنان می‌گردد که با اندیشه ورزی نسبت آینده، رضایت از زندگی در همه زمان‌ها، یادآوری خاطرات خوش در گذشته، امید داشتن برای تبدیل به یک فرد موثر، شوق نسبت به آینده، داشتن هیجانان مثبت نسبت به زندگی فعلی و یادآوری مکرر خاطرات گذشته در زندگی آنان پدیدار می‌شود. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با پژوهش گلستانی‌بخت و همکاران (۱۴۰۱)، شیرمحمدی و همکاران (۱۴۰۰) و زاهدی (۱۳۹۷) همخوان است. شیرمحمدی و همکاران (۱۴۰۰) بر نقش خوددلسوزی در خوش‌بینی دانشجویان تأکید داشته‌اند. زاهدی (۱۳۹۷) نشان

^۱. Neff

^۲. Linardon

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

دادند که مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین اثرگذار است. شاپیرا و مونگرین^۱ (۲۰۱۰) نشان داد که تمرینات و آموزش متمرکز بر خوددل‌سوزی می‌تواند در کاهش انتقاد از خود موثر باشد که به آسیب‌پذیری کمتر در برابر مشکلات روانی و خوش‌بینی بیشتر به آینده ختم می‌شود؛ که در نهایت، سطوح بالغ‌تر ارتباط همراه با بهبود خلق و خو را به همراه دارد.

یافته دیگر پژوهش گویای این بود که درمان خوددل‌سوزی شناختی بر شکل‌گیری خودآگاهی هیجانی در مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی شهر تهران اثربخشی معنادار بود. این بدان معنا است که هرچه مادران از خوددل‌سوزی شناختی بالاتری برخوردار باشند، خودآگاهی هیجانی بیشتری نشان می‌دهند؛ یعنی خوددل‌سوزی شناختی بالاتر در مادران زمینه‌ساز خودآگاهی هیجانی بالاتر است؛ که با توانایی بالا در توصیف خلق و خوی جاری، ارزیابی احساسات قبل از گرفتن تصمیمات مهم، درک معنای هیجانات خود، تحلیل شخصیت خویش برای درک ریشه هیجانات منفی یا ناراحتی‌های فعلی، شناخت رویدادهای سازنده برای داشتن روحیه مثبت، اندیشه‌ورزی درباره زمینه‌های بروز هیجانات، بیان احساسات فعلی برای دیگران، آگاهی نسبت به هیجانات جاری، اختصاص وقت برای تفکر درباره خلق و خوی خود و کشف راه‌های بهبود خلق در زندگی مادران با کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی آشکار می‌گردد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با پژوهش پرن‌تایس، ریز و فاینلی (۲۰۲۱)، کوثر و همکاران (۲۰۱۷)، بلوث و بلانتون (۲۰۱۵)، محمدی سنگاچین و همکاران (۱۴۰۱)، و علوی (۱۴۰۰) و افشانی و ابویی (۱۳۹۶) همخوان است. پرن‌تایس، ریز و فاینلی (۲۰۲۱) دریافتند که خوددل‌سوزی با پریشانی روانی رابطه منفی مستقیم و با بهزیستی روانی رابطه مثبت مستقیم دارد. کوثر و همکاران (۲۰۱۷) رابطه مثبتی میان خوددل‌سوزی و هوش هیجانی نشان دادند. بلوث و بلانتون (۲۰۱۵) نشان دادند که خوددل‌سوزی به‌جز عاطفه مثبت، به‌طور معناداری با تمام ابعاد بهزیستی عاطفی مرتبط بود. محمدی سنگاچین و همکاران (۱۴۰۱) به این نتیجه رسیدند که درمان خوددل‌سوزی اثر معناداری بر نمره افسردگی و تنیدگی مادران دارد. علوی (۱۴۰۰) نشان داد که خوددل‌سوزی بر سلامت روان و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس اثر دارد. افشانی و ابویی (۱۳۹۶) بر رابطه مثبت میان خوددل‌سوزی و هوش هیجانی تاکید داشته‌اند.

بر اساس این نتایج به مشاوران در مدارس کودکان استثنایی و مراکز توان‌بخشی توصیه می‌شود که با آموزش راهبردهای مداخلات اثرگذار مانند خوددل‌سوزی به مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه و عقب‌ماندگی ذهنی، راه فرزندپروری درست را به منظور شاد زیستن و همچنین، آرامش فرزندان یاد بگیرند. به مسئولان آموزش و پرورش و بهزیستی در سطح کلان توصیه می‌شود که در کنار طراحی کتب درسی ویژه کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی، حتما محتوایی مخصوص والدین این کودکان متمرکز بر مداخلات روان‌شناختی همچون خوددل‌سوزی تهیه کنند و در ابتدای سال تحصیلی در اختیار آنان قرار دهند. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌شود تا اثرات خوددل‌سوزی شناختی بر توانمندی‌های شناختی والدین (مانند توان حل مسئله و توانایی‌های ذهنی) و توانمندی‌های اجتماعی والدین (مانند کیفیت ارتباط والد - فرزند و هوش بین‌فردی) را مورد بررسی قرار دهند. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به محدود شدن جامعه آماری به گروه جنسی مادران و عدم همکاری برخی مادران در پاسخ‌دهی مناسب به پرسشنامه‌ها بود.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان عزیز که بی‌دریغ و مسئولانه در این پژوهش، همراهی‌مان کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. امید که یافته‌های مستخرج از چنین پژوهش‌هایی، در عمل، به حال‌شان مفید افتد.

منابع

- امام‌جمعه‌زاده، وجیهه، و منشئی، غلامرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فرسودگی والدگری و شفقت به خود در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۴۳-۵۲.
- رستم‌پور برنجستانکی، محدثه، عباسی، قدرت‌اله، و میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. مجله مشاوره کاربردی، ۱۰(۲)، ۱-۱۸.
- زاهدی، مریم. (۱۳۹۷). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض، آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۴(۲)، ۱۳۸-۱۲۳.

^۱. Shapira & Mongrain

- شمس، زهره، مشکاتی، زهره، و مدنیان، لطیفه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر استرس والدینی مادران دارای کودکان کم بینا. *مجله علوم و تحقیقات توانبخشی*، ۸(۴)، ۱۷۶-۱۸۱.
- شیرمحمدی، زهرا، افتخار سعدی، زهرا، و طالب زاده شوشتری، مرضیه. (۱۴۰۰). ارتباط بین شفقت به خود و بهزیستی تحصیلی با نقش میانجی استرس تحصیلی ادراک شده و خوش بینی تحصیلی در دانشجویان دختر. *مجله بهداشت مدرسه*، ۸(۲)، ۱۰۱-۱۰۹.
- علوی، خدیجه. (۱۴۰۰). نقش ایمنی اجتماعی و شفقت به خود در مشکلات سلامت روان: یک مدل مبتنی بر در نظر گرفتن سیستم های تنظیم هیجان گیلبرت، *مجله عمل در روانشناسی بالینی*، ۹(۳)، ۲۳۷-۲۴۶.
- فداکارسوقه، ریحانه، عباسی، سهیلا، خالق دوست محمدی، طاهره، و عطرکار روشن، زهرا. (۱۳۹۳). مشکلات خانواده‌های دارای کودک عقب‌مانده ذهنی تحت پوشش مراکز بهزیستی، ۲۴(۷۳)، ۲۴-۴۷.
- گلستانی‌بخت، طاهره، بابایی، انسیه، کریمی، معراج، و احمدی، عباس. (۱۴۰۱). رابطه شفقت به خود و خوش‌بینی در دانش‌آموزان: نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۲(۴۵)، ۶۵-۸۴.
- محمدی‌سنگ‌آچین، علیرضا، حسین‌خانزاده، عباسعلی، کوشا، مریم، ناصح، اشکان، و روشن‌دل، محبوبه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۸(۱)، ۹۳-۱۱۲.
- مهنّا، سعید، و طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت‌های محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی با نقش میانجی بهزیستی تحصیلی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۶(۴)، ۳۱-۴۲.

- Alabdulaziz, H., Alquwez, N., Almazan, J. U., Albougami, A., Alshammari, F., Cruz, H. P. (۲۰۲۰). The Self-Compassion Scale Arabic version for baccalaureate nursing students: A validation study. *Nurse Education Today*, 89, 1- 6.
- Al-Refae, M., Al-Refae, A., Munroe, M., Sardella, N. A., & Ferrari, M. (۲۰۲۱). A self-compassion and mindfulness-based cognitive mobile intervention (Serenity) for depression, anxiety, and stress. *promoting adaptive emotional regulation and wisdom, Frontiers in Psychology*, ۱۲, ۶۴۸۰۸۷.
- Andretta, J. R., Worrell, F. C., & Mello, Z. R. (۲۰۱۴). Predicting educational outcomes and psychological well-being in adolescents using time attitude profiles. *Psychology in the Schools*, ۵۱(۵), ۴۳۴-۴۵۱.
- Azizi, M., Sepehri, S., & Demehri, F. (۲۰۲۱). Effect of acceptance and commitment therapy combined with compassion-focused therapy on behavioral problems and mother-child interactions in children with hearing impairment. *Auditory and Vestibular Research*, ۳۰(۴), ۲۵۶-۲۶۳.
- Bajali, R. M. H. (۲۰۱۹). *The impact of Emotional Self Awareness (ESA) and Personal Growth Initiative (PGI) on goal attainment in final year bachelor students, school of human sciences and technology (Doctoral dissertation)*. Thesis Work Submitted to Instituto de Empresa University.
- Barrett, L. F. (۲۰۱۷). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Journal*, ۱۲(۱), ۱-۲۳.
- Carden, J., Jones, R. J., & Passmore, J. (۲۰۲۲). Defining self-awareness in the context of adult development: A systematic literature review. *Journal of Management Education*, ۴۶(۱), ۱۴۰-۱۷۷.
- Chan, K. K. S., Lee, J. C. K., Yu, E. K. W., Chan, A. W., Leung, A. N. M., Cheung, R. Y., ... & Tse, C. Y. (۲۰۲۲). The impact of compassion from others and self-compassion on psychological distress, flourishing, and meaning in life among university students. *Mindfulness Journal*, ۱۳(۶), ۱۴۹۰-۱۴۹۸.
- Dou, D., Shek, D. T., & Kwok, K. H. R. (۲۰۲۰). Perceived paternal and maternal parenting attributes among Chinese adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ۱۷(۲۳), ۴۱-۸۷.
- Findling, Y., Barnoy, S., & Itzhaki, M. (۲۰۲۲). Burden of treatment, emotion work and parental burnout of mothers to children with or without special needs: A pilot study. *Current Psychology Journal*, ۱-۱۳.
- Froiland, J. M. (۲۰۱۸). Promoting gratitude and positive feelings about learning among young adults. *Journal of Adult Development*, ۲۵, ۲۵۱-۲۵۸.
- Froiland, J. M., Worrell, F. C., Olenchak, F. R., & Kowalski, M. J. (۲۰۲۱). Positive and negative time attitudes, intrinsic motivation, behavioral engagement and substance use among urban adolescents. *Addiction research & theory*, ۲۹(۴), ۳۴۷-۳۵۷.
- Gerber, Z., Davidovics, Z., & Anaki, D. (۲۰۲۱). The relationship between self-compassion, concern for others, and parental burnout in child's chronic care management. *Mindfulness*, ۱۲, ۲۹۲۰-۲۹۲۸.
- Ghanavati, M., & Safarzadeh, S. (۲۰۲۰). Study of the Effectiveness of Brain Exercise Training and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISDTP) on Emotional Self-Awareness of Mothers with Mentally Retarded Children in Ahvaz. *Journal of Educational Psychology-Propositus y Representations*, ۸(۴), ۱۲-۲۳.
- Gona, J. K., Newton, C. R., Rimba, K. K., Mapenzi, R., Kihara, M., Vijver, F. V., & Abubakar, A. (۲۰۱۶). Challenges and coping strategies of parents of children with autism on the Kenyan coast. *Rural and remote health*, ۱۶(۲), ۱۷-۳۵.

- Hazarika, M., Das, S., & Choudhury, S. Parents' attitude towards children and adolescents with intellectual developmental disorder. *International journal of child development and mental health*, ۵(۱), ۲۰۱۷, pp.۱۱.
- Henter, R., & Nastasa, L. E. (۲۰۲۱). Parents' Emotion Management for Personal Well-Being When Challenged by Their Online Work and Their Children's Online School. *Frontiers in Psychology*, ۱۲, ۱۲-۲۴.
- Islam, M. S., Rahman, M. M., Rashid, M. H. A., Abedhan, M. F., Prodhan, M. S., Bashar, M. A., & Uddin, M. N. (۲۰۱۹). *Parent's attitude towards their mentally retarded children: A descriptive, cross-sectional. comparative and analytical study*.
- Kalpadi, T. (۲۰۲۱). The Challenges Faced by Preschool Children with Mental Disabilities in Their School Integration. Views of Preschool Teachers. *Open Access Library Journal*, ۸(۱), ۱-۳۰.
- Keel, C., & Pidgeon, A. (۲۰۱۷). Mediating role of self-compassion, emotional regulation on the relationship between, and Psychological Distress. *Journal of Basic and Applied Research in Biomedicine*, ۳(۳), ۱۰۷-۱۱۳.
- Kotera, Y., & Van Gordon, W. (۲۰۲۱). Effects of self-compassion training on work-related well-being: A systematic review. *Frontiers in psychology*, ۱۲, ۶۳۰-۷۹۸.
- Kulbaş, E., & Ozabacı, N. (۲۰۲۲). The Effects of the Positive Psychology-Based Online Group Counselling Program on Mothers Having Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Happiness Studies*, ۲۳(۵), ۱۸۱۷-۱۸۴۵.
- Linardon, J. (۲۰۲۰). Can acceptance, mindfulness, and self-compassion be learned by smartphone apps? A systematic and meta-analytic review of randomized controlled trials. *Behavior Therapy Journal*, ۵۱(۴), ۶۴۶-۶۵۸.
- Malchan, A. F., & Diana, R. R. (۲۰۲۲). *Parental Burnout and Self-Compassion of Mothers with Elementary-Aged Children During the Covid-19 Pandemic. In Annual International Conference on Social Science and Humanities (AICOSH 2022)*. Atlantis Press, ۱۸۱-۱۸۹.
- Manshadi, Z. D., Fathi, E., Manshadi, M. A. D., & Keyvanmanesh, N. (۲۰۲۳). *Mentalization and Self-compassion as Protective Factors for Parental Burnout among Parents with Disabled Children*.
- Mello, Z. R., & Worrell, F. C. (۲۰۱۵). The past, the present, and the future: A conceptual model of time perspective in adolescence, In Time perspective theory; Review, research and application: Essays in honor of Philip G. Zimbardo Cham: Springer International Publishing, ۱۱۵-۱۲۹.
- Min, L., Jianchao, N., & Mengyuan, L. (۲۰۲۲). The influence of self-compassion on mental health of postgraduates: Mediating role of help-seeking behavior. *Frontiers in Psychology*, ۱۳, ۱۱۵- ۱۹۰.
- Mohammadi, F., & Shoaakazemi, M. (۲۰۲۲). The relationship between emotional intelligence and parental stress management during the Covid-۱۹ pandemic. *Brain and Behavior*, ۱۲(۸), ۲۶-۹۲.
- Neff, K. D. (۲۰۱۶). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, ۷(۱), ۲۶۴-۲۷۴.
- Neff, K. D. (۲۰۲۰). Commentary on Muris and Otgaar (۲۰۲۰): Let the empirical evidence speak on the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, ۱۱(۸), ۱۹۰۰-۱۹۰۹.
- Sadziak, A., Wilinski, W., & Wiecezorek, M. (۲۰۱۹). Parental burnout as a health determinant in mothers raising disabled children. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, ۱۱(۳), ۸-۲۲.
- Sekhar, S. F., & Clement, P. (۲۰۲۱). Burnout among Parents of Children with Special Needs: A Study Based on the mothers' and Children's Background. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, ۹(۱۱), ۲-۱۹.
- Shams, Z., Meshkati, Z., & Madanian, L. (۲۰۲۱). Effectiveness of Self-compassion Training on Parenting Stress of Mothers with Visually Impaired Children. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*, ۸(۴), ۱-۱۲.
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (۲۰۱۰). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *Journal of Positive Psychology*, ۵(۵), ۳۷۷-۳۸۹.
- Tak, N. K., Mahawer, B. K., Sushil, C. S., & Sanadhya, R. (۲۰۱۸). Prevalence of psychiatric morbidity among parents of children with intellectual disability. *Industrial Psychiatry Journal*, ۲۷(۲), ۱۹۷-۲۲۰.
- Talwar, V., Castellanos, M., & Bosacki, S. (۲۰۲۲). Self-compassion, social cognition, and self-affect in adolescence: A longitudinal study. *Self and Identity*, ۱-۱۹.
- Tejada, G. C., Blasco, B. A., & Alsinet, C. (۲۰۲۱). Feeling positive towards time: How time attitude profiles are related to mental health in adolescents. *Journal of Adolescence*, ۸۹, ۸۴-۹۴.
- Vinayak, S., & Dhanoa, S. (۲۰۱۷). Relationship of parental burnout with parental stress and personality among parents of neonates with hyperbilirubinemia. *International Journal of Indian Psychology*, ۴(۲), ۱۰۲-۱۱۱.
- Worrell, F. C., & Andretta, J. R. (۲۰۱۹). Time attitude profiles in American adolescents: Educational and psychological correlates. *Research in Human Development Journal*, ۱۶(۲), ۱۰۲-۱۱۸.

Predicting life satisfaction of women with disabled children based on psychological capital, self-compassion, and meaning in life

پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول بر اساس سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی

ابراهیم شیروانی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. Shiroebrahim69@gmail.com

بنفشه شیروانی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

محمدرضا زارع

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

الهام زارعی

کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد خرامه، خرامه، ایران.

Abstract

The present study was conducted to examine the role of psychological capital, self-compassion, and meaning in life in predicting life satisfaction among mothers of children with disabilities. The statistical population included mothers of children with disabilities enrolled in exceptional schools in Shiraz County, and a sample of ۱۰۰ participants was selected using the available sampling method. Data were collected using the Life Satisfaction Questionnaire by Diener (۲۰۰۷), the Psychological Capital Questionnaire by Luthans et al. (۲۰۰۷), the Self-Compassion Scale by Neff (۲۰۰۳), and the Meaning in Life Questionnaire by Steger et al. (۲۰۰۶). Data analysis was performed using Pearson correlation and multiple regression tests. The results indicated that all three predictor variables had a significant and positive relationship with life satisfaction, and the regression model accounted for a considerable portion of the variance in life satisfaction ($P < ۰.۰۵$). Accordingly, psychological capital, self-compassion, and meaning in life, as influential psychological resources, play a significant role in enhancing life satisfaction among mothers of children with disabilities.

Key words: Life satisfaction, psychological capital, self-compassion, meaning in life, children with disabilities.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی در پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول طراحی و اجرا شد. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند معلول در مدارس استثنایی شهرستان شیراز بود و نمونه‌ای ۱۰۰ نفره به روش در دسترس انتخاب گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رضایت از زندگی دینر (۲۰۰۷)، سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، شفقت به خود نف (۲۰۰۳) و پرسشنامه معنا در زندگی استیگر و همکاران (۲۰۰۶) گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام گرفت. نتایج نشان داد که هر سه متغیر پیش‌بین با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار دارند و مدل رگرسیونی طراحی شده توانست بخش قابل توجهی از تغییرات رضایت از زندگی را تبیین کند ($P < ۰.۰۵$). بر این اساس، سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی به‌عنوان منابع روانی مؤثر، نقش مهمی در ارتقاء رضایت از زندگی مادران دارای فرزند معلول ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود، معنا در زندگی، فرزند معلول.

مقدمه

داشتن فرزند معلول^۱، تجربه‌ای عمیق، چندلایه و گاه فرساینده است که می‌تواند ساختار روانی، اجتماعی و معنایی زندگی والدین را به‌طور بنیادین دگرگون سازد. مادران، به‌عنوان محور اصلی مراقبت، آموزش و حمایت از کودک، با چالش‌هایی مواجه‌اند که نه‌تنها کیفیت زندگی^۲ روزمره آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه رضایت کلی آنان از زندگی را نیز دستخوش تغییر می‌سازد. این چالش‌ها می‌توانند شامل فشارهای اقتصادی، محدودیت‌های زمانی، فرسودگی جسمی و روانی، احساس گناه، انزوای اجتماعی، و حتی کاهش امید به آینده باشند (گرجی و کیوان‌پور، ۱۴۰۱).

رضایت از زندگی، یکی از شاخص‌های اصلی بهزیستی ذهنی و سلامت روان محسوب می‌شود. این سازه، بازتابی از ارزیابی ذهنی فرد نسبت به کیفیت کلی زندگی‌اش است و فراتر از احساسات لحظه‌ای یا رضایت از حوزه‌های خاص زندگی، نگرشی پایدار نسبت به زندگی به‌عنوان یک کل را منعکس می‌کند (نفر، ۲۰۰۳). در روان‌شناسی مثبت‌گرا، رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی شادکامی پایدار در نظر گرفته می‌شود و با پیامدهایی چون سلامت روان، عملکرد اجتماعی، تاب‌آوری و معنا در زندگی ارتباط دارد (استیگر، فریزر، اویشی و کالر، ۲۰۰۶). در شرایط دشوار، مانند فرزندپروری کودک معلول، رضایت از زندگی می‌تواند به‌شدت آسیب‌پذیر شود و کاهش یابد. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی منابع روان‌شناختی درونی می‌توانند نقش حفاظتی و تقویتی در حفظ و ارتقاء این رضایت ایفا کنند (وانگ، ژانگ، لیو، ژائو و ژو، ۲۰۲۳).

بررسی این منابع روان‌شناختی، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر^۳، می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثر برای ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی منجر شود. یکی از این منابع، سرمایه روان‌شناختی است؛ مفهومی که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. سرمایه روان‌شناختی^۴، نوعی دارایی ذهنی و هیجانی است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با چالش‌ها، نه‌تنها دوام بیاورد، بلکه رشد کند و معنا بیابد. این سازه شامل چهار مؤلفه اصلی است: امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی (لوتانز، یوسف و آوولیو، ۲۰۰۷). امید، توانایی طراحی مسیرهای دستیابی به اهداف و انگیزه برای حرکت در آن مسیرها را فراهم می‌سازد. افراد امیدوار، در مواجهه با موانع، به‌جای تسلیم شدن، به دنبال راه‌حل‌های جایگزین می‌گردند. تاب‌آوری، ظرفیت بازگشت از شکست‌ها و سازگاری با فشارهای روانی را تقویت می‌کند و به فرد کمک می‌کند تا در برابر ناکامی‌ها و ضربه‌های زندگی، انعطاف‌پذیر باقی بماند. خوش‌بینی، نگرش مثبت به آینده و انتظار نتایج مطلوب را در فرد ایجاد می‌کند و با کاهش اضطراب و افسردگی ارتباط دارد. خودکارآمدی نیز باور فرد به توانایی‌های خود برای مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز را منعکس می‌سازد. این مؤلفه‌ها، در تعامل با یکدیگر، نوعی نیروی روانی ایجاد می‌کنند که فرد را در برابر فشارهای زندگی مقاوم‌تر می‌سازد. در مادران دارای فرزند معلول، سرمایه روان‌شناختی می‌تواند نقش کلیدی در حفظ انگیزه، مقابله با فرسودگی روانی، و ارتقاء رضایت از زندگی ایفا کند (کاوه فارسانی، صالحی و ربیعی، ۱۳۹۹).

با وجود انسجام درونی این مؤلفه‌ها، آنچه اهمیت دارد بررسی رابطه آن‌ها با رضایت از زندگی در شرایط خاص این گروه است. منبع دیگری که در سال‌های اخیر به‌عنوان عامل مؤثر بر سلامت روان و رضایت از زندگی مطرح شده، شفقت به خود^۵ است. این سازه، به معنای توانایی فرد در همدلی با خود، پذیرش نقص‌ها و مواجهه مهربانانه با رنج‌های شخصی است (وانگ، ژانگ، لیو و ژاو، ۲۰۲۳). برخلاف خودانتقادی مخرب که منجر به احساس گناه، شرم و افسردگی می‌شود، شفقت به خود فرد را به‌سوی پذیرش واقعیت، کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری سوق می‌دهد (نفر، ۲۰۰۳). این سازه شامل سه مؤلفه اصلی است: مهربانی با خود، احساس مشترک انسانی، و ذهن‌آگاهی. مهربانی با خود، فرد را به‌جای سرزنش، به مراقبت از خود سوق می‌دهد. احساس مشترک انسانی، یادآور این نکته است که رنج، بخشی طبیعی از زندگی انسان‌هاست و فرد در این تجربه تنها نیست. ذهن‌آگاهی نیز به فرد کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بدون اغراق یا سرکوب، مشاهده و مدیریت کند. در

^۱. Disabled

^۲. Quality of life

^۳. Neff

^۴. Steger, Frazier, Oishi & Kaler

^۵. Wang, Zhang, Liu, Zhao & Zhou

^۶. Vulnerable groups

^۷. Psychological capital

^۸. Luthans, Youssef & Avolio

^۹. Self-compassion

^{۱۰}. Wang, Zhang, Liu, Zhao & Zhou

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

مادران دارای فرزند معلول، شفقت به خود می‌تواند عاملی تعیین‌کننده در کاهش احساس گناه، افزایش پذیرش شرایط و ارتقاء رضایت از زندگی باشد (احمدی کاظم‌آبادی، درتاج، احدی، نصری و قائمی، ۱۴۰۲).

همچنین، این سازه می‌تواند به مادران کمک کند تا در مواجهه با قضاوت‌های اجتماعی یا فشارهای فرهنگی، از خود مراقبت کنند و احساس ارزشمندی خود را حفظ نمایند. معنا در زندگی نیز از جمله مفاهیم بنیادین روان‌شناسی مثبت‌گراست که به احساس هدف‌مندی، جهت‌داری و ارزشمندی تجربه زیسته اشاره دارد. این سازه شامل دو بعد اصلی است: وجود معنا که به احساس فعلی فرد از داشتن معنا در زندگی اشاره دارد، و جستجوی معنا که نشان‌دهنده تلاش فرد برای یافتن یا تعمیق معناست (استیگر و همکاران، ۲۰۰۶). معنا در زندگی، به فرد کمک می‌کند تا حتی در شرایط دشوار، تجربه خود را در چارچوبی هدفمند و قابل تحمل بازسازی کند. مادرانی که بتوانند تجربه فرزندپروری را در قالبی معنابخش تعریف کنند، نه تنها از آسیب‌های روانی مصون‌تر خواهند بود، بلکه رضایت بیشتری از زندگی خود خواهند داشت (کیم، لی و پارک^۱، ۲۰۲۲). معنا در زندگی، با افزایش انگیزه، کاهش افسردگی، ارتقاء تاب‌آوری و بهبود کیفیت روابط انسانی ارتباط دارد. همچنین، معنا می‌تواند به عنوان نیرویی درونی، فرد را به سوی پذیرش مسئولیت، رشد شخصی و مشارکت اجتماعی سوق دهد.

با وجود انسجام درونی این سازه، بررسی رابطه آن با رضایت از زندگی در شرایط خاص مادران دارای فرزند معلول، می‌تواند به درک عمیق‌تری از نقش معنا در مقابله با چالش‌های زندگی منجر شود. با توجه به اهمیت رضایت از زندگی به عنوان شاخصی از سلامت روان و کیفیت زندگی، و نقش منابع روان‌شناختی مثبت‌گرا در ارتقاء آن، بررسی هم‌زمان سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی، می‌تواند تصویری جامع و علمی از عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول ارائه دهد. اگرچه این سه سازه در چارچوب روان‌شناسی مثبت‌گرا با یکدیگر هم‌پوشانی مفهومی دارند، اما هدف این پژوهش، بررسی رابطه هر یک از آن‌ها با رضایت از زندگی در شرایط خاص مادران دارای فرزند معلول است؛ تا مشخص شود کدام یک نقش پیش‌بین قوی‌تری دارد و چگونه می‌توان از آن‌ها در طراحی مداخلات مشاوره‌ای و آموزشی بهره برد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال شکل گرفته است که آیا سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی می‌توانند رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول را پیش‌بینی کنند؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون چندگانه بود. هدف آن بررسی رابطه بین سه متغیر روان‌شناختی شامل سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی با رضایت از زندگی در زنان دارای فرزند معلول بود که در همین راستا در بستر طبیعی و بدون مداخله مستقیم پژوهشگر انجام شده و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری گردیدند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای فرزند معلول بود که فرزندان آن‌ها در سال ۱۴۰۴ در مدارس استثنایی شهرستان شیراز مشغول به تحصیل بودند. با توجه به محدودیت‌های اجرایی و حساسیت گروه هدف، نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر از این مادران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. انتخاب حجم نمونه بر اساس پیشنهاد فرگوسن^۲ (۲۰۰۴)، صورت گرفت که بیان می‌کند در پژوهش‌های همبستگی و رگرسیون، حداقل ۳۰ نفر برای هر متغیر پیش‌بین جهت دستیابی به قدرت آماری مناسب توصیه می‌شود. با توجه به وجود سه متغیر پیش‌بین در این پژوهش، حجم نمونه ۹۰ نفر کف قابل قبول بوده و انتخاب ۱۰۰ نفر با هدف افزایش دقت تحلیل و کاهش خطای نمونه‌گیری انجام شد. انتخاب افراد بر اساس حضور فعال در جلسات مدرسه، همکاری با مشاوران، و تمایل به مشارکت در پژوهش صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: شرکت‌کنندگان باید زن باشند، دارای حداقل یک فرزند معلول (ذهنی، جسمی یا چندگانه) باشند که در یکی از مدارس استثنایی شهرستان شیراز ثبت‌نام شده باشد، حداقل یک سال سابقه مراقبت از فرزند معلول داشته باشند و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را ارائه دهند. همچنین، معیارهای خروج شامل پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها، عدم همکاری در تکمیل مراحل جمع‌آوری داده، مصرف داروهای روان‌پزشکی سنگین، یا مشارکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی روان‌شناختی دیگر بود. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش شامل چهار پرسشنامه استاندارد بودند:

پرسشنامه رضایت از زندگی^۳: این پرسشنامه توسط دینر، امونز، لارسن و گریفین در سال (۱۹۸۵) طراحی شده و با هدف سنجش ارزیابی کلی فرد از زندگی خود به عنوان یک کل مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه فارسی این ابزار توسط محمدی (۱۳۸۵) ترجمه و هنجاریابی شده و در پژوهش‌های متعدد داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۵ ماده است که هر ماده یک گزاره کلی درباره زندگی فرد

^۱. Kim, Lee, & Park

^۲. Ferguson

^۳. Life satisfaction questionnaire

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

را بیان می‌کند. دامنه پاسخ‌ها در اصل ۷ درجه‌ای و از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» متغیر است. نمره‌گذاری به شیوه لیکرت انجام می‌شود؛ به‌طوری‌که به پاسخ «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافقم» نمره ۷ تعلق می‌گیرد. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات پنج ماده به‌دست می‌آید و در دامنه‌ای بین ۵ تا ۳۵ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از رضایت کلی فرد از زندگی است. این ابزار فاقد خرده‌مقیاس‌های جداگانه است و به‌صورت تک‌بعدی رضایت کلی از زندگی را می‌سنجد. در پژوهش دینر و همکاران (۱۹۸۵)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده و روایی همگرا آن با مقیاس‌های بهزیستی ذهنی و خلق مثبت تأیید شده است. در ایران، محمدی (۱۳۸۵) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده و روایی صوری و محتوایی آن را نیز مورد تأیید قرار داده است. همچنین در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۱: این پرسشنامه توسط لوتانز، یوسف و اولیو در سال (۲۰۰۷)، طراحی شده و با هدف سنجش چهار مؤلفه اصلی سرمایه روان‌شناختی یعنی امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه فارسی این ابزار توسط رحیم‌نیا و علی‌زاده (۱۳۹۲) ترجمه و هنجاریابی شده و در پژوهش‌های متعدد داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده است که به‌صورت مستقیم به ارزیابی توانمندی‌های روان‌شناختی فرد در مواجهه با چالش‌ها و موقعیت‌های زندگی می‌پردازد. پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس مساوی است: امید (۶ ماده)، تاب‌آوری (۶ ماده)، خوش‌بینی (۶ ماده)، خودکارآمدی (۶ ماده). دامنه پاسخ‌ها در اصل ۶ درجه‌ای و از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» متغیر است. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرت انجام می‌شود؛ به‌طوری‌که به پاسخ «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافقم» نمره ۶ تعلق می‌گیرد. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات ۲۴ ماده به‌دست می‌آید و در دامنه‌ای بین ۲۴ تا ۱۴۴ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از سرمایه روان‌شناختی فرد است. در پژوهش لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأیید گردیده است. همچنین، روایی همگرا این ابزار با مقیاس‌های عملکرد شغلی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی بررسی شده و همبستگی‌های معناداری به‌دست آمده است. در ایران، رحیم‌نیا و علی‌زاده (۱۳۹۲) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند و روایی صوری و محتوایی آن را نیز مورد تأیید قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه شفقت به خود^۲: این پرسشنامه توسط نف در سال (۲۰۰۳)، طراحی شد و با هدف سنجش میزان شفقت فرد نسبت به خود در مواجهه با رنج، شکست و نقص‌های شخصی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه فارسی این ابزار توسط محمدی، نریمانی و ابوالقاسمی (۱۳۹۴) ترجمه و هنجاریابی شده و در پژوهش‌های متعدد داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده است و شامل شش زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، احساس مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی. دامنه پاسخ‌ها ۵ درجه‌ای و از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» متغیر است. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرت انجام می‌شود؛ به‌طوری‌که به پاسخ «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافقم» نمره ۵ تعلق می‌گیرد. برخی آیتم‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (مانند ماده‌های مربوط به قضاوت نسبت به خود، انزوا و همانندسازی افراطی). نمره کل پرسشنامه از میانگین نمرات شش خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از شفقت به خود است. در پژوهش نف (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تأیید گردیده است. همچنین، روایی همگرا این ابزار با مقیاس‌های بهزیستی روانی، رضایت از زندگی، اضطراب و افسردگی بررسی شده و همبستگی‌های معناداری به‌دست آمده است. در ایران، محمدی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند و روایی صوری و محتوایی آن را نیز مورد تأیید قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه معنا در زندگی^۳: این پرسشنامه توسط استیگر و همکاران در سال (۲۰۰۶) میلادی طراحی شد و با هدف سنجش میزان احساس معنا و هدف‌مندی در زندگی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه فارسی این ابزار توسط گنجی، نریمانی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵) ترجمه و

^۱. Psychological Capital Questionnaire

^۲. Self-compassion questionnaire

^۳. Meaning in Life Questionnaire

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

هنجاریابی شده و در پژوهش‌های متعدد داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده است و دارای دو زیرمقیاس اصلی می‌باشد: وجود معنا در زندگی (۵ ماده)، جستجوی معنا در زندگی (۵ ماده).

دامنه پاسخ‌ها ۷ درجه‌ای و از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» متغیر است. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرت انجام می‌شود؛ به‌طوری‌که به پاسخ «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافقم» نمره ۷ تعلق می‌گیرد. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات دو زیرمقیاس به‌دست می‌آید و در دامنه‌ای بین ۱۰ تا ۷۰ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از معنا و هدف‌مندی در زندگی فرد است. در پژوهش استیگر و همکاران (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس وجود معنا ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس جستجوی معنا ۰/۸۷ گزارش شده و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تأیید گردیده است. همچنین، روایی همگرا این ابزار با مقیاس‌های رضایت از زندگی، بهزیستی روانی و امید بررسی شده و همبستگی‌های معناداری به‌دست آمده است. در ایران، گنجی و همکاران (۱۳۹۵) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و روایی صوری و محتوایی آن را نیز مورد تأیید قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

داده‌های گردآوری‌شده پس از بررسی نرمال بودن توزیع، با استفاده از روش رگرسیون چندگانه تحلیل شدند تا نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول مشخص گردد. جمع‌آوری داده‌ها پس از دریافت مجوزهای لازم و اطلاع‌رسانی به معلمان انجام شد. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و الکترونیکی توزیع و پس از تکمیل، داده‌ها کدگذاری و وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و فراوانی و همچنین آمار استنباطی شامل تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره انجام شد تا میزان پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول بر اساس سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی مشخص شود و سهم هر متغیر مستقل در توضیح تغییرات رضایت از زندگی بررسی گردد. این حجم نمونه مناسب باعث افزایش اعتبار نتایج و کاهش خطای آماری شده و امکان تعمیم یافته‌ها به جامعه آماری بزرگ‌تر را فراهم می‌کند.

یافته‌ها

در این قسمت، داده‌های جمع‌آوری‌شده از پرسشنامه‌های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. ابتدا یافته‌های توصیفی شامل شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود و سپس به بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب پرداخته می‌شود.

جدول ۱: توصیف آماری نمرات متغیرهای پژوهش

چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد
-۰.۱۱۴	۰.۳۹۱	۲۴.۸۶	۴.۲۱۷
-۰.۲۰۳	۰.۷۷۴	۹۷.۴۲	۱۱.۳۰۵
-۰.۰۸۷	۰.۵۱۲	۸۲.۱۷	۹.۸۴۲
-۰.۱۵۶	۰.۶۸۹	۵۸.۳۳	۷.۹۱۴

در جدول بالا، شاخص‌های توصیفی مربوط به چهار متغیر اصلی پژوهش شامل چولگی، کشیدگی، میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است. میانگین نمرات رضایت از زندگی برابر با ۲۴.۸۶، سرمایه روان‌شناختی برابر با ۹۷.۴۲، شفقت به خود برابر با ۸۲.۱۷ و معنا در زندگی برابر با ۵۸.۳۳ می‌باشد. همچنین مقادیر چولگی و کشیدگی برای هر چهار متغیر در بازه ± ۲ قرار دارند که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها در سطح ۰.۰۵ است.

به منظور پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی در زنان دارای فرزند معلول، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون به همراه ضرایب همبستگی پیرسون و بررسی پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با رضایت از زندگی

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

متغیرها	۱	۲	۳
۱- سرمایه روان‌شناختی	۱		
۲- شفقت به خود	۰.۵۹۴۰**	۱	
۳- معنا در زندگی	۰.۶۲۸***	۰/۶۱۱**	۱
۴- رضایت از زندگی	۰.۶۷۲**	۰.۶۵۹**	۰.۶۸۴**

* معنی داری در سطح ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح ۰/۰۱

در جدول بالا، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همبستگی بین سرمایه روان‌شناختی و رضایت از زندگی برابر با ۰.۶۷۲، بین شفقت به خود و رضایت از زندگی برابر با ۰.۶۵۹، و بین معنا در زندگی و رضایت از زندگی برابر با ۰.۶۸۴ است که هر سه در سطح ۰.۰۱ معنی‌دار هستند. این نتایج نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت و مستقیم بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک (رضایت از زندگی) می‌باشد.

جدول ۳: خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل

مدل	R ²	مجذور R	خطای استاندارد برآورد	آماره دوربین-واتسون
۱	۰/۵۸۷	۰/۷۳۱	۳/۹۱۴	۱/۸۱۲

در جدول بالا، ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۵۸۷ نشان می‌دهد که ۵۸.۷ درصد از تغییرات رضایت از زندگی توسط سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی تبیین می‌شود. مقدار آماره دوربین-واتسون در بازه‌ی ۱.۵ تا ۲.۵ قرار دارد و استقلال باقی‌مانده‌ها را تأیید می‌کند.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
۸۵۳۶.۳۹۱	۳	۲۷۰۸.۱۳۰	۹۶.۲۱۴	۰.۰۰۱
۵۷۱۲.۶۰۹	۹۶	۵۹.۵۰۸		
۱۳۸۳۶.۳۳۰	۹۹			
کل				

در جدول بالا، مقدار F برابر با ۹۶.۲۱۴ در سطح آلفای ۰.۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین مدل رگرسیونی مناسب است و متغیرهای پیش‌بین توانایی تبیین تغییرات رضایت از زندگی را دارند.

جدول ۵: تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی

ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		شاخص‌های هم خطی	
B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری	Tolerance
۱۲/۴۷۳	۳/۲۱۵		۳/۸۷۹	۰.۰۰۱	
۰/۲۱۳	۰/۰۵۴	۰/۳۴۸	۳/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
۰/۱۸۷	۰/۰۶۳	۰/۲۹۷	۲/۹۶۸	۰/۰۰۴	۰/۵۹۴
۰.۸۹۳	۰.۸۹۳	۰.۸۹۳	۰.۱۳۷	۰.۳۸۹	۰.۰۰۱

در جدول بالا، مقادیر آماره تحمل و VIF نشان می‌دهند که هم خطی بین متغیرها وجود ندارد. هر سه متغیر پیش‌بین در سطح ۰.۰۱ معنی‌دار هستند. بنابراین، سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی به شکل مثبت و معنی‌دار رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

در پایان این پژوهش، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که سه متغیر سرمایه روان‌شناختی، شفقت به خود و معنا در زندگی، همگی با رضایت از زندگی زنان دارای فرزند معلول رابطه مثبت و معنادار دارند و مدل رگرسیونی طراحی‌شده توانست بخش قابل توجهی از تغییرات رضایت از

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

زندگی را تبیین کند. این یافته‌ها از منظر روان‌شناسی مثبت‌گرا، نظریه‌های شناختی-هیجانی و تجربیات زیسته مادران قابل تبیین است و نشان می‌دهد که چگونه منابع درونی می‌توانند در شرایط دشوار، نقش حفاظتی، ترمیمی و ارتقایی ایفا کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که، سرمایه روان‌شناختی، به‌عنوان مجموعه‌ای از توانمندی‌های ذهنی و هیجانی، شامل امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است (لوتانز، یوسف و اولیو، ۲۰۰۷). این مؤلفه‌ها در تعامل با یکدیگر، نوعی نیروی روانی ایجاد می‌کنند که فرد را در برابر فشارهای زندگی مقاوم‌تر می‌سازد. در مادران دارای فرزند معلول، امید به‌عنوان توانایی طراحی مسیرهای دستیابی به اهداف و انگیزه برای حرکت در آن مسیرها، نقش مهمی در حفظ انرژی روانی دارد. این مادران، با وجود محدودیت‌های مالی، اجتماعی و جسمی، نیازمند چشم‌اندازی روشن برای آینده هستند تا بتوانند نقش مراقبتی خود را با انگیزه ادامه دهند. تاب‌آوری نیز به آنان کمک می‌کند تا در مواجهه با شکست‌ها، ناکامی‌ها و فشارهای مزمن، توان بازگشت و سازگاری داشته باشند. خوش‌بینی، نگرش مثبت به آینده را در فرد ایجاد می‌کند و موجب می‌شود که مادران، به‌جای تمرکز بر محدودیت‌ها، به ظرفیت‌های رشد کودک و خودشان توجه کنند. خودکارآمدی نیز باور به توانایی‌های فردی برای مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز را تقویت می‌کند و موجب می‌شود که مادران در برابر قضاوت‌های اجتماعی، احساس ضعف نکنند. بنابراین، تأیید رابطه سرمایه روان‌شناختی با رضایت از زندگی، نشان‌دهنده آن است که این سرمایه درونی می‌تواند به‌عنوان سپری روانی در برابر فرسودگی، ناامیدی و انزوای اجتماعی عمل کند و مادران را در مسیر مراقبت، رشد و معنا بخشی به زندگی یاری رساند (رحیم‌نیا و علی‌زاده، ۱۳۹۲). همچنین، پژوهش‌های داخلی نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی با کاهش افسردگی، افزایش انگیزه و بهبود عملکرد اجتماعی در گروه‌های آسیب‌پذیر ارتباط دارد (کاوه فارسانی، صالحی و ربیعی، ۱۳۹۹).

شفقت به خود، سازه‌ای است که در سال‌های اخیر به‌عنوان عامل مؤثر در تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب و ارتقاء سلامت روان مطرح شده است (نف، ۲۰۰۳). این سازه شامل مهربانی با خود، احساس مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی است. در مادران دارای فرزند معلول، شفقت به خود می‌تواند نقش ترمیمی و حمایتی ایفا کند. این مادران، اغلب با احساس گناه، شرم، یا مقایسه‌های اجتماعی مواجه‌اند و ممکن است خود را مسئول وضعیت فرزند بدانند. مهربانی با خود، به آنان کمک می‌کند تا به‌جای سرزنش، با خود همدلی کنند و مراقبت روانی از خود را جدی بگیرند. احساس مشترک انسانی، یادآور این نکته است که رنج، بخشی طبیعی از زندگی انسان‌هاست و فرد در این تجربه تنها نیست. این مؤلفه، احساس انزوا را کاهش می‌دهد و موجب می‌شود که مادران، تجربه خود را در چارچوبی انسانی و قابل‌درک ببینند. ذهن‌آگاهی نیز به آنان کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بدون اغراق یا سرکوب، مشاهده و مدیریت کنند. بنابراین، رابطه مثبت شفقت به خود با رضایت از زندگی، نشان‌دهنده آن است که این سازه می‌تواند به‌عنوان ابزاری روان‌شناختی، مادران را در مسیر پذیرش، آرامش و معنا بخشی به تجربه فرزندپروری یاری دهد (احمدی کاظم‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که شفقت به خود با کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش احساس ارزشمندی در زنان دارای مسئولیت‌های مراقبتی ارتباط دارد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

معنا در زندگی، به احساس هدفمندی، جهت‌داری و ارزشمندی تجربه زیسته اشاره دارد. در شرایطی که مادران با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از مراقبت از کودک معلول مواجه‌اند، داشتن معنا در زندگی می‌تواند نقش انگیزشی، حفاظتی و معنابخش ایفا کند. وجود معنا، به فرد کمک می‌کند تا تجربه خود را در چارچوبی هدفمند و قابل‌تحمل بازسازی کند و جستجوی معنا، انگیزه‌ای برای رشد، یادگیری و مشارکت فعال در زندگی ایجاد می‌کند. مادرانی که بتوانند تجربه فرزندپروری را در قالبی معنابخش تعریف کنند، نه تنها از آسیب‌های روانی مصون‌تر خواهند بود، بلکه رضایت بیشتری از زندگی خود خواهند داشت. معنا در زندگی با افزایش انگیزه، کاهش افسردگی، ارتقاء تاب‌آوری و بهبود کیفیت روابط انسانی ارتباط دارد (استیگر، فریزر، اوایشی و کالر، ۲۰۰۶؛ کیم، لی و پارک، ۲۰۲۲). در پژوهش‌های داخلی نیز معنا در زندگی با شاخص‌هایی چون امید، رضایت از نقش مادری و مشارکت اجتماعی همبستگی مثبت نشان داده است (گنجی، نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵).

از منظر نظری، نتایج این پژوهش با مبانی روان‌شناسی مثبت‌گرا هم‌خوانی دارد. این رویکرد بر منابع درونی، توانمندی‌های فردی و ظرفیت‌های رشد در شرایط دشوار تأکید دارد و معتقد است که افراد می‌توانند حتی در مواجهه با رنج، معنا بیابند و رضایت را تجربه کنند. همچنین، یافته‌ها با مدل‌های شناختی-هیجانی هم‌راستا هستند که بر نقش باورها، نگرش‌ها و تنظیم هیجانی در شکل‌گیری رضایت از زندگی تأکید دارند. از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی مداخلات مشاوره‌ای، آموزشی و توان‌بخشی برای مادران دارای فرزند معلول کمک کند؛ به‌گونه‌ای که با تقویت سرمایه روان‌شناختی، آموزش شفقت به خود و کمک به یافتن معنا در زندگی، بتوان رضایت آنان را افزایش داد و از آسیب‌های روانی پیشگیری کرد.

سپاسگزاری

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

سپاسگزاریم از مادران عزیزی که با مسئولیت‌پذیری و صداقت در این پژوهش مشارکت کردند. همراهی ایشان نقش مهمی در تحقق اهداف علمی داشت. امید است نتایج این مطالعه در بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر واقع شود.

منابع

- احمدی کاظم‌آبادی، ز.، درتاج، ف.، احدی، ح.، نصری، ص.، و قائمی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر اسناد شخصی و بهزیستی هیجانی مادران دارای کودکان استثنایی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۲)، ۱-۲۲.
- رحیم‌نیا، ف.، و علی‌زاده، م. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی در کارکنان سازمانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۲)، ۷۵-۹۲.
- کاوه فارسانی، ذ.، صالحی، ر.، و ربیعی، م. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۰)، ۱۰۳-۱۱۴.
- گرچی، ی.، و کیوان‌پور، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر امید و رضایت از زندگی در مادران دارای فرزند معلول. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۷)، ۱۵۱-۱۷۲.
- گنجی، ف.، نریمانی، م.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه معنا در زندگی در جمعیت ایرانی. *مجله روان‌شناسی مثبت‌گرا*، ۲(۱)، ۲۳-۴۰.
- محمدی، ع. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رضایت از زندگی در جمعیت ایرانی. *مجله روان‌شناسی*، ۹(۳)، ۲۵-۴۰.
- محمدی، ع.، نریمانی، م.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شفقت به خود در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۸(۱)، ۵۵-۷۲.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (۱۹۸۵). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(۱), ۷۱-۷۵.
- Ferguson, G. A. (۲۰۰۴). *Statistical analysis in psychology and education* (۶th ed.). McGraw-Hill.
- Kim, J., Lee, H., & Park, S. (۲۰۲۲). Meaning in life and psychological well-being: A meta-analytic review. *Journal of Positive Psychology*, 17(۴), ۵۱۲-۵۲۶.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (۲۰۰۷). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Neff, K. D. (۲۰۰۳). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(۲), ۸۵-۱۰۱.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (۲۰۰۶). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(۱), ۸۰-۹۳.
- Wang, Y., Zhang, L., Liu, H., Zhao, X., & Zhou, Y. (۲۰۲۳). Self-compassion and life satisfaction among Chinese adults: The mediating role of emotional regulation. *Personality and Individual Differences*, 205, ۱۱۲۴۷۸.

An Modeling Social Media Addiction based on Parental Phubbing with the Mediation of Emotional Support in Single Parent Adolescents

مدل‌یابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد

فاطمه جاوید* دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول) fateme.javid@gmail.com

Abstract

Today social media is widely used around the world among different people, and the phenomenon of phubbing has quickly become a common phenomenon in people's daily lives. However, little is known about the effect of single parents' phubbing on their children. The present study was conducted with the aim of modeling social media addiction based on parental babbling with the mediation of emotional support in single-parent adolescents. The type of fundamental research and descriptive method was correlation based on structural equations. The statistical population of the research included all single-parent adolescents aged ۱۴ to ۱۸ years studying in the second year of secondary school in Tehran who lived with only one of their parents (father or mother). ۳۲۰ of them were selected using the available sampling method. were chosen. To collect the data, questionnaires were used from GPS Fabing General Scale (۲۰۱۸), Internet Addiction IAT (۱۹۹۹) and FEA Family Emotion (۱۹۶۴). Data analysis was done through structural modeling using ۲۶amos software. The results of the analysis showed that the phubbing of parents has a direct effect on the addiction of single-parent teenagers to social media. Also, emotional support has an indirect effect on the relationship between parents' phubbing and social media addiction of single-parent adolescents. It can be concluded that the more phubbing parents have, the higher the addiction will be in the teenager, and the teenager who does not receive favorable emotional support from his single parents, will experience a higher addiction to social media.

Key words: Parental Phubbing, social media addiction, emotional support, single-parent adolescents.

چکیده

امروزه رسانه‌های اجتماعی به‌طور گسترده در سراسر جهان در میان افراد مختلف استفاده می‌شود و پدیده فابینگ به‌سرعت به یک پدیده رایج در زندگی روزمره افراد تبدیل شده است. باین‌حال، اطلاعات کمی در مورد اثر فابینگ والدین مجرد بر فرزندان آن‌ها وجود دارد. پژوهش حاضر باهدف مدل‌یابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد انجام شد. طرح پژوهش بنیادی و روش توصیفی همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان تک‌والد ۱۴ الی ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه شهر تهران که تنها با یکی از والدین خود (پدر یا مادر) زندگی می‌کردند، تشکیل می‌دادند که ۳۲۵ نفر از آنان با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مقیاس عمومی فابینگ GPS (۲۰۱۸)، اعتیاد به اینترنت IAT (۱۹۹۹) و جو عاطفی خانواده FEA (۱۹۶۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق مدل‌یابی ساختاری با استفاده از نرم‌افزار ۲۶amos انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که فابینگ والدین اثر مستقیمی بر اعتیاد نوجوان تک‌والد به رسانه‌های اجتماعی دارد. همچنین حمایت عاطفی اثر غیرمستقیمی بر رابطه بین فابینگ والدین و اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی نوجوان تک‌والد دارد. می‌توان نتیجه گرفت هرچه والدین فابینگ بالاتری داشته باشند، اعتیاد در نوجوان بالاتر خواهد بود و نوجوانی که حمایت عاطفی مطلوبی از والدین مجرد خود دریافت نمی‌کند، اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کند.

واژگان کلیدی: خانواده، فابینگ والدین، اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی، حمایت عاطفی، نوجوانان تک‌والد.

در جوامع امروزی افراد به روش‌های مختلفی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و به عنوان یک موجود اجتماعی تلاش می‌کنند که این ارتباط را حفظ کنند، به طوری که این روش‌های ارتباطی به موازات پیشرفت‌های فناوری در حال تنوع و توسعه هستند (یلدیریم و سیکیک^۱، ۲۰۲۲). از بین این روش‌های ارتباطی می‌توان رسانه‌های اجتماعی را نام برد که برای اهداف مختلفی مانند ارتباطات بین فردی، اجتماعی شدن و بازاریابی استفاده می‌شود (ماسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). این رسانه‌های اجتماعی به کاربران خود این امکان را می‌دهند که پروفایلی از خود بسازند (باتماز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲) تا بتوانند از این طریق محتوای بصری و نوشتاری را با استفاده از نمایه‌های مجازی، با دیگران به اشتراک بگذارند (اکال^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). اینستاگرام، توییتر و فیس‌بوک نسبت به دیگر رسانه‌های اجتماعی، بخش قابل توجهی از کاربران فضای مجازی را به خود اختصاص داده‌اند (کامپل^۵، ۲۰۲۰). از سویی، با توسعه فناوری اطلاعات و شکل‌گیری تعاملات ارتباطی مجازی، استفاده از این رسانه‌های اجتماعی در زندگی روزمره به‌ویژه در میان نوجوانان و نوجوانان با محبوبیت روزافزون روبه‌رو شده است (آتته^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) که در سطح گسترده جهانی به یک مشکل تبدیل شده است (نیو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). به طوری که با افزایش یافتن استفاده از اینترنت در زندگی روزمره، مقدار زمانی که افراد در صفحه‌های مجازی می‌گذرانند، نیز افزایش یافته است (اوزاسلان^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). در سال ۲۰۲۰ بیش از ۳/۶ میلیارد نفر در سراسر جهان از رسانه‌های اجتماعی استفاده می‌کردند که تخمین زده می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به ۴/۴۱ میلیارد نفر برسد (استاتیستا^۹، ۲۰۲۱)؛ بنابراین می‌توان گفت که افزایش زمان صرف‌شده در رسانه‌های اجتماعی و تنوع اهداف استفاده از آن، احتمال خطر اعتیاد را افزایش می‌دهد (بالکی و بالوگلیو^{۱۰}، ۲۰۱۸) که در نتیجه استفاده اعتیادآور از تلفن همراه و رسانه‌های اجتماعی، می‌تواند اثرات نامطلوب شدیدی مانند مشکلات خواب، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی و غیره بر سلامت جسمی و روانی افراد بگذارد (نیو و همکاران، ۲۰۲۰).

هنگامی که افراد به جای ارتباط چهره‌به‌چهره و رودررو بر روی استفاده بیش‌ازحد بر رسانه‌های اجتماعی و تعاملات مجازی تمرکز کنند، منجر به کاهش مهارت‌های اجتماعی در آنان شده و روابط بین فردی رو به افول می‌رود (آفونه^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱) که در نتیجه کاهش مهارت‌های اجتماعی و مشکلات در تعاملات اجتماعی، می‌توان آن را با یک پدیده جدید، فاب کردن همراه کرد (بنوکوم و پالمان^{۱۲}، ۲۰۲۱). فابینگ^{۱۳} به عنوان توجه به تلفن هوشمند در حین برقراری ارتباط با شخص دیگری تعریف می‌شود که منجر به ناتوانی در توجه به ارتباطات بین فردی در واقعیت می‌شود (آل‌سگاف و اودانل^{۱۴}، ۲۰۲۱). به بیان دیگر، رفتار فوبی به رسانه‌های اجتماعی مربوط می‌شود و افراد در حین گذراندن وقت در رسانه‌های اجتماعی، رفتار فوبی از خود نشان می‌دهند (هال^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که درگیری رفتار فوبی هستند، از نظر روانی هم به خود و هم به افرادی دیگری که در معرض آن هستند، آسیب رسانده و تاثیر منفی می‌گذارند (بولات و نظیر^{۱۶}، ۲۰۱۹). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که فوبینگ ارتباط مثبتی با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی دارد (بلاچنیو و پرزپیوکارا^{۱۷}، ۲۰۱۹)؛ بولات و نظیر، ۲۰۱۹). همچنین فوبینگ بر زندگی اجتماعی و سلامت روانی و جسمی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (تاندون^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، پژوهش‌ها نیز گویای این بوده‌اند که فناوری اطلاعات مانند اینترنت و رسانه‌های اجتماعی، به بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی خانوادگی افراد تبدیل شده است، به طوری که والدین زمان زیادی را به فعالیت در اینترنت و فضای مجازی می‌گذارند که این امر نقش مهمی را در روابط خانوادگی و سازگاری اعضای خانواده از جمله: عملکرد خانواده، سبک فرزندپروری، نظارت اندک والدین بر فرزندان می‌گذارد که می‌تواند تاثیر مثبتی بر روی اعتیاد فرزندان به‌ویژه نوجوانان به تلفن همراه و رسانه‌های اجتماعی داشته باشد (نیو و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین رفتارهای مرتبط در استفاده از تلفن همراه در والدین نیز باید مورد توجه قرار گیرد. فابینگ والدین به عنوان شکل جدیدی از بی‌توجهی اجتماعی در طول تعاملات والدین و فرزند مطرح است و حالتی است که در هنگام ارتباطات بین والدین و فرزند اتفاق می‌افتد، بدین معنا وقتی والدین به جای توجه به فرزندان‌شان به تلفن‌های همراه خود توجه می‌کنند، این رفتار ممکن است احساس بی‌توجهی را به فرزندان القا کند که والدین به آن‌ها توجهی ندارد که با مفهوم فقدان حمایت عاطفی مشخص می‌شود (نیو و همکاران، ۲۰۲۰). در این باره پژوهش‌های گوناگونی وضعیت رو به

^۱ . Yıldırım & Çiçek

^۲ . Mason

^۳ . Batmaz

^۴ . Öçal

^۵ . Kümpel

^۶ . Atteh

^۷ . Niu

^۸ . Özarslan

^۹ . Statista

^{۱۰} . Balci & Baloglu

^{۱۱} . Affouneh

^{۱۲} . Beukeboom & Pollmann

^{۱۳} . Phubing

^{۱۴} . Al-Sggaf & O'Donnell

^{۱۵} . Hall

^{۱۶} . Bulut & Nazir

^{۱۷} . Błachnio & Przepiórka

^{۱۸} . Tandon

افزایش اثرات مخرب فابینگ والدین را بر رابطه والد- فرزند نشان داده‌اند (واو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ اما توجه کمی به اثرات فابینگ والدین بر روابط اجتماعی نوجوانان به‌ویژه خانواده‌های تک‌والد شده است.

خانواده تک‌والدی^۲ یکی از گونه‌های ویژه خانوادگی است که به دلایل مختلفی همچون مرگ یکی از والدین یا طلاق و غیره، فرزند آن خانواده تک سرپرست یا تک‌والد می‌شود که این امر در جوامع امروزی رو به گسترش است و نوجوانان این خانواده‌ها مشکلات مکرر و پیچیده‌ای را در زمینه سلامت روانی، جسمانی و کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (حسین‌زاده و همکاران، ۲۰۲۳). باتوجه به اینکه رشد شخصیت فرزندان به شدت توسط والدین متأثر می‌شود، غیبت یکی از والدین یا هردو، اثر نامطلوبی بر تحول آن‌ها خواهد داشت و آن‌ها را مستعد بیماری روانی یا مشکلات رفتاری در آینده خواهد ساخت (آندروس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ چراکه وقتی والد تنها یا مجرد دائماً به تلفن همراه هوشمند خود این اجازه را می‌دهد تا در تعاملاتش با فرزند خود دخالت کند، نوجوان تک‌والد ممکن است این احساس در او به وجود بیاید که والدش تمایلی به حمایت عاطفی نسبت به فرزند خود ندارد و این طر حواره می‌تواند روابط ناپایداری را در او به وجود آورد، به طوری که نوجوان برای جبران این حمایت به سوی شبکه‌های اجتماعی کشیده شود در این صورت، امکان خطر اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. براساس تحقیقات انجام شده، فابینگ والدین ارتباط مثبتی با اعتیادسازی نوجوانان به تلفن همراه و رسانه‌های اجتماعی دارد (هانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). با این وجود، فرایندهای واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده‌گی بین فابینگ والدین و اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی در فرزندان، نیاز به بررسی بیشتری دارد. در این باره، پژوهش‌ها نشان داده‌اند در شرایط مختلف، وقتی والدین مشغول کار یا فعالیتی باشند، هنگامی که فرزند آن‌ها تلاش برای جلب توجه دارد، ممکن است والدین واکنش منفی از قبیل بی‌حوصلگی، عدم پاسخگویی یا حتی خصومت از خود نشان دهند (واو و همکاران، ۲۰۲۲) که این اتفاق نیز می‌تواند در حالت فابینگ هم رخ دهد. به عبارتی می‌توان این احتمال را در نظر داشت که فابینگ والد می‌تواند در طول تعاملات والد و فرزند، رفتار توجیه‌طلبانه نوجوان را نقض کند که این رفتار منجر به طرد نوجوان از سوی والد شود و حمایت عاطفی نوجوان دچار اختلال شود. حمایت عاطفی نوعی از حمایت اجتماعی است که به شدت با سلامت روان مرتبط است (شنسا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

نوجوانان باتوجه به حمایت عاطفی و دلبستگی که از طرف والدین خود دریافت و درک می‌کنند، در اجتماع حضور پیدا کرده و خود را به عنوان فردی شایسته محبت و حمایت‌گر می‌بینند. در مقابل، اگر والدین نسبت به نیازهای عاطفی آن‌ها حساس یا پاسخگو نباشند، ممکن است این انتظار طرد شدن از سوی والدین را در روابط و تعاملات اجتماعی آینده خود نیز تجربه کنند (گورس و راگیری^۶، ۲۰۱۲). به بیان دیگر، نوجوانان اغلب از والدین خود انتظار دارند که آنان تعاملات والد فرزند بالایی را از خود نشان دهند (هینیکر^۷ و همکاران، ۲۰۱۶)، اما هنگامی که والدین به جای این تعاملات، به سمت تلفن‌های همراه خود بروند و زمان زیادی را در رسانه‌های اجتماعی سپری کنند، منجر به کاهش کیفیت روابط والد و فرزند می‌شود (واو و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی، حمایت عاطفی چهره‌به‌چهره می‌تواند به طور قابل توجهی خطر علائم افسردگی را کاهش دهد (روگر^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). اما دریافت این حمایت عاطفی از سوی رسانه‌های اجتماعی با دریافت حمایت عاطفی رودرو سازگاری ندارد؛ در این باره پژوهش‌ها نشان داده‌اند دریافت حمایت عاطفی از سوی رسانه‌های اجتماعی به طور قابل توجهی با افسردگی بالاتر و کیفیت روانی پایین‌تر زندگی در افراد مرتبط است (شنسا و همکاران، ۲۰۲۰). یک مطالعه نشان داده است که فابینگ بالای والدین با حمایت اجتماعی کمتر ادراک شده در میان نوجوانان مرتبط است (ایکسی و ایکسی^۹، ۲۰۲۰). مطالعه دیگری نیز نشان داد که فابینگ یکی از والدین به طور مثبت با عدم دریافت مطلوب حمایت اجتماعی ادراک شده نوجوان نه تنها از همان والد، بلکه با والد دیگر نیز همراه است (پانکانی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین وانگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که فابینگ نه تنها با ارتباط پدر و فرزند مرتبط است، بلکه با ارتباط مادر و فرزند نیز مرتبط است؛ می‌توان نتیجه گرفت که هم پدران و هم مادران منابع ضروری حمایت عاطفی برای نوجوانان هستند (گنگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، بررسی تأثیر نامطلوب حمایت عاطفی از فابینگ والدین بر اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد.

به طور کلی پیشینه نشان داد فابینگ والدین با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان مرتبط است و وقتی در طول دوره نوجوانی که درگیری‌های بیشتری بین اعضای نظام خانواده رخ دهد، اتفاق بیفتد، موجب وخامت فضای خانواده می‌شود که این امر می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت روانی و بهزیستی نوجوانان داشته باشد و موضوع مذکور بالاخص در زمانی اهمیت می‌یابد که این افراد، عضوی از خانواده‌های تک‌والدی باشند (جاوید، ۱۴۰۲)، چراکه مسائل و مشکلات گوناگون فرهنگی، رفتاری و اجتماعی را هم برای خود فرد نوجوان و

^۱ Wu

^۲ . single parent family

^۳ . Andrews

^۴ . Hong

^۵ . Shensa

^۶ . Gorrese & Ruggieri

^۷ . Hiniker

^۸ . Rueger

^۹ . Xie & Xie

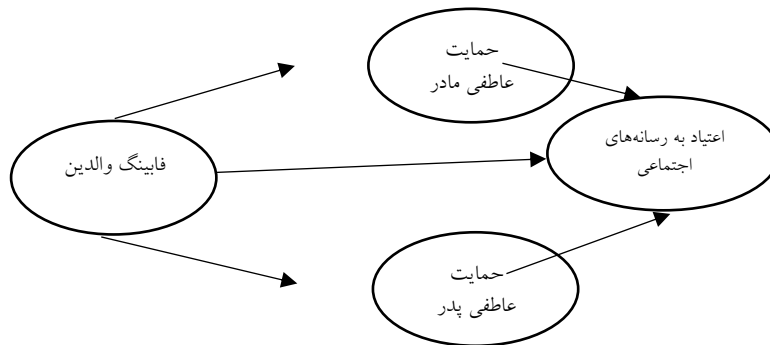
^{۱۰} . Pancani

^{۱۱} . Wang

^{۱۲} . Geng

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

والدین او به وجود می‌آورد (جلایی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین گاهی تک‌والدها به دلیل فشارهای ناشی از مراقبت و مسئولیت خود در انجام کارکردهای والدینی، با فرزند خود تعاملات نامناسب دارند که همین موضوع می‌تواند در اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در فرزندان موثر باشد (گلی و همکاران، ۱۴۰۲). با این حال، تعداد کمی از مطالعات، فابینگ والدین را به عنوان یک مفهوم مستقل و یا متغیر پنهان در مدل در نظر گرفته‌اند که می‌تواند با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نوجوان مرتبط باشد و پژوهشی درمورد خانواده‌های تک‌والد یافت نشد و حتی مطالعات کمتری به مکانیسم‌های نهفته حمایت عاطفی در این رابطه پرداخته‌اند؛ لذا پژوهشگر در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا مدلیابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد از برازش مطلوبی برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش با توجه به ماهیت موضوع مطالعه توصیفی از نوع همبستگی، مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوان تک‌والد ۱۴ الی ۱۸ ساله، مشغول به تحصیل در پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم دوره دوم متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ شهر تهران، تشکیل می‌دادند و تعداد نمونه براساس پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری و دیدگاه کلان^۱ (۲۰۲۳) که عنوان می‌کند در مدل‌یابی معادلات ساختاری حجم نمونه مورد قبول براساس تعداد نشانگرهای متغیرهای پیش‌بین که برای حجم نمونه پایین در عدد ۱۰ و برای حجم نمونه بالا در عدد ۲۰، ضرب می‌کنیم و حجم نمونه نیز نباید کمتر از ۲۰۰ نفر باشد؛ در پژوهش حاضر با احتساب مجموع ۲۲ نشانگر باید حداقل ۲۲۰ و یا حداکثر ۴۴۰ نفر انتخاب شوند که تعداد ۳۲۵ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تنها با یکی از والدین خود، پدر یا مادر زندگی می‌کند، همچنین نداشتن مشکل انضباطی، عدم مراجعه به جلسات مشاوره مدارس و یا مراکز مشاوره درمانی و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهش و علاوه بر این، ملاک‌های خروج نیز شامل: نوجوانانی که به‌طور مشترک هم با والد پدر و هم با والد مادر زندگی می‌کند و یا علاوه بر والد پدر یا والد مادر، از بستگان مانند پدر بزرگ، مادر بزرگ و ... نیز سرپرستی آنان را برعهده داشتند، و عدم تمایل به ادامه همکاری، انتخاب شدند. برای اجرا، با همکاری و راهنمایی مشاوران مستقر در ادارات آموزش و پرورش و مدارس دوره دوم متوسطه پسرانه و دخترانه واقع در مناطق ۱۴ و ۱۳ شهر تهران، دانش‌آموزانی را که به دلایل مختلف از قبیل فوت، طلاق، مهاجرت و غیره، حضور یکی از والدین خود را از دست داده بودند، به همراه والد مجرد در پژوهش شرکت داده شدند. بدین منظور با همکاری مسئولین و مشاوران حاضر در مدارس، نمونه‌های پژوهش نوجوانان تک‌والد، براساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس با مصاحبه برای رعایت ملاک‌ها و همچنین جلب نظر نوجوان و والد او، پرسش-نامه‌های اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی و جو عاطفی خانواده توسط نوجوان و پرسشنامه فابینگ والدین به وسیله والد تکمیل شدند. لازم به ذکر است پژوهشگر برای به دست آوردن حجم نمونه کافی و رعایت ملاک‌های ورود و خروج، دو منطقه از شهر تهران را انتخاب کرد. جهت سنجش متغیرهای پژوهش از ابزار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس عمومی فابینگ GPS (۲۰۱۸): مقیاس عمومی فابینگ توسط چوتبیتایاسونوند و همکاران در سال ۲۰۱۸ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ سوال می‌باشد که به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای زیرمؤلفه‌های نوموفوبیا (۱،۲،۳،۴)، تعارض بین فردی (۵،۶،۷،۸) و خودانزویی (۹،۱۰،۱۱،۱۲) و تایید مشکل فابینگ یا تایید فابینگ بودن با سوال‌های (۱۳،۱۴،۱۵) می‌باشد. چوتبیتایاسونوند و همکاران (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های نوموفوبیا

^۱ . Kline

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

۰/۸۴، تعارض بین فردی ۰/۸۷، خودانزوایی ۰/۸۳ و تایید مشکل ۰/۸۲ به‌دست آوردند. روایی و پایایی پرسشنامه در ایران توسط حسن اصفهانی و همکاران (۱۴۰۰) انجام گرفت و روایی و پایایی مناسبی به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی IAT (۱۹۹۹): تست اعتیاد به اینترنت کیمبرلی یانگ از معتبرترین تست‌های مربوط به سنجش اعتیاد اینترنتی است که در سال ۱۹۹۹ باهدف سنجش میزان اعتیاد به اینترنت طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۲۰ سوال و تک‌عاملی بوده و طیف پاسخ‌دهی به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای به‌دندرت (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. نمره آزمودنی دامنه‌ای از ۲۰ تا ۱۰۰ خواهد بود و هرچه نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده‌ی اعتیاد بالاتر فرد به اینترنت خواهد بود و بالعکس. این پرسشنامه استاندارد بوده و روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. نسخه فارسی این مقیاس در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته و ناستی‌زایی پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و قاسم‌زاده با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید کرده‌اند (به نقل از بحری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه جو عاطفی خانواده هیل‌برن FEA (۱۹۶۴): پرسشنامه جو عاطفی خانواده در سال (۱۹۶۴) توسط هیل‌برن ارزیابی جو عاطفی خانواده (رابطه پدر فرزندی و مادر فرزندی یعنی محبت، نوازش، تاییدکردن، تجربه‌های مشترک، هدیه‌دادن، تشویق‌کردن، اعتماد، احساس امنیت) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال و دارای ۸ بعد محبت (۱،۲)، نوازش (۳،۴)، تایید کردن (۵،۶)، تجربه‌های مشترک (۷،۸)، هدیه‌دادن (۹،۱۰)، تشویق کردن (۱۱،۱۲)، اعتماد (۱۳،۱۴) و احساس امنیت (۱۵،۱۶) است. نمره‌گذاری براساس طیف پنج‌گزینه‌ای خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) می‌باشد. هر دو سؤال یکی از خرده مؤلفه‌های جو عاطفی را اندازه‌گیری می‌کنند. سؤالات زوج رابطه پدر فرزندی و سؤالات فرد رابطه مادر فرزندی را اندازه‌گیری می‌کنند. جمع کل نمره پدر فرزندی ۴۰، و مادر فرزندی نیز ۴۰ است. نمرات کلی بالاتر نشان‌دهنده جو عاطفی بالاتر و بهتر در خانواده فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. ضریب آلفای کرونباخ در پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمد. در پژوهش ناهیدی (۱۳۹۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش ناهیدی (۱۳۹۰) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر باهدف مدلیابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد انجام گرفت و متغیر حمایت عاطفی در دو گروه مجزا مادر و پدر بررسی شد. در پژوهش حاضر تعداد ۳۵۲ نوجوان حضور داشتند که از بین آنان ۶۲ نفر ۱۴ ساله، ۷۳ نفر ۱۵ ساله، ۶۴ نفر ۱۶ ساله، ۵۹ نفر ۱۷ ساله و ۶۷ نفر ۱۸ ساله که از میان آنان ۱۶۲ نفر دختر و ۱۶۳ نفر پسر حضور داشتند. همچنین در پژوهش حاضر ۱۷۰ والد مادر و ۱۵۵ والد پدر همراه با نوجوان خود شرکت داشتند که در جدول ۱ تعداد فرزندان و جنسیت با هر والد را نشان داده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی

گروه	گزینه	فراوانی	فراوانی درصدی
زندگی با مادر	پسر	۸۸	۵۱/۷۶
	دختر	۸۲	۴۸/۲۳
	کل	۱۷۰	۱۰۰
زندگی با پدر	پسر	۷۵	۴۸/۳۸
	دختر	۸۰	۵۱/۶۱
	کل	۱۵۵	۱۰۰

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای مدل پیشنهادی

متغیر پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
		استاندارد	آماره	خطای استاندارد
فابینگ والدین	۵۴/۷۷	۸/۴۲۶	-۰/۲۷۴	۰/۱۳۵
اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	۶۸/۹۶	۶/۰۴۸	-۰/۳۱۵	۰/۱۳۵
جو عاطفی مادر	۱۶/۳۷	۳/۵۶۱	۰/۲۱۳	۰/۱۳۵

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

۰/۲۷۰	۰/۵۵۷	۰/۱۳۵	۰/۱۶۲	۳/۵۱۹	۱۷/۶۹	جو عاطفی پدر
۳۲۵						مجموع دو گروه

نتایج جدول ۲، مقدار میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. مقادیر آماره چولگی و کشیدگی از مقدار ۱، کمتر می‌باشند که نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش است. سپس ضرایب همبستگی پیرسون مدل بررسی شد و نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش مدل

فابینگ والدین	اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	جو عاطفی مادر	جو عاطفی پدر
۱	۰/۷۸۲**	۱	۱
اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	۰/۷۸۲**	-۰/۵۴۷**	۱
جو عاطفی مادر	-۰/۴۳۲**	-۰/۵۴۷**	۱
جو عاطفی پدر	-۰/۴۸۰**	-۰/۵۳**	۰/۷۷۶**

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد ضرایب همبستگی بین متغیر فابینگ والدین با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). اما جو عاطفی مادر و پدر با متغیرهای فابینگ والدین و همچنین با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی رابطه منفی و معناداری دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

پیش از برازش مدل، ابتدا ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری، مفروضه رابطه خطی، عامل تورم واریانس ۱ (VIF) و ضریب تحمل ۲ تک‌تک متغیرها و نرمال‌یته چندمتغیره و داده پرت چندمتغیره، مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون شاپیروویلک برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود و نشان‌دهنده توزیع پراکندگی نرمال است. همچنین نتایج نمودار پراکنش، از برقراری مفروضه رابطه خطی بین متغیرهای پژوهش نشان داد. مفروضه‌های خاص مدل معادلات نشان داد که ارزش‌های کشیدگی و چولگی هیچ‌یک از متغیرها از محدوده بین ۲+ و ۲- خارج نشده است. از نظر Kline (۲۰۲۳) شاخص‌های چولگی و کشیدگی بین ۲+ و ۲- بیانگر عدم انحراف چشم‌گیر از مفروضه منحنی نرمال است. نتایج استقلال خطاها یا استقلال‌ها نیز که آماره متغیرهای پژوهش بین ۱/۵ و ۲/۵ می‌باشد که نشان از برقراری این مفروضه در پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین نتایج مفروضه‌ها نشان داد که مسئله هم‌خطی بودن در بین متغیرهای پیش‌بین تحقیق رخ نداده است، زیرا که مقادیر ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین بالاتر از ۱۰ نیست (میرز و همکاران، ۲۰۰۶). نرمال بودن توزیع چندمتغیری یکی دیگر از مفروضه تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری بود که از طریق بررسی شکل توزیع داده‌های «فاصله مهلبوبیس (D)» ارزیابی شد. در پژوهش حاضر شاخص کشیدگی نمره‌های فاصله مهلبوبیس که مقدار آن برابر با ۲/۰۹۳ بود که این ارزش براساس دیدگاه Kline (۲۰۲۳) در محدوده ± ۲ است که نشان می‌دهد که ترکیب متغیر پیش‌بین در تبیین متغیرهای ملاک نرمال است و بیانگر توزیع نرمال داده‌های پژوهش می‌باشد.

جدول ۴: پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

متغیرهای مکنون	متغیرهای نشانگر	بارهای عاملی	بارهای عاملی	خطای استاندارد برآورد	مقدار آماره C.R	سطح معناداری P-value	پایایی سازه CR	روایی همگرا AVE
فابینگ والدین	نوموفوبیا	۱/۰۰۰	۰/۴۶۲	۰/۲۱۰	۹/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۰۵
	تعارض بین فردی	۱/۸۹۳	۰/۶۷۹	۰/۲۰۲	۸/۵۹۷	۰/۰۰۱		
	خودانزوایی	۱/۷۳۷	۰/۶۸۳	۰/۲۴۸	۷/۳۶۶	۰/۰۰۱		
	تایید فابینگ	۱/۸۲۴	۰/۶۹۷					
اعتیاد ۱		۱/۰۰۰	۰/۷۷۳				۰/۸۵	۰/۰۶

^۱ - variance inflation factor

^۲ - tolerance

^۳ . Mahalanobis distance (D)

اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی						
اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	۲	۱/۲۶۳	۰/۹۰۳	۰/۰۹۵	۱۳/۳۲۰	۰/۰۰۱
حمایت عاطفی						
حمایت عاطفی	جو عاطفی مادر	۱/۰۰۰	۰/۳۴۲	۰/۶۹	۰/۰۳	
	جو عاطفی پدر	-۱/۴۵۲	-۰/۳۵۶	۲/۹۹۵	-۰/۴۸۵	۰/۶۲۸

جدول ۴ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ است. طبق دیدگاه تاباچینک و فیدل (۲۰۱۳)، بارهای عاملی پایین‌تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب شده و می‌توان گفت چنین نشانگرهایی از توان لازم برای سنجش متغیر مکنون خود برخوردار نیستند. براساس جدول ۴ بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی ($\beta=0.903$) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر جو عاطفی مادر در حمایت عاطفی ($\beta=0.342$) است. با استناد به نتایج جدول می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون خود برخوردارند. بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به سه نشانگر نوموفوبیا، اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی و جو عاطفی مادر با عدد ۱ ثبت شده، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آنها محاسبه نشده است. در ستون انتهای جدول دو شاخص برازش تحلیلی عاملی، پایایی سازه و روایی همگرا آمده است که مقادیر نشان از برازش مطلوب مدل می‌دهند. قبل از بررسی ضرایب مسیر باید در ابتدا از برازش مدل با داده‌ها اطمینان حاصل کرد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری هر یک از متغیرهای مکنون گزارش شده است.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری متغیرها در تحلیل عاملی تاییدی

مقیاس‌های پژوهش	نسبت کای اسکور به درجات آزادی	سطح معناداری کای دو	شاخص برازش هنجار شده	ریشه میانگین مجذور خطای میانگین	شاخص تطبیقی	شاخص نسبی	شاخص افزایشی
	(CMIN/DF)	(χ^2)	(GFI)	(RMSEA)	(CFI)	(NFI)	(IFI)
فابینگ والدین	۲/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۰/۹۴۲	۰/۷۵۴
اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	۲/۹۵۷	۰/۰۵۲	۰/۹۹۳	۰/۰۷۶	۰/۹۹۹	۰/۹۹۸	۰/۹۹۹
حمایت عاطفی	۰/۹۱۸	۰/۵۰۸	۰/۹۹۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۹۱۷	۱/۰۰۸

نتایج شاخص‌های برازش در جدول ۵ برای مدل اندازه‌گیری نشان می‌دهد که کلیه شاخص‌های برازندگی از جمله χ^2 ($P > 0.05$)، χ^2/df ، AGFI و CFI در دامنه قابل قبول ۰/۹۰ به بالا هستند و شاخص RMSEA در دامنه مجاز ۰/۰۸ قرار دارد و نشان‌دهنده مطلوب بودن مدل اندازه‌گیری می‌باشد.

جدول ۶: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	حد قابل قبول	مقادیر
نسبت کای اسکور به درجات آزادی (CMIN/DF)	کوچک‌تر از ۳	۱/۹۴۳
سطح معناداری کای دو (χ^2)	بیشتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۱
شاخص برازش هنجار شده (GFI)	بالاتر از ۰/۹	۰/۸۷۹
ریشه میانگین مجذور خطای میانگین (RMSEA)	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۵۳
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳۳
شاخص برازش نسبی (NFI)	بالاتر از ۰/۹	۰/۸۷۲
شاخص برازش افزایشی (IFI)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳۴

نتایج شاخص‌های برازش در جدول ۶ برای مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که کلیه شاخص‌های برازندگی از جمله χ^2 ($P > 0.05$)، χ^2/df ، AGFI و CFI در دامنه قابل قبول ۰/۹۰ به بالا هستند و شاخص RMSEA در دامنه مجاز ۰/۰۸ قرار دارد و نشان‌دهنده مطلوب بودن مدل پیشنهادی می‌باشد، به عبارتی می‌توان گفت مدل با داده‌های حاصل از پژوهش برازش مناسبی دارد. نتایج مربوط به اثرات مستقیم و غیرمستقیم برای آزمون فرضیه در ادامه آمده است.

جدول ۷: ضرایب رگرسیون مستقیم، غیرمستقیم متغیرهای موجود در مدل

متغیرها	ضریب رگرسیونی	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	مقدار آماره T	سطح معناداری
	رگرسیونی	غیررگرسیونی	استاندارد	برآورد	

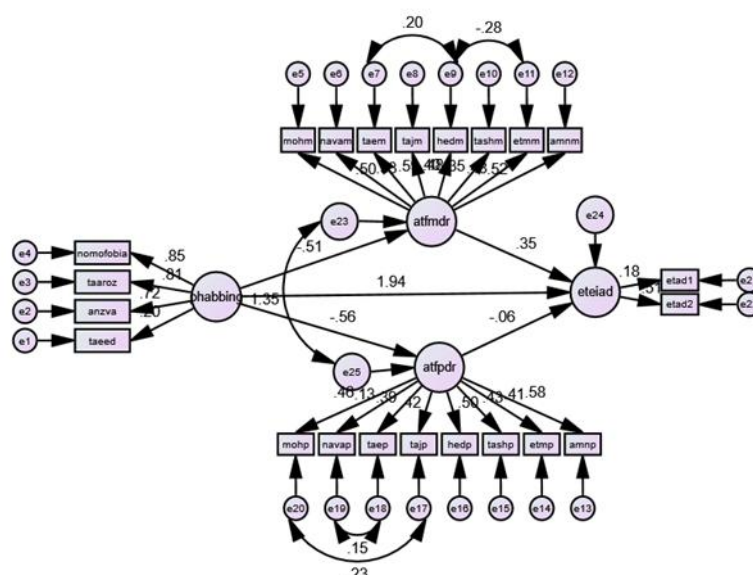
روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

P-value	S. E	Beta	B		
۰/۰۰۳	۳/۰۰۳	۱/۲۶۲	۱/۹۳۸	۳/۷۸۹	فابینگ والدین - اعتیاد
۰/۰۰۲	۳/۱۱۶	۰/۱۶۴	-۰/۵۰۶	-۰/۵۱۱	فابینگ والدین - حمایت عاطفی
۰/۰۰۳	۳/۰۱۰	۰/۲۲۳	۰/۳۴۷	۰/۶۷۲	حمایت عاطفی - اعتیاد
۰/۰۰۳	۳/۰۰۳	۱/۲۶۲	۱/۹۳۸	۳/۷۸۹	فابینگ والدین - اعتیاد
۰/۰۰۱	۳/۲۶۳	۰/۲۱۴	-۰/۵۵۷	-۰/۶۹۸	فابینگ والدین - حمایت عاطفی
۰/۵۶۱	-۰/۵۸۲	۰/۱۶۸	-۰/۰۶۳	-۰/۰۹۷	حمایت عاطفی - اعتیاد

حمایت
عاطفی مادر

حمایت
عاطفی پدر

جدول ۷، مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم را نشان می‌دهد. ضریب مسیر فابینگ والدین با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی نوجوانان تک‌والد ($\beta=1/938, p<0/01$) رابطه مثبت و معناداری دارد. در حمایت عاطفی مادر، ضرایب مسیر فابینگ والدین به حمایت عاطفی ($\beta=-0/506, p<0/01$) رابطه منفی و حمایت عاطفی به اعتیاد ($\beta=0/347, p<0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین در حمایت عاطفی پدر، ضرایب مسیر فابینگ والدین به حمایت عاطفی ($\beta=-0/557, p<0/01$) رابطه منفی و معنادار و حمایت عاطفی به اعتیاد ($\beta=-0/097, p<0/05$) عدم معناداری را نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر باهدف مدلیابی اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی براساس فابینگ والدین با میانجی‌گری حمایت عاطفی در نوجوانان تک‌والد انجام شد. نتایج یافته‌ها نشان داد که فابینگ والدین ($\beta=1/938$) رابطه مثبت و معناداری با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی نوجوانان در خانواده‌های تک‌والد دارد که با پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۲۲)، لیو و همکاران (۲۰۲۰)، ایکسی و ایکسی (۲۰۲۰) و چن^۱ و همکاران، (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت امروزه فناوری اطلاعات مدرن ازجمله گوشی همراه و رسانه‌های اجتماعی آن، ارتباط افراد را با دیگران آسان کرده است. بااین حال، چالش‌های جدیدی در رابطه با تعامل اجتماعی ازجمله فابینگ والدین به‌همراه داشته است (مک‌دانیل و دروین^۲، ۲۰۱۹). پدیده فابینگ در هر بافت و رابطه‌ای که رخ دهد، تأثیرات بسیار مخربی را بر فرد یا افرادی که مورد فابینگ واقع می‌شوند می‌گذارد، زیرا می‌تواند موجب ایجاد احساسات طردشدگی و نارضایتی در این افراد می‌شود (مک‌دانیل و وسلیمان^۳، ۲۰۲۱). والدینی که رفتار فابینگ از خود نشان می‌دهند، آن‌ها به‌جای اینکه با فرزندان خود ارتباط و یا تماس چشمی برقرار کنند، به گوشی‌های همراه و ارتباطات

^۱ . Liu

^۲ . Chen

^۳ . McDaniel & Drouin

^۴ . McDaniel & Wesselmann

مجازی در رسانه‌های اجتماعی توجه می‌کنند که گاهی ممکن است کاملاً از رفتارها و موقعیت‌های خود آگاه نباشند (بولات و نظیر، ۲۰۱۹) که در نتیجه آن، این رفتار منجر به احساس طردشدن و نارضایتی در فرزندان آنان می‌شود. به‌همین دلیل فرزندان ممکن است که آن رفتار را طردشدن درک کنند و حمایت عاطفی آن‌ها دچار آسیب شود (مک‌دانیل و وسلمان، ۲۰۲۱). براساس تئوری نقض انتظار (بورگون، ۱۹۹۳) افراد تمایل دارند که هنگام گفت‌وگو، توجه فرد را نیز داشته باشند و هنگامی که طرف گفت‌وگو این انتظار را نقض می‌کند، فرد آسیب می‌بیند. در روابط والد فرزندی نیز همچنین اتفاقی می‌افتد و نوجوان به‌طور معمول از والدین خود انتظار دارد که میزان بالایی از توجه خود را هنگام تعامل از خود نشان دهند (هینیکر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)؛ اما وقتی والدین به‌جای تعامل مثبت و بالا با فرزند خود، زمان قابل توجهی را به استفاده از تلفن همراه و رسانه‌های اجتماعی اختصاص می‌دهد، این رفتار منجر به کاهش تعاملات مطلوب والد فرزندی شده و کیفیت این ارتباطات کاهش پیدا می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). هنگامی نوجوان درک درستی از حمایت عاطفی والدین پیدا نمی‌کند و این باور در آن‌ها شکل می‌گیرد که والد آن‌ها نگران آن‌ها نیستند و یا علاقه‌ای به آن‌ها ندارند؛ بنابراین فابینگ والدین منجر می‌شود که نوجوانان احساس طردشدن و نقض توجه کنند، در این صورت به‌سمت فضاهای مجازی رسانه‌های اجتماعی پناه ببرند و با ایجاد اکانت‌های مجازی و ایجاد شخصیت‌های مجازی این طردشدن و بی‌توجهی را جبران می‌کنند. چن و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که فابینگ والدین و طردشدن نوجوانان از سوی والدین با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی نوجوانان ارتباط مثبتی دارد. همچنین وانگ و همکاران (۲۰۲۲)، لیو و همکاران (۲۰۲۰) و ایکسی و ایکسی (۲۰۲۰) نشان دادند که نوجوانانی که در معرض فابینگ شدید والدین قرار داشتند، طرد والدین بیشتری را درک کردند.

باتوجه به اینکه تحول و رشد شخصیت نوجوان متأثر و وابسته به هردوی والدین می‌باشد، غیبت یکی از والدین یا هر دو، اثر نامطلوبی بر رشد آن‌ها می‌گذارد، چراکه نوجوان تنها با یکی از والدین تعامل و ارتباط دارد و نیازها و خواسته‌های فردیش نیز از طریق همان والد برآورد می‌شود، و اگر خللی در این روابط به‌وجود آید، نوجوان را مستعد آسیب‌های روانی و اجتماعی می‌کند (آندرسون و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه‌براین گاهی والد قادر به درک برخی از احساسات نوجوان نیست و پاسخگویی مطلوبی به احساس نوجوان انجام نمی‌شود که این اتفاق منجر به شکاف ارتباطی بین فرزندان و والدین می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۲۱) و نوجوان را به‌سمت اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی سوق می‌دهد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نوجوانانی که همراه با یکی از والدین خود زندگی می‌کنند و والد آن‌ها مستعد فابینگ است، در این حالت اگر نتوانند نیازها و حمایت عاطفی مطلوبی را آن‌گونه که درک و فهم می‌کنند، از سمت والد خود دریافت کنند، موجب طردشدگی آنان می‌شود و نوجوانانی که طردشدن را از سوی والد مجرد خود تجربه می‌کنند، برای جبران این طردشدگی به‌سمت رسانه‌های اجتماعی پناه می‌برند و با ایجاد اکانت‌های مجازی، حمایت عاطفی لازمه را از طریق فضای مجازی رسانه‌های اجتماعی به‌دست می‌آورند. هنگامی که حمایت عاطفی دریافت شده از رسانه‌های اجتماعی نسبت به حمایت عاطفی دریافت شده از والد مجرد بیشتر شود، در این صورت برای جبران طردشدگی، بیشتر از قبل به این رسانه‌ها اعتیاد پیدا می‌کند و تلاش می‌کند خود آفلاین را در رسانه‌های اجتماعی به‌صورت آنلاین دوباره ایجاد کند و جنبه‌های طردشده خود را ویرایش کرده تا هویت مشخصی را به‌صورت آنلاین نشان دهند.

در قسمت‌دیگریافته‌ها نشان دادند که حمایت عاطفی والدین مادر و پدر مجرد از نوجوانان خود با فابینگ آن‌ها رابطه منفی و معناداری دارد که با پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۲۲)، پانکانی و همکاران (۲۰۲۰)، هانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان کرد که والدین یک منبع اصلی حمایت عاطفی برای نوجوانان هستند (چریست^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). نوجوانانی که والد آن‌ها در تعاملات والد فرزندی، به‌جای توجه به فرزندشان، به تلفن همراه خود توجه می‌کنند، این مسئله منجر به احساسات کم‌توجهی در نوجوانان شده که حمایت عاطفی آنان دچار آسیب می‌شود (نیو و همکاران، ۲۰۲۰). به‌عبارتی، اگر والد نسبت به نیازهای عاطفی نوجوان خود حساس و یا پاسخگو نباشند، در نوجوان احساس کم‌توجهی یا طردشدن از سوی والد به‌وجود می‌آید و نوجوان به سمت جبران این طردشدگی سوق می‌دهد. هانگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند رابطه عاطفی والدین و فرزندان با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی در بین نوجوانان رابطه منفی دارد، بدین معنا که نوجوانی که رابطه عاطفی مثبت و مطلوبی را از سمت والد خود دریافت و درک می‌کند، کمتر به رسانه‌های اجتماعی اعتیاد پیدا می‌کند و بالعکس نوجوانی که به هر دلیلی درک مناسبی از رابطه و حمایت عاطفی از سوی والد خود ندارد، اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کند. چراکه وقتی والد دائماً به تلفن همراه خود اجازه می‌دهند تا در تعاملات آن‌ها با نوجوانان دخالت کنند، در نوجوان این احساس به‌وجود می‌آید که والد تمایل و احساس خوبی نسبت به او ندارد و حمایت عاطفی موثری را نسبت به او از خود ابراز نمی‌کند و این طرح‌واره

^۱ . Hiniker

^۲ . Hong

^۳ . Christ

روابط ناپایدار را در دیگر تعاملات و روابط اجتماعی خود قرار می‌دهند که ممکن است خطر بیگانگی آن‌ها را افزایش دهد؛ در نتیجه فقدان حمایت عاطفی در روابط والد و فرزند خطر درک بیگانگی و طرد شدن را افزایش می‌دهد (هاسلام و تایلر^۱، ۲۰۲۲) و برای جبران این بیگانگی، آنان را به سمت اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی سوق می‌دهد. به بیان دیگر، نوجوانی که این احساس در آن‌ها به وجود می‌آید که والد مجرد آن‌ها تمایلی به ارائه حمایت عاطفی به آن‌ها ندارند، بهمین خاطر ممکن است برای جستجوی حمایت عاطفی به رسانه‌های اجتماعی روی بیاورند (برایلوسکایا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) و اگر نوجوانان حمایت عاطفی را از سوی رسانه‌های اجتماعی دریافت کنند؛ بنابراین به طور فزاینده‌ای انتظار و منتظر حمایت عاطفی بیشتر من جمله لایک و یا نظرات مثبت دوستان فضای اجتماعی خود می‌باشند، در نتیجه آن‌ها از این می‌ترسند که در هنگام ترک موقت رسانه‌های اجتماعی، این حمایت عاطفی فوری دوستان خود را از دست بدهند (فانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). به همین علت، وابستگی به رسانه‌های اجتماعی افزون پیدا می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که حمایت عاطفی مادر مجرد از نوجوان خود با اعتیاد رابطه مثبت و معنادار و حمایت عاطفی پدر مجرد با اعتیاد عدم معناداری را نشان داد. فرزندان تک‌والد به دلیل غایب بودن یکی از والدین، دلبستگی ناایمن را تجربه می‌کنند که با احساس ناامنی، خلق منفی و ضعف عاطفی همراه می‌باشد (جاوید، ۱۴۰۲). حمایتی که مادران به نوجوانان خود ارائه می‌دهند که همراه با امنیت و دلبستگی ایمن است (ایکسو و یئونگ^۴، ۲۰۱۳)، هنگامی نوجوان از والد مجرد خود این حمایت عاطفی را دریافت کند و احساس دلبستگی پیدا کرد، به سمت رسانه‌های اجتماعی کشیده می‌شود؛ چراکه گاهی علی‌رغم نمایان شدن احساسات فرزند، والدین آنان در اغلب مواقع قادر به درک صحیح این احساسات نبوده و پاسخگویی مناسب انجام نمی‌شود که این منجر به شکاف ارتباطی بین فرزندان و والدین می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۲۱) به عبارتی نیازهای نوجوان از سمت والد مادر در حد بالایی برآورده می‌شود و نوجوان را نازپرورده می‌کند و منجر به اعتیاد نوجوانان به رسانه‌های اجتماعی می‌شود. از طرفی حمایت عاطفی که پدران به نوجوانان خود ارائه می‌دهند با افزایش مشارکت پدر به عنوان یک مراقب اهمیت فزاینده‌ای پیدا می‌کند (ایکسو و یئونگ، ۲۰۱۳) به عبارتی پدران نقش حیاتی در معرفی نوجوانان به دنیای خارج از خانواده را دارند، و بستگی به درک نوجوان از این نوع حمایت دارد که چقدر می‌تواند نوجوان را در محیط‌های واقعی و یا مجازی پشتیبانی کند. به طور کلی، پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که فابینگ نه تنها با ارتباط پدر و فرزند مرتبط است، بلکه با ارتباط مادر و فرزند نیز مرتبط است. همچنین (پانکانی و همکاران، ۲۰۲۰) دریافتند که فابینگ یکی از والدین به طور مثبت با عدم ارتباط اجتماعی درک شده نوجوانان نه تنها از این والد بلکه با والدین دیگر مرتبط است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانانی که تنها با یک والد خود زندگی می‌کنند، نیاز به حمایت عاطفی بیشتری از سوی والد خود دارند و اگر والد مجرد نتواند نیاز آن‌ها را در دنیای واقعی بدهد، آن‌ها در فضای مجازی آن را دنبال می‌کنند و اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی در آنان فزونی می‌یابد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود، از جمله به خاطر جامعه محدود، پژوهشگر از نمونه‌گیری دردسترس استفاده کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جوامع بزرگتری انتخاب شود. همچنین باتوجه به نتایج مثبت فابینگ والدین بر اعتیاد نوجوانان تک والد به رسانه‌های اجتماعی و همچنین تاثیر مثبت حمایت عاطفی والدین مجرد، پیشنهاد می‌شود که والدین مجرد استفاده از اینترنت و تلفن همراه را مدیریت و برنامه‌ریزی کنند و حمایت عاطفی خود را از نوجوان خود بالا برده، تا بتواند با تعاملات مثبت و مطلوب در دنیای واقعی، از اعتیاد فرزندان خود به رسانه‌های اجتماعی پیشگیری و یا کاهش دهند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از نوجوانان و والدین آن‌ها که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- بحری، نرجس، صادق مقدم، لیلا، خدادوست، لیلی، محمدزاده، جلال، و بنفشه، الهه. (۱۳۹۰). وضعیت اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۸ (۳)، ۱۶۶-۱۷۳. https://caringtoday.lums.ac.ir/article_128006.html
- حسن اصفهانی، مصطفی، خانجانی، مهدی، و بذرام، عادل. (۱۴۰۰). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس عمومی فابینگ. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۲ (۴۶)، ۲۶-۷. DOI: ۱۰.۲۲۰۵۴/jem.۲۰۲۲.۶۴۲۹۹.۳۳۱۳

^۱ . Haslam & Taylor

^۲ . Brailovskaia

^۳ . Fang

^۴ . Xu & Yeung

حسن کمالی، عصمت. (۱۴۰۰). چگونه توانستم مشکل عدم اعتماد به نفس دانش آموز طلاق (علی‌اصغر) را با راهکار مناسب افزایش دهم؟. همایش ملی بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی و علوم انسانی. <https://civilica.com/doc/1244146>

جاوید، فاطمه. (۱۴۰۲). پیش‌بینی کیفیت زندگی نوجوانان تک‌والد براساس شادکامی و مدل شکوفایی پرما. نهمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره/ایران. تهران. <https://civilica.com/doc/1843233>

جلالی، آیدا، یوسف‌زاده، پیمان، و بهرامی، بیتا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش پرما سلیگمن بر بهزیستی ذهنی، کیفیت و جهت‌گیری زندگی تک‌والد مادر. زن و مطالعات خانواده، ۱۵ (۵۷)، ۳۱-۷. <https://doi.org/10.30498/jwsf.10.30498>

گلی، مونا، نعمتی چلابی، بهنام، رکاوندی، مهسا، و انوریان، احترام السادات. (۱۴۰۲). پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس شادکامی و امید در نوجوانان تک‌والدی. مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان. ۴ (۱)، ۳۴-۲۵. <http://dx.doi.org/10.2547/jspnay.10.2547>

ناهدی، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده با شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی سخت‌رویی و خودشکوفایی نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

References

- Affouneh, S., Mahamid, F. A., Berte, D. Z., Shaqour, A. Z., & Shayeb, M. (۲۰۲۱). The efficacy of a training program for social skills in reducing addictive internet behaviors among Palestinian university students. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, ۳۴. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00185-w>
- Al-Saggaf, Y., & O'Donnell, S. B. (۲۰۱۹). Phubbing: Perceptions, reasons behind, predictors, and impacts. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 1(۲), ۱۳۲-۱۴۰. <https://doi.org/10.1002/hbe2.132>
- Andrews, J. L., Foulkes, L., & Blakemore, S. J. (۲۰۲۰). Peer influence in adolescence: Public health implications for COVID-۱۹. *Trends in Cognitive Sciences*, ۸(۴), ۵۸۵-۵۸۷. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.001>
- Atteh, E., Assan-Donkoh, I., Mensah, Y. A., Boadi, A., Badzi, S. C., & Lawer, V. T. (۲۰۲۰). A thoughtful overview of social media usage among students and its impact on their academic work. *Asian Journal of Advanced Research and Reports*, ۳۰-۳۹. <https://doi.org/10.9734/ajarr/2020/v8i33201>
- Bahri, N., Sadegh Moghadam, L., Khodadoost, L., Mohammadzadeh, J., & Banafsheh, E. (۲۰۱۱). The state of Internet addiction and its relationship with the general health of Gonabad University of Medical Sciences students. *Modern Cares, Scientific Quarterly of the School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences*, ۸ (۳), ۱۶۶-۱۷۳. <https://caringtoday.lums.ac.ir/article/12806.html> [In Persian]
- Balcı, Ş., & Baloglu, E. (۲۰۱۸). Sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişki: Üniversite gençliği üzerine bir saha araştırması. *Ileti-s-im*, (۲۹). <https://doi.org/10.16878/gsuilet.50860>
- Batmaz, H., Türk, N., Kaya, A., & Yıldırım, M. (۲۰۲۲). Cyberbullying and cyber victimization: Examining mediating roles of empathy and resilience. *Current Psychology*, ۱-۱۱. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-01344-3>
- Beukeboom, C. J., & Pollmann, M. (۲۰۲۱). Partner phubbing: Why using your phone during interactions with your partner can be detrimental for your relationship. *Computers in Human Behavior*, 124, ۱۰۶۹۳۲. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106932>
- Błażnio, A., & Przepiorka, A. (۲۰۱۹). Be aware! If you start using Facebook problematically you will feel lonely: Phubbing, loneliness, self-esteem, and Facebook intrusion. A cross-sectional study. *Social Science Computer Review*, 37(۲), ۲۷۰-۲۷۸. <https://doi.org/10.1177/0894439318754490>
- Brailovskaia, J., Rohmann, E., Bierhoff, H. W., Schillack, H., & Margraf, J. (۲۰۱۹). The relationship between daily stress, social support and Facebook Addiction Disorder. *Psychiatry research*, 276, ۱۶۷-۱۷۴. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.014>
- Bulut, S., & Nazir, T. (۲۰۱۹). Phubbing phenomenon: A wild fire, which invades our social communication and life. *Open Journal of Medical Psychology*, 9(۱), ۱-۷. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2020.91001>
- Burgoon, J. K. (۱۹۹۳). Interpersonal expectations, expectancy violations, and emotional communication. *Journal of language and social psychology*, 12(۱-۲), ۳۰-۴۸. <https://doi.org/10.1177/0261927X93121003>
- Chen, S. Y., Roller, K., Kottman, T. (۲۰۲۱). Adlerian family play therapy: Healing the attachment trauma of divorce. *International Journal of Play Therapy*, ۳۰(۱), ۲۸-۳۹. <https://doi.org/10.1027/pla.000146>
- Chen, Y., Zhu, J., Ye, Y., Huang, L., Yang, J., Chen, L., & Zhang, W. (۲۰۲۱). Parental rejection and adolescent problematic mobile phone use: Mediating and moderating roles of school engagement and impulsivity. *Current Psychology*, 40, ۵۱۶۶-۵۱۷۴. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00458-9>
- Christ, S. L., Kwak, Y. Y., & Lu, T. (۲۰۱۷). The joint impact of parental psychological neglect and peer isolation on adolescents' depression. *Child abuse & neglect*, 69, ۱۵۱-۱۶۲. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.015>
- Fang, J., Wang, X., Wen, Z., & Zhou, J. (۲۰۲۰). Fear of missing out and problematic social media use as mediators between emotional support from social media and phubbing behavior. *Addictive behaviors*, 107, ۱۰۶۴۳۰. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106430>
- Geng, J., Lei, L., Ouyang, M., Nie, J., & Wang, P. (۲۰۲۱). The influence of perceived parental phubbing on adolescents' problematic smartphone use: A two-wave multiple mediation model. *Addictive Behaviors*, 121, ۱۰۶۹۹۵. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106995>
- Goli, M., Nemati Chelabi, B., rkavandi, M., & Anvarian, E. (۲۰۲۳). Predicting the quality of life based on happiness and hope in single-parent teenagers. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 4(۱), ۲۵-۳۴. doi:10.52547/jspnay.4.1.25 [In Persian]
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (۲۰۱۲). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of youth and adolescence*, 41, ۶۵۰-۶۷۲. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9759-6>

- Hall, J. A., Johnson, R. M., & Ross, E. M. (۲۰۱۹). Where does the time go? An experimental test of what social media displaces and displaced activities' associations with affective well-being and quality of day. *New Media & Society*, 21(۳), ۶۷۴–۶۹۲. <https://doi.org/10.1177/1461444818804750>
- Hassan Esfahani, M., Khanjani, M., & Bazram, A. (۲۰۲۱). The factor Structure and psychometric properties of Generic Scale of Phubbing (GSP). *Quarterly of Educational Measurement*, ۱۲(۴۶), ۷-۲۶. doi: ۱۰.۲۲۰۵۴/jem.۲۰۲۲.۶۴۲۹۹.۳۳۱۳ [In Persian]
- Hasan Kamali, A. (۱۴۰۰). How was I able to increase the problem of lack of self-confidence of the divorce student (Ali Asghar) with a suitable solution? *International National Conference of Educational Sciences, Psychology and Human Sciences*. <https://civilica.com/doc/1244146>
- Haslam, Z., & Taylor, E. P. (۲۰۲۲). The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 125, ۱۰۵۵۱۰. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.۲۰۲۲.۱۰۵۵۱۰>
- Hiniker, A., Schoenebeck, S. Y., & Kientz, J. A. (۲۰۱۶, February). Not at the dinner table: Parents' and children's perspectives on family technology rules. In *Proceedings of the 19th ACM conference on computer-supported cooperative work & social computing* (pp. ۱۳۷۶-۱۳۸۹). <https://doi.org/10.1145/2818048.2819940/10.1145>
- Hong, W., Liu, R. D., Ding, Y., Oei, T. P., Zhen, R., & Jiang, S. (۲۰۱۹). Parents' phubbing and problematic mobile phone use: the roles of the parent-child relationship and children's self-esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(۱۲), ۷۷۹-۷۸۶. <https://doi.org/10.1089/cyber.۲۰۱۹.۰۱۷۹>
- Hosseinzadeh, F., Negarandeh, R., Sadat-Hoseini, A. S., & Pashaeypoor, S. (۲۰۲۳). The effects of virtual logotherapy on health-promoting lifestyle among single-parent adolescent girls during the coronavirus disease ۲۰۱۹ pandemic: a randomized clinical trial. *BMC Women's Health*, ۲۳(۱), ۱-۱۰. <https://doi.org/10.1186/s129۰۵-۰۲۳-۰۲۴۳۱-y>
- Jalai, A., Yousefzadeh, P., & Bahrami, B. (۱۴۰۱). The effectiveness of Perma Seligman training on the mental well-being, quality and life orientation of single parent mothers. *Women and Family Studies*, ۱۵(۵۷), ۳۱-۷. <https://doi.org/10.3۰۴۹۵/jwsf.۲۰۲۲.۱۹۴۶۷۵۵.۱۶۳۶> [In Persian]
- Javid, F. (۱۴۰۲). Predicting the quality of life of single-parent teenagers based on happiness and Perma's prosperity model. *The 7th national conference of modern studies and research in the field of educational sciences, psychology and counseling in Iran*. Tehran. <https://civilica.com/doc/1843233> [In Persian]
- Kline, R. B. (۲۰۲۳). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kümpel, A. S. (۲۰۲۰). The Matthew effect in social media news use: Assessing inequalities in news exposure and news engagement on social network sites (SNS). *Journalism*, 21(۸), ۱۰۸۳-۱۰۹۸. <https://doi.org/10.1177/1464884920910374>
- Liu, K., Chen, W., Wang, H., Geng, J., & Lei, L. (۲۰۲۱). Parental phubbing linking to adolescent life satisfaction: The mediating role of relationship satisfaction and the moderating role of attachment styles. *Child: Care, Health and Development*, 47(۷), ۲۸۱-۲۸۹. <https://doi.org/10.1111/cch.12839>
- Longstreet, P., & Brooks, S. (۲۰۱۷). Life satisfaction: A key to managing internet & social media addiction. *Technology in Society*, ۵۰, ۷۳-۷۷. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.۲۰۱۷.۰۵.۰۰۳>
- Mason, A. N., Narcum, J., & Mason, K. (۲۰۲۱). Social media marketing gains importance after Covid-۱۹. *Cogent Business & Management*, 8(۱), ۱۸۷۰۷۹۷. <https://doi.org/10.1080/233119۷۵.۲۰۲۰.۱۸۷۰۷۹۷>
- McDaniel, B. T., & Drouin, M. (۲۰۱۹). Daily technology interruptions and emotional and relational well-being. *Computers in Human Behavior*, 99, ۱-۸. <https://doi.org/10.1016/j.chb.۲۰۱۹.۰۴.۰۲۷>
- McDaniel, B. T., & Wesselmann, E. (۲۰۲۱). "You phubbed me for that?" reason given for phubbing and perceptions of interactional quality and exclusion. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(۳), ۴۱۳-۴۲۲. <https://doi.org/10.10۰۲/hbe.۲۰۲۰>
- Nahidi, M. (۲۰۱۷). investigating the relationship between the emotional atmosphere of the family and the formation of stubborn personality traits and self-actualization of adolescents, *master's thesis, Islamic Azad University, Tehran Science and Research Branch*. [In Persian]
- Niu, G., Yao, L., Wu, L., Tian, Y., Xu, L., & Sun, X. (۲۰۲۰). Parental phubbing and adolescent problematic mobile phone use: The role of parent-child relationship and self-control. *Children and Youth Services Review*, 116, ۱۰۵۲۴۷. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.۲۰۲۰.۱۰۵۲۴۷>
- Öçal, T., Halmatov, M., & Ata, S. (۲۰۲۱). Distance education in COVID-۱۹ pandemic: An evaluation of parent's, child's and teacher's competences. *Education and Information Technologies*, 26(۶), ۶۹۰۱-۶۹۲۱. <https://doi.org/10.1۰۰۷/s۱۰۶۳۹-۰۲۱-۱۰۵۵۱-x>
- Özaslan, A., Yıldırım, M., Güney, E., Güzel, H. Ş., & İşeri, E. (۲۰۲۲). Association between problematic internet use, quality of parent-adolescents relationship, conflicts, and mental health problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(۴), ۲۵۰۳-۲۵۱۹. <https://doi.org/10.1۰۰۷/s۱۱۴۶۹-۰۲۱-۰۰۵۲۹-۸>
- Pancani, L., Gerosa, T., Gui, M., & Riva, P. (۲۰۲۰). "Mom, dad, look at me": The development of the Parental Phubbing Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3۸(۲), ۴۳۵-۴۵۸. <https://doi.org/10.1177/0۲۶۵۴۰۷۵۲۰۹۶۴۸۶۶>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycok, C., & Coyle, S. (۲۰۱۶). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 142(۱۰), ۱۰۱۷. <https://doi.org/10.1۰۳۷/bul۰۰۰۰۰۵۸>
- Statista (۲۰۲۱). *Number of social media users worldwide from 2017 to 2025* (in billions). Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/۲۷۸۴۱۴/number-of-worldwide-social-network-users/>
- Shensa, A., Sidani, J. E., Escobar-Viera, C. G., Switzer, G. E., Primack, B. A., & Choukas-Bradley, S. (۲۰۲۰). Emotional support from social media and face-to-face relationships: Associations with depression risk among young adults. *Journal of affective disorders*, 260, ۳۸-۴۴. <https://doi.org/10.1۰۱۶/j.jad.۲۰۱۹.۰۸.۰۹۲>
- Subramanian, K. R. (۲۰۱۷). Influence of social media in interpersonal communication. *International Journal of Scientific Progress and Research*, 38(۲), ۷۰-۷۵. <https://www.researchgate.net/publication/3۱۹۴۲۲۸۸۵> Influence of Social Media in Interpersonal Communication

- Tandon, A., Dhir, A., Talwar, S., Kaur, P., & Mäntymäki, M. (۲۰۲۲). Social media induced fear of missing out (FoMO) and phubbing: Behavioural, relational and psychological outcomes. *Technological Forecasting and Social Change*, 174, ۱۲۱۱۴۹. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121149>
- Wang, P., Mao, N., Liu, C., Geng, J., Wei, X., Wang, W., ... & Li, B. (۲۰۲۲). Gender differences in the relationships between parental phubbing and adolescents' depressive symptoms: The mediating role of parent-adolescent communication. *Journal of Affective Disorders*, 302, ۱۹۴-۲۰۳. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.073>
- Wu, X., Zhang, L., Yang, R., Zhu, T., Xiang, M., & Wu, G. (۲۰۲۲). Parents can't see me, can peers see me? Parental phubbing and adolescents' peer alienation via the mediating role of parental rejection. *Child Abuse & Neglect*, 132, ۱۰۵۸۰۶. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105806>
- Xie, X., & Xie, J. (۲۰۲۰). Parental phubbing accelerates depression in late childhood and adolescence: A two-path model. *Journal of Adolescence*, 78, ۴۳-۵۲. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.004>
- Yıldırım, M., & Çiçek, İ. (۲۰۲۲). Fear of COVID-۱۹ and smartphone addiction among Turkish adolescents: Mitigating role of resilience. *The Family Journal*. <https://doi.org/10.1177/1066480722113951>

Structural model of self-care and mental health with the mediating role of resilience in patients with type ۲ diabetes

مدل ساختاری خودمراقبتی و سلامت روان با نقش میانجی تاب آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

معصومه عطاردامچلو کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران .

Masoumeh.attarod@gmail.com

غلامرضا صرامی فروشانی دکتری تخصصی روان شناسی استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، ایران. (نویسنده

مسئول). Ghrsar2@gmail.com

Abstract

The aim of the present study was to determine the structural model of self-care and mental health with the mediating role of resilience in patients with type ۲ diabetes. This study is in the form of a descriptive and correlational research design using the structural equation modeling method. The statistical population of the study included all people with type ۲ diabetes between the ages of ۳۰ and ۶۵ living in Tehran in ۱۴۰۳. The sample size was ۱۴۳ people calculated using the Tabachnig and Fidel formula (۲۰۰۸) and selected using the convenience sampling method. In this study, the self-care questionnaires of Tobert and Glasgow (۲۰۰۰), resilience of Connor and Davidson (۲۰۰۳), and mental health of Witt and Weir (۱۹۸۳) were used to collect data. The data were analyzed by correlation tests and modeling. The results of the analysis of the findings showed that there is a significant positive correlation between the variables of self-care and resilience ($p < ۰.۰۱$, $r = ۰.۴۲۸$), a significant positive correlation between the variables of self-care and mental health ($p < ۰.۰۱$, $r = ۰.۳۷۵$), and a significant positive correlation between the variables of resilience and mental health ($p < ۰.۰۱$, $r = ۰.۴۵۷$). Also, based on the significance criteria of the fit indices, the tested model has a very good fit. Therefore, based on the results of the study, it is recommended that health professionals consider the role of factors related to self-care and resilience in order to increase the mental health of people with type ۲ diabetes and include these in their interventions.

Keywords: Resilience, Diabetes, Self-care, Mental Health

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین مدل ساختاری خودمراقبتی و سلامت روان با نقش میانجی تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. این پژوهش در قالب یک طرح پژوهشی توصیفی و از نوع همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در بازه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۱۴۳ نفر با فرمول تاباخنیگ و فیدل (۲۰۰۸) محاسبه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. در این پژوهش از پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی توبرت و گلاسکو (۲۰۰۰)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سلامت روان ویت و ویر (۱۹۸۳) جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید، داده‌ها مورد تحلیل آزمون‌های همبستگی و مدل‌سازی قرار گرفت. نتیجه تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای خودمراقبتی با تاب‌آوری رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = ۰/۴۲۸$ ، $p < ۰/۰۱$)، بین متغیرهای خودمراقبتی و سلامت روان رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = ۰/۳۷۵$ ، $p < ۰/۰۱$) و بین متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روان رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = ۰/۴۵۷$ ، $p < ۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین براساس ملاک‌های معناداری شاخص‌های برازش، مدل آزمون شده برازندگی بسیار خوبی دارد. بنابراین براساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در جهت افزایش سلامت روان مبتلایان به دیابت نوع دو، نقش عوامل مرتبط با خودمراقبتی و تاب‌آوری را مدنظر قرار دهند و در مداخلات خود این موارد را لحاظ کنند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، دیابت، خودمراقبتی، سلامت

روان

مقدمه

دیابت یک بیماری متابولیک مزمن، شایع و روبه‌رشد است. این بیماری همراه با پیامدهای جدی و مهم جسمانی و روانی بوده که می‌تواند فرد بیمار را در طول بیماری به یک یا چند عارضه مبتلا سازد، دیابت دو نوع است. در دیابت نوع یک بدن به صورت کامل تولید انسولین را متوقف می‌کند اما در دیابت نوع دو بدن به اندازه کافی انسولین تولید نمی‌کند و یا مشکل در گیرنده‌های انسولین وجود دارد (نعمت‌زاده، ثابت و رفیعی‌پور، ۱۴۰۲). عوامل ژنتیکی ۱۰ تا ۱۵ درصد از موارد ابتلا به دیابت نوع دو را شامل می‌شوند. عواملی مانند چاقی، عدم فعالیت فیزیکی، تغذیه نامناسب و افزایش سن از عوامل محیطی پیش‌بینی‌کننده دیابت نوع دو هستند. دیابت نوع دو با فراوانی ۹۰ درصد، شایع‌ترین شکل دیابت است (متولی، زربخش و ابوالقاسمی، ۱۴۰۰). افراد مبتلا به دیابت در طولانی‌مدت به عوارضی مانند نفروپاتی، نوروپاتی، سکته قلبی، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و... مبتلا می‌شوند که این عوارض مسئول مرگ بیش از ۲۰۰ هزار نفر در سال است (صلحی، حضرتی و نجات دادگر، ۱۳۹۷). دیابت همانند هر بیماری مزمن دیگری بار اجتماعی و اقتصادی ناشی از دیابت، موجب نگرانی در سیستم سلامت کشورها شده است، شیوع بیماری دیابت نوع دو در سراسر جهان به طور پیوسته در حال افزایش است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت بیش از ۳۴۶ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند که این تعداد تا سال ۲۰۳۰ بیش از دو برابر خواهد شد (گوهری نژاد، نیکان کلهری، سالاری و ابراهیم، ۱۴۰۱).

بر اساس گزارش انجمن دیابت ایران در سال ۱۴۰۰، حدود ۱۲ درصد از افراد بزرگسال جامعه در ایران، مبتلا به دیابت هستند که این مسئله یک مشکل جدی بهداشتی است و تا سال ۲۰۳۰ ممکن است این تعداد به ۹ میلیون نفر برسد که با توجه به بار اقتصادی ناشی از عوارض این بیماری، نظام سلامت کشور با مشکلات و چالش‌های جدی رو به رو خواهد شد (سوگند، ۱۴۰۱). بیماران دیابتی معمولاً بعد از تشخیص و در فرایند درمان و پذیرش بیماری، تحت تاثیر علائم روانشناختی تهدیدکننده سلامت روان مانند استرس، افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند. ابتلا به دیابت باعث افزایش دو برابری علائم روانشناختی شده و افسردگی اساسی، بیش از یک چهارم بیماران دیابتی را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (رامش، قاضیان، رافعی پور و صفری، ۱۳۹۷). تحقیقات انجام شده توسط بارون و نیکولز^۱ (۲۰۰۴) نشان دادند که سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد غیردیابتی کمتر است. سازمان جهانی در سال ۲۰۱۳، سلامت روان را به فقدان هرگونه بیماری روانی همراه با وضعیت رفاه و بهداشت اجتماعی تعریف کرده است. همچنین در تعریف دیگری سلامت روانی را توانایی فرد در برقراری ارتباط متعادل با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خود و حل مناسب و منطقی تعارضات هیجانی و تعاملات شخصی می‌داند (راهپیمایا، ۱۹۹۸). سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود (قاسمی و ابویی، ۱۴۰۲).

سلامت روان به عنوان حالتی از بهزیستی تعریف شده است که در آن فرد به توانایی‌های خود پی برده و می‌تواند با استرس‌های عادی زندگی کنار بیاید (فاربر و روسینداج، ۲۰۲۰). از عواملی که می‌تواند با سلامت روان بیماران دیابتی در ارتباط باشد، خودمراقبتی است. دیابت درمان قطعی ندارد و مهم‌ترین درمان آن پیشگیری یا کنترل علائم بیماری است. گلاسکو معتقد است دیابت یک مسئله رفتاری و یک بیماری خودمراقبتی است (حسینی، عبدخودی و اقامحمدیان شراف، ۱۳۹۷). در میان عوامل مؤثر بر پیشگیری و جلوگیری از پیشرفت بیماری و بهبود و درمان آن، رفتارهای خودمراقبتی مهم‌ترین عامل محسوب می‌شوند (فیروزی و عمادی). خودمراقبتی در بیماران دیابتی ضروری است و نیاز به پیگیری مداوم دارد خودمراقبتی برای بیمار دیابتی وظیفه مادام‌العمر محسوب می‌شود (رحیمی و صداقت، ۱۴۰۱). فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۷ توصیه می‌کند بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل مطلوب قندخون، تدابیر خودمراقبتی شامل پیروی از یک رژیم غذایی سالم، مصرف منظم داروها، فعالیت ورزشی منظم و پایش قندخون را به کار بگیرند (رامیش و همکاران، ۲۰۱۸). مفهوم مراقبت اولین بار توسط آرم در سال ۱۹۵۹ تحت عنوان نظریه پرستاری نقص مراقبت از خود ارائه شد. خودمراقبتی دسته‌ای از اقداماتی است که توسط فرد به اجرا در می‌آید و به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، محدودکردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند (دهکردی و همکاران، ۱۴۰۰).

رفتارهای خودمراقبتی مناسب، سبب ارتقا توانایی‌ها، انجام بهتر فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در بیمار می‌شود که به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و در نهایت کیفیت زندگی مطلوب‌تری خواهد داشت. سلامت روان مثبت و خودمراقبتی سازه‌های مهمی برای افراد مبتلا به اختلالات مزمن جسمانی هستند که آن‌ها را ملزم می‌کند تا با انجام خودمراقبتی به شیوه‌ای خاص، شرایط مزمنی که بر سلامت جسمانی آن‌ها تاثیر گذاشته است را بپذیرند (پویگ و همکاران، ۲۰۲۰). از دیگر عواملی که می‌تواند با سلامت روان بیماران دیابتی

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

مرتبط باشد، تاب آوری است. بسیاری از محققین رابطه معنادار و نفی میان تاب آوری و مشکلات روانی بیان می‌کنند، به این معنی که سطوح بالای تاب آوری منجر به بهبود سلامت روان و سطوح پایین تاب آوری، با کاهش سلامت روان در بیماران دیابتی همراه است، مفهوم تاب آوری از اهمیت زیادی در روان‌شناسی برخوردار شده است. تاب آوری نخستین با توسط روان‌شناسان تحولی، در مطالعه کودکانی که در شرایط ناگوار قادر به زنده ماندن بودند، بررسی شد (بهرمند، ۱۳۹۶).

مک آلپرست و مک این ون (۲۰۰۹) تاب آوری را به عنوان یک توانمندی برای بهبود شرایط ناخوشایند و غلبه بر مشکلات در زندگی افراد می‌دانند. تاب آوری به عنوان ویژگی شخصیتی مثبتی است که سازگاری فردی را افزایش می‌دهد و منبعی پایدار برای پاسخگویی به ناملایمات به صورت انعطاف‌پذیر است. با توجه به شرایط سلامت مزمن، تاب آوری به عنوان راهی برای سازگاری به شیوه‌ای موفق‌تر با بیماری به نظر می‌رسد (امیرنژاد، ۱۴۰۱). مطالعات انجام شده درباره تاب آوری در افراد مبتلا به دیابت، ارتباط مطلوبی بین تاب آوری و تبعیت از درمان نشان داده‌اند. به عنوان مثال افرادی که نمرات تاب آوری بالاتری داشتند، تبعیت از درمان و کیفیت زندگی بهتری هم داشتند (بویل و همکاران، ۲۰۲۰). محققان سلامت، اخیراً به ارتباط و اهمیت بالای میان متغیر تاب آوری و بیماری‌های جسمی و روانی پی برده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند تاب آوری تأثیر مثبتی بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد و در درازمدت با مرگ و میر کمتر در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مرتبط است (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹). فاربر و روزندال در سال ۲۰۲۰ در پژوهشی بیان کردند سطوح بالاتر تاب آوری با سلامت‌روان بهتر در افراد مسن مرتبط است (فاربر و روزندال، ۲۰۲۰).

کلیر و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند تاب آوری می‌تواند باعث افزایش سلامت روان شود (سعیدیان و همکاران، ۱۴۰۱). از میان تحقیقاتی که در سال‌های اخیر در زمینه شناسایی متغیر میانجی‌گر تاب آوری در رابطه بین خودمراقبتی و سلامت‌روان انجام شده‌است، می‌توان به پژوهشی که توسط واران در سال ۲۰۲۲ انجام شد اشاره کرد. این محقق پژوهشی در زمینه نقش میانجی تاب آوری در ارتباط بین خودمراقبتی و بهزیستی روانشناختی در جمعیت بزرگسالان ترکیه انجام داد. او نشان داد ارتباط بین خودمراقبتی و بهزیستی روانشناختی ممکن است به وسیله تاب آوری بهبود یابد؛ که در نتیجه به ارتقا بهزیستی روانشناختی که از زیرمولفه‌های سلامت روان است، می‌انجامد. در نتایج این پژوهش خودمراقبتی توانست تاب آوری و بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کند. همچنین تاب آوری، بهزیستی روانشناختی را نیز پیش‌بینی کرد؛ اما نقش میانجی‌گری تاب آوری به طور کامل تأیید نشد و تحلیل میانجی‌گری به صورت معکوس معنادار بود که نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. همچنین این محقق پیشنهاد می‌کند که این ترکیب متغیرها در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بررسی شوند (واران، ۲۰۲۵). در یک متاآنالیز که توسط جین و همکاران در سال ۲۰۲۱ انجام شد، نشان دادند که ادبیات پژوهش تاب آوری، این پتانسیل را دارد که از ناملایمات خودمراقبتی روزانه در بیماران مزمن جلوگیری کند و بهزیستی روانی و جسمی آن‌ها را ارتقا دهد. متاآنالیز رابطه مثبتی میان تاب آوری و خودمراقبتی در شرایط مزمن نشان داد و یافته‌های حاصل از مطالعات حاکی از وجود رابطه دوسویه میان تاب آوری و خودمراقبتی بود (جین و همکاران، ۲۰۲۳).

در پژوهش‌های دیگری نشان داده شد که تاب آوری نقش میانجی در کاهش اثرات منفی استرس زندگی و افسردگی در سالمندان بستری در بیمارستان ایفا می‌کند و به ویژه گزارش شده است که تأثیر قابل توجهی بر کنترل قندخون دارد که کنترل قندخون از پیامدهای خودمراقبتی است (مک گوینس و نوردستوکی، ۲۰۲۳). با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که تاب آوری می‌تواند با کنترل قندخون در بیماران دیابتی و کاهش اثرات منفی استرس و افسردگی، سبب ارتقا سلامت روان این افراد شود؛ در نتیجه به نظر می‌رسد بتواند نقش میانجی را میان دو متغیر خودمراقبتی و سلامت روان ایفا کند. با همه این تفاسیر به نظر می‌رسد که در رابطه سلامت‌روان افراد مبتلا به دیابت، ابعاد ناشناخته زیادی وجود دارد و لازم است با شناسایی متغیرهای میانجی‌گر در این رابطه به شفافیت بیشتر و افزایش سلامت‌روان این گروه از افراد جامعه کمک شود. این موضوع از این نظر حائز اهمیت است که سلامت‌روان متغیری است که توانایی رشد و ارتقا را دارد. با توجه به یافته‌های مطالعات قبلی می‌توان نتیجه گرفت که این سه متغیر می‌توانند با هم مرتبط باشند. بنابراین با بررسی مطالعات انجام شده به نظر می‌رسد که تاب آوری بتواند بین سلامت‌روان و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نقش میانجی‌گری داشته باشد. بنا به مطالب بیان شده و با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا تاب آوری نقش میانجی‌گری در رابطه بین خودمراقبتی و سلامت‌روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد؟

مدل مفهومی پژوهش

خودمراقبتی

سلامت روان



روش‌شناسی پژوهش

از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در بازه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۱۴۳ نفر با فرمول تاباخیگ و فیدل (۲۰۰۸) محاسبه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. براساس این فرمول، برای محاسبه حجم نمونه در رگرسیون چندگانه، با توجه به تعداد متغیرهای پیش بین استفاده می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین است. بنابراین در مطالعه حاضر سه متغیر پیش‌بین به نام خودمراقبتی و تاب آوری دارای پنج خرده مقیاس و سلامت روان نیز دارای ۳ خرده مقیاس هستند. لذا در مجموع ۱۱ متغیر پیش بین می‌شود. طبق فرمول فوق ۸ ضرب در ۱۱ بعلاوه ۵۰ می‌شود ۱۳۸ که طبق فرمول، نمونه پژوهش باید بیش از ۱۳۸ نفر باشد. بنابراین برای اطمینان از دقت در انتخاب حجم نمونه و افزایش توان اعتبار بیرونی پژوهش در جهت تعمیم دهی نتایج، تعداد ۱۴۳ نفر مبتلا به دیابت نوع دو انتخاب گردید.

ابزار اندازه‌گیری:

الف) پرسش‌نامه خودمراقبتی توبرت و گلاسکو (۲۰۰۰): این مقیاس یک پرسش‌نامه خودگزارشی ۱ سؤالی است که معیارهای خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت، ورزش، آزمایش قند خون و مصرف داروها، مراقبت از پا و سیگار کشیدن می‌باشد. در این پرسش‌نامه به‌استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های گویه‌ها به دست می‌آید. امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد. در تحقیق حمد زاده و همکاران در سال ۱۳۹۱، روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تأیید قرار گرفته است که میانگین آن ۸۴.۹ بوده است. همچنین در پژوهش آنها پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که مقدار ۰.۷۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار پایایی، ۰.۸۶ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

ب) پرسش‌نامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسش‌نامه توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در حوزه تاب آوری تهیه شد. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه که عبارتند از: جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش‌های مراقبت‌های اولیه، بیمارستان سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. این مقیاس قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار بگیرد. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده مقیاس است که عبارتند از: شایستگی فردی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، مهار یا کنترل، و معنویت در افراد. این پرسش‌نامه علاوه بر ۵ نمره حاصل از خرده مقیاس‌ها یک نمره کل بین نمره ۰ تا ۱۰۰ دارد. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ عبارت است که در مقیاس لیکرتی کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره برای این آزمون صفر و حداکثر ۱۰۰ است. افرادی که نمرات بالای ۶۰ دریافت می‌کنند تاب آور هستند. در پژوهش صدیقی ارفعی و نمکی بیدگلی در سال ۱۳۹۵ ضریب آلفا برای متغیر تاب آوری ۰.۸۵ به دست آمد و در مطالعه رزم پوش و همکاران در سال ۱۳۹۷ برای محاسبه پایایی با روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی برابر ۰.۸۹ و روایی با شیوه تحلیل عاملی برابر ۰.۷۸ به دست آمد که نشانه پایایی مناسب این آزمون است. در پژوهش حاضر با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، مقدار پایایی، ۰.۹ به دست آمد.

ج) پرسش‌نامه سلامت روان ویت و ویر (۱۹۸۳): این پرسش‌نامه ۳۸ سؤال دارد که ۱۴ سؤال آن بهزیستی روانشناختی و ۲۴ سؤال درماندگی روانشناختی را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (همیشه) تا نمره ۶ (هرگز) می‌سنجد. همه گویه‌ها به جز ۸، ۱۴ و ۱۸ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و یک نمره کلی است. حداقل نمره آزمودنی در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی ۱۴ و ۲۴ و حداکثر نمره آزمودنی در این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۸۴ و ۱۴۲ خواهد بود. همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز برای بهزیستی روانشناختی ۰.۹۲ / ۰ و درماندگی روانشناختی ۰.۹۴ / ۰ بوده

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

است. ضریب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. روایی همزمان بر حسب ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی مقیاس سلامت عمومی برای بهزیستی روانشناختی به طور معکوس و منفی ۰/۸۷ - و برای درماندگی روانشناختی به طور مستقیم و مثبت ۰/۸۸ محاسبه شد. همچنین روایی واگرا برای بهزیستی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۵۹ - و ۰/۶۴ - و روایی همگرا نیز به همین ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار پایایی ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها:

جدول (۱): آمار توصیفی مربوط به متغیرهای خودمراقبتی، تاب آوری و سلامت روان

متغیرها تعداد حداقل حداکثر میانگین انحراف معیار				
خودمراقبتی	۱۴۳	۳۹	۷۸	۵۲/۶۷
تاب آوری	۱۴۳	۴۲	۹۴	۶۰/۰۳
سلامت روان	۱۴۳	۱۵۶	۲۱۰	۱۲۶/۴۹

با توجه به جدول شماره (۱) اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر خودمراقبتی به ترتیب ۵۲/۶۷ و ۱۷/۹۱، تاب آوری به ترتیب ۶۰/۰۳ و ۱۴/۹۸ و سلامت روان ۱۲۶/۴۹ و ۲۰/۶۰ می‌باشد.

جدول (۲): ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیرها	خودمراقبتی	تاب آوری	سلامت روان
خودمراقبتی	۱		
تاب آوری	۰/۴۲۸**	۱	
سلامت روان	۰/۳۷۵**	۰/۴۵۷**	۱

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول (۲) ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای خودمراقبتی با تاب آوری رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/428$ ، $p < 0/01$)، بین متغیرهای خودمراقبتی و سلامت روان رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/375$ ، $p < 0/01$) و بین متغیرهای تاب آوری و سلامت روان رابطه همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/457$ ، $p < 0/01$) وجود دارد.

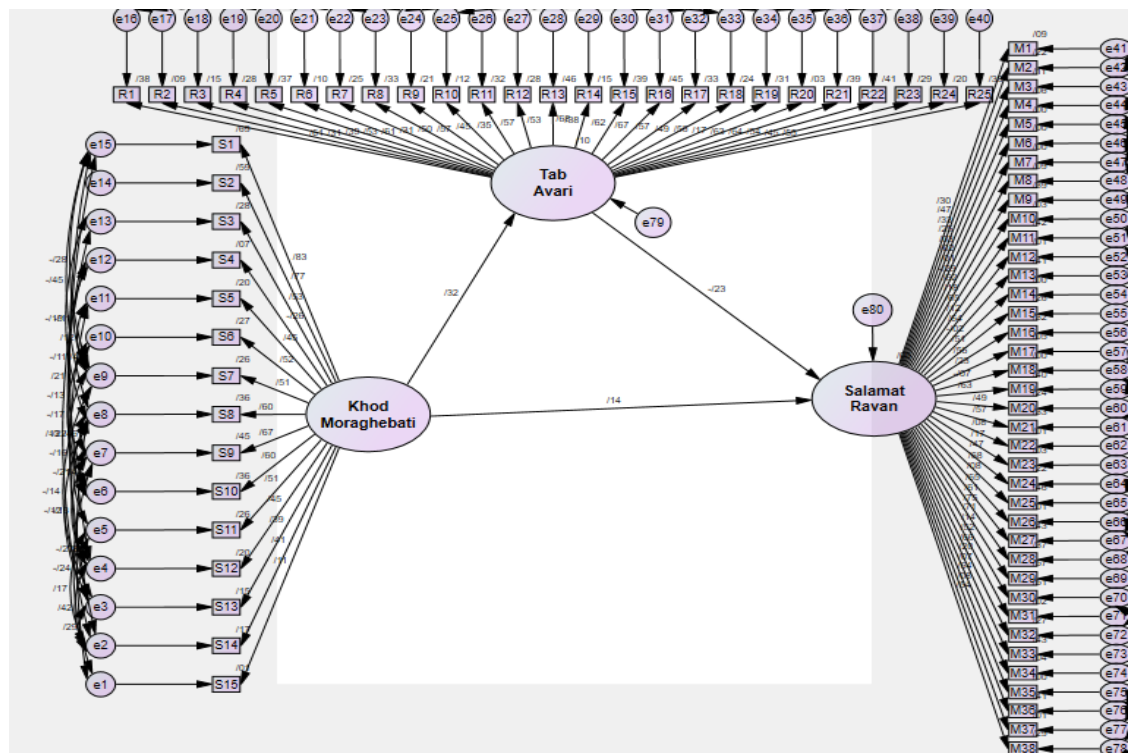
جدول (۳): شاخص‌های برازندگی در تحلیل مدل سازی

شاخص	نوع شاخص	معیار مناسب	مقدار مدل	توضیح
χ^2 / df	برازش مطلق	کمتر از ۵	۱/۴۴۳	تناسب مدل با داده‌ها؛ حساس به حجم نمونه
GFI	برازش مطلق	بالاتر از ۰/۹۰	۰/۹۱۵	میزان تناسب مدل با داده‌ها
AGFI	برازش مطلق	بالاتر از ۰/۹۰	۰/۹۵۳	نسخه تعدیل شده GFI با توجه به درجه آزادی
RMSEA	برازش مطلق	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۵	خطای تقریب مدل در جمعیت
CFI	برازش نسبی	بالاتر از ۰/۹۰	۰/۹۱۹	مقایسه مدل با مدل پایه مستقل
TLI / NNFI	برازش نسبی	بالاتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۲	برازش نسبت به مدل پایه با تعدیل پیچیدگی
NFI	برازش نسبی	بالاتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۵	کاهش خطای مدل نسبت به مدل پای

با توجه جدول (۳) مقدار مدل در کلیه شاخص‌های برازندگی در تحلیل مدل سازی از معیار مناسب برخوردار است که نشان دهنده ان است این مدل از برازندگی بسیار خوبی برخوردار است.

نمودار ارزیابی مدل کلی نقش میانجی‌گری تاب‌آوری در رابطه بین خودمراقبتی و سلامت روان

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی



بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین مدل ساختاری خودمراقبتی و سلامت روان با نقش میانجی تاب آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین متغیرهای خودمراقبتی با تاب آوری، بین متغیرهای خودمراقبتی و سلامت روان و بین متغیرهای تاب آوری و سلامت روان رابطه همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه جدول (۳) مقدار مدل در کلیه شاخص‌های برازندگی در تحلیل مدل سازی از معیار مناسب برخوردار است که نشان دهنده آن است این مدل از برازندگی بسیار خوبی برخوردار است. در تبیین رابطه بین خودمراقبتی و سلامت روان با نقش میانجیگری تاب آوری می‌توان گفت، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی منجر به حفظ و ارتقاء سلامت روان و کنترل بیماری دیابت در بیماران مبتلا به این بیماری شده و از عوارض شدید این بیماری جلوگیری می‌کند. سلامت روان مثبت و خودمراقبتی متغیرهای مهمی برای افراد مبتلا به اختلالات مزمن جسمانی هستند که آن‌ها را ملزم می‌کند تا با انجام خودمراقبتی، شرایط مزمنی که بر سلامت آن‌ها تاثیر گذاشته است را بپذیرند و آن را ارتقا دهند. بنابراین بیماران مبتلا به دیابت برای بهبود و حفظ سلامت روان، باید فعالیت‌های خودمراقبتی را انجام دهند و خودمراقبتی با بهبود سلامت روان در این بیماران مرتبط است. عوامل مرتبط با خودمراقبتی، برای ارتقاء تاب آوری مفید هستند و همچنین تاب آوری می‌تواند باعث بهبود و تقویت خودمراقبتی شود. همچنین تاب آوری به عنوان یک صفت و سلامت روان به عنوان یک پیامد انطباقی است. تاب آوری از پیش‌بینی کننده‌ها و مولفه‌های اصلی مرتبط با سلامت روان است. سطوح بالاتر تاب آوری با سلامت روان بالاتر در افراد خصوصاً افراد با سنین بالاتر ارتباط دارد. تاب آوری می‌تواند در رابطه میان خودمراقبتی و بهزیستی روانشناختی نقش واسطه‌ای ایفا کند. تاب آوری می‌تواند باعث افزایش سلامت روان شود. تاب آوری سلامت روان را از طریق کاهش آسیب، حفاظت و تقویت می‌کند. تاب آوری تاثیر منفی ناملايمات یا قرارگرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا را کاهش یا محدود می‌کند. تاب آوری از افراد در برابر تاثیرات رویدادهای منفی در زندگی روزمره محافظت می‌کند و توانایی افراد را برای مقابله با تهدیدات بالقوه بهبود می‌بخشد. تاب آوری برای بهبود بهزیستی روانی و عاطفه مثبت حیاتی است. تاب آوری در مقایسه با عوامل محافظ خارجی نسبتاً ثابت است و می‌تواند پیش‌بینی نسبتاً پایداری از سلامت روان افراد ارائه دهد. همچنین تاب آوری می‌تواند سلامت روان افراد را تضمین و ارتقا دهد. تاب آوری نقش بسیار مهمی در جلوگیری از بروز اختلالات روانی نشان می‌دهد و از عواملی است که به سازگاری با موقعیت‌های سخت زندگی کمک می‌کند و از افراد در برابر اختلالات روانی محافظت می‌کند. تاب آوری نقش میانجی در کاهش اثرات منفی استرس زندگی و افسردگی ایفا می‌کند و تاثیر قابل توجهی بر کنترل قندخون دارد. تاب آوری با جلوگیری از ابتلا به اختلالات از کاهش بهزیستی و افزایش درماندگی روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو جلوگیری می‌کند. به نظر می‌رسد مشکلات مربوط به خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع

روانشناسی مثبت‌نگر اسلامی

دو، از مسیرهای گوناگون بر ابعاد مختلف سلامت روان بیماران تأثیر می‌گذارد. تبیین همه این عوامل موثر در این زمینه نیاز به تحقیقات بسیار زیادی دارد. در همین راستا، در این پژوهش نشان داده شد که خودمراقبتی از طریق تاب‌آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به دیابت نوع دو به شرح زیر اثرگذار است. یافته میانجی‌گری تاب‌آوری در رابطه خودمراقبتی و بهزیستی روانشناختی با نتیجه مطالعه واران در سال ۲۰۲۲ همخوان است و در تبیین آن می‌توان این‌گونه بیان کرد که در پژوهش حاضر مشابه این پژوهش، خودمراقبتی توانست سلامت روان را با میانجی‌گیری تاب‌آوری پیش‌بینی کند. بنابراین تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی، از سختی‌ها و مشکلات انجام فعالیت‌های خودمراقبتی روزانه در بیماران مزمن مانند مبتلایان به دیابت نوع دو جلوگیری می‌کند و بهزیستی روانی و جسمانی این بیماران را ارتقا می‌دهد. خودمراقبتی و تاب‌آوری به عنوان مولفه‌های اثرگذار بر متغیر سلامت روان، می‌توانند کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی کنند. تاب‌آوری در کاهش اثرات منفی مسائل روانشناختی نقش مهمی ایفا می‌کند و تأثیر قابل توجهی بر کنترل قندخون که از پیامدهای خودمراقبتی است، دارد. تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی با کاهش سختی فعالیت‌های خودمراقبتی مانند رعایت رژیم غذایی و مراقبت از پا، سبب ارتقاء بهزیستی روانشناختی در مبتلایان به دیابت نوع دو می‌شود و با تقویت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از عوارض این بیماری جلوگیری می‌کند و سبب کنترل قندخون و حفظ سلامت جسمانی و روانی در این بیماران می‌شود. بنابراین با ارتقاء تاب‌آوری و خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو، می‌توان سلامت روان این بیماران را ارتقاء داد و از این طریق به آن‌ها در روند کنارآمدن و درمان بیماری دیابت نوع دو کمک شایانی کرد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدرانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- Amirnejat , (۲۰۲۲). The art of resilience. Tehran: Vania; ۱۴۰۱. ۱۸-۵۷ p. [persian]
- Bahremand M, Rai A, Alikhani M, Mohammadi S, Shahebrahimi K, Janjani P, (۲۰۱۵). Relationship between family functioning and mental health considering the mediating role of resiliency in type ۲ diabetes mellitus patients. Glob J Health Sci. ۲۰۱۵;۷(۳):۲۵۴.
- Boell JEW, Silva DMGV da, Guanilo MEE, Hegadoren K, Meirelles BHS, Suplici SR, (۲۰۲۰). Resilience and self-care in people with diabetes mellitus. Texto Context. ۲۰۲۰;۲۹:e۲۰۱۸۰۱۰۵.
- Dehkordi MA, Eisazadeh F, Chaleshtari AM, (۲۰۲۱). Assessing the Self-Care Status of Patients with Type ۲ Diabetes During The Covid-۱۹ Epidemic: A Qualitative Study. Iran J Diabetes Lipid Disord [Internet]. ۲۰۲۱;۲۱(۲):۷۹-۹۱. Available from: <https://www.magiran.com/paper/۲۳۲۸۶۵۷>[persian]
- Färber F, Rosendahl J, (۲۰۲۰). Trait resilience and mental health in older adults: A meta-analytic review. Personal Ment Health. ۲۰۲۰;۱۴(۴):۳۶۱.
- Firoozi M, Emami SS, (۲۰۲۰). Prediction of Self-Care Behaviors Based on Perceived Stress and Goal Setting Skill in Patients with Type ۲ Diabetes. Iran J Endocrinol Metab [Internet]. ۲۰۲۰;۲۱(۶):۳۳۷-۴۴. Available from: <https://www.magiran.com/paper/۲۱۶۱۸۵۷> [persian]
- Ghasemi H, Abooei A. Prediction of Mental Health based on Emotional Alexithymia and Marital Burnout of Women Affected by Infidelity. J Appl Fam Ther [Internet]. ۲۰۲۳;۴(۴):۴۲۸-۵۵. Available from:

- <https://www.magiran.com/paper/۲۶۴۷۹۸۴> [persian]
- Ghasemi H, Abooei, (۲۰۲۳) A. Prediction of Mental Health based on Emotional Alexithymia and Marital Burnout of Women Affected by Infidelity. J Appl Fam Ther [Internet]. ۲۰۲۳;۴(۴):۴۲۸-۵۵. Available from: <https://www.magiran.com/paper/۲۶۴۷۹۸۴> [persian]
- Hoseyni M, Abdkhodai MS, Aghamohammadian Sherbaf HR, (۲۰۱۷). Role of Mediating Sense of Coherence in Relationship between Duration and Number of Physical Complications of Diabetes with Mental Health in Patients with Type ۲ Diabetes Mellitus QHMS [Internet]. ۲۰۱۷ Sep ۱;۲۳(۴):۳۱۱-۷. Available from: <http://imtj.gmu.ac.ir/article-۱-۲۶۶۲-en.html>[persian]
- Jin Y, Bhattarai M, Kuo W, Bratzke LC, (۲۰۲۳). Relationship between resilience and self-care in people with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. ۲۰۲۳;۳۲(۹-۱۰):۲۰۴۱-۵۵.
- McGuinness C, Nordstokke D, (۲۰۲۳). Mindful self-care and resilience in first-year undergraduate students. J Am Coll Heal. ۲۰۲۳;۷۱(۸):۲۵۶۹-۷۷.
- Motevali F, Zarbakhsh M, Abolghasemi S, (۲۰۲۱). Presentation a model for Promotion of self-care behaviors diabetic patient according to life style, diabetes knowledge and disease perception with mediating role of psychological capital. ۲۰۲۱; [persian]
- Neamatizade Z, Sabet M, Rafiepoor A. (۲۰۲۳). Structural model of self-care of patients with type-۲ diabetes based on emotional symptoms, and spirituality: The mediating role of self-compassion. J Psychol. ۲۰۲۳;۲۲(۱۲۶):۱۹۱۰۲۰۶. [persian]
- Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MA, Roldán-Merino J, (۲۰۲۰). Positive mental health and self-care in patients with chronic physical health problems: Implications for evidence-based practice. Worldviews Evidence-Based Nurs. ۲۰۲۰;۱۷(۴):۲۹۳-۳۰۰.
- Rahimi S, Saeb AR, Sedaghat M, (۲۰۲۲). The effectiveness of self-care behaviors training on health-promoting lifestyle and control of hemoglobin A1C in patients with type ۲ diabetes. Mod Psychol Res [Internet]. ۲۰۲۲;۱۷(۶۶):۹۱-۱۰۰. Available from: ۲Rahimi M, Jalali M, Nouri R, Rahimi M, (۲۰۲۰). The mediating role of resilience and diabetes distress in relationship between depression and treatment adherence in Type ۲ Diabetes among iranian patients. J Community Heal Res. ۲۰۲۰; [persian]
- Rahpeima farnaz, (۲۰۱۹). Prediction of mental health based on self-efficacy, emotional health and emotional intelligence of first grade high school students in district ۹ of Tehran. Payam Noor University of Hamedan Province, Payam Noor Kabudarahang Center; ۱۳۹۸. [persian]
- Ramesh S, Ghazian M, Rafiepoor A, Safari AR, (۲۰۱۸). The Mediator Role of Depression and Anxiety in the Relationship between Cognitive Emotional Regulation and Self-care in Type ۲ Diabetes. Vol. ۱۶, Pajouhan Scientific Journal. ۲۰۱۸. p. ۳۷-۴۵. [persian]
- Ranjbar sogand(۲۰۲۲). Comparison of anxiety, self-efficacy and life expectancy in people with type ۲ diabetes and non-diabetic people. Rahman Institute of Higher Education, Department of Psychology; ۱۴۰۱. [persian]
- Saeidian A, Ahadi M, Malihi S, Sarami G, Sirafi M, (۲۰۲۱). The mediating role of resiliency in the relationship between dimensions of social support and self-care in patients with asthma. Feyz Med Sci J. ۲۰۲۱;۲۵(۱):۷۸۴-۹۰. [persian]
- Solhi M, Hazrati S, Nejaddadgar N, (۲۰۱۷). Analysis of self-care behaviors and their related factors in patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs. ۲۰۱۷;۵(۳):۲۲۳-۳۱. [persian]
- Varan D, (۲۰۲۵). Mediator roles of resilience on the link between mindful self-care and psychological well-being. Vol. ۲۰۲۵, Unpublished master's thesis]. Bahçeşehir University. Education. ۲۰۲۲.

Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility and distress tolerance in individuals with abnormal grief in Shiraz

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پذیری در افراد با سوگ نابهنجار در شهر شیراز

مرجان قدرتی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

Marjanghodraty91@gmail.com

tolerance in individuals with abnormal grief in Shiraz. The statistical population of this study included all adults with abnormal grief who had referred to counseling and psychotherapy centers in Shiraz. Sampling was conducted using the convenience method, and a total of ۳۰ people were selected to participate in the study and were randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received mindfulness-based cognitive-behavioral therapy in the form of ۸ ۹۰-minute weekly sessions, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using the Cognitive Flexibility Questionnaire (Dennis & Van der Valk, ۲۰۱۰) and the Distress Tolerance Questionnaire (Simmons & Gahr, ۲۰۰۵), and data analysis was performed using the analysis of covariance method. The results showed that the therapeutic intervention significantly increased cognitive flexibility and distress tolerance in the experimental group, while the control group did not experience any significant change.

Key words: cognitive-behavioral therapy, mindfulness, cognitive flexibility, distress tolerance, Abnormal grief.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پذیری در افراد با سوگ نابهنجار در شهر شیراز طراحی و اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی افراد بزرگسال با تجربه سوگ نابهنجار بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و در مجموع، ۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و ونادروال، ۲۰۱۰) و پرسشنامه تحمل‌پذیری (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) گردآوری شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج نشان داد که مداخله درمانی موجب افزایش قابل توجه انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پذیری در گروه آزمایش شد، در حالی که گروه کنترل تغییر معنی‌داری را تجربه نکرد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل‌پذیری، سوگ نابهنجار.

مقدمه

مرگ^۱ و از دست دادن عزیزان یکی از تجربه‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان است که در همه فرهنگ‌ها و جوامع به‌عنوان رخدادی عاطفی و روان‌شناختی عمیق شناخته می‌شود (براون، احمدی، رضایی، ۱۴۰۰). در شرایط معمول، سوگ^۲ فرایندی طبیعی و سازگارانه است که طی آن فرد در طول زمان و با کمک حمایت‌های روانی، اجتماعی و شناختی، واقعیت فقدان را می‌پذیرد و به تدریج تعادل هیجانی و شناختی خود را بازمی‌یابد (نظری، حسینی، کاظمی، ۱۳۹۹؛ استروبه، شوت، بورنر^۳، ۲۰۱۷). با این حال، در برخی افراد این روند به‌صورت طبیعی پیش نمی‌رود و تجربه سوگ به حالتی طولانی‌مدت، شدید و مختل‌کننده تبدیل می‌شود که از آن با عنوان سوگ نابهنجار^۴ یاد می‌شود. در این وضعیت، فرد توانایی کنار آمدن با فقدان را از دست می‌دهد و نشانه‌هایی همچون اندوه مفرط، ناتوانی در باور فقدان، نشخوار ذهنی درباره شخص از دست‌رفته، احساس گناه، خشم و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی مشاهده می‌شود (قشقایی، زارعی، پاشایی، ۱۴۰۱). سوگ نابهنجار می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روانی^۵ مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، کاهش کیفیت زندگی و اختلال در روابط بین‌فردی گردد (نعمتی، کریمی، جمشیدی، ۱۴۰۰). بنابراین سوگ نابهنجار نه تنها یک واکنش عاطفی، بلکه مسئله‌ای قابل مداخله و درمان محسوب می‌شود.

یکی از عوامل مؤثر بر ماندگاری و تشدید سوگ نابهنجار، سطح انعطاف‌پذیری شناختی^۶ افراد است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد برای تغییر دیدگاه‌ها، یافتن معنای جدید از رویدادها، ایجاد راه‌حل‌های متنوع و تنظیم شیوه‌های تفکر در پاسخ به شرایط دشوار اشاره دارد (دنيس، ونادروال، ۲۰۱۰). فردی که از انعطاف‌پذیری شناختی بالایی برخوردار است، می‌تواند فقدان را در چارچوب‌های متفاوت معنا کند و به مرور معنای تازه‌ای از زندگی خود بسازد (مارتین و روبین^۷، ۱۹۹۵). اما در افراد دارای سوگ نابهنجار، تفکر معمولاً حالت خشک، تکرار شونده، مطلق و غیرقابل تغییر پیدا می‌کند (بونانو، وستفال، مانچینی^۸، ۲۰۲۰). این افراد اغلب خود را ناتوان از پذیرش واقعیت می‌دانند و در یک چرخه بسته از نشخوار و تکرار خاطرات باقی می‌مانند. در نتیجه، فرایند سوگواری سالم متوقف شده و سوگ به صورت مزمن و رنج‌آور ادامه می‌یابد (شیئر و همکاران^۹، ۲۰۱۱). بنابراین بهبود و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند نقش مهمی در سازگاری سالم با فقدان داشته باشد (موسوی، صفری، یوسفی، ۱۳۹۸).

متغیر دیگری که نقش تعیین‌کننده‌ای در فرایند سوگ نابهنجار دارد، تحمل پریشانی^{۱۰} است. تحمل پریشانی به توانایی فرد برای مدیریت و تحمل هیجان‌های ناخوشایند مانند غم، درماندگی، اضطراب و اندوه بدون رفتارهای اجتنابی یا تکانشی اشاره دارد (سیمونز، گاهر^{۱۱}، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، در مواجهه با احساسات دردناک ناشی از فقدان، دچار آشفتگی شدید می‌شوند و تلاش می‌کنند از طریق انکار، فرار، انزوا یا رفتارهای ناسازگارانه مانند مصرف مواد یا فرو رفتن افراطی در خاطرات از این احساسات دوری کنند (نظری و همکاران، ۱۴۰۰). این اجتناب هیجانی سبب می‌شود پردازش واقعی فقدان

^۱. Death

^۲. Mourning

^۳. Stroebe, M., Schut, H., & Boerner

^۴. Abnormal grief

^۵. Mental disorders

^۶. Cognitive flexibility

^۷. Martin, M. M., & Rubin

^۸. Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini

^۹. Shear et al

^{۱۰}. Distress tolerance

^{۱۱}. Simons, J. S., & Gaher

صورت نگیرد و سوگ به شکل حل نشده باقی بماند. در مقابل، بالا بودن تحمل پریشانی به فرد کمک می‌کند تا به جای اجتناب، هیجان‌های دشوار را بپذیرد، تجربه کند و به تدریج با فقدان سازگار شود (گراتز، بارنز، دیویس^۱، ۲۰۱۶). در سال‌های اخیر، رویکردهای جدید روان‌درمانی، تأکید خود را از کنترل یا حذف هیجان‌ها به سمت پذیرش، مواجهه آگاهانه و تنظیم هیجان تغییر داده‌اند. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از مهم‌ترین این رویکردها است (هوفمان، ساویر، ویت، اوه^۲، ۲۰۱۰). این درمان با ترکیب تکنیک‌های شناخت‌درمانی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی، به افراد کمک می‌کند تا افکار، احساسات و خاطرات خود را بدون قضاوت و بدون تلاش برای سرکوب مشاهده کنند. ذهن‌آگاهی با ایجاد آگاهی لحظه‌ای و پذیرش تجربه‌های درونی، به فرد می‌آموزد که به جای غرق شدن در گذشته یا ترس از آینده، در لحظه اکنون حضور یابد. این فرایند سبب می‌شود انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یابد زیرا فرد قادر می‌شود رویداد فقدان را با معناها و دیدگاه‌های جدید بررسی کند (گارلند، فارب، گلدین، فردریکسون، ۲۰۱۵). همچنین تحمل پریشانی تقویت می‌شود زیرا فرد یاد می‌گیرد هیجان‌های دردناک را تجربه و مدیریت کند بدون اینکه تحت تأثیر آنها دچار فروپاشی یا اجتناب هیجانی شود (چمبرز، گالون، آلن، ۲۰۰۹). بنابراین درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند ابزار مؤثری برای کمک به افراد دچار سوگ نابهنجار باشد.

از طرفی، سوگواری و نحوه مواجهه با فقدان تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی است. شهر شیراز با ساختار روابط خانوادگی عاطفی و وابستگی‌های اجتماعی خاص، می‌تواند شرایط متفاوتی برای تجربه سوگ ایجاد کند (نجفی، حسینی، شریفی، ۱۳۹۷). با وجود اهمیت این موضوع، پژوهش‌های داخلی درباره اثر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در افراد دارای سوگ نابهنجار، به‌ویژه در شیراز، محدود است. بنابراین انجام پژوهشی که به‌طور تجربی تأثیر این روش درمانی را بررسی کند، ضرورت دارد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این پرسش شکل گرفته است که آیا درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای سوگ نابهنجار در شهر شیراز شود؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افرادی بود که در سال ۱۴۰۳ با تشخیص سوگ نابهنجار به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب نمونه، ابتدا بر اساس پرونده‌های درمانی و ارزیابی اولیه توسط روان‌شناس متخصص، افرادی که معیارهای سوگ نابهنجار را داشتند، شناسایی شدند. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط انتخاب شدند. با اشاره به دلایل (۱۳۸۵)، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی می‌تواند نتایج معتبر و قابل استنادی را فراهم سازد. بنابراین، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده، به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: داشتن تشخیص سوگ نابهنجار توسط روان‌شناس بالینی یا مشاور متخصص، گذشت حداقل سه ماه و حداکثر دو سال از زمان فقدان، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سکونت در شهر شیراز، تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی، و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه. معیارهای خروج شامل مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی تثبیت‌کننده خلق، مشارکت همزمان در دیگر درمان‌های روان‌شناختی، غیبت بیش از دو جلسه، یا تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها در هر یک از مراحل بود. گردآوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های زیر انجام گرفت:

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳ (CFI) توسط دنیس و ونادروال^۴ (۲۰۱۰)، جهت سنجش میزان انعطاف روانی افراد طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر، هم در کار بالینی و هم غیربالینی، به‌ویژه در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر اختلالات روانی کاربرد دارد. در ایران، پژوهش‌شماره و همکاران (۲۰۱۴) سه خرده‌مقیاس برای این پرسشنامه شناسایی کردند: جایگزین‌ها، کنترل، و

^۱. Gratz, K. L., Bardeen, J. R., & Davis

^۲. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh

^۳. Cognitive Flexibility Inventory

^۴. Dennis, J. P., & Vander Wal

جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. این پرسشنامه دارای مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است: کاملاً مخالف: ۱، مخالفم: ۲، تا حدی مخالفم: ۳، نه موافق و نه مخالفم: ۴، تا حدی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملاً موافقم: ۷. برخی سوالات (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند: کاملاً مخالف: ۷، مخالفم: ۶، تا حدی مخالفم: ۵، نه موافق و نه مخالفم: ۴، تا حدی موافقم: ۳، موافقم: ۲، کاملاً موافقم: ۱. خرده‌مقیاس‌ها و سوالات مربوطه به این صورت هستند: جایگزین‌ها شامل سوالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ کنترل شامل سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷؛ جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی شامل سوالات ۸ و ۱۰. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی را نشان می‌دهد که حداکثر آن ۱۴۰ و حداقل آن ۲۰ است و جمع نمرات سوالات هر خرده‌مقیاس نیز نمره همان زیرمقیاس را ارائه می‌دهد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین‌تر انعطاف‌پذیری کمتر است. دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان CFI را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ گزارش کردند. در ایران، شاره و همکاران (۱۳۹۲؛ فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ اعلام کردند و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ بوده است.

پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر^۱ (۲۰۰۵)، جهت سنجش میزان توانایی افراد در تحمل حالات ناخوشایند هیجانی طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال است و برای ارزیابی ظرفیت فرد در مواجهه با پریشانی روانی، هم در زمینه‌های بالینی و هم غیربالینی، به‌ویژه در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، و اختلالات تنظیم هیجان کاربرد دارد. این ابزار در مطالعات روان‌شناسی بالینی و پژوهش‌های مرتبط با تاب‌آوری هیجانی مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران، پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۶) نسخه فارسی این پرسشنامه را اعتباریابی کرده و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کردند. همچنین در مطالعه فاضلی و همکاران (۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۸ اعلام شد. این ضرایب نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی هستند و استفاده از آن در پژوهش‌های بالینی و غیربالینی را تأیید می‌کنند. این پرسشنامه دارای مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است: کاملاً مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، تا حدی مخالفم: ۳، نه موافق و نه مخالفم: ۴، تا حدی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملاً موافقم: ۷. برخی سوالات (۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲ و ۱۴) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند: کاملاً مخالفم: ۷، مخالفم: ۶، تا حدی مخالفم: ۵، نه موافق و نه مخالفم: ۴، تا حدی موافقم: ۳، موافقم: ۲، کاملاً موافقم: ۱. پرسشنامه تحمل پریشانی شامل چهار خرده‌مقیاس است: تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی منفی پریشانی، جذب شدن در پریشانی، و تنظیم رفتار در شرایط پریشانی. خرده‌مقیاس‌ها به صورت زیر تعریف شده‌اند: تحمل پریشانی هیجانی شامل سؤالاتی است که میزان توانایی فرد در تحمل احساسات ناخوشایند را می‌سنجد. ارزیابی منفی پریشانی به برداشت‌های منفی فرد از تجربه پریشانی اشاره دارد. جذب شدن در پریشانی به میزان درگیری ذهنی فرد با احساسات ناخوشایند مربوط می‌شود. تنظیم رفتار در شرایط پریشانی به توانایی فرد در کنترل رفتارهای خود هنگام تجربه پریشانی می‌پردازد. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل تحمل پریشانی را نشان می‌دهد که حداقل آن ۱۵ و حداکثر آن ۱۰۵ است. همچنین جمع نمرات هر خرده‌مقیاس، نمره همان زیرمقیاس را ارائه می‌دهد. نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل بیشتر پریشانی و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده حساسیت بیشتر نسبت به پریشانی است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با مقیاس تنظیم هیجان برابر با ۰/۶۸- و روایی همگرایی آن را با مقیاس اضطراب بک برابر با ۰/۵۲

^۱. Simons, J. S., & Gaher

گزارش کردند. در ایران، نسخه فارسی این پرسشنامه توسط پژوهشگران مختلف ترجمه و اعتباریابی شده و نتایج روان‌سنجی آن تأییدکننده پایایی و روایی مناسب ابزار در جمعیت ایرانی است.

برنامه درمانی مورد استفاده در گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ سگال، ویلیام و تیسدا^۲ (۲۰۱۸)، بود که در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. محتوای جلسات شامل موارد زیر بود: جلسه اول شامل آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف درمان و معرفی روند جلسات بود. در این جلسه، اصول کلی ذهن‌آگاهی آموزش داده شد و تمرین تنفس آگاهانه به منظور افزایش حضور در لحظه و کاهش واکنش‌های خودکار هیجانی ارائه شد. هدف اصلی این جلسه، ایجاد انگیزه برای مشارکت فعال و آشنایی با مفاهیم ذهن‌آگاهی و خودآگاهی هیجانی بود. تمرین خانگی شامل انجام روزانه ۵ دقیقه تنفس آگاهانه بود. جلسه دوم شامل شناسایی افکار ناکارآمد مرتبط با فقدان و آموزش مشاهده این افکار بدون قضاوت بود. شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های شناسایی افکار خودکار و باورهای منفی آشنا شدند و تمرین کردند که افکار دردناک را به صورت بی‌طرفانه مشاهده کنند. تمرین خانگی شامل ثبت روزانه افکار و هیجانات مرتبط با فقدان بود. جلسه سوم بر پذیرش هیجانات و کاهش اجتناب تمرکز داشت. در این جلسه، شرکت‌کنندگان یاد گرفتند هیجانات ناخوشایند را بدون تلاش برای سرکوب یا اجتناب تجربه کنند. تمرین‌های آگاهی بدنی و مشاهده هیجان‌ها بدون واکنش، بخش اصلی آموزش را تشکیل می‌داد. تمرین خانگی شامل تجربه و ثبت هیجانات روزانه بود. جلسه چهارم شامل آموزش تنظیم هیجانات و مواجهه تدریجی با محرک‌های مرتبط با سوگ بود. شرکت‌کنندگان با راهبردهای مقابله‌ای و روش‌های تنظیم هیجان آشنا شدند و تمرین مواجهه تدریجی با محرک‌های مرتبط با فقدان را انجام دادند. تمرین خانگی شامل مواجهه تدریجی با خاطرات یا محرک‌های سوگ بود. جلسه پنجم بر بازسازی شناختی تمرکز داشت. در این جلسه، افکار ناکارآمد شناسایی شده و جایگزینی آنها با افکار انعطاف‌پذیر و واقع‌بینانه آموزش داده شد. شرکت‌کنندگان تمرین کردند که تفکر مطلق و منفی خود را به شکلی منطقی و انعطاف‌پذیر بازنویسی کنند. تمرین خانگی شامل ثبت و بازنویسی افکار منفی و ثبت احساسات پس از بازنگری بود. جلسه ششم شامل ترکیب تمرین‌های ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای بود. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند تمرین‌های ذهن‌آگاهی را با راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجان ترکیب کنند تا در موقعیت‌های دشوار عملکرد بهتری داشته باشند. تمرین خانگی شامل تمرین روزانه ۱۰ دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی و تمرکز بر لحظه حال بود. جلسه هفتم بر ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی تمرکز داشت. در این جلسه، شرکت‌کنندگان تمرین کردند که در ارزیابی موقعیت‌های چالش‌برانگیز انعطاف نشان دهند و چندین راه‌حل جایگزین برای مسائل خود پیدا کنند. تمرین خانگی شامل ثبت موقعیت‌های چالش‌برانگیز و راه‌حل‌های جایگزین بود. جلسه هشتم جلسه مرور، تثبیت مهارت‌ها و برنامه‌ریزی برای ادامه تمرین‌ها و خودمراقبتی بود. در این جلسه، تمامی مهارت‌ها و تمرین‌های آموزش داده شده مرور شد و برنامه عملی برای ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی و مقابله‌ای در زندگی روزمره ارائه شد. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند چگونه تمرین‌ها را به صورت خودمراقبتی ادامه دهند و تجربه‌های خود را ثبت کنند.

در هر دو گروه، ابتدا پیش‌آزمون برای سنجش متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی اجرا شد. سپس گروه آزمایش مداخله درمانی را دریافت کرد و در پایان، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده پس از جمع‌آوری، با استفاده از روش‌های آماری مناسب از جمله تحلیل کوواریانس (ANCOVA)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تأثیر مداخله مورد ارزیابی قرار گیرد.

یافته‌ها

در این پژوهش، تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی، داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و نمودارهای خطی برای هر دو متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی گزارش شدند. همچنین در بخش استنباطی، با توجه به طراحی پژوهش به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

^۱. Mindfulness-based cognitive-behavioral therapy

^۲. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale

برای بررسی تأثیر درمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های لازم شامل یکنواختی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳/۷۱	۳۲/۸۶	۴/۲۸	۲۶/۴۸	آزمایش	انعطاف‌پذیری
۴/۰۳	۲۶/۰۳	۳/۸۹	۲۵/۵۳	کنترل	شناختی

همان‌طور که در جدول قابل مشاهده است، میانگین نمره انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از مداخله افزایش یافته است، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد تحمل‌پیشانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر پژوهش
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۴/۰۱	۳۳/۶۸	۵/۷۳	۲۷/۹۲	آزمایش	تحمل‌پیشانی
۳/۸۹	۲۷/۴۶	۴/۸۳	۲۶/۶۴	کنترل	

همان‌طور که در جدول قابل مشاهده است، میانگین نمره تحمل‌پیشانی گروه آزمایش پس از مداخله افزایش داشته و گروه کنترل تغییر معنی‌داری نشان نداده است.

بمنظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پیشانی در افراد با سوگ‌ناهنجار در شهر شیراز از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر قابل رویت می‌باشد:

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی مداخلات بر انعطاف‌پذیری

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورت	F	سطح معنا داری	ضریب ETA
پیش‌آزمون	۲۵۴/۹۷	۱	۲۵۴/۱۲	۱۲/۰۱	۰/۲۲	۲۰/
گروه	۴۰۲/۷۸	۱	۴۰۲/۷۸	۳۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
خطا	۱۸۳۹/۵۵	۲۷	۲۴/۰۵			
کل	۳۵۵۰/۷۸	۳۰				

یافته‌های تحلیل کوواریانس در جدول بالا نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد تأثیر مداخلات انجام شده بر بهبود نمره انعطاف‌پذیری اعضای گروه آزمایش تأیید می‌شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه آزمایش وجود دارد ($F_{(1,27)} = 32/40, P < 0/05$). بنابراین آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث ۰/۶۱ درصد بهبود در انعطاف‌پذیری شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی مداخلات بر تحمل‌پیشانی

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورت	F	سطح معنا داری	ضریب ETA
پیش آزمون	۲۵۴/۱۲	۱	۲۵۴/۱۲	۱۲/۰۱	۰/۲۲	۰/۲۱
گروه	۵۱۱/۳۳	۱	۵۱۱/۳۳	۸۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
خطا	۱۰۲۲/۹۶	۲۷	۲۵/۹۶			
کل	۲۱۵۰۲/۰۰	۳۰				

یافته های تحلیل کوواریانس در جدول نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد تاثیر مداخلات انجام شده بر بهبود تحمل پریشانی اعضای گروه آزمایش تأیید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه آزمایش وجود دارد ($F_{(1,27)} = 84/29, P < 0/05$). بنابراین آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود ۰/۵۹ درصد در متغیر تحمل پریشانی شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی در افراد دچار سوگ نابهنجار شد. افزایش انعطاف پذیری شناختی می تواند ناشی از چند عامل باشد. نخست، تمرین های ذهن آگاهی افراد را قادر می سازد تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت و اجتناب مشاهده کنند (هوفمان، ساویر، ویت و اوه، ۲۰۱۰؛ گارلند، فارب، گلدین و فردریکسون، ۲۰۱۵). مشاهده بدون قضاوت موجب می شود که واکنش های هیجانی شدید به موقعیت های مرتبط با فقدان کاهش یابد و افراد توانایی بیشتری برای ارزیابی منطقی و انعطاف پذیر موقعیت ها پیدا کنند. دوم، تمرین های بازسازی شناختی که در جلسات درمان ارائه شد، موجب شد تا شرکت کنندگان باورهای ناکارآمد مرتبط با فقدان را شناسایی کرده و آنها را به جایگزین های منطقی و سازگارانه تبدیل کنند (دنيس و ونادروال، ۲۰۱۰). این فرآیند مستقیماً با افزایش توانایی تفکر انعطاف پذیر و کاهش دامنه افکار محدود و منفی مرتبط است و بدین ترتیب نمرات انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایش افزایش یافت. سوم، ترکیب تمرین های ذهن آگاهی با تکنیک های مقابله ای و مواجهه تدریجی، افراد را قادر ساخت تا در مواجهه با محرک های مرتبط با سوگ کمتر دچار پریشانی هیجانی شوند و بتوانند از راهبردهای سازگارانه برای مدیریت احساسات خود بهره مند شوند (چمبرز، گالون و آلن، ۲۰۰۹). این امر نیز در افزایش انعطاف پذیری شناختی نقش دارد، زیرا افراد می آموزند که واکنش خود را به جای رفتارهای خودکار و اجتنابی، کنترل و مدیریت کنند.

در رابطه با متغیر دوم، یعنی تحمل پریشانی، می توان گفت که مداخله درمانی با افزایش توانایی افراد در مواجهه با هیجانات منفی و دردناک مرتبط با فقدان باعث بهبود این متغیر شد. تمرین های ذهن آگاهی موجب می شود که افراد بتوانند هیجانات ناخوشایند را به جای سرکوب یا اجتناب تجربه کنند و این تجربه مستقیم باعث افزایش آستانه تحمل هیجانی می شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ بونانو، وستفال و مانچینی، ۲۰۲۰). همچنین آموزش مهارت های تنظیم هیجان و بازسازی شناختی، افراد را قادر ساخت تا به جای پاسخ دهی هیجانی ناپایدار، از شیوه های منطقی و مؤثر برای مدیریت پریشانی استفاده کنند (هوفمان و همکاران، ۲۰۱۰). این فرآیند باعث شد تا آزمودنی های گروه آزمایش توانایی بیشتری برای تاب آوری و تحمل احساسات مرتبط با سوگ پیدا کنند، در حالی که گروه کنترل که هیچ مداخله ای دریافت نکرد، تغییر محسوسی در این متغیر نشان نداد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که رابطه مثبت بین آموزش شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و افزایش انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی به دلیل توانمندسازی افراد در مدیریت افکار و هیجانات و کاهش پاسخ های خودکار و اجتنابی شکل گرفته است. تبیین علمی تایید فرضیه پژوهش نیز به چند نکته کلیدی برمی گردد. نخست، مبنای نظری درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر این اصل استوار است که توجه آگاهانه به لحظه حاضر و پذیرش هیجانات بدون قضاوت، امکان مشاهده واقعی افکار و احساسات را فراهم می کند و از دام افکار منفی و بازنگری های خودکار جلوگیری می کند (هوفمان و همکاران، ۲۰۱۰؛ گارلند و همکاران، ۲۰۱۵). دوم، فرآیند بازسازی شناختی باعث می شود که الگوهای فکری ناکارآمد شناسایی و اصلاح شوند و افراد بتوانند راهبردهای جایگزین انعطاف پذیر برای ارزیابی موقعیت ها و مدیریت هیجانات پیدا کنند (دنيس و ونادروال، ۲۰۱۰).

سوم، ترکیب این دو رویکرد با مواجهه تدریجی و تمرین‌های عملی باعث تثبیت مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش اعتماد به نفس هیجانی می‌شود و بدین ترتیب بهبود قابل توجه در انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی مشاهده شد (چمبرز و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی دیگر، این مداخله، ساختار ذهنی و هیجانی افراد را به سمت پردازش مؤثرتر اطلاعات و مدیریت بهتر هیجانات سوق داده است و به همین دلیل فرضیه‌های پژوهش تایید شده‌اند.

علاوه بر تبیین نتایج، محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، حجم نمونه محدود بود و تنها ۳۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر شیراز انتخاب شدند، بنابراین تعمیم نتایج به کل جامعه محدودیت دارد. دوم، زمان پیگیری پس از مداخله کوتاه بود و اثرات بلندمدت مداخله مورد بررسی قرار نگرفت، که می‌تواند درک پایداری تغییرات ایجادشده را محدود کند. سوم، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و عدم تصادفی‌سازی کامل ممکن است موجب ایجاد سوگیری در انتخاب آزمودنی‌ها شده باشد و اثرات آن بر نتایج قابل انکار نیست.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌ها، چند پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی و کاربرد عملی مطرح می‌شود. نخست، توصیه می‌شود که پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر انجام شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. دوم، پژوهش‌های طولی و با پیگیری بلندمدت می‌تواند پایداری اثرات درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی را ارزیابی کند. سوم، پیشنهاد می‌شود که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و بازسازی شناختی به صورت ترکیبی با سایر مداخلات روان‌شناختی، مانند گروه‌های حمایت اجتماعی یا درمان‌های دارویی، بررسی شود تا اثرات ترکیبی و تعاملی این روش‌ها بر افراد دچار سوگ نابهنجار روشن گردد.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک مداخله مؤثر و علمی، توانسته است افراد دچار سوگ نابهنجار را قادر سازد تا انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری پیدا کنند و تحمل پریشانی خود را افزایش دهند. این نتایج با یافته‌های پیشین در زمینه اثربخشی ذهن‌آگاهی بر مدیریت هیجانات و کاهش استرس و اضطراب هماهنگ است و اهمیت استفاده از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر آگاهی و شناخت را در بهبود سلامت روان افراد دچار سوگ نابهنجار برجسته می‌کند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که با وجود تجربه سوگ نابهنجار با صبر، شجاعت و مسئولیت‌پذیری در این پژوهش مشارکت کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. همراهی ارزشمند و همکاری آنان نقش مهمی در جمع‌آوری داده‌ها و تحقق اهداف علمی این مطالعه داشته است. امید است نتایج به‌دست‌آمده بتواند به بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی ایشان کمک کند.

منابع

- برادران، مجید؛ رنجبر نوشری، فرزانه. (۱۴۰۰). «نقش انعطاف‌پذیری شناختی و سبک‌های دلبستگی در شناخت اجتماعی دانشجویان». *مجله روان‌شناسی پژوهش دانشگاه پیام نور*، ۸ (۳)، ۱۵۴-۱۳۷.
- براون، سارا؛ احمدی، نرگس؛ رضایی، سمانه. (۱۴۰۰). بررسی تجربه سوگ در فرهنگ‌های مختلف: مرور نظام‌مند. فصلنامه روان‌شناسی فرهنگی، ۳ (۲)، ۷۲-۵۵.
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات رشد.
- شاره، محمدحسین؛ فاضلی، محمد؛ محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی در دانشجویان ایرانی. فصلنامه روان‌شناسی شناختی، ۱ (۲)، ۴۵-۶۰.
- فاضلی، محمد؛ شاره، محمدحسین؛ محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه تحمل پریشانی در جمعیت ایرانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی، ۲ (۱)، ۲۵-۴۰.
- قشقایی، زهرا؛ زارعی، علی؛ پاشایی، نرگس. (۱۴۰۱). بررسی نشانه‌های سوگ نابهنجار در جمعیت بزرگسال ایرانی. مجله روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴ (۳)، ۹۱-۱۰۸.
- محمدی، فاطمه؛ احمدی، نرگس؛ رضایی، سمانه. (۱۳۹۶). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه تحمل پریشانی در دانشجویان. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت، ۹ (۳)، ۷۵-۹۰.

- موسوی، الهام؛ صفری، ناهید؛ یوسفی، نرگس. (۱۳۹۸). رابطه انعطاف‌پذیری شناختی با سازگاری سوگ در زنان داغ‌دیده. فصلنامه روان‌شناسی شناختی، ۱۰(۴)، ۴۷-۶۳.
- نجفی، زهرا؛ حسینی، مهدی؛ شریفی، نرگس. (۱۳۹۷). بررسی الگوهای سوگواری در خانواده‌های شیرازی: مطالعه‌ای فرهنگی. مطالعات جامعه‌شناسی فرهنگی ایران، ۱۶(۱)، ۷۵-۹۲.
- نظری، فاطمه؛ حسینی، مهدی؛ کاظمی، ندا. (۱۳۹۹). نقش حمایت اجتماعی در سازگاری با فقدان: مطالعه‌ای بر سوگ طبیعی. پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت، ۸(۱)، ۲۳-۴۰.
- نظری، فاطمه؛ حسینی، مهدی؛ کریمی، سارا. (۱۴۰۰). تحمل پریشانی و نقش آن در سوگ نابهنجار: بررسی تجربی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی، ۹(۲)، ۳۳-۵۰.
- نعمتی، مریم؛ کریمی، سارا؛ جمشیدی، ناصر. (۱۴۰۰). پیامدهای روان‌شناختی سوگ نابهنجار: نقش واسطه‌ای کیفیت روابط بین‌فردی. روان‌شناسی خانواده، ۱۲(۲)، ۶۵-۸۲.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (۲۰۲۰). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, ۱۶, ۱-۲۵.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (۲۰۰۹). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, ۲۹(۶), ۵۶۰-۵۷۲.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (۲۰۱۰). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, ۳۴(۳), ۲۴۱-۲۵۳.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (۲۰۱۰). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, ۳۴(۳), ۲۴۱-۲۵۳.
- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (۲۰۱۵). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, ۲۶(۴), ۲۹۳-۳۱۴.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., & Davis, M. T. (۲۰۱۶). Development and initial validation of an instrument assessing emotional regulation difficulties in the context of distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, ۳۸(۲), ۳۱۵-۳۲۵.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (۲۰۱۰). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۸(۲), ۱۶۹-۱۸۳.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (۱۹۹۵). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, ۷۶(۲), ۶۲۳-۶۲۶.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (۲۰۱۸). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (۲nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., & Keshaviah, A. (۲۰۱۱). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-۵. *Depression and Anxiety*, ۲۸(۲), ۱۰۳-۱۱۷.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (۲۰۰۵). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, ۲۹(۲), ۸۳-۱۰۲.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (۲۰۰۵). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, ۲۹(۲), ۸۳-۱۰۲.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (۲۰۱۷). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, ۷۴(۴), ۴۵۵-۴۷۳.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Muscle Relaxation on Reducing Premenstrual Syndrome (PMS) Symptoms

اثربخشی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر کاهش نشانگان پیش از قاعدگی (PMS)

رویا کنشلو (نویسنده مسئول) استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار و دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، دانشکده روانشناسی، سمنان، گرمسار، ایران.

Abstract

چکیده

Objective: The present study was conducted to investigate the effectiveness of integrated therapy based on acceptance and commitment with muscle relaxation on reducing premenstrual syndrome (PMS) symptoms. **Method:** The research was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design. The statistical population of the study included all women with premenstrual syndrome who referred to Imam Clinic in Garmsar city in the years ۲۰۲۱-۲۰۲۲, of whom ۳۰ were selected as a sample using purposive sampling. Then, the training program based on acceptance and commitment therapy (ACT) and relaxation as an independent variable was applied to the experimental group during ۸ sessions of ۹۰ minutes each, over two months. The Abraham and Taylor Symptom Checklist was used to collect data. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Findings:** The results of the test showed that there was a significant difference between the scores of the experimental and control groups ($F=۵۲۷,۵۷$, $p<۰,۰۰۱$). The findings also indicated that integrated therapy based on acceptance and commitment with muscle relaxation is effective on the overall symptoms of women with premenstrual syndrome disorder, and the research hypothesis is confirmed. **Conclusion:** Based on the research findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy (ACT) with relaxation is effective in the treatment of premenstrual syndrome and can be effective in women's physical and mental health.

Keywords: compilation based on acceptance and commitment therapy, muscle relaxation, premenstrual syndrome.

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر کاهش نشانگان پیش از قاعدگی (PMS) انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح دو گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه امام شهر گرمسار در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. سپس برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و تن آرامی به عنوان متغیر مستقل، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در طول دو ماه، بر گروه آزمایشی اعمال شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه علامت شناسی آبراهام و تایلور استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج آزمون نشان داد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=۵۲۷,۵۷$, $p<۰,۰۰۱$) وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی در درمان نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و می‌تواند در سلامت جسمی و روانی زنان تأثیرگذار باشد.

واژگان کلیدی: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد، آرمیدگی عضلانی، نشانگان پیش از قاعدگی.

سندرم پیش از قاعدگی / اختلال ملال پیش از قاعدگی^۱، مجموعه‌ای از علائم فیزیکی، روان‌شناختی و هیجانی است که با چرخه قاعدگی زنان در ارتباط است و قبل از شروع عادت ماهیانه آنان، خود را نشان می‌دهد. ظهور این علائم می‌تواند زندگی شغلی، فردی و اجتماعی آنان از جمله فعالیت‌های روزانه در منزل، روابط بین فردی، فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، اعمال جنسی و کارآمدی را تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش عملکرد و کیفیت زندگی آنان می‌گردد (دین^۲، بُرنستین^۳، نایت^۴ و یونکرز^۵، ۲۰۰۸). علائم شدید پیش از قاعدگی مکرراً قابلیت‌های زنان را در مسئولیت‌های چندگانه آنها در خانه، محل تحصیل و محل کار دچار اختلال می‌کنند. علاوه بر آن، دارای هزینه‌های مستقیم بهداشتی و هزینه‌های غیرمستقیم مربوط به کاهش کارآمدی و بهره‌وری شغلی است (بُرنستین، چیو^۶، دین، وانگ^۷ و وید^۸، ۲۰۰۸). این علائم با شروع خونریزی قاعدگی و یا پس از آن به تدریج از بین می‌رود و یک دوره بدون علامت آغاز می‌شود (والنستین^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). شایع‌ترین علائم سندرم پیش از قاعدگی شامل اضطراب، افسردگی، خستگی، عصبانیت، تحریک‌پذیری، احساس از دست دادن کنترل، گیجی، تغییر در الگوی خواب و اشتها، سردرد، تورم، حساسیت پستان، دردهای مفصلی یا عضلانی می‌باشد (عیسی^{۱۰}، ۲۰۱۰). اتیولوژی سندرم پیش از قاعدگی چند وجهی و شامل عوامل جسمانی، روان‌شناختی و فرهنگی می‌باشد اما مطالعات مربوط به فرآیند درمان آن بیشتر بر مداخلات فیزیکی متمرکز شده است (اوشر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵). اتیولوژی پیش از قاعدگی چندوجهی و شامل عوامل جسمانی، روان‌شناختی و فرهنگی می‌باشد اما مطالعات مربوط به فرآیند درمان آن بیشتر بر مداخلات فیزیکی متمرکز شده است (اوشر و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه تعداد زیادی از زنان در عصر حاضر، در حیطه‌های شغلی، تحصیلی، خانوادگی و سایر مسئولیت‌ها شرکت دارند و استرس ناشی از این مسئولیت‌ها با سایر مسائل بهداشتی همچون سندرم پیش از قاعدگی ارتباط پیدا می‌کند به‌کارگیری درمان‌های مؤثر می‌تواند به تخفیف نشانه‌های بیماری منجر شود. پیشنهادات درمانی متعددی برای سندرم پیش از قاعدگی وجود دارد و اگرچه مداخلات غیردارویی و روان‌درمانی برای زنان با انواع مختلف ناراحتی‌ها پیشنهاد گردیده است، اما بازنگری‌های منظمی از این درمان‌ها صورت نگرفته است (هانتز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه سندرم پیش از قاعدگی دارای ابعاد روان‌شناختی می‌باشد، لذا درمان‌ها دارویی به تنهایی کافی نبوده و لازم است درمان‌های

^۱. Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

^۲. Dean

^۳. Borenstein

^۴. Knight

^۵. Yonkers

^۶. Chiou

^۷. Wong

^۸. Wade

^۹. Wallenstein

^{۱۰}. Eissa

^{۱۱}. Ussher

^{۱۲}. Hunter

غیر دارویی نیز به برنامه اضافه شود. یکی از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد. این روش توسط استیون هایس ایجاد شد و مطالعات تجربی و پشتوانه‌های رو به رشدی از اثربخشی آن به ویژه برای کسانی که انعطاف‌پذیری روان-شناختی خوبی دارند فراهم کرده است (مک کراکن و گوتین - مارتیز^۲، ۲۰۱۱). پذیرش و تعهد درمانی تنها مداخله روانی - تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار برده می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (هایس و همکاران^۳، ۲۰۱۰). یکی از فرآیندهای کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که افزایش معنی‌داری در تمایل به شرکت افراد فعالیت‌های دشوار در عین هیجانات دشوار را نشان داده‌اند. فرآیندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند که چگونه دست از بازداري فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (توهینگ^۴، ۲۰۱۱). از طرفی همانگونه که اشاره شد شایع‌ترین علائم سندرم پیش از قاعدگی شامل اضطراب، افسردگی، خستگی، عصبانیت، تحریک‌پذیری و ... می‌باشد که هیجانات نامطبوعی در سندرم پیش از قاعدگی می‌باشند. در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۵، ۲۰۱۰). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات، و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود. یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به هدف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پورفرج عمران، ۱۳۹۳). علاوه بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از درمان که در بسیاری از موارد با رویکردهای دیگر درمانی تلفیق می‌شود، درمان آرمیدگی عضلانی^۶ است. آرمیدگی عضلانی نوعی یادگیری و یکی از روش‌های مقابله با واکنش‌های جسمی استرس است. مطالعات متعددی تأثیرگذاری این روش را در درمان مشکلات جسمی و روانی نشان داده‌اند (کورناد و

^۱. Acceptance and commitment therapy

^۲. McCracken & Gutierrez-Martinez

^۳. Heyes & etal

^۴. Twohig

^۵. Forman & Herbert

^۶. relaxation

روس^۱، ۲۰۱۰، آرنتز^۲، ۲۰۰۶). زنانی که از این سندرم رنج می‌برند با استفاده از فنون آرام‌سازی می‌توانند وضع مزاجی سندرم خود را تسکین دهند (مؤمنی و زالی‌پور، ۱۳۹۵؛ کاشانی، سرافراز و شریفی، ۱۳۸۹). اگر بتوانیم تنش یا کشیدگی ماهیچه‌هایمان را به کمک آرمیدگی عضلانی کاهش دهیم، خواهیم توانست استرس و تنش را که یکی از نشانه‌های آزارنده سندرم پیش از قاعدگی است؛ کنترل کنیم و با کنترل استرس، بسیاری از مشکلات بهداشتی را برطرف می‌سازیم (مؤمنی و زالی‌پور، ۱۳۹۳). بنابراین با توجه به مطالب ذکرشده مسأله اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر کاهش نشانگان پیش از قاعدگی (PMS) مؤثر است؟

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی و تحقیق از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که از دو گروه آزمودنی تشکیل شده و هردو گروه دو بار مورد سنجش قرار گرفته‌اند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش آزمون و اندازه‌گیری دوم، پس از اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی با یک پس آزمون بر روی هردو گروه آزمایش و کنترل انجام گرفت. برای تشکیل گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها در گروه اول و نیمی از آنها در گروه دوم قرار گرفتند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی دو گروه مشابه همدیگر بوده و اندازه‌گیری متغیر وابسته برای هردو آنها در یک زمان و تحت یک شرایط صورت گرفته است که دیاگرام آن به شرح زیر است:

جدول ۱: طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	انتخاب تصادفی
T _۲	×	T _۱	R E
T _۲		T _۱	R C
گروه آزمایشی			
گروه کنترل			

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به درمانگاه امام شهر گرمسار در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود.

نمونه و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ شیوه اجرا نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف یا در دسترس از بین زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به درمانگاه امام شهر گرمسار که خدمات درمانی دریافت می‌کردند، با توجه به ملاک‌های در نظر گرفته شده ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۱۵ نفر برای هر گروه) سپس پرسشنامه ثبت روزانه شدت مشکلات

^۱. Conrad & Roth

^۲. Arentz

PMS از هر دو گروه گرفته شد، گروه آزمایش، آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و تن آرامی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه، دریافت کردند و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود: برخی از ملاک‌های ورود نمونه به تحقیق عبارت خواهند بود از: ۱- زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی ۲- تشخیص نشانگان پیش از قاعدگی با استفاده از آزمون استاندارد شده ۳- رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرآیند پژوهش ۴- جنسیت (زنان) ۵- سن (۲۰ تا ۴۰ ساله)

روش‌های جمع‌آوری داده‌ها: روش کتابخانه‌ای: در این رابطه با مراجعه به کتابخانه و استفاده از منابع و کتاب‌های مختلف و اینترنت (مطالعه کتاب‌ها و پایان‌نامه‌ها، مقالات داخلی و خارجی) اطلاعات درخصوص موضوع جمع‌آوری گردید. روش میدانی: یکی از مهم‌ترین بخش‌های اجرایی در این پژوهش به جمع‌آوری داده‌ها از روش میدانی مربوط می‌شود. برای این منظور از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده گردید.

ابزار اندازه‌گیری داده‌ها: پرسشنامه علامت‌شناسی سندرم پیش از قاعدگی آبراهام و تایلور. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه علامت‌شناسی آبراهام و تایلور در سال ۱۹۹۰ که توسط بابایان زاده اهری در سال ۱۳۷۸ در ایران تدوین گردیده می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفته است. روش به‌کارگیری ابزار بدین‌صورت می‌باشد، پرسشنامه شامل ۱۷ علامت (۱۱ علامت رفتاری و ۶ علامت جسمی) بود و در کنار آن ستونی جهت ثبت علائم از (۰ تا ۳) وجود داشت که در بالای آن توضیحات لازم در مورد نحوه ثبت علائم داده شده بود همچنین توضیحات شفاهی هم داده می‌شد. این پرسشنامه جهت پیدا کردن افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بر اساس علائم ۳ ماه قبل بود (بابایان‌زاده اهری، ۱۳۷۸). طول مدت نمونه‌گیری جهت پیدا کردن افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کل مراحل نمونه‌گیری و تحقیق از ابتدا تا پایان ۹ ماه به طول انجامید.

اعتبار و روایی: برای تعیین اعتبار علمی ابزار یا روایی از روش اعتبار محتوا content validity استفاده شد. برای تعیین اعتبار عملی ابزار یا پایایی از روش آزمون مجدد Test re Test استفاده شد. بدین طریق که پرسشنامه به ۱۰ نفر از دانشجویان که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند داده شد و پس از طی ۱۰ روز مجدداً سؤالات توسط همان ۱۰ نفر تکمیل و پس از جمع‌آوری پاسخ‌های دو مرحله، هر یک از سؤالات از نظر تداوم و همگونی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی سؤالات در دو مرحله $r = 99\%$ بدست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه از اعتماد عملی یا پایایی بالایی برخوردار است (بابایان‌زاده اهری، ۱۳۷۸).

شیوه اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش حاضر، با مراجعه به درمانگاه امام شهر گرمسار، ضمن توضیحات لازم راجع به بسته آموزشی درمان پذیرش و تعهد و آرمیدگی عضلانی و فواید آن در بهداشت روانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی لیست

کلیه زنان مبتلا به نشانگان (PMS) مراجعه‌کننده به این درمانگاه دریافت گردید و بعد از هماهنگی‌های لازم و موافقت با مراجعین و تأکید بر محرمانه بودن و رعایت مسائل اخلاقی آنان، پژوهشگر اقدام به اجرای پرسشنامه ثبت روزانه شدت مشکلات کرد (پیش‌آزمون)، آنگاه تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس در گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش پذیرش و تعهد و آرمیدگی عضلانی به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند؛ بعد از آموزش مربوطه، مجدداً نشانگان پیش از قاعدگی گروه آزمایش و کنترل اندازه‌گیری (پس‌آزمون) شد و سپس داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

فرضیه اول پژوهش: برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. برای استفاده از این آزمون در ابتدا پیش‌فرض‌های آن بر روی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

پیش‌فرض اول: برای پیش‌فرض اول یعنی طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون K-S استفاده گردید که در زیر مشاهده می‌کنید.

جدول ۲: آزمون K-S جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون
تعداد	۳۰	۳۰
پارامترهای	میانگین	۲۵/۶۶
توزیع نرمال	انحراف معیار	۲/۳۶
اختلاف‌ها	قدر مطلق اختلاف	۰/۱۴۴
	مقدار مثبت	۰/۲۱۲
	مقدار منفی	-۰/۱۹۰
K-S آماره	۰/۷۸۹	۱/۱۵
Sig	۰/۵۶۲	۰/۱۳۶

با توجه به مقدار پی و مقایسه آن با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته می‌شود، بدین علت که سطح معناداری K-S بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

پیش‌فرض دوم: همگونی واریانس: با استفاده از آزمون لوین (Levene) همگونی واریانس در گروه‌های مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳: آزمون همگونی واریانس برای علائم رفتاری اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

وضعیت	آماره لوین	Df _۱	Df _۲	Sig
پیش تست	۰/۱۵۸	۱	۲۸	۰/۶۹۴
پس تست	۲/۲۷	۱	۲۸	۰/۱۴۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. برای بررسی اثر درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس نمرات متغیر علائم رفتاری اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
علائم رفتاری	پیش آزمون	۶۴/۱۶	۱	۶۴/۱۶	۲۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	گروه	۸۲۴/۳۳	۱	۸۲۴/۳۳	۳۰۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸
	خطا	۷۳/۹۶	۲۷	۲/۷۳			
	کل	۱۲۵۰۳/۰۰	۳۰				

در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است، نمرات علائم رفتاری در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=300.91, p<0.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

فرضیه دوم پژوهش: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. برای استفاده از این آزمون در ابتدا پیش‌فرض‌های آن بر روی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

پیش‌فرض اول: برای پیش‌فرض اول یعنی طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون K-S استفاده گردید که در زیر مشاهده می‌کنید.

جدول ۵: آزمون K-S جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون
تعداد	۳۰	۳۰
پارامترهای	۱۳/۹۳	۱۰/۶۶
توزیع نرمال	۱/۴۱	۳/۱۱
اختلاف ها	۰/۱۷۹	۰/۲۳۷
	۰/۱۷۹	۰/۲۳۷
	-۰/۱۴۲	-۰/۱۷۳
K-S آماره	۰/۹۸۰	۱/۳۰
Sig	۰/۲۹۲	۰/۰۶۸

با توجه به مقدار پی و مقایسه آن با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته می‌شود، بدین علت که سطح معناداری K-S بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

پیش‌فرض دوم: همگونی واریانس: با استفاده از آزمون لوین (Levene) همگونی واریانس در گروه‌های مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۶: آزمون همگونی واریانس برای علایم جسمانی اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

وضعیت	آماره لوین	Df _۱	Df _۲	Sig
پیش تست	۰/۱۳۱	۱	۲۸	۰/۷۲۰
پس تست	۳/۷۶	۱	۲۸	۰/۰۶۳

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌کنید سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. برای بررسی اثر درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس نمرات متغیر علائم جسمانی اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش از قاعدگی	پیش آزمون	۲۱/۱۳	۱	۲۱/۱۳	۲۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	گروه	۲۴۱/۴۶	۱	۲۴۱/۴۶	۲۶۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
	خطا	۲۴/۳۲	۲۷	۰/۹۰۱			
	کل	۳۶۹۴/۰۰	۳۰				

در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است، نمرات علائم جسمانی در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش در جدول ۷ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=267.97, p<.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

فرضیه سوم پژوهش: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. برای استفاده از این آزمون در ابتدا پیش‌فرض‌های آن بر روی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. پیش‌فرض اول: برای پیش‌فرض اول یعنی طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون K-S استفاده گردید که در زیر مشاهده می‌کنید.

جدول ۸: آزمون K-S جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون
تعداد	۳۰	۳۰
پارامترهای	۳۹/۶۰	۳۰/۳۰
توزیع نرمال	۳/۲۴	۸/۷۰
اختلاف‌ها	۰/۱۲۲	۰/۲۲۹
	۰/۱۲۲	۰/۲۲۹
	-۰/۱۱۱	-۰/۱۷۸
K-S آماره	۰/۶۷۰	۱/۲۵
Sig	۰/۷۶۰	۰/۰۸۷

با توجه به مقدار پی و مقایسه آن با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته می‌شود، بدین علت که سطح معناداری K-S بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

پیش‌فرض دوم: همگونی واریانس: با استفاده از آزمون لوین (Levene) همگونی واریانس در گروه‌های مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۹: آزمون همگونی واریانس برای علائم کلی اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

وضعیت	آماره لوین	Df _۱	Df _۲	Sig
پیش تست	۰/۱۹۴	۱	۲۸	۰/۶۶۳

۰/۱۴۷	۲۸	۱	۲/۲۲	پس تست
-------	----	---	------	--------

همان‌طور که در جدول ۹ مشاهده می‌کنید سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. برای بررسی اثر درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس نمرات متغیر علائم کلی اختلال نشانگان پیش از قاعدگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تغییرات کلی	پیش آزمون	۱۹۳/۲۸	۱	۱۹۳/۲۸	۵۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
	گروه	۱۹۷۳/۲۳	۱	۱۹۷۳/۲۳	۵۲۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۱
	خطا	۱۰۰/۹۸	۲۷	۳/۷۴			
	کل	۲۹۷۴۱/۰۰	۳۰				

در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است، نمرات علائم کلی در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش در جدول ۱۰ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=527.57, p<0.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است.

یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. نمرات علائم رفتاری در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=300.91, p<0.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان

می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم رفتاری زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

نتیجه بدست آمده از فرضیه اول پژوهش با تحقیقات، بوس جی دابلیو، گویات جی اچ (۲۰۰۸)، هانتز ام (۲۰۰۲)، زیبا تقی‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) همسو می‌باشد.

در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد رویکرد درمانی است که از فرآیندهای پذیرش، توجه آگاهی لحظه به لحظه، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. این درمان بر پذیرش هرچه بیشتر، آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده است. اصلی‌ترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات و رنج‌هاست. (هیز، استروساهل، ویلسون، ۲۰۱۵). نتایج تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روان‌شناختی بخصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. مراجعانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن، تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات ناخوشایند دارند؛ عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (زتل، ۲۰۰۹). تحقیقات بیشتری نشان داده‌اند که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. افرادی که تمایل بیشتری برای سرکوب کردن چنین تجاربی دارند هنگامی که تعارض در روابط با همسر، استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار و کنترل عوارض و مشکلات ناشی از بیماری پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آنها را شدیدتر می‌کند (هیز، استروساهل، ویلسون، ۲۰۱۵).

فرضیه دوم پژوهش: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. نمرات علائم جسمانی در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=267.97, p<0.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم جسمانی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

نتیجه بدست آمده از فرضیه دوم پژوهش با تحقیقات حر، عابدی و عطاردی (۱۳۹۲)، فورمن و هربرت (۲۰۱۰)، هیز (۲۰۰۶)، ایفرت و فوریس (۲۰۰۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان به این نتیجه رسید که هر چند ممکن است مداخلات دارویی و درمانی یا حتی سایر روش‌های روان‌درمانی تأثیر خوبی بر کاهش ناراحتی‌های جسمانی و علائم و شکایات ناشی از آن به دنبال داشته باشد اما در هر حال درمان پذیرش و تعهد نیز توانسته است به خوبی این تأثیر را نشان دهد. به طور کلی با توجه به جنبه‌های نظری این رویکرد چنان می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را جایگزین مشکلات بالینی مختلف مانند مشکلات و اختلالات خلقی، اضطرابی و جسمانی می‌سازد. نکته دوم اینکه با توجه به فرآیندمحور بودن این درمان، مراجع تغییر را در فرآیند درمان متوجه می‌شود از جمله کاهش اجتناب تجربی و ناهم‌جوشی شناختی با افکار و باورهای مرتبط با مشکلات.

سومین مورد به این نکته اشاره دارد که گرچه هدف از این درمان مستقیماً کاهش نشانه‌های مشکل از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و ... نیست اما مراجعین در پایان درمان، پریشانی کمتری را تجربه کرده همچنین با تغییراتی مشهود زمینه افسردگی، اضطراب و سایر مقیاس‌های مرتبط با پریشانی مواجه می‌شوند. شاید دلیل اینکه این درمان بر روی حوزه وسیعی از اختلالات و آشفتگی‌های روان‌شناختی اثربخش بوده است را بتوان به نکات و فرآیندهای بالا مرتبط دانست.

هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۱۰). در این درمان سعی می‌شود تا ابتدا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب این تجارب ذهنی بی‌اثر است یا نتیجه معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها)، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خودش در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط با حوادث، هراس‌ها و ... باشد (فورمن و هربرت، ۲۰۱۰).

فرضیه سوم پژوهش: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است.

یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. در راستای بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است، نمرات علائم کلی در بین دو گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از این روش نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری ($F=527.57, p<0.001$) وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آرمیدگی عضلانی بر علائم کلی زنان دارای اختلال نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. این نتایج با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های گاودیانو، نولن، براون، اپسنین لوبو و میلر (۲۰۱۳)، مؤمنی و زالی‌پور (۱۳۹۳)، تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، سرافراز و شریفی (۱۳۸۹)، قائدی و مرادی (۱۳۹۰) همسو است.

در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد علت اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل دهی به رفتار می‌بیند و هدف از این درمان این است که به افراد بیاموزند، وقایع درونی‌شان بخصوص آنهایی که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند. این درمان فرد را یاری می‌دهد تا حسی متعالی از خود را درک کند. هیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه روی برطرف‌سازی و عوامل آسیب‌زا تمرکز کند به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است خلاص نماید. با توجه به این مطالب به نظر می‌رسد آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه دلیل دهی به رفتار می‌تواند در افزایش اضطراب نقش داشته باشد و درمان پذیرش و تعهد به آنها کمک می‌کند تا از کنترل کردن هیجانات و شناخت‌ها دست بردارند. همچنین به نظر می‌رسد اصول بنیادی درمان پذیرش و تعهد، آگاهی شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، مشاهده خود، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، از لحاظ بالینی کمک زیادی به انعطاف‌پذیری روانی زنان مبتلا به نشانگان اختلال پیش از قاعدگی کرده است. انعطاف‌پذیری روانی، توانایی تماس با لحظه حاضر به طور کامل به عنوان یک انسان خود آگاه، تغییر و یا پافشاری در رفتار براساس ارزش را به مبتلا به نشانگان اختلال پیش از قاعدگی آموزش داد و تمرینات تعهد رفتار به افزایش انعطاف روان‌شناختی آنها کمک کرد.

پذیرش و تعهد درمانی تنها مداخله روانی – تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار برده می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (هایس و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از فرآیندهای کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که افزایش معنی‌داری در تمایل به شرکت افراد فعالیت‌های دشوار در عین

هیجانات دشوار را نشان داده‌اند. فرآیندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند که چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند افراد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (توهینگ، ۲۰۱۱). همین عوامل ذکر شده خود باعث جلوگیری و کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به این اختلال دیده می‌شود.

منابع

- اکبری، م. (۱۳۸۴) جمعیت و تنظیم خانواده؛ مهارت‌های بلوغ و ازدواج برای جوانان، چاپ سوم، کرمانشاه، دانشگاه رازی.
- ایزدی، ر؛ عابدی، م. ر. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چاپ دوم، نشر جنگل.
- آزاد، ح. (۱۳۸۹). آسیب‌شناسی روانی، تهران، بعثت.
- باچر، ج؛ مینکا، س؛ هولی، ج. (۲۰۰۷). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۸)، تهران، نشر ارسباران.
- باچر، ج؛ مینکا، س؛ هولی، ج. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه سید یحیی سید محمدی، تهران، نشر ارسباران.
- حر، م؛ آقایی، ا؛ عابدی، ا؛ عطاری، ع. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۱۲۱-۱۲۸.
- دیویسون، ج؛ نیل، ج؛ کرینگ، ا. (۲۰۰۴). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه مهدی دهستانی (۱۳۹۰)، تهران، انتشارات ویرایش.
- رابرت م؛ جولیان، کلیر دی. آ؛ جوزف ای. ک. (۲۰۰۸). راهنمای جامع داروهای روانپزشکی و مواد مؤثر بر روان، ترجمه جزایری، م؛ ابراهیم‌زاده، ص؛ طاهری، الف. (۱۳۹۲). تهران، نشر ارجمندی.
- شفیع‌آبادی، ع؛ ناصری، غ. (۱۳۸۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، انتشارات نشر دانشگاهی.
- شولتز، د پ؛ شولتز، س. ا. (۲۰۰۵). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۶)، تهران، انتشارات ویرایش.
- فرح بخش، ک؛ اشجع، م؛ سدرپوشان، ن؛ ستوده، زهرا، (۹۱۱۳). مقاله اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، شماره ۱۹.
- قزایی اردکانی، ش؛ آزادفلاح، پ؛ تولایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن، تهران: فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴(۲) (پیاپی ۱۴): ۳۹-۵۰.
- کری، ج. (۱۳۹۷). نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی (ویراست نهم، ۲۰۱۳). چاپ دهم، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر ارسباران.
- کیانی، ا ر؛ قاسمی، ن؛ پورعباس، ع. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه تهران، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۶(۲۴): ۳۶-۲۷.
- مژده‌ی، م ر؛ اعتمادی، ا (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، تهران: فرهنگ مشاوره، ۲(۷): ۳۱-۱.
- هریس، ر. (۱۳۹۳)، در آغوش کشیدن اهریمن ذهن: درآمدی بر درمان مبتنی انتشارات سمت.

منابع انگلیسی

- Aitor, A. Sabino, A. (۲۰۰۵). Team role preference and conflict management styles. Journal of conflict Management, ۱۶, ۱۵۷, ۱۸۲.
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM ۵. Bookpoint US.
- Baruch, D, E. Kanter, J. W. & Busch, A. M. (۲۰۰۹). Acceptance and Commitment Therapy: enhancing the relationships. Journal of clinical case studies, ۸(۳), ۲۴۱-۲۵۷.
- Black, J.A., & Wulfert, E. (۲۰۱۰). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. The Behavior Analyst Today, ۱(۲), ۱-۵۵.
- Breakkan, K. C. (۲۰۰۶). Acceptance and commitment theory intervention for combat veterans with Post Traumatic stress disorder. On publish doctor dissertation of Spalding University.

- Heyes, S. C., Strosahl, K. D., and Wilson, K. G. (۲۰۰۵). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Acid-Free Paper
- Degan, L. M. (۲۰۰۸). Acceptance-based emotion regulation, perception of control, state mindfulness, anxiety sensitivity, and experiential avoidance: Predicting response to hyperventilation. Unpublished doctoral dissertation. American University.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (۲۰۰۴). Abnormal psychology. New York: John Wiley and Sons Press.
- Gaudio, B. A. (۲۰۰۴). Acceptance and commitment therapy for psychiatric in patients with psychotic symptoms. On publish doctor dissertation of Drexel University.
- Gaudio, B. A., Nowlan, K., Brown, L. a., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (۲۰۱۳). An open trial of an acceptance- based behavioral psychotherapy for major depression with psychotic features. Behavior Modification, ۳۷, ۳۲۴-۳۵۵.
- Hafman, S., Asmundson, G. (۲۰۰۸). Acceptance and mindfulness-based, theory: New wave or old hat. Available online at www.sciencedirect.com.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (۲۰۰۱). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum.
- Hayes, s. C. Pistorello, J. Bigland, A. (۲۰۰۸). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. Journal of Behavior and Cognitive therapy. X, (۱), ۸۱-۱۰۲.
- Hirschfeld, R., Mallinckrodt, C., Lee, T. C., & Detke, M. J. (۲۰۰۵). Time course of depression-symptom improvement during treatment with duloxetine. Depression and anxiety, ۲۱(۴), ۱۷۰-۱۷۷.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., Vittum, J., Prescott, C. A., & Riley, B. (۲۰۰۵). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Archives of general psychiatry, ۶۲(۵), ۵۲۹-۵۳۵.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., Abel, T. (۲۰۰۹). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. Quality of Life Research, ۱۸:۱۱۴۷-۱۱۵۷.
- Twohig, M. P. (۲۰۱۷). A randomize clinical trial of Acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training in the treatment of obsessive compulsive disorder. On publish doctor dissertation of University Nevada.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb. J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck. M. R. (۲۰۱۰). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ۷۸, ۷۰۵-۷۱۶.

