



دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر
دانشکده علوم انسانی
فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری

سال پانزدهم، شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۳

صاحب امتیاز: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

مدیرمسئول: دکتر محمد قمری (استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
سر دبیر: دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
مدیر داخلی: دکتر جعفر پویامنش (استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

هیئت تحریریه:

دکتر حسن اسدزاده دهرایی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر مجتبی امیری مجد (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر سعیده بزازیان (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب)
دکتر محمود ساعتچی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر پرویز شریفی درآمدی (استاد دانشگاه علامه طباطبایی)
دکتر محمد قمری (استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
دکتر مجید محمودعلیلو (استاد دانشگاه تبریز)
دکتر سیده منور یزدی (استاد دانشگاه الزهرا)

ویراستار انگلیسی: دکتر ایوب دبیری (استادیار زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)
گرافیکست: دکتر رحمان پرچگانی (استادیار گروه هنر و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)

شاپا چاپی ۷۸۸۴-۲۲۲۸- شاپا الکترونیکی ۰۵۰۷-۲۹۸۱

چاپ: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی / ناشر: انتشارات علمی، معاونت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
اسلامی واحد ابهر / نشانی: ابهر، کیلومتر ۴ جاده ترانزیتی ابهر - خرمدره

تلفن: ۰۲۴۳۵۲۲۶۰۸۰ دورنگار: ۰۲۴۳۵۲۲۶۹۸۸

E-mail: abharjournal@gmail.com

راهنمای نویسندگان

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری مقاله‌های برگرفته از یافته‌های اصیل و جدید پژوهشی در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی را چاپ می‌کند. رعایت موارد زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

چهارچوب مقاله

عنوان: مختصر و متناسب با محتوا؛

نام و وابستگی سازمانی نویسندگان: مانند مثال زیر:

گروه... واحد...، دانشگاه آزاد اسلامی، نام شهر، ایران

Department of ..., ... Branch, Islamic Azad University, City, Iran

مجتبی امیری مجد

نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

Mojtaba Amiri Majd

Department of Psychology, Abhar, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Mo.Amiri@iau.ac.ir

چکیده فارسی: حداکثر ۲۵۰ کلمه و شامل هدف، روش (نمونه روش نمونه‌گیری، ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری. چکیده فقط در قالب یک پاراگراف به هم پیوسته نوشته شود و تیتربندی نشود.

واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه).

چکیده انگلیسی: معادل و مطابق چکیده فارسی؛ (به هیچ وجه از نرم‌افزار برای ترجمه چکیده استفاده نشود).

مقدمه: بیان مساله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش، پرسش(ها) یا فرضیه(های) پژوهش؛

روش: جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری، روش اجرای پژوهش، ابزار سنجش با معرفی زیرمقیاس‌ها، شیوه نمره‌گذاری، ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌های ایرانی و غیر ایرانی. ابزار سنجش فقط در یک پاراگراف پیوسته معرفی شود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، همراه با جدول‌ها و نمودارهای ضروری مطابق ضوابط و الگوهای APA؛ فقط جداول ضروری و مهم آورده شوند.

بحث: بررسی نتایج پژوهش و تبیین یافته‌ها، شرح پیامدهای عملی و نظری، بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها؛

منابع: منابعی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است، مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

در بخش منابع، فهرست آثار و اسنادی که در متن مقاله به آن‌ها اشاره شده است، می‌آید. این فهرست به ترتیب حروف الفبای نام خانوادگی مؤلفان آثار، بدون ذکر شماره مرتب می‌شود و هر اثر تنها یک بار می‌آید. در ذکر هر اثر یا هر منبع چهار دسته اطلاعات زیر لازم است که باید به دنبال هم بیایند.

۱- مؤلف یا مؤلفان

۲- تاریخ انتشار اثر

۳- عنوان اثر

۴- اطلاعات مربوط به انتشار اثر مانند شهر، ایالت یا کشور، محل انتشار اثر، نام ناشر.

چهار مورد فوق با نقطه از هم جدا می‌شوند. به نمونه‌های زیر توجه شود:

کتاب‌های تألیفی: سیف، علی‌اکبر. (۱۴۰۰). مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری. تهران: دوران.

کتاب‌های ترجمه‌شده: نیومن، باربارا؛ نیومن، فیلیپ. (۱۳۹۹). نظریه‌های رشد. (ترجمه مجتبی امیری مجد) تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها: گرجی، یوسف. (۱۳۷۳). رابطه بین میزان محبوبیت اجتماعی استادان از نظر دانشجویان و نحوه ارزشیابی دانشجویان از فعالیت‌های آموزشی آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چاپ‌نشده. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

مقاله‌ها: سیف، علی‌اکبر. (۱۳۶۹). تعریف و طبقه‌بندی تفکر. دانشنامه ۲، ۶۵-۵۰.

- **Journal Article:**
- Hughes, G., Desantis, A., & Waszak, F. (2013). Mechanisms of intentional binding and sensory attenuation: The role of temporal prediction, temporal control, identity prediction, and motor prediction. *Psychological Bulletin*, 139, 133–151. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028566>.
- **Authored Book:**
- Rogers, T. T., & McClelland, J. L. (2004). *Semantic cognition: A parallel distributed processing approach*. Cambridge, MA: MIT Press.
- **Chapter in an Edited Book:**
- Gill, M. J., & Sypher, B. D. (2009). Workplace incivility and organizational trust. In P. Lutgen-Sandvik & B. D. Sypher (Eds.), *Destructive organizational communication: Processes, consequences, and constructive ways of organizing* (pp. 53–73). New York, NY: Taylor & Francis.

زیر نویس ها: توضیحات و معادل انگلیسی اصطلاحات و اسامی مؤلفان پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه؛

نکات مهم

مقاله پیش‌تر در هیچ نشریه‌ای چاپ نشده باشد.

مسئولیت محتوای علمی مقاله، با نویسنده یا نویسندگان است.

مقاله با نسخه نرم‌افزار رایانه‌ای Word حداکثر در ۱۵ صفحه (فونت نازنین، اندازه ۱۲، فاصله خطوط ۱) تایپ‌شده باشد. مقاله فقط باید از طریق سامانه مجله بارگذاری شود. مجله در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است. پس از غربال‌گری اولیه و در صورتی که مقاله از نظر چهارچوب ظاهری و علمی با استانداردهای مجله هماهنگ باشد برای داوری و ارزیابی دقیق ارسال می‌شود. پس از انجام فرایند داوری مقاله، نتیجه پذیرش یا رد مقاله از طریق سامانه به نویسنده مسئول اعلام می‌شود. در صورتی که مقاله نیاز به اصلاح داشته باشد پس از انجام اصلاحات مورد نظر داوران و تایید سردبیر مجله، نامه پذیرش صادر می‌شود و مقاله در نوبت چاپ قرار می‌گیرد.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر / میثم حسومی، لیلا مقتدر، بهمن اکبری	۶
رابطه سبک‌های دلبستگی با خوردن ذهن‌آگاهانه و نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان / حسین رستمی، شیرین زینالی	۲۳
پیش‌بینی افسردگی بر اساس رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان / سیده فروغ فتحی، جعفر پویامنش	۳۹
مدل‌یابی معادلات ساختاری نگرانی از تصویر بدنی و آسیب‌های روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری خودانتقادی در بین دانشجویان / ثمین افشاری، فاطمه نظری	۵۳
مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی زنان سرپرست خانوار / فهیمه اسدی خانوکی، علیرضا منظری توکلی، حمید ملایی زرنندی، اعظم وزیری نسب	۷۵
تدوین و اعتباریابی برنامه مشاوره‌ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی / زهرا زارعی، پرویز کریمی ثانی، محمود گودرزی	۹۳



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر

میثم حسومی^۱، لیلا مقتدر^۲، بهمن اکبری^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، به همراه مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری زنانی بودند که از طرف همسرشان مورد خیانت قرار گرفته و از طریق فراخوان اعلام‌شده به مراکز مشاوره شاهین‌شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ مراجعه نمودند. از این جامعه، ۴۸ نفر داوطلب واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب شدند. در نهایت ۴۸ نفر (۳ گروه ۱۶ نفره) مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر شفقت را هفته‌ای یک بار دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. نتایج نشان داد تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پیگیری متغیرهای تاب‌آوری و سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن (رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت) در گروه درمان مبتنی بر شفقت معنادار و در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری زنان و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است. براین اساس، نتایج درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان شیوه‌ای درمانی مناسب در زنان با تجربه خیانت همسر در مراکز مشاوره به کار برده شود.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری، سازگاری زناشویی، زنان، خیانت

۱. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول) Leila.moghtader@iau.ac.ir

۳. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده به‌عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست که هرگونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. باین‌وجود متأسفانه شاهد افزایش بیش از انتظار نرخ ازهم‌پاشیدگی خانواده به علت بی‌وفایی و خیانت‌های زناشویی هستیم (ویزر و همکاران، ۲۰۱۷). و این در حالی است که توصیه‌های اخلاقی زیادی در مورد تشکیل خانواده و تلاش برای حفظ آن با نیت تقرب به ذات اقدس وی در متون اسلامی آمده است (نواح و حیدری نژاد، ۱۳۹۷). اما خیانت، یکی از دلایل اصلی طلاق زوجین و موضوعی اصلی برای زوج درمانگران در کار بالینی است، که اطلاعات کمی از افراد مستعد و زمینه‌های افزایش خیانت وجود دارد (راسموسن، میلار و ترنچاک، ۲۰۱۸؛ آداماپولو، ۲۰۱۳؛ میشل و اوککوکو، ۲۰۱۴). در تجربه خیانت برخی از همسران سعی می‌کنند بر موانع و تجارب تلخ زندگی خود غلبه یابند و آن را از بین ببرند، در حالی که دسته دیگر خود را قربانی تجارب تلخ محیط می‌دانند. بنابراین یکی از عواملی که در این زمینه نقش اساسی و جدی دارد، میزان تاب‌آوری است. به دیگر سخن یکی از عواملی که تعیین کننده پاسخ‌های افراد در مقابل رویدادهای استرس‌آفرین زندگی افراد می‌باشد، میزان تاب‌آوری آن‌ها می‌باشد. تاب‌آوری از سازه‌های مهم در روانشناسی است که به تعالی فکری و تجربه‌پذیری فرد در مقابله با شرایط نامطلوب زندگی اشاره دارد (حقایق، ۱۳۹۹). تاب‌آوری یک ساختار چند بعدی است (شول و دانوف، ۲۰۲۱)؛ به این ترتیب، بسیاری از منابع تاب‌آوری شامل عوامل روانشناختی، اجتماعی، محیطی و بیولوژیکی شناسایی شده است (براون و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، درک کامل‌تر عوامل مبتنی بر تاب‌آوری، و راه‌های تقویت و ارتقای تاب‌آوری در افراد، کمک ارزشمندی به تحقیقات ارائه می‌کند. (ملانی، شواندت، کولینز، رامچدانی، ۲۰۲۴)

یو، پنگ، چن، لانگ، وانگ (۲۰۱۴) تاب‌آوری را توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی - روانی - معنوی در شرایط دشوار یا خطرناک تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های انجام شده در حوزه تاب‌آوری و خیانت حاکی از آن است که میزان تاب‌آوری همسران آسیب دیده از خیانت نسبت به همسرانی که چنین تجربه‌ای نداشتند پایین‌تر است (سالاری فیض آباد، نورانی پور، زهراکار، ۱۳۹۹). از متغیرهای مهم و تاثیرگذار دیگر در این زمینه که در دهه‌های اخیر محققان آن را با جنبه‌های مختلف زندگی انسان‌ها به صورت گسترده مورد مطالعه قرار داده‌اند، سازگاری زناشویی می‌باشد. مفهوم سازگاری زناشویی جایگاه برجسته‌ای را در مطالعه ارتباطات خانوادگی و زناشویی به خود اختصاص داده است و معمولاً سازگاری و رضایت زناشویی به جای هم بکار برده می‌شوند. برای توصیف سازگاری زناشویی از اصطلاحات متعددی مانند رضایت‌مندی، سازش، خشنودی، موفقیت و کیفیت زناشویی استفاده شده است (ماتلو، ارکات، ییلدریم و گوندوغدو، ۲۰۱۸). رضایت دونفری^۱ میزان شادکامی در روابط و همچنین فراوانی تعارضات تجربه شده در روابط را نشان می‌دهد. همبستگی دونفری^۱ به این موضوع اشاره دارد که چند وقت یکبار، یک زوج همراه هم درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند. توافق دونفری^۱ میزان موافقتی است که زوج‌ها در مورد موضوعات مهم نظیر اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات دارند. ابراز محبت^۲ نیز مربوط به این است که چند وقت یکبار، زوجین به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند (علی اکبری دهکردی، محمدی، علیپور و محتشمی، ۱۳۹۱). در این میان همسران خیانت‌دیده برای برقراری ارتباط و حفظ رابطه صمیمانه مشکلات شدید و فراگیری را تجربه می‌کنند و

1. Weiser et al.
2. Rasmussen, Millar & Trenchuk
3. Adamopoulou
4. Michael & Okechukwu
5. Shevell & Denov
6. Brown et al.
7. Melanie . Schwandt , Cullins & Ramchandani
8. Mutlu, Erkut, Yıldırım & Gündoğdu
9. Dyadic Satisfaction
10. Dyadic Cohesion
11. Dyadic Consensus
12. Affectional Expression

در واقع مشکل ناسازگاری زناشویی بیش از هر مقوله دیگر سبب آشفتگی بین فردی این زوجین می شود. بطوری که بررسی همه گیرشناسی پژوهش ها نشان می دهد که ناسازگاری زناشویی یک عامل خطرزای مهم برای دلزدگی زناشویی، خیانت و طلاق محسوب می گردد (مؤنی جاوید، شعاع کاظمی و پورشهریاری، ۱۳۹۰). بنابراین شفقت در این میان دارای اهمیت ویژه است. شفقت را می توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، سیستم لذت و سیستم تسکین. سیستم تهدید وظیفه اش پایش خطرات و مقابله با آن هاست و هیجانات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها است و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم تسکین، تنظیم کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است (گیلبرت، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر شفقت در تلاش برای دستیابی به ذهنی شفقت ورز است که متشکل از توانایی دلسوز بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین توانایی دریافت شفقت از طرف دیگران است (گیلبرت، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر شفقت می تواند انعطاف پذیری را در جمعیت های مختلف، با افزایش تأثیر مثبت و کاهش تأثیرات منفی پیش بینی کند (چوانگ، وی وو، وانگ، ۲۰۲۴). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرومز و لاد، ۲۰۱۷). بنابراین افرادی که شفقت بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند (همچون خیانت) با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می شوند احساسات منفی کمتری را تجربه میکنند. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات و وقایع منفی عمل می کند. افرادی که شفقت بالایی دارند از آنجا که با سختگیری کمتر خودشان و دیگران را مورد قضاوت قرار می دهند؛ وقایع منفی زندگی را راحت تر می پذیرند و خودارضایی ها و واکنش هایشان دقیق تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی شان است (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت در بسیاری از تحقیقات با گروه نمونه مختلف تایید شده است؛ به عنوان مثال نتایج پژوهش اریلماز، ییلدیریم-کور تولوش و یلدریم^۴ (۲۰۲۴) نشان می دهد افزایش شفقت به خود می تواند بر تاب آوری تأثیر مثبت بگذارد. این پتانسیل مداخله های متمرکز بر شفقت به خود را برای افزایش تأثیرات مثبت و کاهش تأثیرات منفی برجسته می کند و در نتیجه تاب آوری فعلی و آینده را بهبود می بخشد. راب، وینتر، وارث، استوفل، موسر و همکاران^۵ (۲۰۲۳) در پژوهشی بیان کردند مداخلاتی که باعث افزایش شفقت به خود می شود می تواند منجر به بهبود رضایت زناشویی و ثبات شود، به ویژه در زوج هایی که با چالش هایی روبرو هستند. همچنین نتایج پژوهش رئیسی شیخ ویسی و چرامی (۱۳۹۸) نشان دهنده اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری و تاب آوری زوجین بود. مطالعاتی مشابه توسط حسنی، رضازاده، قنبری پناه و خوش خبر (۱۴۰۰)؛ اسدی بیجائی، امیری مجد، قمری و فتحی اقدام (۱۴۰۰)؛ اکبرپور، شریفیان و اسمخانی اکبری نژاد (۱۴۰۰)؛ نواب، دهقانی و کرباسی عامل (۱۳۹۸) انجام شد که نتایج مشابهی را نشان داد. همچنین اجزای خودشفقت، مانند خودمهربانی و کنترل، به طور قابل توجهی به تاب آوری و سلامت روان مثبت کمک می کنند و نشان می دهد که مداخله های مبتنی بر شفقت ممکن است انعطاف پذیری را در بین افراد جامعه افزایش دهد و رفاه کلی را ارتقا دهد. (چوانگ و همکاران، ۲۰۲۴)

با توجه به مطالب مطرح شده و نتایج پژوهشها درمان مبتنی بر شفقت از درمان های جدید حوزه سلامت روان بوده که در دهه اخیر توجه محققین را به خود جلب نموده و در مطالعات اندکی اثربخشی آن بر متغیرهای وابسته حاضر در زوجین مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر این مسئله مدنظر است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است؟

1. Gilbert & Lad
2. Chuang, Wei Wu & Wang
3. Irons & Lad
4. Eryilmaz, Yıldırım-Kurtuluş & Yıldırım
5. Raab et al.

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی، از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، به همراه مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش کلیه زنانی بودند که از طرف همسرشان مورد خیانت قرار گرفته بودند و از طریق فراخوان اعلام‌شده مراجعه و یا از مراکز مشاوره شاهین‌شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تعداد ۶۴ نفر معرفی شدند و از این جامعه، ۴۸ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با استناد به تعداد نمونه رایج در مطالعات تجربی که حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و همچنین ریزش احتمالی تا رسیدن به حجم مطلوب ادامه داشت. در این پژوهش سه گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه، ۴۵ نفر و با احتساب ۲۰ درصد ریزش، ۵۷ نفر، بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش، از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس نمونه انتخاب شده به‌صورت تصادفی (جایگزینی تصادفی بر اساس روش هم‌تاسازی گروه‌ها مبتنی بر داده‌های به‌دست‌آمده اولیه) در دو گروه مداخله و گواه جایگزین شدند. قابل ذکر است در نهایت با توجه به در نظر گرفتن معیارهای خروج و کناره‌گیری برخی از شرکت‌کنندگان، داده‌های ۴۸ نفر (۳ گروه ۱۶ نفره) مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ضمن ارائه دستورالعمل‌های آزمون‌ها مواردی از قبیل هدف از اجرای پژوهش، لزوم پاسخ‌دهی به تمام سؤالات پرسشنامه‌ها و اطمینان از محرمانه‌ماندن در رعایت اصل رازداری و حق خروج از پژوهش در هر مرحله از تحقیق به اطلاع آن‌ها رسید. از ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان جنسیت زن، تجربه خیانت همسر، سن زیر ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه، وجود تعارضات و مشکلات مربوط به رضایت در روابط زوجی آن‌ها، تمایل به ادامه رابطه زناشویی با همسر خود، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در حین جلسات گروه‌درمانی، علاقه به شرکت در جلسات آموزشی و متعهد شدن به حضور در جلسات آموزشی درمانی (به‌صورت فردی) و نداشتن اعتیاد بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در هر یک از جلسات درمانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، وجود اختلالات روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری بود. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل: آزمون موچلی، آزمون ام‌باکس، آزمون لون و آزمون تعقیبی بنفرونی از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار پژوهش

سؤالات عمومی (جمعیت‌شناختی): در سؤالات عمومی اطلاعات کلی و جمعیت‌شناختی در رابطه با پاسخ‌دهندگان جمع‌آوری شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفا کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بدست آمده است. محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا

۰/۶۴ بدست آورد. روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ بود. پایایی پرسشنامه تاب‌آوری در پژوهش کرمیرزانیکوزاده (۱۳۸۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر^۱ (DAS): پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر توسط گراهام بی اسپانیر در سال ۱۹۷۶ منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می‌کنند، تنظیم شده است. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. سؤالات خرده مقیاس‌ها از این قرار است: رضایت زناشویی: ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی دو نفری: ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق دو نفری: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ ابراز محبت: ۴، ۶، ۲۹، ۳۰. نمره گذاری براساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود و برای افزایش اطمینان مقیاس، تعدادی از سوالات به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده است، بنابراین برخی از سوالات مستلزم معکوس کردن جهت نمره‌گذاری است. نمره نهایی میزان سازگاری زناشویی از جمع کردن نمره‌های فرد در تمامی پرسشها و خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره کل مجموع سوالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بهتر و نمرات پایینتر نشانه سازگاری پایینتر است. از نظر اسپانیر افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد، مشکل‌دار و ناسازگار محسوب شده و افراد دارای نمرات بالاتر از ۱۰۱ سازگار به حساب می‌آیند. میانگین نمرات زوج‌های سازگار در مطالعه اسپانیر ۱۱۴/۷ و در زوج‌های ناسازگار ۷۰/۷ بود (اسپانیر، ۱۹۷۶). نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است و همسانی درونی خرده مقیاسها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). اسپانیر (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را در کل نمرات ۰/۹۶ برآورد کرده است، همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است: رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۲ به دست آمد. (ثنایی، ۱۳۷۹؛ حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸). این مقیاس در سال ۱۳۷۴ در ایران ترجمه و اجرا و هنجاریابی شده است. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، مقیاس فرعی اول ۰/۶۸ و مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵ و مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱ و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱ به دست آمده است (حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ به دست آمد و اعتبار این مقیاسی در همبستگی بامقیاس رضایت زناشویی لاک و والاس نیز ۰/۸۶ محاسبه شده است (ثنایی، ۱۳۷۹؛ رسولی و فرحبخش، ۱۳۸۸).

جلسات درمانی

آموزش مبتنی بر شفقت: محتوای جلسات مداخله مبتنی بر شفقت بر اساس مفاهیم و بسته درمانی متمرکز بر شفقت خود گیلبرت (۲۰۰۹) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ گیلبرت، ۲۰۱۴). شرح مختصر محتوایی جلسات مداخله در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
جلسه دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
جلسه سوم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب مشارکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت"
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به مشارکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راه‌کارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

نتایج

جدول ۲- ویژگی جمعیت

گروه درمان مبتنی بر شفقت					کنترل
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۳۰-۲۰	۴	۲۳/۵	۲	۱۱/۸	۲
۴۰-۳۱	۱۱	۶۴/۷	۱۳	۷۶/۵	۱۳
۵۰-۴۱	۲	۱۱/۸	۲	۱۱/۸	۲
دیپلم	۵	۲۹/۴	۳	۱۷/۶	۳
کارشناسی	۱۰	۵۸/۸	۹	۵۲/۹	۹
کارشناسی ارشد	۲	۱۱/۸	۵	۲۹/۴	۵
خانه دار	۶	۳۵/۳	۷	۴۲/۱	۷
شاغل بخش دولتی	۹	۵۲/۹	۹	۵۲/۹	۹
شاغل بخش خصوص	۲	۱۱/۸	۱	۵/۹	۱
۰۱	۲۱۲	۷۰/۱۱۶/۸	۱	۵/۹	۱
۲	۳	۱۷/۶	۴	۲۳/۵	۴
۳ و بیشتر	۰	۰	۱	۵/۹	۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد اکثریت شرکت کنندگان در هر سه گروه در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار دارند (۶۴/۷ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۷۶/۵ درصد گروه کنترل)، سطح تحصیلات کارشناسی (۵۸/۸ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۵۲/۹ درصد گروه کنترل)، شاغل در بخش دولتی (۵۲/۹ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۴۷/۱ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۵۲/۹ درصد گروه کنترل)، شاغل دارای یک فرزند (۷۰/۶ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۶۴/۷ درصد گروه کنترل) هستند. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون X^2 بزرگتر از ۰/۰۵ گزارش شده است، مشخص شد که گروه‌ها از لحاظ دامنه سنی، سطح تحصیلات، شاغل در بخش دولتی، شاغل دارای یک فرزند و تعداد فرزند هم‌تا هستند.

جدول ۳- اطلاعات متغیر توصیفی تاب آوری

گروه‌ها					
مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۴۳/۳۹	۲/۹۶	۵۵/۴۱	۲/۶۴	۵۶/۴۱	۲/۰۹
۴۴/۹۵	۲/۲۸	۴۳/۵۵	۲/۷۲	۴۳/۴۵	۳/۱۸

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میانگین متغیر تاب آوری گروه درمان مبتنی بر شفقت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۴۳/۳۹، ۵۵/۴۱ و ۵۶/۴۱ با انحراف معیار ۲/۹۶، ۲/۶۴ و ۲/۰۹ است؛ همچنین در گروه کنترل میانگین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۴۴/۹۵، ۴۳/۵۵ و ۴۳/۴۵ با انحراف معیار ۲/۲۸، ۲/۷۲ و ۳/۱۸ است.

جدول ۴- اطلاعات متغیر توصیفی سازگاری زناشویی

گروه ها	مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر شفقت	۶۶/۵۴	۴/۳۴	۷۲/۸۱	۵/۰۰	۷۳/۴۷	۴/۵۷
	۲۰/۳۲	۳/۰۳	۲۱/۷۱	۳/۰۷	۲۱/۷۱	۲/۶۸
	۹/۳۷	۱/۸۱	۱۰/۴۵	۲/۲۰	۱۰/۵۳	۱/۸۷
	۲۸/۶۹	۲/۰۷	۳۱/۱۲	۲/۹۷	۳۱/۶۵	۲/۷۸
	۸/۱۶	۰/۹۹	۹/۵۳	۱/۰۰	۹/۵۹	۱/۴۶
کنترل	۶۶/۶۶	۴/۷۸	۶۵/۷۵	۳/۶۶	۶۶/۱۹	۴/۶۷
	۱۹/۹۶	۳/۲۶	۱۹/۹۲	۲/۷۸	۱۹/۵۹	۲/۹۹
	۱۰/۰۰	۲/۰۶	۹/۸۹	۱/۵۹	۹/۸۹	۲/۰۰
	۲۸/۷۵	۲/۲۴	۲۸/۲۸	۱/۹۴	۲۸/۶۸	۲/۰۱
	۷/۹۶	۱/۱۸	۷/۶۶	۱/۰۷	۸/۰۲	۱/۱۲

نتایج جدول ۴ نشان می دهد میانگین متغیر سازگاری زناشویی گروه درمان مبتنی بر شفقت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۶۶/۵۴، ۷۲/۸۱ و ۷۳/۴۷ با انحراف معیار ۴/۳۴، ۵/۰۰ و ۴/۵۷ است؛ همچنین در گروه کنترل میانگین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۶۶/۶۶، ۶۵/۷۵ و ۶۶/۱۹ با انحراف معیار ۴/۷۸، ۳/۶۶ و ۴/۶۷ است.

فرضیه ۱: درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری زنان با تجربه خیانت همسر موثر می باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
تاب آوری	اثر زمان	۶۹۷/۴۷	۱/۲۱	۵۷۲/۹۴	۶۳/۲۵	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۱۵۳۳/۶۹	۱	۱۵۳۳/۶۹	۱۴۶/۹۲	P<۰/۰۰۱
	اثر زمان × اثر گروه	۱۱۱۰/۵۵	۱/۲۱	۹۱۲/۲۶	۱۰۰/۷۱	P<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که f مشاهده شده اثر زمان برای متغیر تاب آوری برابر با $۶۳/۲۵$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برابر با $۱۴۶/۹۲$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه برابر با $۱۰۰/۷۱$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است؛ تمامی این ضرایب نشانگر آن هستند که درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری زنان با تجربه خیانت همسر موثر است و این فرضیه تایید می‌شود.

جدول ۶- نتایج آزمون بنفرونی

متغیر			زمان‌ها			درمان مبتنی بر شفقت			گروه کنترل		

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که f مشاهده شده اثر زمان برای متغیر سازگاری زناشویی برابر با ۳۱/۲۸ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برابر با ۱۰/۴۱ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه برابر با ۴۶/۵۸ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ تمامی این ضرایب نشانگر آن هستند که درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است و این فرضیه تایید می شود. همچنین f مشاهده شده اثر زمان برای مولفه های رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۴/۹۳، ۶/۵۶، ۱۱/۶۸ و ۹/۵۹ در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برای مولفه های توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۶/۸۲ و ۱۲/۷۲ در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه نیز برای مولفه های رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۸/۶۰، ۹/۸۰، ۱۵/۷۲ و ۱۲/۷۱ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۸- نتایج آزمون بنفرونی

متغیر	زمان ها		درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۲۷	۰/۵۸	P<۰/۰۰۱	۰/۹۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۹۳	۰/۶۱	P<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۶	۰/۴۵	P>۰/۰۵	-۰/۴۴
رضایت زناشویی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۹	۰/۲۰	P<۰/۰۰۱	۰/۰۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۳۸	۰/۳۵	P<۰/۰۰۱	۰/۳۶
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۴	۰/۴۱	P>۰/۰۵	۰/۳۲
همبستگی دونفره	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۰۸	۰/۱۶	P<۰/۰۰۱	۰/۱۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۱۵	۰/۲۲	P<۰/۰۰۱	۰/۱۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۰	P>۰/۰۵	-۰/۰۰۵
توافق دونفره	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۲	۰/۶۱	P<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۹۵	۰/۵۲	P<۰/۰۰۱	۰/۰۶
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۵۲	۰/۲۴	P>۰/۰۵	-۰/۳۹
ابراز محبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۷	۰/۱۵	P<۰/۰۰۱	۰/۲۹
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۴۳	۰/۲۳	P<۰/۰۰۱	-۰/۰۶
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۵	۰/۱۶	P>۰/۰۵	-۰/۳۶

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر سازگاری زناشویی در گروه درمان مبتنی بر شفقت برابر با -۶/۲۷ و -۶/۹۳ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است ($P < ۰/۰۰۱$)، درحالی که تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر سازگاری

زناشویی در گروه کنترل برابر با ۰/۹۱ و ۰/۴۷ بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش شده است ($P > ۰/۰۵$) همچنین تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پیگیری مولفه‌های سازگاری زناشویی نیز در گروه درمان مبتنی بر شفقت معنادار گزارش شده است ($P < ۰/۰۰۱$) درحالی‌که تفاوت میانگین‌ها در گروه کنترل بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش شده است ($P > ۰/۰۵$).

یافته ها

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین گروه‌های مداخله و گواه در متغیر تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا نمود و در گروه گواه تغییری مشاهده نشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر اثربخش است. این نتیجه با نتایج مطالعات راب و همکاران (۲۰۲۳)، اریلماز و همکاران (۲۰۲۴)، استین^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، کاچر^۲ و همکاران (۲۰۲۳)، گو^۳ و همکاران (۲۰۲۳)، دمتریو^۴ و همکاران (۲۰۲۳)، و باگ و همکاران^۵ (۲۰۲۲)؛ و همچنین مطالعات ولی زاده و همکاران (۱۴۰۲)، روحی مطلق و همکاران (۱۴۰۱)، اکبرپور و همکاران (۱۴۰۰)، ترخان (۱۴۰۰) همسو می‌باشد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر تاب‌آوری گروه‌های نمونه مختلف تایید نمودند. در تبیین یافته ابتدا باید گفت که در زنان با تجربه خیانت همسر، تاب‌آوری به شدت کاهش می‌یابد. ازسویی احساس عدم توانایی، فقدان کنترل بر شرایط زندگی، عدم توانایی لازم در سازگاری با موقعیت، کیفیت زندگی این زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ در نتیجه کنترل مشکلات مربوط به شرایط، این افراد را نیازمند آموزش‌های ویژه در زمینه تاب‌آوری در رابطه با شرایط خود می‌نماید. لذا با فنون شفقت به خود، به افراد آموزش می‌دهند که تا با سخت‌گیری کمتری خودشان را مورد قضاوت و داوری قرار دهند و نسبت به خودشان شفقت داشته باشند و وقایع دردناک و رنج آور زندگی را راحت‌تر بپذیرا باشند و به آن‌ها به‌عنوان وقایع طبیعی زندگی نگاه کنند (سنبل و گانری، ۲۰۱۹). آموزش شفقت به خود به افراد اجازه می‌دهد تا نسبت به خود رفتاری غیرقضاوتی داشته باشند و به آن‌ها کمک می‌کند اهداف موردنظر در زندگی را مشخص کنند و اعتماد به نفس خود را برای توسعه مسیرهای محتمل برای رسیدن به اهداف افزایش دهند. به علاوه، افراد دارای سطوح بالاتر شفقت به خود، تمایل دارند که با عدم موفقیت خود با انطباق‌پذیری بیشتری مقابله نمایند، بجای اینکه در ارزیابی منفی و هیجان دچار نشخوار فکری شوند. بنابراین، آنها به احتمال زیاد در رسیدن به اهداف موردنظر تلاش بیشتری می‌کنند، پایداری بیشتری ایجاد می‌کنند و انگیزه بالاتری را حتی در شرایط چالش‌برانگیز حفظ می‌کنند. به نوبه خود، تفکر امیدوارکننده بالاتر و انگیزه مبتنی بر هدف ممکن است رضایت بیشتری از زندگی ایجاد کند (کاچر و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور کلی می‌توان آموزش مبتنی بر شفقت موجب می‌شود زنان با تجربه خیانت همسر در مهارت‌های مهم و ضرورت تغییر در رفتارهای سبک زندگی و نیز مدیریت کردن جنبه‌های روانی و هیجانات منفی مبتنی بر شرایط خود، به این درک برسند که می‌توانند شرایط زندگی خود را کنترل کرده و از پیشرفت آن به سوی عواقب نامطلوب و جبران ناپذیر آن جلوگیری به عمل آورند که این خود منجر به ایجاد و افزایش میزان تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر می‌گردد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین گروه‌های مداخله و گواه در متغیر سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر سازگاری زناشویی در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا نمود و در گروه گواه تغییری مشاهده نشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر اثربخش است. این نتیجه با نتایج مطالعات این نتیجه با نتایج مطالعات چلداوی و همکاران

1. Austin
2. Kuchar
3. Guo
4. Demetriou
5. Bag et al.
6. Sünbül & Güneri

(۱۴۰۲)، فاریابی و همکاران (۱۴۰۰)، فاریابی و همکاران (۱۳۹۹)، بخشی و صادقی^۱ (۲۰۲۳)، سانتر-بالارجن^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، و بی‌بی^۳ و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد که نقش و اثربخشی شفقت را بر سازگاری زناشویی در گروه‌های نمونه مختلف تایید کردند. در تبیین نتایج می‌توان گفت شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (موسوی و همکاران، ۱۴۰۰). نتیجه پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد دارای خودشفقتی بیشتر، بهتر می‌توانند با شکست عاطفی مقابله کنند. افرادی که در این پژوهش نمره‌های بالایی در خودشفقتی کسب کردند در حقیقت افرادی بودند که با خودشان با مهربانی و توجه رفتار می‌کردند. دست به قضاوت و خودداوری نمی‌زدند و شکست را به‌عنوان تجربه‌ای مشترک که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید می‌دیدند (فاریابی و همکاران، ۱۴۰۰). در تبیینی دیگر افراد می‌آموزند که تخلیه هیجانی مناسبی با شفقت ورزی داشته باشند، نحوه تفکر و رفتار را نسبت به خودشان شناسایی کنند و این سبب می‌گردد شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با همسر خود ارتقا دهند و با نگرستن به طرف روشن قضا و مشکلات بین شخصی زناشویی و ادراک بیشتر همسر، ارتباط صمیمی بیشتری با همسر خود برقرار سازند و این نوع آموزش بر برداشت از رفتار همسر و درک بالاتر، بروز هیجان شادی و کاهش تعارضات در زندگی زناشویی اثربخش بوده است؛ بنابراین خود شفقت ورزی می‌تواند یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند، بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه حل جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند و در نهایت این ویژگی‌ها موجب سازگاری زناشویی و ابراز محبت در زنان با تجربه خیانت همسر می‌گردد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه پژوهش حاضر منحصر در شهر شاهین شهر اصفهان و جامعه زنان انجام گرفته است، لذا تعمیم آن به دیگر شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پیشنهاد می‌گردد: در پژوهش‌های بعدی از اثربخشی درمان در مردان و مکان‌ها و گروه‌های دیگر استفاده گردد. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از این درمان به مراکز درمانی و کلینیک‌های مشاوره، به منظور کمک به افزایش تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در زنان با تجربه خیانت همسر پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله مستخرج از رساله دکتری با کد اخلاق به شناسه IR. IAU. RASHT. REC. 1401. 051 از کمیته اخلاق، مصوبه تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۰۹ رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد رشت است.

حمایت مالی: پژوهش حاضر با حمایت مالی نویسنده اول مقاله انجام شده است

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان (زنان مراکز مشاوره شاهین شهر اصفهان) که به سئوالات پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

تعارض منافع

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

منابع

- اسدی بیجائی، جهان سادات؛ امیری مجد، مجتبی؛ قمری، محمد؛ فتحی اقدم، قربان. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر رضایت از زندگی و تاب آوری زنان سالمند. روان شناسی پیری، ۱۷(۱)، ۶۷-۵۵. DOI: 10.22126/jap.2021.6210.1509.
- <file:///C:/Users/NAHID-PC/Downloads/13000514000105-1>
- اکبرپور، مرتضی؛ شریفیان قاضی جهانی، مریم؛ اسمخانی اکبری نژاد، هادی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم، ۹(۴)، ۶۰-۷۰.
- <http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.4.60>
- ترخان، مبینا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب آوری تحصیلی و امیدواری دانش آموزان پسر اهل کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه. نشریه پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۸(۳۲)، ۱۸-۹.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش ازدواج و خانواده. تهران: انتشارات بعثت، ۵۹-۶۳.
- چلداوی، رحیم؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ و امان الهی، عباس. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری پس از طلاق زنان طلاق گرفته. روانشناسی اجتماعی، ۱۱(۶۷)، ۳۵-۵۰.
- حسینی، فریبا؛ رضازاده، محمدرضا؛ قنبری پناه، افسانه؛ خوش خبر، عباس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران با نشانگان دل زدگی زناشویی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۷(۳)، ۶۴-۵۲. <http://dx.doi.org/10.29252/ijrn-06041>
- حسینی نسب، سید داوود؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ فتوحی بناب، سکینه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۴(۱۴)، ۶۲-۴۹.
- حقایق، سید عباس. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور. مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت، ۷(۲)، ۲۵-۲۵.
- <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-866-fa.pdf>. ۱۳
- رسولی، زینب؛ فرحبخش، کیومرث. (۱۳۸۸). رابطه سبکهای دلبستگی و منبع کنترل با سازگاری زناشویی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۴(۱۳)، ۱۷-۲۴.
- روحی مطلق، شراره؛ افتخار صعادی، زهرا؛ مکوندی، بهنام؛ حافظی، فریبا. (۱۴۰۱). بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام. پژوهش نامه زنان، ۱۳(۳۹).
- رئیزی شیخ ویسی، احمد؛ چرامی، مریم. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر سازگاری زناشویی زوجین. سومین کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روان شناسی. <https://civilica.com/doc/919819>
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهران؛ صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانشیزشکی و روانشناسی بالینی ایران، پاییز ۱۳۸۶، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی؛ و دربانی، سیدعلی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. روانشناسی خانواده، ۳(۲)، ۴۵-۵۸.
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ محمدی، اعظم؛ علی پور، احمد؛ محتشمی، طیه. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افزایش مؤلفه های سازگاری زناشویی در مبتلایان به واژینیس موس. مشاوره کاربردی، ۲(۱)، ۶۲-۴۹.
- <https://jac.scu.ac.ir>

فاریابی، ظهیرالدین؛ خیاطان، فلور؛ منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بسته شفقت درمانی بخشش محور و بخشش درمانی بر مدیریت خشم، سازگاری زناشویی و فرکانس عشق در زنان دارای تعارضات زناشویی. طلوع بهداشت، ۱۹(۶)، ۹۴-۷۷.

فاریابی، ظهیرالدین؛ خیاطان، فلور؛ و منشئی، غلامرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دو نوع درمان شفقت‌درمانی بخشش محور مبتنی بر تعارضات زناشویی و درمان مبتنی بر شفقت بر خشم و سازگاری زناشویی زنان. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۲(۴۷)، ۷۸-۶۵.

کردمیرزانی‌کوزاده، عزتاله. (۱۳۸۸). الگویانیزیستی-روانی-معنوی در افراد وابسته و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روانشناسی مثبت نگر، رساله دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه عالمه طباطبایی.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

موسوی، مهدیه سادات؛ بخشی‌پور، ابوالفضل؛ و مهدیان، حسین. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر سازگاری اجتماعی زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی. مجله اصول بهداشت روانی، ۲۳(۴)، ۲۹۸-۲۸۵.

مؤمنی جاوید، مهرآور؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ پورشهریاری، مه‌سیما. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد بین فردی بر بهبود روابط زناشویی مادران خیانت دیده. مطالعات روان‌شناختی، ۱۱(۲)، ۱۱۴-۸۷.

نواب، مژگان؛ دهقانی، اکرم؛ کرباسی عامل، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی. سلامت روان کودک (روان کودک)، ۶(۱)، ۲۵۰-۲۳۹.

نواح، عبدالرضا؛ حیدری‌نژاد، سارا. (۱۳۹۷). شناسایی عوامل مؤثر در خشونت علیه زنان شهر اهواز. فصلنامه زن و جامعه، ۹(۴)، ۱۳۳-۱۵۲.

ولی زاده، حدیث؛ احمدی، وحید؛ و میرشکار، ساره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۶۹)، ۲۶۵-۲۵۷.

Adamopoulou, E. (2013). New facts on infidelity. *Economics Letters*, 121(3), 458-462.

Austin, J., Drossaert, C. H. C., & Bohlmeijer, E. T. (2023). Self-compassion as a resource of resilience. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Eds.), *Handbook of self-compassion* (pp. 165-182). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_10

Bag, S. D., Kilby, C. J., Kent, J. N., Brooker, J., & Sherman, K. A. (2022). Resilience, self-compassion, and indices of psychological wellbeing: a not so simple set of relationships. *Australian Psychologist*, 1-9.

Bakhshi, S., & Sadeghi, M. (2023). Developing a model of marital adjustment based on self-compassion, marital intimacy and job satisfaction in married female teachers. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 25-34.

Bibi, S., Masood, S., Ahmad, M., & Bukhari, S. (2017). Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults. *Foundation University Journal of Psychology*, 2(2), 52-66.

Brown, L., Cohen, B., Costello, R., Brazhnik, O., & Galis, Z. (2023). Conceptualizing a resilience research framework at the national institutes of health. *Stress Health*, 39 (S1) (2023), pp. 4-9. <https://doi.org/10.1002/smi.3260>

Chuang, Shu. Ping., Wei Wu Jo Yung. , & Wang. (2024). Self-Compassion, Resilience and Mental Health in Community Adults. *American Journal of Health Promotion*. Volume 38, Issue 8. <https://doi.org/10.1177/08901171241254930>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. DOI: 10.1002/da.10113
- Demetriou, L., Hatzi, V., & Hadjicharalambous, D. (2023). The Role of Self-Compassion in Predicting Psychological Resilience and Adaptive Responses during the Covid19 Pandemic. *Medical Research Archives*, 11 (1), DOI: <https://doi.org/10.18103/mra.v11i1.3499>
- Eryilmaz, A., Yıldırım-Kurtuluş, H., & Yıldırım, M. (2024). A cross-sectional and longitudinal study on the mediation effect of positive and negative affects in the relationship between self-compassion and resilience in early adolescents. *Children and Youth Services Review*. Volume 161, June 2024, 107669. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107669>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. DOI: 10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 3123. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.586161
- Guo, T., Jiang, D., Kuang, J., Hou, M., Gao, Y., Herold, F., ... & Chen, Y. (2023). Mindfulness group intervention improved self-compassion and resilience of children from single-parent families in Tibetan areas. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101743. DOI: 10.1016/j.ctcp.2023.101743
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Kuchar, A. L., Neff, K. D., & Mosewich, A. D. (2023). Resilience and Enhancement in Sport, Exercise, & Training (RESET): A brief self-compassion intervention with NCAA student-athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 67, 102426. DOI: 10.1016/j.psychsport.2023.102426
- Melanie, L., Schwandt, A., Eva Cullins, B., Vijay, A., Ramchandani. (2024). The role of resilience in the relationship between stress and alcohol . *Neurobiology of Stress*, Volume 31, July 2024, 100644. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2024.100644>
- Michael, E. J., & Okechukwu, C. I. (2014). Handling Marital Infidelity: The Hosea Example. *International Journal of Innovative Research and Development*|| ISSN 2278– 0211, 3(1), 13.
- Raab, A., Winter, F., Warth, M., Stoffel, M., Moessner, M., & et al. (2023). Current depressive disorder: A randomized-controlled trial. A compassion-based treatment for couples with the female partner suffering from current depressive disorder: A randomized-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. Volume 342, 1 December 2023, Pages 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.136>
- Rasmussen, K. R., Millar, D., & Trenchuk, J. (2018). Relationships and Infidelity in Pornography: An Analysis of Pornography Streaming Websites. *Sexuality & Culture*, 1-14.
- Santerre-Baillargeon, M., Rosen, N. O., Steben, M., Pâquet, M., Macabena Perez, R., & Bergeron, S. (2018). Does self-compassion benefit couples coping with vulvodynia? Associations with psychological, sexual, and relationship adjustment. *The Clinical Journal of pain*, 34(7), 629-637.
- Shevell, M.C., & Denov, M.S. (2023). A multidimensional model of resilience: family, community, national, global and intergenerational resilience. *Child Abuse Negl.* 119 (Pt 2) . <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105035>

- Sünbula, Z. A., & Güneri, O. Y. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337–342. <https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>
- Weiser, D. A., Weigel, D. J., Lalasz, C. B., & Evans, W. P. (2017). Family background and propensity to engage in infidelity. *Journal of Family Issues*, 38(15), 2083-2101.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>

Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Resilience and Marital Adjustment in Women Experiencing Spousal Infidelity

Meysam Hasoomi¹, Leyla Moghtader², Bahman Akbari³

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of compassion-based therapy on resilience and marital adjustment in women who have experienced spousal infidelity. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design including a control group, along with a two-month follow-up phase. The statistical population consisted of women who had been cheated on by their husbands and had referred to counseling centers in Shahinshahr, Isfahan, in 2022 through an announced call for participants. From this population, 48 eligible volunteers were selected using a convenience sampling method. Ultimately, 48 participants (3 groups of 16) were analyzed. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale and the Spanier Dyadic Adjustment Scale. The experimental group received compassion-based therapy training for 8 sessions, each lasting 90 minutes, once a week, while no intervention was provided to the control group. The results indicated statistically significant improvements in resilience and marital adjustment, including its subcomponents (marital satisfaction, dyadic cohesion, dyadic consensus, and expression of affection), from pretest to posttest and follow-up in the experimental group, whereas no significant changes were observed in the control group. These findings suggest that compassion-based therapy is effective in enhancing resilience and marital adjustment in women affected by spousal infidelity and can be considered a beneficial therapeutic approach in counseling settings.

Keywords: Compassion-based therapy, Resilience, Marital adjustment, Women, Infidelity

1. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
meysam.hasoomi@iau.ac.ir

2. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (Corresponding Author)
Leila.moghtader@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
bahmanakbari@iau.ac.ir



رابطه سبک های دلبستگی با خوردن ذهن آگاهانه و نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان

حسین رستمی^۱، شیرین زینالی^۲

تاریخ دریافت: ۲۳/۰۷/۱۴۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۸/۱۰/۱۴۰۳

چکیده

خوردن ذهن آگاهانه به حضور کامل و آگاه بودن در حین غذاخوردن اشاره دارد و متأثر از عوامل روان شناختی است؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش رابطه سبک های دلبستگی با خوردن ذهن آگاهانه و نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان است. در این پژوهش همبستگی ۲۷۰ دانشجوی دانشگاه ارومیه به روش نمونه گیری خوشه ای در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند و به ابزارهای سبک دلبستگی، دشواری تنظیم هیجان و خوردن ذهن آگاهانه پاسخ دادند و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و smart-pls بررسی شدند. نتایج نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن به صورت مستقیم و با نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان با خوردن ذهن آگاهانه رابطه معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین سبک های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به صورت مستقیم و با نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان با خوردن ذهن آگاهانه رابطه معنی دار دارد ($p < 0/05$). یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد در خوردن ذهن آگاهانه متغیرهای بین فردی و هیجانی نقش معنی داری دارند.

کلیدواژه ها: خوردن ذهن آگاهانه، دشواری در تنظیم هیجان و سبک های دلبستگی

۱. مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران. پژوهشگاه علوم انتظامی و

مطالعات اجتماعی فراجا، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. sh.zeinali@urmia.ac.ir

مقدمه

کابات زین^۱ (۱۹۹۱) ذهن آگاهی^۲ را به صورت توجه کردن به روشی خاص، هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت توصیف کرده است. خوردن آگاهانه^۳ نیز بر تمرین حضور کامل و آگاه بودن در حین غذاخوردن، تمرکز بر تجربه غذا بدون قضاوت تأکید دارد. غذاخوردن آگاهانه شامل توجه به تجربه لحظه به لحظه غذاخوردن، تصدیق اینکه غذا چه احساسی ایجاد می کند و هماهنگی با نشانه های طعم، لذت و سیری بدن است (نلسون^۴، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده است آموزش در مورد غذاخوردن ذهن آگاهانه، نگرش غذایی بدون قضاوت را افزایش داده و توانایی رسیدگی صحیح به هیجانات را در زمان خوردن افزایش می دهد (وونک^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، ها و لیم^۶ (۲۰۲۳) پیشنهاد می کنند هیجانات - به ویژه هیجانات منفی - می توانند با ایجاد رفتارهای غذایی خودکار که از گرسنگی جسمی جدا هستند، خوردن آگاهانه را مختل کنند. بنابراین به نظر می رسد هیجانات نقش مهمی در خوردن آگاهانه داشته و بر نحوه تعامل افراد با غذا تأثیر می گذارند (سیپسزور - برنات^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). مونل^۸ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند اختلال در تنظیم هیجانات در ایجاد، حفظ و پیامد اختلالات خوردن نقش دارد. برای افرادی که از غذاخوردن آگاهانه بالایی برخوردارند، دشواری در تنظیم هیجان^۹ و عواطف منفی با خوردن هیجانی بیشتر و خوردن آگاهانه کمتر همراه است، به عبارتی کسانی که ذهن آگاهانی کمتری در خوردن دارند، هیجانات با مدیریت کمتر خوردن مرتبط است (لاتی مور^{۱۰}، ۲۰۲۰). مشکلات تنظیم هیجان شامل کمبود آگاهی، عدم پذیرش احساسات و پاسخ های رفتاری بی اثر به احساسات است (گراتز و رامر^{۱۱}، ۲۰۰۴)؛ بنابراین هیجان های منفی باعث می شود تا فرد از خوردن برای تنظیم هیجان استفاده کند (مچ^{۱۲}، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلالات خوردن بد تنظیم هیجانی بیشتری به ویژه در آگاهی و وضوح هیجانی نشان می دهند (مونل و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس نظریه روان پویشی^{۱۳} افراد مبتلا به اختلالات خوردن احساس عمیقی از بی اثر بودن، از دست دادن کنترل، مشکلات در تنظیم عاطفه، خودارزیابی منفی و چالش های بین فردی را تجربه می کنند (تاسکا و بالفور^{۱۴}، ۲۰۱۴).

از طرفی طبق الگوهای زیست محیطی اجتماعی^{۱۵} اعمال و اعتقادهای والدین عامل اصلی و تعیین کننده مشکلات خوردن افراد است (دیویسون و بیرچ^{۱۶}، ۲۰۰۱). طبق نظریه یادگیری اجتماعی^{۱۷} (بندورا^{۱۸}، ۱۹۷۷) رفتارهای غذایی کودک با رفتارهای غذایی والدین تعیین می شود (گریم و استیل^{۱۹}، ۲۰۱۱) و سبک دلبستگی^{۲۰} به عنوان نماینده پایدار از روابط والد - فرزندی می تواند بر غذاخوردن افراد تأثیرگذار باشد (زاکور^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۱). در اصطلاح روان شناختی، دلبستگی پیوند عاطفی بین یک نوزاد انسان و والد یا مراقب است (بالبی^{۲۲}، ۱۹۸۳). دلبستگی همچنین نشان دهنده تمایل به ایجاد پیوند با

1. Kabat-Zinn
2. mindfulness
3. Mindfulness eating
4. Nelson
5. Wnuk
6. Ha, Lim
7. Czepczor-Bernat
8. Monell
9. Emotion dysregulation
10. Lattimore
11. Gratz, K., & Roemer
12. Mach
13. psychodynamic theory
14. Tasca, Balfour
15. Social-ecological model
16. Davison, & Birch
17. social learning theory
18. Bandura
19. Grimm, & Steinle
20. Attachment style
21. Zakhour
22. Bowlby

افراد خاص در دوران نوزادی و در بزرگسالی تمایل به جستجوی روابط اجتماعی حمایت کننده عاطفی است (انجمن روان شناسی آمریکا^۱، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان می دهد که سبک های دلبستگی آموخته شده در اوایل دوران نوزادی می توانند روابط صمیمانه بعدی را شکل دهند و بر نحوه تنظیم استرس و احساسات افراد تأثیر بگذارند (لورنزی^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). پیرو پژوهش های بالبی سه نوع سبک دلبستگی تشخیص داده شد: ایمن^۳، اجتنابی^۴ و دوسوگرا^۵. دلبستگی ایمن با ویژگی های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین تری از صمیمیت و دلبستگی دوسوگرا با شور، هیجان و دل مشغولی در مورد روابط، توأم با خرسندی کم مرتبط است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۲).

تحقیقات نشان می دهد که سبک های دلبستگی بزرگسالان، به ویژه نوع اضطراب و اجتناب، با رفتارهای غذایی شهودی^۶ مرتبط هستند. افرادی که دارای سطوح بالای اضطراب دلبستگی یا اجتناب هستند، از روش خوردن شهودی کمتری استفاده می کنند که تا حدی به دلیل سطوح پایین تر شفقت به خود است (کاربنو^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد با سبک دلبستگی مضطرب ممکن است رفتارهای پرخوری را به عنوان راهی برای مقابله با ترس از رهاشدن، به دنبال احساس امنیت و ارتباط از طریق غذا نشان دهند (گاند^۸ و همکاران، ۲۰۱۵)، از سوی دیگر، افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی ممکن است بخاطر مشکلات هیجانی، الگوهای غذایی محدودکننده را انتخاب کنند (کورتس کارسیا^۹ و همکاران، ۲۰۱۹) و از همین مسیر نیز می توان نشان داد که مشکلات در تنظیم هیجانات ممکن است منجر به سبک های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی گردد، افرادی که دلبسته نایمن هستند از مهارت های تنظیم هیجان مناسبی برخوردار نیستند (نیلسن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷).

مطالعات اخیر به بررسی علل بروز مشکلات خوردن در افراد پرداخته و به نظر می رسد سبک های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان از جمله عوامل موثر باشند، از جمله؛ دلبستگی نایمن و ویژگی های شخصیتی روان رنجور با اختلال در غذا خوردن مرتبط است، اما ذهن آگاهی ممکن است این اثرات را کاهش دهد (پیجون و گرینگر^{۱۱}، ۲۰۱۳). به طور مشابه، ردوندو و لویتن^{۱۲} (۲۰۱۸) معتقدند ذهن آگاهی تا حدی واسطه ارتباط بین دلبستگی نایمن و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه و بیماران بستری با علائم بی اشتها^{۱۳} است. در حالی که خوردن ذهن آگاهانه رابطه بین عملکرد هیجانی و سبک های غذا خوردن را تعدیل می کند، سطوح بالاتر غذا خوردن آگاهانه ارتباط قوی تری با بدتنظیمی هیجان، عاطفه منفی و خوردن هیجانی دارد (سیپسزور – برنات و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین بکمزک و چاگاتای^{۱۴} (۲۰۲۴) معتقدند مشکلات تنظیم هیجان رابطه بین سبک های دلبستگی نایمن و علائم اختلال پرخوری را واسطه می کند. حال سوال این است که آیا بین سبک های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان با خوردن ذهن آگاهانه رابطه وجود دارد و رابطه بین سبک های دلبستگی و خوردن ذهن آگاهانه به واسطه دشواری در تنظیم هیجان نیز قابل تبیین است؟ بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین سبک های دلبستگی و خوردن ذهن آگاهانه است.

1. American psychological association
2. Lorenzini
3. Secure attachment
4. Avoidant attachment
5. Ambivalent attachment
6. intuitive eating
7. Carboneau
8. Gande
9. Cortés-García
10. Nielsen
11. Grainger & Pidgeon
12. Redondo & Luyten
13. Bekmezci & Çağatay

روش

طرح این پژوهش، همبستگی و جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳ حدود ۱۲۰۰۰ نفر بودند که از این میان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه‌ای شامل ۲۷۰ نفر انتخاب شد. برای تعیین حجم نمونه لوهلین^۱ (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند که برای بررسی مدل ساختاری که در آن ۴-۲ عامل شرکت دارند، پژوهشگر باید روی گردآوری دست‌کم ۱۰۰ تا ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. کاربرد نمونه‌های کوچک‌تر می‌تواند موجب عدم حصول همگرایی و به دست آوردن نتایج نامناسب و یا دقت پایین برآورد پارامترها و به‌ویژه خطاهای استاندارد شود (هومن، ۱۳۸۴). به‌منظور اجرای پژوهش، در ابتدا ۴ دانشکده و سپس ۴ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از هماهنگی با اساتید، در کلاس درس پرسش‌نامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار داده شد. همچنین بر اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید. سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Smart-PLS تحلیل شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد ۶۱/۹ شرکت‌کنندگان مونث و ۳۸/۱ درصد مرد بودند. ۶۸/۱ درصد شرکت‌کنندگان لیسانس و ۳۰/۴ درصد فوق لیسانس و ۱/۵ درصد تحصیلات دکتری داشتند. بوده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ($M=22/20$, $SD=2/2$) بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس خوردن ذهن آگاهی^۲ (فرامسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۹): حاوی ۲۸ ماده بوده و شامل ۵ زیر مقیاس (عدم بازداری^۴، آگاهی^۵، نشانه‌های خارجی^۶، پاسخ هیجانی^۷ و حواس‌پرتی^۸) و بر اساس یک لیکرت ۴ امتیازی (بندرت=۱ تا همیشه=۴) درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالا نشانگر خوردن ذهن آگاهانه بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۴۳ تا ۰/۸۱ بوده و برای کل ابزار ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش پونده نژادان و همکاران (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس سبک‌های دلبستگی^۹ (کولینز و رید، ۱۹۹۰): از ۱۸ ماده تشکیل شده و به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای سنجیده می‌شود. در این پرسش‌نامه سه زیرمقیاس وابستگی، نزدیک بودن و اضطراب سنجیده می‌شود. زیر مقیاس اضطراب با دلبستگی ناایمن اضطرابی - دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن با دلبستگی ایمن مرتبط است و زیرمقیاس وابستگی با دل‌بسته اجتنابی مرتبط است. کولینز و رید (۱۹۹۰) میزان آلفای کرونباخ را برای هر زیر مقیاس دلبسته اضطرابی-دوسوگرا، ایمن و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) نیز آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۲۸ و ۰/۵۲ به دست آمد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^{۱۰} (گراتز و رومر، ۲۰۰۴): از ۳۶ ماده تشکیل شده و زیرمقیاس‌های آن آگاهی و درک هیجان، پذیرش هیجان، توانایی انجام رفتارهای هدفمند و پرهیز از رفتارهای تکانشی در هنگام تجربه هیجان‌های منفی و دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان است. موارد به‌صورت لیکرت ۱ تا ۵ مورد نمره‌گذاری می‌شوند (تقریباً هرگز، بعضی اوقات، نصف اوقات و بیشتر اوقات و تقریباً همیشه). این محققان روایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه نمودند. بر اساس داده‌های حاصل از شمس و همکاران (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۲ برآورد شد.

1. Loehlin
2. Mindfulness Eating Scale
3. Framson
4. Disinhibition
5. Awareness
6. external cues
7. emotional response
8. distraction
9. Attachment Style Scale
10. Collin, Read
11. Difficult in Emotion Regulation Scale (DERS)

یافته‌ها

در ادامه یافته‌های مطالعه حاضر ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	معنی داری K-S
تنظیم هیجان	۳۷	۱۸۰	۱۱۳/۸۷	۳۳/۷۱	۰/۰۹۰
ذهن آگاهی	۲۸	۱۰۰	۵۷/۷۵	۲۰/۸۷	۰/۱۲۴
دلبستگی ایمن	۶	۲۹	۱۶/۷۱	۵/۳۰	۰/۰۷۷
دلبستگی اجتنابی	۶	۳۰	۱۸/۷۰	۵/۵۷	۰/۰۶۷
دلبستگی اضطراب	۶	۳۰	۲۰/۴۴	۴/۶۴	۰/۰۶۰

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین تنظیم هیجان (۱۱۳/۸۷=میانگین، ۳۳/۷۱=انحراف استاندارد)، خوردن ذهن آگاهانه (۵۷/۷۵= میانگین، ۲۰/۸۷= انحراف استاندارد)، دلبستگی ایمن (۱۶/۷۱= میانگین، ۵/۳۰= انحراف استاندارد)، دلبستگی اجتنابی (۱۸/۷۰= میانگین، ۵/۵۷= انحراف استاندارد) و دلبستگی اضطرابی (۲۰/۴۴= میانگین، ۴/۶۴= انحراف استاندارد) بود. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای همه متغیرهای پژوهش کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد و لذا داده‌ها از توزیع غیرنرمال برخوردار بودند. در ادامه فرضیه‌های تحقیق با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شده است. در مدل‌سازی معادلات ساختاری (برقراری پیش‌فرض‌هایی همچون توزیع نرمال داده‌ها و حجم نسبتاً بالای نمونه مورد نیاز است. از جمله راه‌های جایگزین در صورت عدم رعایت این پیش‌فرض‌ها، استفاده از روش حداقل مربعات جزئی (PLS) می‌باشد. با توجه به این که بر اساس نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف (جدول ۱) توزیع آماری متغیرهای پژوهش نرمال نیست؛ لذا برای آزمون فرضیه‌های این تحقیق از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با کمترین مربعات جزئی استفاده شده است. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های این روش (شامل عدم وجود همخطی چندگانه، اعتبار هر یک از گویه‌ها، اعتبار ترکیبی^۲ هر یک از سازه‌ها و اعتبار متوسط واریانس استخراج شده)^۳ بررسی شده است. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS نسخه-۳ انجام شده است. حداقل مربعات جزئی برای ارزیابی مدل‌های معادلات ساختاری، سه بخش را تحت پوشش قرار می‌دهد: برازش مدل اندازه‌گیری، برازش مدل ساختاری و برازش مدلی کلی (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲).

برازش مدل اندازه‌گیری

پایایی شاخص: برای بررسی برازش مدل اندازه‌گیری از پایایی شاخص، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده می‌شود. برای ارزیابی پایایی شاخص، بار عاملی استاندارد برای گویه‌های تمامی پرسشنامه‌ها باید بزرگتر از ۰/۴ و قدرمطلق آماره‌ی t آنها باید بزرگتر از ۱/۹۶ باشد تا بتوان نتیجه گرفت که گویه‌های این پرسشنامه‌ها از اعتبار کافی برخوردار هستند. نتایج حاصل از پایایی شاخص‌ها نشان داد بار عاملی استاندارد برای سوالات ۷ و ۹ از پرسشنامه دلبستگی کمتر از ۰/۴ به دست آمده و این سوالات از روند پژوهش حذف می‌شوند و برای دیگر سوالات بزرگتر از ۰/۴ و قدرمطلق آماره‌ی t آنها بزرگتر از ۱/۹۶ است،

1. SEM
2. Composite Reliability
3. Average Variance Extracted

گویه های این پرسشنامه ها از اعتبار کافی برخوردار بودند. در پرسشنامه های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی نیز بارهای عاملی و مقادیر t به ترتیب بزرگتر از $0/4$ و $1/96$ بوده است و سوالات این پرسشنامه از اعتبار کافی برخوردار بودند.

آزمون روایی همگرا: برای بررسی همگرایی نیز نتایج شاخص های پایایی ترکیبی، ضریب آلفای کرونباخ و متوسط واریانس استخراج شده استفاده می شود که این نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج پایایی ابزارهای تحقیق

متغیر	خرده مقیاس	پایایی ترکیبی	آلفای کرونباخ	متوسط واریانس استخراج شده
دلبستگی	دلبستگی ایمن	۰/۸۷۵	۰/۸۲۸	۰/۵۴۳
	دلبستگی اجتنابی	۰/۸۸۶	۰/۸۳۳	۰/۶۱۷
	دلبستگی اضطراب	۰/۸۳۹	۰/۷۵۸	۰/۵۱۵
	تنظیم هیجان	۰/۹۷۳	۰/۹۶۹	۰/۵۱۹
	ذهن آگاهی	۰/۹۶۵	۰/۹۶۱	۰/۵۰۲

نتایج جدول ۲ نشان داد که چون مقدار پایایی ترکیبی برای متغیرها و مؤلفه های پژوهش شامل تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و مؤلفه های دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطراب و آلفای کرونباخ برای تمامی سازه ها (متغیرها و مؤلفه ها) بزرگتر از $0/7$ و میانگین واریانس استخراج شده برای تمامی سازه ها (متغیرها و مؤلفه ها) بزرگتر از $0/5$ به دست آمده است، لذا سازه های این پژوهش از لحاظ همگرایی و همبستگی از اعتبار کافی برخوردار بودند.

آزمون روایی واگرا: در نهایت، برای آزمون روایی سازه ها، از شاخص روایی منفک استفاده می شود و جدول ۳ نتایج شاخص روایی منفک را نشان می دهد. مقادیر روی قطر اصلی این ماتریس، ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده (AVE) را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج شاخص روایی منفک

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
اجتنابی	۰/۷۸۵				
اضطراب	۰/۵۵۵	۰/۷۱۸			
ایمن	-۰/۶۸۰	-۰/۷۱۴	۰/۷۳۷		
تنظیم هیجان	۰/۶۵۳	۰/۵۸۶	-۰/۶۹۴	۰/۷۲۱	
ذهن آگاهانه	-۰/۵۵۷	-۰/۴۷۶	۰/۵۴۱	-۰/۶۲۴	۰/۷۰۸

جدول ۳ نشان داد که مقادیر موجود بر روی قطر اصلی دارای بیشترین مقدار ستون بوده که این امر نشان دهنده ی روایی مناسب سازه ها می باشد.

برازش مدل ساختاری: شاخص های برازش ساختاری شامل ضریب تعیین یا R^2 ، معیار Q^2 و مقدار t است. ابتدایی ترین معیار برای سنجش رابطه بین سازه ها در مدل بخش ساختاری اعداد معنی داری t است. در صورتی که مقدار t از ۱/۹۶ بیشتر باشد، نشان از صحت رابطه بین سازه ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. ضریب تعیین (R^2) معیاری است که نشان دهنده تاثیر یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا دارد و Q^2 یا شاخص استون گیر که قدرت پیش بینی مدل را مشخص می سازد. نتایج این آزمون ها در جدول ۴ ارائه شده است.

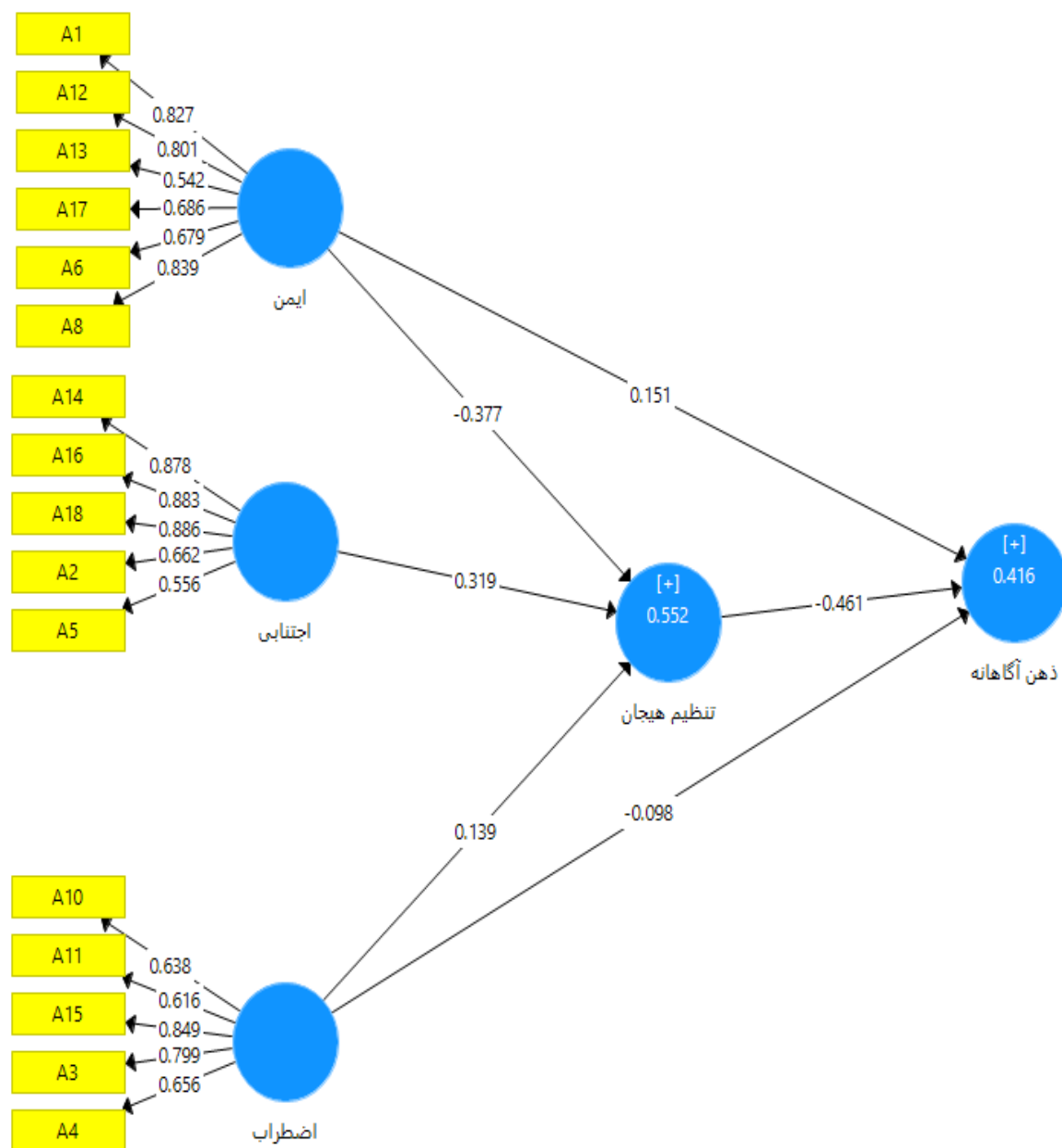
جدول ۴. برازش مدل ساختاری

متغیر	Q^2	R^2
اجتنابی	۰/۴۲۷	متغیر برونزا
اضطراب	۰/۲۸۹	متغیر برونزا
ایمن	۰/۳۶۴	متغیر برونزا
تنظیم هیجان	۰/۴۶۵	۰/۵۴۷
ذهن آگاهانه	۰/۴۴۵	۰/۴۱۰

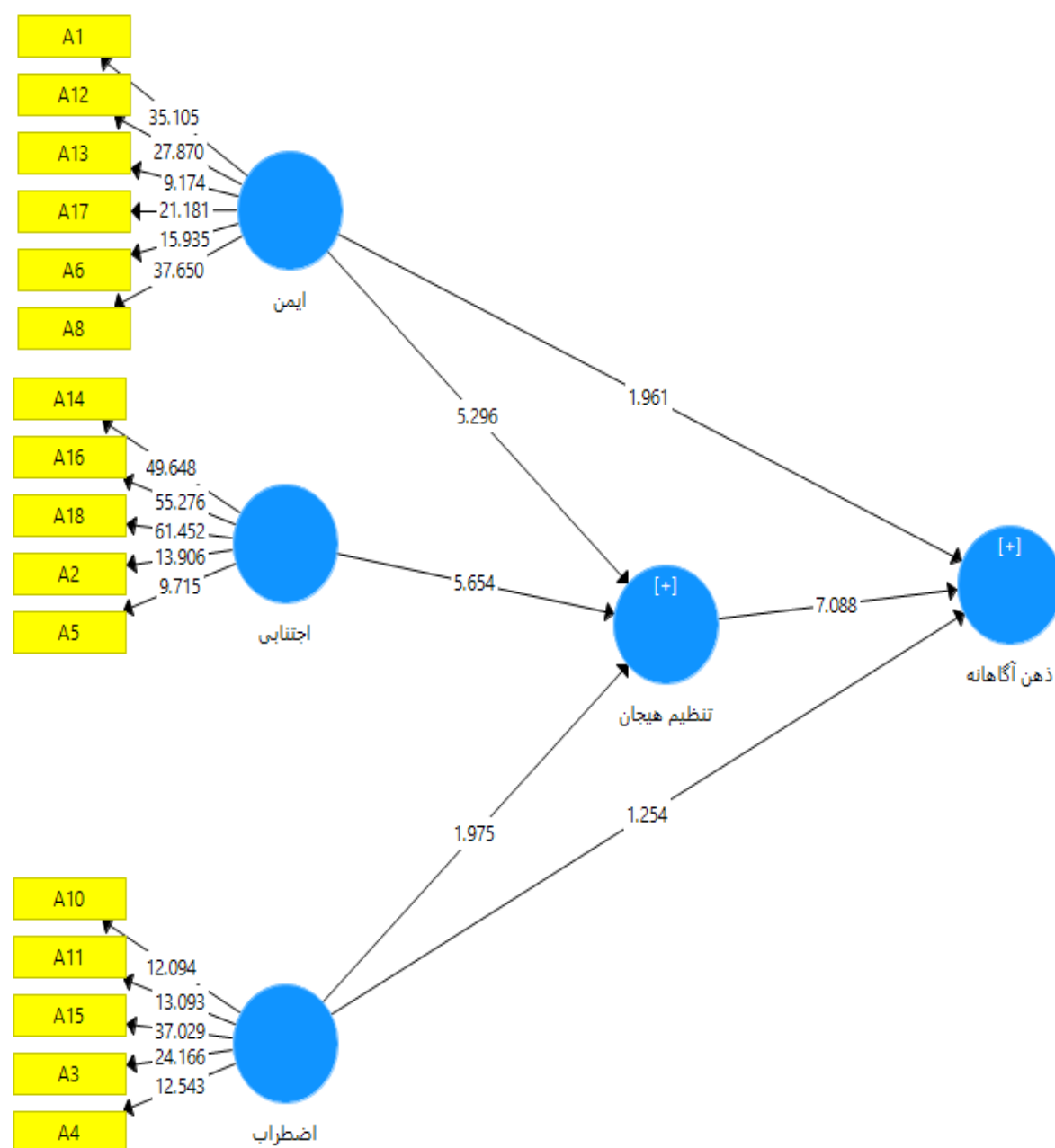
جدول ۴ نشان داد که مقادیر R^2 و Q^2 به ترتیب بالای ۰/۱۹ و ۰/۱۵ به دست آمده اند و بنابراین می توان به برازش مدل از بعد ساختاری اعتماد کرد، هر چقدر این اعداد به یک نزدیکتر باشند، قدرت برازش ساختاری مدل بالاتر است.

برازش مدل کلی: در پژوهش حاضر میزان برازش مدل ۰/۲۸۴ به دست آمده و با توجه به اینکه مقادیر ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب برای برازش ضعیف، متوسط و قوی مدل کلی معرف شده، بنابراین مقدار ۰/۵۰۷ نشان از برازش قوی مدل داشته است.

تحلیل روابط: در ادامه تحلیل روابط با استفاده از آزمون بوت استراپ انجام شده که نتایج آن در شکل ۱ (مدل آزمون شده بر اساس ضرایب مسیر) و شکل ۲ (مدل آزمون شده بر اساس آماره t) ارائه شده است.



شکل ۱. مدل اصلاح شده پژوهش بر اساس ضرایب مسیر



شکل ۲. مدل اصلاح شده پژوهش بر اساس مقادیر t

در ادامه با استفاده از شکل ۱ و ۲ و همچنین اطلاعات فوق به آزمون فرضیه های تحقیق پرداخته شده است.

جدول ۵. آزمون ضرایب مسیر و مقادیر t بین دلبستگی های ایمن، اجتنابی و اضطراب، دشواری تنظیم هیجان و خوردن ذهن آگاهانه

سطح معناداری	مقادیر t	ضرایب مسیر	
۰/۰۰۰	۵/۳۶	-۰/۳۷۷	دلبستگی ایمن ← دشواری تنظیم هیجان
۰/۰۰۰	۵/۵۶	۰/۳۱۹	دلبستگی اجتنابی ← دشواری تنظیم هیجان
۰/۰۳۶	۲/۱۰	۰/۱۳۹	دلبستگی اضطراب ← دشواری تنظیم هیجان
۰/۰۰۰	۴/۳۰	۰/۳۲۵	دلبستگی ایمن ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۰۰	۳/۸۲	-۰/۱۴۷	دلبستگی اجتنابی ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۳۹	۲/۰۶	-۰/۱۶۲	دلبستگی اضطراب ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۰۰	۶/۹۱	-۰/۴۶۱	دشواری در تنظیم هیجان ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۰۰	۴/۴۴	۰/۱۷۴	دلبستگی ایمن ← دشواری در تنظیم هیجان ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۰۰	۳/۸۲	-۰/۱۴۷	دلبستگی اجتنابی ← دشواری در تنظیم هیجان ← خوردن ذهن آگاهانه
۰/۰۴۳	۲/۰۲۷	-۰/۰۶۴	دلبستگی مضطرب ← دشواری در تنظیم هیجان ← خوردن ذهن آگاهانه

براساس یافته‌های جدول ۵، نتایج آزمون بین دلبستگی ایمن با دشواری تنظیم هیجان با مقادیر $t=۵/۳۶$, $B=-۰/۳۷۷$, $p<۰/۰۵$ نشان داد بین دلبستگی ایمن با دشواری تنظیم هیجان رابطه منفی و معناداری وجود دارد، ولی بین دلبستگی اجتنابی ($t=۵/۵۶$, $B=۰/۳۱۹$, $p<۰/۰۵$) و اضطراب ($t=۲/۱۰$, $B=۰/۱۳۹$, $p<۰/۰۵$) با دشواری در تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد. بین دلبستگی های ایمن ($t=۴/۳۰$, $B=۰/۳۲۵$, $p<۰/۰۵$) با خوردن ذهن آگاهانه رابطه مثبت وجود داشته و بین دلبستگی های اجتنابی ($t=۳/۸۲$, $B=-۰/۱۴۷$, $p<۰/۰۵$) و مضطرب ($t=۲/۰۶$, $B=-۰/۱۶۲$, $p<۰/۰۵$) با خوردن ذهن آگاهانه رابطه منفی و معناداری وجود داشته است. همچنین بین دشواری در تنظیم هیجان و خوردن ذهن آگاهانه ($t=۶/۹۱$, $B=-۰/۴۶۱$, $p<۰/۰۵$) رابطه منفی وجود داشته، یعنی با افزایش دشواری در تنظیم هیجان، خوردن ذهن آگاهانه کاهش می‌یابد. بین دلبستگی ایمن با نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان بر خوردن ذهن آگاهانه ($t=۴/۴۴$, $B=۰/۱۷۴$, $p<۰/۰۵$) رابطه وجود داشته، یعنی با افزایش سبک دلبستگی ایمن، دشواری در تنظیم هیجان کاهش و خوردن ذهن آگاهانه نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. همچنین نتایج آزمون نشان داد بین دلبستگی اجتنابی با نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان بر خوردن ذهن آگاهانه ($t=۳/۸۲$, $B=-۰/۱۴۷$, $p<۰/۰۵$) رابطه وجود دارد و در نهایت نتایج آزمون نشان داد که بین دلبستگی مضطرب با نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان بر خوردن ذهن آگاهانه ($t=۲/۰۲$, $B=-۰/۰۶۴$, $p<۰/۰۵$) رابطه وجود دارد، یعنی هرچه دلبستگی اجتنابی و مضطرب بیشتر باشد، دشواری در تنظیم هیجان افزایش و خوردن با ذهن آگاهانه نیز کاهش خواهد یافت.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن با خوردن ذهن آگاهانه و با نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد، به عبارتی بر اساس نتایج مطالعه می توان گفت سبک دلبستگی ایمن منجر به تنظیم هیجان مطلوب و در نتیجه خوردن ذهن آگاهانه می شود. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد سبک های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی با نقش واسطه ای دشواری در تنظیم هیجان در خوردن ذهن آگاهانه نقش دارند. به عبارتی سبک های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی منجر به افزایش دشواری در تنظیم هیجان و کاهش خوردن ذهن آگاهانه می شوند. نتایج این مطالعه با یافته های جین^۱ و همکاران (۲۰۲۴)، دوناتو^۲ و همکاران (۲۰۲۴) و کارینو همکاران (۲۰۲۱) همسو بوده است. تاسکا^۳ و همکاران (۲۰۱۹) بیان می کنند ارتباط بین دلبستگی ناایمن و شدت اختلال خوردن احتمالاً توسط اختلال در تنظیم عواطف و کمال گرایی میانجی گری می شود. استرالر^۴ و همکاران (۲۰۲۲) راستای نتایج مطالعه حاضر بیان می دارند الگوهای دلبستگی ایمن و ذهن آگاهی مزاجی با ارتقای توانایی های تنظیم هیجان سازگارانه، در افزایش تاب آوری در برابر ابتلا به اختلالات خوردن نقش دارند و تنظیم هیجان به عنوان یک میانجی بین ذهن آگاهی، دلبستگی های ایمن و آسیب شناسی خوردن عمل می کند. کارینو و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود رابطه بین سبک های دلبستگی و خوردن شهودی با نقش واسطه ای شفقت به خود بررسی کرده و بیان نمودند افراد با سبک دلبستگی اضطرابی و اجتنابی به دلیل خودشفقتی کم، از سبک خوردن شهودی کمتری استفاده می کنند. بکمزک و چاگاتای (۲۰۲۴) معتقدند مشکلات تنظیم هیجان بین سبک های دلبستگی ناایمن و اختلال پرخوری نقش میانجی را دارد. تحقیقات همچنین نشان می دهد که سبک های دلبستگی ناایمن می توانند به کمال گرایی، مشکلات تنظیم هیجانی، عزت نفس پایین و مکانیسم های مقابله ناسالم منجر شوند که همگی در ایجاد و حفظ اختلالات خوردن نقش دارند (پازتک - اپلیکا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی والدگری حساس و پاسخگو که یک مؤلفه کلیدی در دلبستگی ایمن است، منجر به ایجاد ظرفیت ذهن آگاهی می شود که آن هم می تواند منجر به غذا خوردن ذهن آگاهانه شود (موریا و کاناواروس^۶، ۲۰۱۸). افراد دارای سبک های دلبستگی ناایمن، به ویژه سبک های اضطرابی و اجتنابی، بیشتر مستعد ابتلا به رفتارهای اختلال خوردن هستند (دلویچو^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). سبک های دلبستگی مضطرب می تواند منجر به پرخوری به عنوان راهی برای مقابله با ترس از رها شدن، جستجوی آرامش از طریق غذا شود، در حالی که سبک های دلبستگی اجتنابی ممکن است به دلیل ناراحتی عاطفی منجر به الگوهای غذایی محدود شود (هن و کان^۸، ۲۰۱۷). علاوه بر این، سبک های دلبستگی نامنظم می تواند به چرخه ای از پرخوری، پاک سازی و رفتارهای محدود کننده به عنوان پاسخی به محیط های آشسته تجربه شده در دوران کودکی کمک کند (دلویچو^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). این یافته ها رابطه پیچیده بین سبک های دلبستگی و ایجاد اختلالات خوردن مختلف را برجسته می کنند و بر اهمیت پرداختن به جنبه های عاطفی در درک و درمان رفتارهای غذایی اختلال تأکید می کنند (هن و کان، ۲۰۱۷). البته لازم به ذکر است نظریه های فعلی و شواهد تجربی بر نقش بدتنظیمی هیجانی در رفتار و مشکل هیجانی تأکید دارند. به عنوان مثال، افرادی که نمی توانند احساس های خود را مدیریت کنند، از خوردن به عنوان سبک کنار آمدن هیجانی استفاده می کنند (زایسبرگ و روبانو^۹، ۲۰۱۰). می توان بیان نمود که مطابق دیدگاه های بین فردی، روابط والد فرزند در دوران کودکی، الگویی برای روابط بین فردی در بزرگسالی هستند، مادران ایمن، زمینه را برای پرورش یک فرد بالغ ایمن فراهم می کنند که موجب آن حساس، پاسخگو و در دسترس بودن در حد بهینه وجود

1. Jin

2. Donato

3. Tasca

4. Strahler

5. Pasztak-Opiłka

6. Moreira, & Canavarro

7. Delvecchio

8. Han, Kahn

9. Delvecchio

10. Rubanov & Zysberg

داشته و به نظر می‌رسد چنین فردی در برنامه‌های غذایی خوردن، بتواند هیجانات خود را متناسب با شرایط مدیریت کرده و نسبت به غذا، طعم، ظاهر و بافت آن آگاهانه برخورد کند. از طرفی افراد سبک دلبسته اضطرابی، در برابر موقعیت‌های مبهم به شدت مضطرب شده و همین اضطراب نیز بر رفتار خوردن این افراد تأثیر می‌گذارد. لازم به ذکر است افراد دلبسته اجتنابی نیز سعی در محدودسازی هیجانات خود دارند و این محدودسازی نیز بر خوردن ذهن آگاهانه این افراد تأثیرگذار است. به عنوان مثال اوکولا^۱ و همکاران (۲۰۲۲) بیان می‌دارند افرادی که دارای سبک دلبستگی مضطرب هستند ممکن است بیان عاطفی را برای جستجوی حمایت تشدید کنند، درحالی‌که افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی ممکن است به راهبردهای دیگری برای تنظیم احساسات مانند مصرف غذا متوسل شوند. همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان بیان نمود افراد دلبسته ایمن در روابط بین فردی تعادل مناسبی بین ترس و اکتشاف دارند و بنابراین در مواجهه با مشکلات هیجانی، احتمالاً از روش‌های مطلوب مدیریت هیجان استفاده می‌کنند، در افراد دلبسته اجتنابی، سابقه والدگری کمال‌گرا و انعطاف‌ناپذیر مشاهده می‌شود، بنابراین این افراد ممکن است هیجانات خود را در روابط بین فردی محدود ساخته و در موقعیت‌هایی مانند خوردن، این رفتارها را نشان دهند، از طرفی در افراد دلبسته دوسوگرا، وابستگی به دیگران و توجه به تأییدات دیگران مشاهده می‌شود، بنابراین خوردن نیز می‌تواند نماینده‌ای از موقعیت‌های تنظیم هیجان نامطلوب و تایید طلبی دیگران باشد. مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود، استفاده از پرسش‌نامه برای سنجش متغیرها، علی‌الخصوص سبک‌های دلبستگی از جمله محدودیت‌ها می‌تواند باشد. ویژگی‌های دموگرافیک علی‌الخصوص جنسیت و تأثیر آن در مدل بررسی نگردید که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این متغیرها بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پژوهش شخصی بوده و از دانشجویان و اساتید دانشگاه ارومیه که در اجرای مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی، گلی نژاد، محمد، و احمدی، علی اصغر. (۱۳۸۲). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مشکلات بین شخصی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۸ (۴) (پیاپی ۳۲)، ۷۴-۸۱.
- پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوانان. پایان نامه دکتری روان شناسی دانشگاه تهران
- پونده نژادان، علی اکبر. عطاری، یوسفعلی. حسین، دردانه. (۱۳۹۷). پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس خوردن ذهن آگاهانه با میانجی گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۹ (۳۴)، ۱۴۱-۱۷۰
- داوری، علی. رضازاده، آرش. (۱۳۹۶). مدل سازی معادلات ساختاری با نرم افزار PLS. انتشارات جهاد دانشگاهی
- شمس، جمال. عزیزی، علیرضا. میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳ (۱)، ۱۱-۱۸
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۴). مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. نشر سمت
- American psychological association (2018).
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). Social learning theory (Vol. 1, pp. 141-154). Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall.
- Bowlby J. (1982). Attachment and Loss. Volume 1: Attachment. 2nd edn. New York: Basic Books; 1982.
- Bekmezci, Z., & Çağatay, S. E. (2024). Investigation of the role of difficulty in emotion regulation in the relationship between attachment styles and binge eating disorder. *Current Psychology*, 43, 22389–22396
- Carbonneau, N., Cantin, M.; Barbeau, K., Lavigne, G., Lussier, Y. (2021) Self-Compassion as a Mediator of the Relationship between Adult Women's Attachment and Intuitive Eating. *Nutrients*. 13, 3124.
- Collin, V.L.& Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models a relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58 (4), 46-63
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(3), e0213099.
- Czepczor-Bernat, K., Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., Zeppegno, P. (2020). The moderating effects of mindful eating on the relationship between emotional functioning and eating styles in overweight and obese women. *Eating Weight Disorder*. 25(4),841-849.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Journal of Obesity Reviews*, 2(3), 159–171
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., George, C. (2014) Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Front Psychology*. 28(5), 1218.
- Donato, S., Attianese, N., Battipaglia, M., Ceres, R., Cerra, R., Monteleone, A. M., ... & Cascino, G. (2024). Emotional non-acceptance mediates the relationship between insecure attachment and specific psychopathology in women with eating disorders. *European Psychiatry*, 67(S1), S558-S558.
- Framson, C., Kristal, A.R., Schenk, J.M., Littman, A.J., Zeliadt, S., Benitez, D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association*, 109, 1439-1444

- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1136.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54
- Grimm, E. R., & Steinle, N. I. (2011). Genetics of eating behavior: Established and emerging concepts. *Journal of Nutrition Reviews*, 69(1), 52–60
- Ha, O. R., & Lim, S. L. (2023). The role of emotion in eating behavior and decisions. *Frontiers in Psychology*, 14, 1265074.
- Han, S., Kahn, J. H. (2017) Attachment, Emotion Regulation Difficulties, and Disordered Eating Among College Women and Men. *The Counseling Psychologist* .45(8), 1066-1090
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full Catastrophe Living*. New York, N.Y., Dell Publishing
- Jin, L., Zamudio, G., Wang, C. D., & Lin, S. (2024). Insecure attachment and eating disorder symptoms: Intolerance of uncertainty and emotion regulation as mediators. *Journal of Clinical Psychology*, 80(7), 1673-1688.
- Lattimore, P. (2020). Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. *Eating Weight Disorder*. 25(3),649-657
- Lorenzini, N., Phil, M., Fonagy, P. (2013). Attachment and Personality Disorders: A Short Review Published Online: focus : <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.155>
- Lohlin, J. C. (1992). *Latent variables Models: An introduction to factor, path and structural analysis*(2nd ed.), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum associated, Inc.
- Macht, M. (2008). How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model. *Journal of Appetite*, 50, 1-11
- Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 921-930.
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). The association between self-critical rumination and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2265–2275.
- Nelson, J. B. (2017). *Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat*. *Diabetes Spectrum*. 30(3),171-174
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety—The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259.
- Pasztak-Opilka, A., de Jonge, R., Zachurzok, A., Górnik-Durose, M.E. (2020). Adult attachment styles and mothers' life satisfaction in relation to eating behaviors in the families with overweight and obese children. *PLoS One*. 3,15(12), e0243448.
- Pidgeon, A., & Grainger, A. (2013). Mindfulness as a factor in the relationship between insecure attachment style, neurotic personality and disordered eating behavior. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(04), 25.
- Redondo, I., & Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202-223.

- Strahler, J., Wachten, H., Neuhofer, S., Zimmermann, P. (2022). Psychological Correlates of Excessive Healthy and Orthorexic Eating: Emotion Regulation, Attachment, and Anxious-Depressive-Stress Symptomatology. *Frontiers in Nutrition*. 9, 9,817047.
- Tasca, G.A., Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry* .42(2), 257-76.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology*, 25, 59-64.
- Uccula, A., Enna, M. and Mulatti, C. (2022) Responding to Distress Choosing Between Care and Food: Attachment Orientation and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychology*. 13, 930168.
- Wnuk, S.M., Du Ch,T., Van Exan, J., Wallwork, A., Warwick, K., Tremblay, L., Kowgier, M., Sockalingam, S. (2017) Mindfulness-based eating and awareness training for post-bariatric surgery patients: a feasibility pilot study. *Journal of Mindfulness*. 9, 949–960.
- Zakhour, M., Haddad, C., Salameh, P., Sacre, H., Hallit, R., Akel, M., ... & Obeid, S. (2021). Association Between Adult Attachment Styles and Disordered Eating Among a Sample of Lebanese Adults. *Research Square*. Preprint. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-143027/v1>
- Zysberg, L., & Rubanov, A. (2010). Emotional intelligence and emotional eating patterns: A new insight into the antecedents of eating disorders? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(5), 345–348.

The relationship between attachment styles and mindful eating: The mediating role of emotion dysregulation

Rostami H¹, Zeinali sh²

Abstract

Mindful eating refers to being fully present and aware while eating and is influenced by psychological factors. Therefore, the main purpose of this study is the relationship between attachment styles and mindful eating and the mediating role of emotion dysregulation. In this correlational research, 270 students of Urmia University were selected by cluster sampling method in 2024 and completed attachment style, emotion dysregulating and mindful eating. The data were analyzed by using spss and Smart-pls software. The results showed that there is a significant relationship between secure attachment styles directly and with the mediating role of emotion dysregulation and mindful eating ($p<0/05$). Also, avoidant and anxious attachment directly and with a mediating role of emotion dysregulation has a significant relationship with mindful eating ($p<0/05$). The findings of the present study show that intrapersonal and emotional variables play a significant role in mindful eating.

Key Words: mindful eating, emotion dysregulation, attachment style

1. Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarter, Tehran, Iran. NAJA Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran

2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran. Email sh.zeinali@urmia.ac.ir



پیش بینی افسردگی بر اساس رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان

سیده فروغ فتحی^۱، جعفر پویامانش^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۴

چکیده

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در محیط های کاری است که می تواند تاثیرات منفی بر بهره وری و سلامت روانی کارکنان داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی افسردگی بر اساس رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) در ابهر انجام گرفت. این پژوهش از نظر هدف بنیادی و از نظر روش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش تمامی کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) بوده است که تعداد کارکنان آن ۱۶۰ نفر بوده و ۱۱۳ نفر بر طبق جدول مورگان به عنوان نمونه در نظر گرفته شد، که از میان کارکنان و به روش نمونه گیری تصادفی منظم انتخاب شدند و به پرسشنامه های افسردگی آرون بک (BDI) که در سال ۱۹۶۱ ساخته شده، رضایت شغلی مینه سوتا (MSQ) که در سال ۱۹۶۷ ساخته شده و کیفیت زندگی کاری والتون (QWL) که در سال ۱۹۷۳ ساخته شده، پاسخ دادند. همچنین از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده ها و تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بینی افسردگی بر اساس دو مولفه رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری استفاده شد و داده ها توسط نرم افزار SPSS 27 تحلیل شدند. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون خطی حاکی از این است که سطح معنی داری رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری هر دو ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است یعنی مدل رگرسیونی در نظر گرفته شده معنی دار می باشد و رضایت شغلی کارکنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۴۰,۴ درصد و کیفیت زندگی کاری کارکنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۵۹,۳ درصد قادر به پیش بینی افسردگی کارکنان شرکت ایریکو هستند. این یافته ها می توانند مبنای راهکارهایی برای بهبود شرایط کاری و کاهش افسردگی در سازمان ها قرار گیرند.

کلید واژه ها : افسردگی، رضایت شغلی، کیفیت زندگی کاری، شرکت ایریکو

۱. کارشناس ارشد مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران (نویسنده مسئول) Email: jaffar_pouyamanesh@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یکی از رایج ترین اختلالات سلامت روان در جهان است که تحت تأثیر ژنتیک، عوامل استرس زای محیطی و عوامل روانشناختی قرار دارد و تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی و عملکرد افراد در محیط‌های مختلف، به ویژه محیط‌های کاری دارد (کولبات^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال نه تنها باعث کاهش بهره‌وری و کیفیت کار می‌شود، بلکه می‌تواند منجر به غیبت‌های مکرر، کاهش انگیزه و حتی ترک شغل شود. (اسمیت^۲ و بران، ۲۰۲۳). در محیط‌های کاری، عوامل متعددی می‌توانند در بروز یا تشدید افسردگی نقش داشته باشند که از جمله آن‌ها می‌توان به کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی اشاره کرد. این دو عامل به عنوان مؤلفه‌های کلیدی در سلامت روانی کارکنان شناخته می‌شوند و ارتباط تنگاتنگی با افسردگی دارند. کیفیت زندگی کاری به عنوان یک مفهوم چندبعدی، شامل عواملی مانند امنیت شغلی، تعادل بین کار و زندگی، فرصت‌های رشد و توسعه، محیط کاری ایمن و حمایت‌های اجتماعی است (لیو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که بهبود کیفیت زندگی کاری می‌تواند به افزایش رضایت شغلی و کاهش استرس و افسردگی در کارکنان منجر شود. (سیگاری^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، کارکنانی که در محیط‌های کاری با کیفیت زندگی کاری بالا فعالیت می‌کنند، کمتر در معرض فشارهای روانی قرار می‌گیرند و احساس بهتری نسبت به شغل خود دارند. این موضوع به نوبه خود می‌تواند از بروز افسردگی پیشگیری کند.

از سوی دیگر، رضایت شغلی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با سلامت روانی کارکنان، به احساس رضایت فرد از جنبه‌های مختلف شغل خود مانند حقوق و مزایا، روابط با همکاران، فرصت‌های پیشرفت و ماهیت کار اشاره دارد. (لوک^۵، ۱۹۷۶) رضایت شغلی پایین می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به افسردگی در نظر گرفته شود. کارکنانی که از شغل خود رضایت ندارند، اغلب احساس بی‌انگیزگی، خستگی و ناامیدی می‌کنند که این احساسات می‌تواند به مرور زمان به افسردگی منجر شود (فاراجر^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). ارتباط بین افسردگی، کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی یک رابطه دوسویه است. از یک سو، کیفیت زندگی کاری پایین و رضایت شغلی کم می‌تواند به عنوان عوامل خطر برای ابتلا به افسردگی عمل کنند. از سوی دیگر، افسردگی نیز می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی شود. برای مثال، کارکنانی که از افسردگی رنج می‌برند، ممکن است نتوانند به خوبی با همکاران خود ارتباط برقرار کنند یا عملکرد شغلی مطلوبی داشته باشند، که این موضوع به نوبه خود کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی آن‌ها را کاهش می‌دهد (وانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). در سال‌های اخیر، توجه به سلامت روانی کارکنان در محیط‌های کاری افزایش یافته است، چرا که سازمان‌ها به این واقعیت پی برده‌اند که سلامت روانی کارکنان نه تنها بر عملکرد فردی آن‌ها، بلکه بر موفقیت کلی سازمان نیز تأثیرگذار است (گو^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). بهبود کیفیت زندگی کاری و افزایش رضایت شغلی می‌تواند به عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش افسردگی در محیط‌های کاری در نظر گرفته شود. برای مثال، ایجاد تعادل بین کار و زندگی، ارائه فرصت‌های رشد و توسعه، و بهبود روابط بین کارکنان و مدیران می‌تواند به افزایش رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کمک کند و در نتیجه از بروز افسردگی پیشگیری کند (جاج^۹ و مولر، ۲۰۲۱).

1. Kulbat, A
2. Smith, J
3. Liu, Y
4. Sirgy, M
5. Lucke
6. Faragher, E. B
7. Wang, Y
8. Goh, J
9. Judge, T. A
10. Mueller, J. D

مطالعات و پژوهش های متعددی در زمینه افسردگی و رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری انجام گرفته است. سوتیریا^۱ و همکارانش (۲۰۲۳) در مطالعه ای به بررسی کیفیت زندگی کاری در ارتباط با استرس شغلی، اضطراب و افسردگی کارگران شاغل در محیط های کار مراقبت های بهداشتی اولیه و ثانویه پرداختند نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت بالاتر زندگی کاری با کاهش سطح افسردگی در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی همراه است. سازمان ها می توانند با اولویت بندی رفاه کارکنان و اجرای اقدامات حمایتی، استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش دهند. شچتینین^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه ای به بررسی کیفیت زندگی کاری: تجزیه و تحلیل، ارزیابی، چشم اندازها در کسب و کار پرداختند نتایج این مطالعه نشان داد زندگی کاری بر سلامت روان تأثیر می گذارد؛ سازمان ها می توانند با ایجاد یک محیط کار راحت، ارتقای تعادل کار و زندگی و حمایت از ابتکارات رفاه کارکنان، افسردگی را کاهش دهند. بنده^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای به بررسی کیفیت زندگی کاری و تعادل کار-زندگی پرداختند نتایج این مطالعه نشان داد زندگی کاری بر تعادل کار و زندگی تأثیر می گذارد. سازمان ها می توانند سلامت روان کارکنان را با افزایش کیفیت زندگی کاری بهبود بخشند و به طور بالقوه خطر افسردگی را کاهش دهد. ماتود^۴ و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه ای به بررسی رضایت شغلی، علائم ذهنی و رفاه در کارگران بزرگسال: یک تحلیل جنسیتی. پرداختند نتایج این مطالعه نشان داد که رضایت شغلی با کاهش علائم افسردگی در مردان و زنان مرتبط است که نشان می دهد رضایت شغلی بالاتر سطح افسردگی پایین تری را در بین کارگران بزرگسال پیش بینی می کند. یونگ کیونگ^۵ (۲۰۱۹) در مطالعه ای به بررسی تأثیر میانجی رضایت شغلی در تأثیر افسردگی بر رضایت از زندگی سالمندان شاغل پرداخت نتایج این مطالعه نشان داد که رضایت شغلی میانجی تأثیر افسردگی بر رضایت از زندگی است و رضایت شغلی مستقیماً تحت تأثیر افسردگی افراد قرار می گیرد. تفرشی (۱۳۹۹) در مطالعه ای به پیش بینی رضایت شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری کارکنان بانک ملت پرداخت نتایج حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد علاوه بر این نتایج نشان داد که کیفیت زندگی کاری توان پیش بینی رضایت شغلی کارکنان را نیز دارد.

با توجه به مرور ادبیات پژوهش و استناد به نتایج مطالعات انجام شده داخلی و خارجی که وجود رابطه میان متغیرهای افسردگی، رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری را تایید می کند، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین افسردگی، کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی در میان کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) انجام شده است. این شرکت به عنوان یکی از سازمان های مهم در صنعت ریلی کشور، نقش کلیدی در توسعه زیرساخت های حمل و نقل دارد و سلامت روانی کارکنان آن می تواند تأثیر مستقیمی بر عملکرد سازمان داشته باشد.

یافته های این پژوهش می تواند به درک بهتر عوامل مؤثر بر افسردگی در محیط های کاری کمک کند و راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی ارائه دهد. این موضوع نه تنها برای کارکنان شرکت ایریکو، بلکه برای سایر سازمان ها نیز می تواند مفید باشد. با توجه به اینکه افسردگی به عنوان یک مشکل جهانی شناخته می شود، شناسایی عوامل مرتبط با آن و ارائه راهکارهای عملی برای کاهش آن، گامی مهم در جهت بهبود سلامت روانی جامعه و افزایش بهره وری در محیط های کاری است.

روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف در حیطه تحقیقات بنیادی^۱ است و از نظر ماهیت و روش، تحقیق حاضر از نوع همبستگی^۲ می باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین افسردگی، کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی در میان کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) ابهر در بر میگیرد که تعداد کارکنان آن ۱۶۰ نفر است. در پژوهش حاضر بر طبق جدول مورگان تعداد افراد نمونه ۱۱۳ نفر در نظر گرفته شده است، کارکنان با استفاده از لیست اسامی که در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و بر اساس حروف الفبا تنظیم شده بود و هیچ گونه ترتیب یا اولویت بندی بر اساس ویژگیهای شغلی مانند پست یا سابقه در آن وجود نداشت به صورت تصادفی منظم و با فاصله یک که طبق فرمول نمونه گیری تصادفی منظم بدست آمد و با نقطه شروع تصادفی انتخاب شدند روش فرآیند گردآوری داده ها: جمع آوری اطلاعات به این صورت بود که پس از انجام مطالعات کتابخانه ای به شرکت ایریکو مراجعه شد و پس از انجام هماهنگی های لازم با این شرکت و دریافت مجوزهای لازم جهت انجام کار پژوهشی به کارکنان مراجعه شد و به منظور ترغیب کارکنان به پاسخگویی صادقانه به سوالات الزامی نبودن ذکر نام و نام خانوادگی و شماره پرسنلی توضیح داده شد و به کارکنان اطمینان داده شد که داده ها به صورت محرمانه نگهداری شده و فقط برای اهداف تحقیقاتی استفاده میشود. و سه پرسشنامه افسردگی آرون بک (BDI)^۳ و رضایت شغلی مینه سوتا (MSQ) و کیفیت زندگی کاری والتون (QWL) در میان کارکنان توزیع شد و در نهایت پرسشنامه ها پس از پاسخگویی جمع آوری شد که ۸ پرسشنامه بدلیل عدم پاسخگویی به تمام سوالات و مخدوش بودن کنار گذاشته شد و در نهایت ۱۰۵ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، داده ها در اسفند ۱۴۰۲ انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی آرون بک (BDI): جهت سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده گردید که شامل ۲۱ گروه سوال است و برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد، روایی محتوا و سازه آن تایید شده و پایایی بالای آن که توسط آلفای کرونباخ سنجیده شده (۰٫۹۳-۰٫۸۵) نشان دهنده قابلیت اطمینان آن است و به عنوان ابزار استاندارد در پژوهشهای بالینی و روانشناسی استفاده میشود.

پرسشنامه رضایت شغلی مینه سوتا (MSQ): جهت سنجش رضایت شغلی از پرسشنامه رضایت شغلی مینه سوتا استفاده گردید که اولین بار توسط برافیلد و روث در دانشگاه مینه سوتا و با ۱۰۰ سوال طراحی و ساخته شد. بعدها وایس، داویس و انگلند لافکویست در سال ۱۹۶۷ آن را بررسی و اصلاح نمودند و سوالات آن را به ۱۹ سوال کاهش دادند، روایی محتوا و سازه آن تایید شده است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰٫۸۵ نشان دهنده قابلیت اطمینان بالای این پرسشنامه میباشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون (QWL): جهت سنجش کیفیت زندگی کاری از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون استفاده گردید که در سال ۱۹۷۳ تدوین شد که شامل ۳۱ سوال بوده و از مقیاس لیکرت در آن بهره گرفته شده است، روایی محتوا با تایید متخصصان و تطابق با آیتام های نظری مورد تایید قرار گرفته است و این پرسشنامه به عنوان ابزاری استاندارد و معتبر در حوزه کیفیت زندگی کاری شناخته شده است.

1. Basic research
2. Correlational research
3. Aaron Beck
4. Minnesota
5. Walton

روش تجزیه و تحلیل داده ها : به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بوده داده ها واز تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بینی افسردگی بر اساس دو مولفه رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری استفاده شد و داده ها توسط نرم افزار SPSS 27 تحلیل شدند.

نتایج

در این پژوهش ۸,۷ درصد (۱۰ نفر) از شرکت کنندگان زن و ۸۲,۶ درصد (۹۵ نفر) از شرکت کنندگان مرد می باشند، ۷,۸ درصد (۹ نفر) از شرکت کنندگان ۲۵ سال یا کمتر و ۴۵,۲ درصد (۵۲ نفر) از آنها ۲۶-۳۵ سال سن و ۳۱,۳ درصد (۳۶ نفر) از آنها ۳۶-۴۵ سال سن و ۷,۰ درصد (۸ نفر) از آنها ۴۶-۵۵ سال سن دارند، ۱۲,۲ درصد (۱۴ نفر) از شرکت کنندگان زیر دیپلم و ۳۷,۴ درصد (۴۳ نفر) از آنها دیپلم ۲,۶ درصد (۳ نفر) از آنها کاردانی و ۲۸,۷ درصد (۳۳ نفر) از آنها کارشناسی و ۶,۱ درصد (۷ نفر) از شرکت کنندگان کارشناسی ارشد و ۴,۳ درصد (۵ نفر) از آنها مدرک دکتری دارند، ۲۱,۷ درصد (۲۵ نفر) از شرکت کنندگان کمتر از ۵ سال سابقه شغلی و ۴۷,۰ درصد (۵۴ نفر) از آنها ۵-۱۵ سال سابقه کاری و ۱۷,۴ درصد (۲۰ نفر) از آنها ۱۵-۲۵ سال سابقه کاری و ۵,۲ درصد (۶ نفر) از آنها بیشتر از ۲۵ سال سابقه کاری دارند.

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع مولفه های پژوهش که عبارتند از افسردگی ، رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ نتایج آزمون جدول کلموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع مولفه های پژوهش

مولفه	آماره کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
افسردگی	۰,۰۸۵	۰,۰۵۷
رضایت شغلی	۰,۰۸۴	۰,۰۶
کیفیت زندگی کاری	۰,۰۵۸	۰,۲۰

در جدول فوق مقادیر آماره کلموگروف-اسمیرنوف و سطح معنی داری آن مشاهده می شود. مشاهده میشود که در رضایت شغلی مقدار سطح معنی ۰,۰۶ است که بیشتر از خطای آماری (۰,۰۵) است و همینطور در کیفیت زندگی کاری مقدار سطح معنی ۰,۲۰ است که بیشتر از خطای آماری (۰,۰۵) است. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع مولفه ها پذیرفته می شود .

فرضیه اول پژوهش: افسردگی براساس رضایت شغلی کارکنان قابل پیش بینی است. به منظور بررسی این فرضیه از رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و رضایت شغلی به عنوان متغیر پیش بین استفاده می شود که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس رگرسیون افسردگی، رضایت شغلی

متغیر	آزمون	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
رضایت شغلی	رگرسیون	۲۷۶۸,۳۷۲	۱	۲۷۶۸,۳۷۲	۷۱,۴۷۵	۰,۰۰۱
	باقیمانده	۳۹۸۹,۳۷۴	۱۰۳	۳۸,۷۳۲		
	کل	۶۷۵۷,۷۴۶	۱۰۴			

در جدول بالانتهای تحلیل واریانس مدل رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و رضایت شغلی به عنوان متغیر پیش بین ، مجموع مجزورات، درجات آزادی، میانگین مجزورات، F و سطح معنی داری مدل نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می شود سطح معنی داری مدل ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است. یعنی مدل رگرسیونی در نظر گرفته شده معنی دار می باشد و به عبارتی رضایت شغلی میتواند پیش بینی کننده افسردگی کارکنان باشد.

جدول ۳ خلاصه الگوی رگرسیون افسردگی، رضایت شغلی

متغیر	شاخص	R	R ²	انحراف معیار
رضایت شغلی	۰,۶۴۰	۰,۴۱۰	۰,۴۰۴	۶,۲۲۳

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود مقدار مجذور R برابر ۰,۴۰۴ است و این بدین معناست که ۴۰,۴ درصد افسردگی کارکنان با استفاده از مولفه رضایت شغلی قابل پیش بینی است .

جدول ۴ ضرایب رگرسیونی مدل

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضریب بتا	T	سطح معنی داری
	بتا	خطای استاندارد			
عرض از مبدا	۳۹,۶۸۱	۲,۹۲۷		۱۳,۵۵۹	۰,۰۰۱
رضایت شغلی	-۰,۴۷۳	۰,۵۶	-۰,۶۴۰	-۸,۴۵۴	۰,۰۰۱

در جدول فوق مشاهده میشود که سطح معنی داری ضریب رگرسیون برابر ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است و نشان میدهد که مولفه رضایت شغلی در مدل رگرسیونی نقش دارد و از آنجا که این مولفه دارای ضریب رگرسیون منفی میباشد میتوان گفت که این مولفه یعنی رضایت شغلی نقش معکوس در افسردگی کارکنان دارد یعنی با افزایش رضایت شغلی، افسردگی کارکنان کاهش می یابد و بالعکس در نهایت نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون حاکی از این است که رضایت شغلی کارکنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۴۰,۴ درصد افسردگی کارکنان را پیش بینی می کند.

فرضیه دوم پژوهش: افسردگی براساس کیفیت زندگی کاری کارکنان قابل پیش بینی است. به منظور بررسی این فرضیه از رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و کیفیت زندگی کاری به عنوان متغیر پیش بین استفاده می شود که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون افسردگی ، کیفیت زندگی کاری

متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی کاری	رگرسیون	۴۰۳۶,۹۰۸	۱	۴۰۳۶,۹۰۸	۱۵۲,۸۲۱	۰,۰۰۱
	باقیمانده	۲۷۲۰,۸۳۷	۱۰۳	۲۶,۴۱۶		
	کل	۶۷۵۷,۷۴۶	۱۰۴			

در جدول بالانتهای تحلیل واریانس مدل رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و رضایت شغلی به عنوان متغیر پیش بین ، مجموع مجذورات، درجات آزادی، میانگین مجذورات، F و سطح معنی داری مدل نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می شود سطح معنی داری مدل ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است. یعنی مدل رگرسیونی در نظر گرفته شده معنی دار می باشد و به عبارتی کیفیت زندگی کاری میتواند پیش بینی کننده افسردگی کارکنان باشد.

جدول ۶ خلاصه الگوی رگرسیون افسردگی ، کیفیت زندگی کاری

متغیر	شاخص	R	R ²	انحراف معیار
کیفیت زندگی کاری	۰,۷۷۳	۰,۵۹۷	۰,۵۹۳	۵,۱۴۰

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود مقدار مجذور R برابر ۰,۵۹۳ است و این بدین معناست که ۵۹,۳ درصد افسردگی کارکنان با استفاده از مولفه کیفیت زندگی کاری آنها قابل پیش بینی است .

جدول ۷ ضرایب رگرسیونی مدل

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضریب بتا	T	سطح معنی داری
	بتا	خطای استاندارد			
عرض از مبدا	۴۶,۶۶۳	۲,۵۷۲		۱۸,۱۴۲	۰,۰۰۱
کیفیت زندگی کاری	-۰,۴۳۳	۰,۰۳۵	-۰,۷۷۳	-۱۲,۳۶۲	۰,۰۰۱

در جدول فوق مشاهده میشود که سطح معنی داری ضریب رگرسیون برابر ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است و نشان میدهد که مولفه کیفیت زندگی کاری در مدل رگرسیونی نقش دارد و از آنجا که این مولفه دارای ضریب رگرسیون منفی میباشد میتوان گفت که این مولفه یعنی کیفیت زندگی کاری نقش معکوس در افسردگی کارکنان دارد یعنی با افزایش کیفیت زندگی کاری افسردگی کارکنان کاهش می یابد و بالعکس. در نهایت نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون حاکی از این است که کیفیت زندگی کاری کارکنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۵۹,۳ درصد افسردگی کارکنان را پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس رضایت شغلی و کیفیت کاری کارکنان شرکت توسعه صنایع ریلی ایرانیان (ایریکو) بوده است. به منظور بررسی فرضیه اول از رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و رضایت شغلی به عنوان متغیر پیش بین استفاده شد نتایج حاکی از این است که سطح معنی داری ضریب رگرسیون برابر ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است و نشان میدهد که مولفه رضایت شغلی در مدل رگرسیونی نقش دارد و از آنجا که این مولفه دارای ضریب رگرسیون منفی میباشد میتوان گفت که این مولفه یعنی رضایت شغلی نقش معکوس در افسردگی کارکنان دارد یعنی با افزایش رضایت شغلی، افسردگی کارکنان کاهش می یابد و بالعکس. علاوه بر این مشاهده میشود که مقدار مجذور R برابر ۰,۴۰۴ است که بیانگر این است که رضایت شغلی کنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۴۰,۴ درصد افسردگی کارکنان را پیش بینی میکند. در نهایت بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون فرضیه اول در پژوهش حاضر تایید میشود بدین معنی که افسردگی بر اساس رضایت شغلی کارکنان قابل پیش بینی است. نتایج پژوهش های انجام شده توسط کیم و همکاران (۲۰۲۳)، مون و همکاران (۲۰۲۱)، سلما و حسن (۲۰۲۱)، تاتسوس^۴ و همکاران (۲۰۱۹)، گیواکی^۵ و همکاران (۲۰۱۸)، چادی و هتچکو (۲۰۱۸)، چوی^۷ و همکاران (۲۰۱۷)، ناکاتا و همکاران (۲۰۱۷)، پورصادقیان و همکاران (۲۰۱۶)، کاوادا و یوشیمورا (۲۰۱۲)، خضایی و همکاران (۱۳۹۹) با نتایج این پژوهش همسو میباشد. به عنوان مثال کیم و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان می دهند که رضایت شغلی یک عامل مهم تأثیرگذار بر افسردگی در میان کارگران است، تاتسوس و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی عنوان میکنند که رضایت شغلی به طور قابل توجهی پیشرفت افسردگی را پیش بینی می کند. ناکاتا و همکاران (۲۰۱۷)

1. Kim
2. Moon
3. Salma & Hasan
4. Tatsuse
5. Givaki
6. Chadi & Hetschko
7. Choi
8. Kawada & Yoshimura

در پژوهشی بیان میکنند که کاهش رضایت شغلی به شدت با افزایش علائم افسردگی مرتبط است، به طوری که شرکت کنندگانی که رضایت شغلی پایین را گزارش می دهند، ۷۵ تا ۸۸ درصد احتمال ابتلا به افسردگی بیشتری دارند. انصاری و همکاران (۱۳۹۷) رضایت شغلی را به صورت یک رضایت کلی در اغلب شرایط شغلی خاص شامل: پرداخت، ترفیع، امنیت و غیره میدانند در واقع رضایت شغلی، انعکاس مثبت نگرش و احساس فرد است که نسبت به شغل خود ابراز می کند. رضایت شغلی نقش مهمی در پیش بینی افسردگی در افراد دارد. مطالعات به طور مداوم نشان داده اند که رابطه معکوس بین رضایت شغلی و علائم افسردگی وجود دارد و رضایت شغلی بالاتر با سطوح پایین افسردگی مرتبط است (لیو و همکاران، ۲۰۲۳). عواملی مانند ماهیت کار، افزایش حقوق و رضایت کلی شغلی به عنوان پیش بینی کننده های قابل توجه علائم افسردگی شناسایی شده اند (هوت، ۲۰۲۴). علاوه بر این، مشخص شده است که رضایت شغلی بر سلامت روان و بهزیستی تأثیر می گذارد، رضایت شغلی بالاتر منجر به سطوح پایین تر از علائم افسردگی، جسمی، اضطراب و اختلال عملکرد اجتماعی و همچنین رضایت بیشتر از زندگی و بهزیستی روانشناختی در مردان و زنان میشود (ماتود و همکاران، ۲۰۲۴). این یافته ها بر اهمیت ارتقای رضایت شغلی برای کاهش خطر افسردگی و افزایش سلامت روان کلی در افراد تأکید می کند.

به منظور بررسی فرضیه دوم از رگرسیون خطی با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان متغیر ملاک و کیفیت زندگی کاری به عنوان متغیر پیش بین استفاده شد نتایج حاکی از این است که سطح معنی داری ضریب رگرسیون برابر ۰,۰۰۱ و کمتر از خطای آماری (۰,۰۵) است و نشان میدهد که مولفه کیفیت زندگی کاری در مدل رگرسیونی نقش دارد و از آنجا که این مولفه دارای ضریب رگرسیون منفی میباشد میتوان گفت که این مولفه یعنی کیفیت زندگی کاری نقش معکوس در افسردگی کارکنان دارد یعنی با افزایش کیفیت زندگی کاری افسردگی کارکنان کاهش می یابد و بالعکس. علاوه بر این مشاهده میشود که مقدار مجذور R برابر ۰,۵۹۳ است که بیانگر این است که کیفیت زندگی کاری کنان در سطح معنی داری (۰,۰۵) در حدود ۵۹,۳ درصد افسردگی کارکنان را پیش بینی میکند. در نهایت بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون فرضیه دوم در پژوهش حاضر تایید میشود بدین معنی که افسردگی بر اساس کیفیت زندگی کاری کارکنان قابل پیش بینی است. نتایج پژوهش های انجام شده توسط سوتریا و همکاران (۲۰۲۳)، گودا و همکاران (۲۰۲۲)، اختر و همکاران (۲۰۲۱)، بخشی و همکاران (۲۰۱۸)، کسان و همکاران (۱۳۹۳)، توکلی زاده و همکاران (۲۰۱۵)، بهمنی و همکاران (۲۰۱۰) با نتایج این پژوهش همسو می باشد. به عنوان مثال اختر (۲۰۲۱) در پژوهشی عنوان میکند که کیفیت زندگی کاری به طور موثری افسردگی را پیش بینی میکند و کارکنان زن کیفیت زندگی کاری پایین تر و افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری را نسبت به کارکنان مرد تجربه می کنند. بخشی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی عنوان میکنند افزایش QWL می تواند منجر به کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بین کارکنان شود، همانطور که در محیط های مراقبت های بهداشتی نشان داده شده است که در آن همبستگی های منفی قابل توجهی یافت شده است. افسردگی از اختلالات شایع روانپزشکی است، و یکی از شایعترین مسائلی است که امروزه دیده می شود، افسردگی نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتن توان، ناامیدی، بی فایده بودن، بی علاقتی و بدبینی است (کسانی و همکاران، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی کاری به معنای دادن فرصت به کارکنان برای تصمیم گیری درباره محصولات یا خدمات شغل، یا مکان شغل شان که می خواهند آن را با اثربخش ترین وضعیت ارائه دهند می باشد و اگر کار در شرایط روان شناختی سالم و با کشش ها و همکاری متقابل انجام گیرد، بالا رفتن کیفیت زندگی کاری و رشد و نوعی احساس مثبت به کار و محیط آن به نام رضایت شغلی منجر می شود. این احساس علاوه بر تامین نیازها و تحقق اهداف فردی و سازمانی سبب سلامت جسمی و روانی و وفاداری و بالا رفتن اثربخشی و کارایی سازمان نیز می شود (میرکمالی و همکاران، ۱۳۹۴). به منظور عملیاتی کردن مفهوم کیفیت زندگی کاری و یافتن تعبیر عملی آن میتوان گفت که این مفهوم زمانی به بهترین وجه قابل درک خواهد بود که آن را به عنوان یک هدف، به

عنوان فرآیندی که آن هدف را محقق می‌نماید و به عنوان فلسفه‌های که تعیین‌کننده روش مدیریت کارکنان است در نظر بگیریم (گودرزی و رشیدی، ۱۴۰۰).

بررسی عواملی از جمله استرس، اضطراب^۱ و افسردگی^۲ و همچنین رضایت شغلی^۳ کارکنان برای بررسی میزان بهره‌وری کارکنان در همه سازمانها و کارخانه‌های دولتی و خصوصی از ضروریات است (خضایی و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو در پژوهش حاضر به بررسی این مهم در کارکنان حوزه حمل و نقل پرداخته شد از آن جهت که کشور ایران به دلیل وسعت زیاد، دسترسی به آبهای آزاد، برخورداری از بندر اقیانوسی و استراتژیک چابهار، قرار گرفتن در مسیر چهارراه ریلی دنیا و البته دسترسی به بازار بزرگ ترانزیت ریلی کشورهای آسیای میانه در جابجایی کالاها توسط راه آهن، توان بسیار بالایی دارد، از این روبخش حمل و نقل به ویژه حمل و نقل ریلی جایگاه ویژه‌ای در برنامه ریزی‌های ملی به خود اختصاص داده است و به دلیل داشتن نقش زیربنایی تأثیر فراوانی بر فرآیند رشد اقتصادی کشور دارد (مجیدی و احمدی، ۱۳۹۸). نتایج این پژوهش بر اهمیت توجه به عوامل سازمانی مانند رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری در پیش‌بینی و پیشگیری از افسردگی تأکید می‌کند، مدیران شرکت‌ها از جهت بهبود بخشیدن هر چه بیشتر سلامت روان کارکنان خود باید بیش از پیش به این مهم تأکید ورزیده و از حضور مشاورین و روانشناسان به منظور کاهش آثار سوء این مشکلات بر جسم و روان کارکنان بهره‌گیرند. بهبود شرایط کاری، افزایش حمایت سازمانی و ایجاد تعادل بین کار و زندگی شخصی می‌تواند به کاهش سطح افسردگی و ارتقای سلامت روان کارکنان کمک کند. سازمان‌ها باید با اجرای برنامه‌های آموزشی، مشاوره‌های روان‌شناختی و سیاست‌های حمایتی، به بهبود رفاه کارکنان خود توجه ویژه‌ای داشته باشند. پیشنهاد میشود پژوهش‌های آتی در سازمان‌ها و صنایع مختلف انجام شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد و مداخلات سازمانی برای بهبود رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان طراحی و تأثیر آنها بر کاهش افسردگی کارکنان ارزیابی شود.

منابع

- افروز، جواد. (۱۴۰۰). بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر افسردگی و موفقیت تحصیلی دانشجویان. مجله روانشناسی، شماره ۴، ۳۶۰-۳۷۰.
- تفرشی، علی. (۱۳۹۸). پیش‌بینی رضایت شغلی بر اساس کیفیت زندگی کاری و کیفیت زندگی. فصلنامه آموزش مشاوره و روان درمانی، ۱(۸).
- خضرای، تورج، رعیت پیشه، علی، حیدری، زینب، جانی‌زاده، سوسن. (۱۳۹۹). بررسی میزان استرس، اضطراب و افسردگی در محیط کار و ارتباط آن با رضایت شغلی کارکنان سلامت شهرستان فسا. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۱۰(۳)، ۲۶۱-۲۶۲.
- رسولی، رضا، حرمتی، سمیه. (۱۳۹۴). بررسی نقش منابع انسانی به عنوان سرمایه اجتماعی در توسعه کشور. دومین همایش بین‌المللی مدیریت اقتصاد و توسعه، ۳ دی ۹۴.
- کتبی، فرشته، نقیلو، زینب، نامور، مجید. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی کاری و نقش آن در بی‌تفاوتی سازمانی معلمان ورزش. مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، ۱۰(۲)، ۲۴۵-۲۶۰.
- کسانی، عزیز، نیازی، محسن، منتی، رستم، علی محمدی، یوسف، و منتی، والیه. (۱۳۹۳). ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری. مدیریت پرستاری، ۳(۲)، ۶۱-۶۹.
- گودرزی، محمد، رشیدی، اسماعیل. (۱۴۰۰). بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی کاری و تاثیر آن در بهره‌وری سازمان با مدل والتون (مطالعه موردی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج). فصلنامه علمی نگرش‌های نوین بازرگانی، ۱(۴).
- مجیدی، راضیه السادات، میرهادی، محمد احمدی، سید عباس (۱۳۹۸). بررسی جغرافیایی شبکه ریلی ایران به لحاظ پراکندگی با رویکرد آمایش سرزمین. مجله آمایش جغرافیایی فضا فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه گلستان، ۹(۳۳)، ۹۷-۱۴۴.
- مظفری، محمد، مهدی مقدم، ناهید. (۱۳۹۵). تاثیر استرس شغلی بر رضایت شغلی. کنفرانس بین‌المللی مدیریت تغییر و تحول، تهران ۹۵.
- میرکمالی، سید محمد، مزاری، ابراهیم، خباره، کبری، ذوقی‌پور، سودابه. (۱۳۹۴). شناسایی عوامل استرس‌زای شغلی و رابطه آن با کیفیت زندگی کاری (مورد مطالعه: اعضای هیئت علمی دانشگاه بیرجند). مجله مدیریت فرهنگ سازمانی، ۱۳(۴)، ۱۱۱۳-۱۱۳۳.
- نوری، محمد حسین. (۱۴۰۲). تاثیر سرمایه روانشناختی و رضایت شغلی بر خودکارآمدی کارکنان آموزش و پرورش قزوین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

- Akhtar, A. (2021). Quality of work-life and internalizing psychological problems among industrial employees. Webology, 18(3).
- Ansari, S., Bashiripor, A., Varmazyar, S., & Alizade, E. (2018). Structural equation modeling of occupational stress effect on job satisfaction in military personnel. Journal of Occupational Hygiene Engineering, 5(1), 16-24.
- Bakhshi, E., Moradi, A., Naderi, M. R., & Kalantari, R. (2018). Associations of the quality of work life and depression, anxiety, and stress in the employees of healthcare systems. Patient Safety and Quality Improvement Journal, 6(1), 662-667.
- Bhende, P., Mekoth, N., Ingalhalli, V., & Reddy, Y. V. (2020). Quality of work life and work-life balance. Journal of Human Values.

- Behmani, R. K., Kaushik, N., & Mehta, S. (2010). A study of quality of work life, mental health and burnout among the employees. Amity University Rajasthan .
- Budiarti, I., & Setiawan, D. (2018). Quality analysis of work life and job stress in effect on the performance of employees. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 225.
- Chadi, A., & Hetschko, C. (2018). The magic of the new: How job changes affect job satisfaction. *Journal of Economics and Management Strategy*, 27(1), 23-39.
- Choi, S.-C., Lee, J.-S., Sim, S.-Y., Lee, J.-H., & Park, J.-H. (2017). The effect of job stress and depression on job satisfaction among workers in small and medium-sized enterprises. *Journal of Convergence Information Technology*, 7(1), 1-9.
- Crawford, E. L. (2019). Examining the effects of brain education on employee stress management, work performance, relationships, and well-being. Brandman University.
- Crisci, A., Sepe, E., & Malafronte, P. (2019). What influences teachers' job satisfaction and how to improve, develop and reorganize the school activities associated with them. *Quality & Quantity*, 53(5), 2403-2419.
- Cocker, F., Sanderson, K., & LaMontagne, A. D. (2017). Estimating the economic benefits of eliminating job strain as a risk factor for depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 12-17.
- Dhamija, P., Gupta, S., & Bag, S. (2019). Measuring of job satisfaction: The use of quality of work life factors. *Benchmarking: An International Journal*, 26, 871-892.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2021). The Impact of Job Satisfaction on Mental Health: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26 (3), 207-220.
- Goda, A. M., El Hossiney, M., & Ghanem, E. A. (2022). Associations between quality of work life and depression, anxiety, and perceived fatigue among teaching staff of faculty of medicine. *Egyptian Journal of Community Medicine*, 41(2), 93-100.
- Goh, J., Pfeffer, J., & Zenios, S. A. (2021). Workplace Stressors and Health Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 106 (5), 672-689.
- Givaki, E., Davoudi, H., Manzari, A. R., & Alipour, K. S. (2018). Job satisfaction prediction based on job motivation and emotional intelligence of managers and employees. *Journal of Applied Research*, 1(7), 112-118.
- Goodwin, N. H., Ballou, B., & Norman, H. (2017). Quality of work life. *Strategic Finance*, 4(8), 56-59.
- Goswami, I., & Dsilva, N. R. (2019). Impact of job satisfaction and job stress on employees' life in Mumbai's hospitality sector: An empirical study using SEM. *Journal of Strategy and Management*, 12(3), 330-346.
- Hout, H. A. (2024). The relationship between teacher's job satisfaction and symptoms of depression. *Journal of Educational Psychology*.
- Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2021). Job Attitudes and Employee Performance: A Meta-Analytic Review. *Journal of Management*, 47 (5), 1245-1280.
- Kawada, T., & Yoshimura, M. (2012). Results of a 100-point scale for evaluating job satisfaction and the Occupational Depression Scale questionnaire survey in workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(4).
- Kim, S., Gil, M., & Min, E.-J. (2023). Machine learning models for predicting depression in Korean young employees. *Frontiers in Public Health*.
- Kulbat, A., Karwańska, A., Kulbat, M., Brzychczy, P., Majcher, M., Górska, D., Sierpień, M., Majcher, M., Świercz, K., & Pikulicka, A. (2023). Impact Of Physical Activity And Health

- Education On The Development Of Depression. *Journal of Education, Health and Sport*, 13(4), 188–195
- Liu, Y., Yang, X., Wu, Y. J., Xu, Y., Zhong, Y., & Yang, S. (2023). The relationship between job satisfaction and depressive symptoms among Chinese adults aged 35–60 years: The mediating role of subjective well-being and life satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3).
- Matud, M. P., Tovar, L. S., Hernández-Lorenzo, D. E., & Sanchíz, D. C. (2024). Job satisfaction, mental symptoms, and well-being in adult workers: A gender analysis. *Psychiatry International*, 5(2), 253-267.
- Moon, N. N., Mariam, A., Sharmin, S., Islam, M. M., Nur, F. N., & Debnath, N. (2021). Machine learning approach to predict the depression in job sectors in Bangladesh. *Journal of Data Science*, 2, 100058.
- Nakata A. Long working hours, job satisfaction, and depressive symptoms: a community-based cross-sectional study among Japanese employees in small- and medium-scale businesses. *Oncotarget*. 2017 May 23;8(32):53041-53052.
- Salma, U., & Hasan, M. (2020). Relationship between job satisfaction and depression, anxiety and stress among the female nurses of Dhaka Medical College and Hospital, Bangladesh. *Public Health Research*, 10(3), 94-102.
- Shchetinina, L. V., Rudakova, S., Danylevych, N., & Tsiopa, A. R. (2022). Quality of working life: Analysis, evaluation, prospects. *Business Inform.*
- Sirgy, M. J., Lee, D. J., & Yu, G. B. (2021). Work-Life Balance and Well-Being: A Review of the Literature. *Journal of Business and Psychology*, 36 (4), 567-584.
- Smith, J., & Brown, T. (2023). The impact of depression on work performance and occupational health. *Journal of Occupational Psychology, Health & Well-Being*, 12(3), 45-60.
- Sotiria, B., Ioannis, M., Meimeti, E., Dimitriadou, I., & Gialama, M. (2023). Quality of working life in relation to occupational stress, anxiety and depression of workers in primary and secondary healthcare workplaces. *Research Square*.
- Tatsuse, T., Sekine, M., & Yamada, M. (2019). The contributions made by job satisfaction and psychosocial stress to the development and persistence of depressive symptoms: A 1-year prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(3), 190-196.
- Tavakolizadeh, J., Jamali, Z., & Safarzade, S. (2015). Role of depression, anxiety and demographical factors in predicting the quality of life of retired elderly of Gonabad City. *Internal Medicine Today*, 21(4), 129-135.
- Wang, Y., Ramos, A., Wu, H., Liu, L., & Yang, X. (2022). The Role of Job Insecurity in Employee Mental Health: A Longitudinal Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64 (2), 123-135.
- YeongKyong, O. (2019). Mediating effect of job satisfaction in the impact of depression on life satisfaction of the working elderly. *The Journal of the Korea Contents Association*.

Prediction of depression based on job satisfaction and quality of work life of employees

Seyedeh Forough Fathi¹, Dr. Jafar Pouyamanesh²

Abstract

Depression is one of the most common mental disorders in workplaces that can have negative effects on employees' productivity and mental health. The present research was conducted with the aim of predicting depression based on job satisfaction and quality of work life of the employees of Iranian Railway Industries Development Company (IRICO) in Abhar. This research is a correlational type in terms of its basic purpose and method. The statistical population of this research was all the employees of Iranian Railway Industries Development Company (IRICO), whose number of employees was 160, and 113 people were considered as a sample according to Morgan's table, who were selected from among the employees and by regular random sampling, and were tested on the Aaron Beck Depression Questionnaire (BDI) created in 1961, the Minnesota Job Satisfaction Questionnaire (MSQ) created in 1967, and Walton's Quality of Work Life (QWL) created in 1961. Made in 1973, they answered. Also, Kolmogorov-Smirnov test was used to check the normality of data distribution and linear regression analysis was used to predict depression based on two components of job satisfaction and quality of work life, and the data were analyzed by SPSS 27 software. The results obtained from the linear regression analysis indicate that the significance level of job satisfaction and the quality of work life are both 0.001 and less than the statistical error (0.05), that is, the considered regression model is significant and the job satisfaction of employees at a significant level (0.05) in about 40.4% and the quality of work life of employees at a significant level (0.05) in about 59.3% are able to predict the depression of employees of Irico company. These findings can be the basis of strategies to improve working conditions and reduce depression in organizations.

Keywords: depression, job satisfaction, quality of work life, IRICO Company

1. Department of Counseling, Abhar branch, Islamic Azad university, Abhar, Iran

2. Department of Psychology, Abhar branch, Islamic Azad university, Abhar, Iran



مدل یابی معادلات ساختاری نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی با نقش میانجی گری خودانتقادی در بین دانشجویان

ثمین افشاری^۱، فاطمه نظری^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

چکیده

با توجه به کمبود مطالعات در زمینه نقش میانجی خودانتقادی در رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی در جمعیت دانشجویان ایرانی، این پژوهش با هدف بررسی این رابطه و مدل یابی معادلات ساختاری آن انجام شد. این پژوهش به مدل یابی معادلات ساختاری نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی با نقش میانجی گری خودانتقادی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان پرداخت. هدف این مطالعه، بررسی تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی و نقش واسطه ای خودانتقادی در این رابطه بود. روش تحقیق از نظر هدف، کاربردی؛ از نظر جمع آوری داده ها، توصیفی-همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری؛ و از منظر ماهیت داده ها، کمی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به تعداد ۱۲ هزار نفر بود. با استفاده از نمونه گیری خوشه ای و تصادفی ساده، ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، پرسشنامه علائم روان شناختی (SCL-25-R) روگاتیس (۲۰۰۰) و مقیاس خودانتقادی تامسون و زوروف (۲۰۰۰) بود. داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل های آماری نشان داد که نگرانی از تصویر بدنی هم به صورت مستقیم ($\beta = 0.905, p < 0.001$) و هم به صورت غیرمستقیم از طریق خودانتقادی ($\beta = 0.930, p < 0.001$) بر آسیب های روان شناختی تأثیر دارد. مدل نهایی توانست ۸۲ درصد از واریانس آسیب های روان شناختی را تبیین کند که نشان دهنده قدرت پیش بینی بسیار بالای متغیرهای پژوهش است. این نتایج بیانگر آن است که خودانتقادی مکانیزم روان شناختی مهمی در انتقال اثر نگرانی از تصویر بدنی به آسیب های روان شناختی محسوب می شود. بنابراین، مداخلاتی مانند شفقت درمانی که با هدف کاهش خودانتقادی و ارتقاء پذیرش خود طراحی می شوند، می توانند در بهبود سلامت روان دانشجویان مؤثر واقع شوند. این یافته ها می تواند برای متخصصان سلامت روان و سیاست گذاران آموزشی در طراحی برنامه های پیشگیرانه و درمانی هدفمند کاربرد داشته باشد. با وجود ماهیت مقطعی مطالعه که بررسی روابط علی را محدود می کند، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از طرح های طولی و مداخله ای برای بررسی اثربخشی رویکردهای مبتنی بر کاهش خودانتقادی و تأیید روابط مشاهده شده استفاده شود.

کلیدواژه ها: آسیب های روان شناختی، خودانتقادی، دانشجویان، مدل یابی معادلات ساختاری، نگرانی از تصویر بدنی

۱. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: Samin.Afshari79@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران (نویسنده مسؤول).

Email: fatemeh.nazari@iau.ir

مقدمه

ناراضایتی از تصویر بدن یکی از عوامل کلیدی و تأثیرگذار در بروز مشکلات روان شناختی به ویژه در میان دانشجویان محسوب می شود. تحقیقات متعددی نشان داده اند که نگرانی نسبت به تصویر بدن با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه معناداری دارد؛ به طوری که افرادی که از بدن خود رضایت ندارند، بیشتر در معرض اضطراب اجتماعی و اختلالات مرتبط با تصویر بدن قرار می گیرند (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰؛ پینتو و فیلیپس، ۲۰۰۵). این ارتباط ممکن است از طریق ترس فرد نسبت به قضاوت منفی دیگران و حساسیت به ارزیابی های اجتماعی تشدید شود. همچنین شواهدی وجود دارد که ناراضایتی از تصویر بدن، نه تنها به طور مستقیم با اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی در ارتباط است، بلکه این تأثیر در طول زمان نیز پایدار بوده و می تواند زمینه ساز مشکلات روانی جدی تر شود (گرادا، ۲۰۲۰). علاوه بر این، خودانتقادی به عنوان یک متغیر شناختی منفی، نقش مهمی در تشدید مشکلات روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب در میان دانشجویان ایفا می کند. مطالعات آینده نگر و مرور نظام مند، خودانتقادی را به عنوان عامل میانجی در رابطه بین ناراضایتی از تصویر بدن و آسیب های روانی معرفی کرده اند (مک اینتایر، اسمیت و رایمز، ۲۰۱۸). از این رو، تحلیل مدل های ساختاری که نقش میانجی گری خودانتقادی را در این ارتباط بررسی می کنند، می تواند به درک عمیق تر سازوکارهای روان شناختی مؤثر بر سلامت روان دانشجویان کمک کند و زمینه ساز طراحی مداخلات روانی هدفمندتر شود (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰؛ گرادا، ۲۰۲۰).

تصویر بدن مفهومی چندبعدی است که نگرش و احساسات فرد نسبت به بدن خود را در بر می گیرد. این نگرش می تواند از رضایت و پذیرش تا ناراضایتی و انزجار متغیر باشد و بازتاب دهنده ارزیابی ذهنی فرد از ظاهر و شکل بدن است (پیاروولی و همکاران، ۲۰۲۵؛ وندیمیا، گودبوی، کیاسون و دیلو، ۲۰۲۵). تصویر ذهنی منفی از بدن زمانی شکل می گیرد که فرد با ناراضایتی به ظاهر خود نگاه کرده و آن را با دیدگاه های منفی قضاوت کند، در حالی که تصویر ذهنی مثبت به معنای پذیرش، احترام و ارزش گذاری به بدن و ویژگی های غیرظاهری آن مانند توانایی ها و سلامت است (بنفانتی و همکاران، ۲۰۲۵). نگرانی از تصویر بدن معمولاً هنگامی ایجاد می شود که افراد خود را با استانداردهای غیرواقع بینانه مانند لاغری یا عضلانی بودن مقایسه کنند. در موارد شدید، این نگرانی می تواند به اختلال دیسمورفی عضلانی منجر شود که در آن فرد به طور وسواسی به عضلانی بودن بدن فکر می کند و ممکن است رفتارهای ناسالمی مانند ورزش افراطی، رژیم های سختگیرانه یا مصرف داروهای آنابولیک را دنبال کند (لاسکوفسکی و همکاران، ۲۰۲۵). مدل جامعه شناختی سه عاملی نیز بر نقش عوامل اجتماعی مانند رسانه ها، دوستان و خانواده در شکل گیری استانداردهای زیبایی و ایده آل های ظاهری تأکید دارد که باعث مقایسه مکرر فرد با این ایده آل ها و در نتیجه ناراضایتی از تصویر بدن می شود (وندیمیا و همکاران، ۲۰۲۵). این عوامل اجتماعی از جمله مهم ترین زمینه های افزایش خطر مشکلات روانی در جوانان هستند (سوبرامانیام و همکاران، ۲۰۲۵).

مشکلات روان شناختی، پاسخ های ناخوشایند و هیجانی فرد به موقعیت های استرس زا یا نیازهای خاص هستند که می توانند آسیب های موقت یا مزمن روانی ایجاد کنند (اوکور، ساتیجی، اردینچ و آکییل، ۲۰۲۵). افسردگی و اضطراب از شایع ترین این مشکلات به شمار می روند و به خصوص در جوانان رواج دارند. پس از همه گیری کووید-۱۹، میزان این مشکلات افزایش یافته و نزدیک به یک میلیارد نفر در جهان با چنین آسیب هایی مواجه شده اند که اهمیت توجه و سرمایه گذاری در سلامت روان را نشان

1. Fang, A., & Hofmann, S. G

2Pinto, A., & Phillips, K. A

3Gerada, A

4McIntyre, R., Smith, P., & Rimes, K. A.

5Piarulli, F. M., Margari, A., Margari, F., Matera, E., Viola, G., Maiorano, C., ... & Petruzzelli, M. G

6Vendemia, M. A., Goodboy, A. K., Chiasson, R. M., & Dillow, M. R

7Bonfanti, R. C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., & Coco, G. L

8Laskowski, N. M., Jürgensen, V. C., Lehe, M. S., Halbeisen, G., & Paslakis, G

9Subramaniam, M., Vaingankar, J. A., Tan, B., Abidin, E., Chang, S., Tan, Y. W. B., ... & Verma, S. K

10. kur, S., Satıcı, S. A., Erdinç, B., & Akyıl, Y

می‌دهد (بورک و همکاران؛ ۲۰۲۵). مشکلات روان‌شناختی می‌توانند به صورت درونی مانند اضطراب و افسردگی یا به صورت بیرونی مانند رفتارهای پرخطر و ضد اجتماعی بروز کنند و تأثیرات عمیقی بر زندگی فرد داشته باشند (دیاز-موسکرا، ۱ مرلین، لاتوره و اوربه؛ ۲۰۲۵). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که خودانتقادی با شدت نشانه‌های روان‌شناختی رابطه مثبت دارد و یک عامل خطر برای بروز این مشکلات محسوب می‌شود (اوکان؛ ۲۰۲۳).

خودانتقادی یعنی فرد به طور مستمر خود را سرزنش کند، احساس شرم و بی‌ارزشی داشته باشد و عملکرد خود را منفی ارزیابی کند. این ویژگی می‌تواند فرد را نسبت به اختلالاتی مانند افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات خوردن و استرس پس از سانحه آسیب‌پذیر کند (لیبوسان؛ ۲۰۲۵). خودانتقادی شدید، علاوه بر تهدید سلامت روان، می‌تواند کیفیت روابط اجتماعی و زندگی فرد را نیز کاهش دهد (اشرا، بارنز، استاپل و ماراتوس؛ ۲۰۲۵). به عبارت دیگر، خودانتقادی صدای درونی انتقادگر است که فرد را در وضعیت ناتوانی و بی‌کفایتی قرار می‌دهد و مانعی در برابر رشد و بهبود فردی ایجاد می‌کند (شوگو، گرشکوویچوا، هالامو و بارانکووا؛ ۲۰۲۵). این مفهوم به عنوان یک عامل فراتشخیصی در ایجاد اختلالات روانی شناخته شده و می‌تواند باعث بروز افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری شود. نظریه‌های روان‌تحلیلی، شناختی و تکاملی این پدیده را بررسی کرده‌اند؛ برای مثال، مدل دوگانه بلات خودانتقادی را مرتبط با افسردگی اینتروجکتیو می‌داند و نظریه ذهنیت‌های اجتماعی گیلبرت آن را در قالب سیستم‌های هیجانی و تنظیم احساسات تحلیل می‌کند. درمان مبتنی بر شفقت یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش خودانتقادی است (پکین و گومه؛ ۲۰۲۵).

نگرانی از تصویر بدن یکی از عوامل کلیدی آسیب روانی در دانشجویان است که می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم با افسردگی، اضطراب و اختلالات دیگر مرتبط باشد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که نگرش منفی به بدن می‌تواند میانجی رابطه بین عوامل فیزیولوژیک مانند چاقی و آسیب‌های روان‌شناختی باشد (فریدمن، رایشمن، کوستانزو و موسانتیه؛ ۲۰۰۲). همچنین، ابعاد مختلف تصویر بدن مانند نارضایتی و اشتغال ذهنی با اختلالات روانی و رفتارهای خوردن ناسالم در ارتباط هستند (میتچیسون و همکاران؛ ۲۰۱۷). بررسی‌های انجام‌شده بر بیماران سرطانی نیز بر تأثیر قابل توجه تصویر بدن بر سلامت روان تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که این تأثیرات پایدار هستند (دن هایجر و همکاران؛ ۲۰۱۳؛ سانگ، هان، ژانگ و تانگ؛ ۲۰۲۱). به همین ترتیب، ابزارهای سنجش تصویر بدن می‌توانند شاخص‌های مهمی برای شناسایی آسیب‌های روان‌شناختی باشند (چوپرا، دلاگازا و لاکورت؛ ۲۰۲۱؛ آرس و شلبوش؛ ۲۰۲۰). پژوهش‌های جدید نیز بر نقش میانجی نگرانی از تصویر بدن در رابطه با رفتارهای اعتیادی و اختلالات خوردن و تأثیر آن بر کیفیت زندگی تأکید دارند (آهورسو و همکاران؛ ۲۰۲۳؛ یائو و همکاران؛ ۲۰۲۴).

- 1 Bourke, M., Wang, H. F. W., McNaughton, S. A., Thomas, G., Firth, J., Trott, M., & Cairney, J
- 2 Díaz-Mosquera, E., Merlyn, M. F., Latorre, G., & Orbe, C
- 3 Okan, N
- 4 Libosan, J
- 5 Ashra, H., Barnes, C., Stupple, E. J. N., & Maratos, F. A
- 6 Šoková, B., Greškovičová, K., Halamová, J., & Baránková, M
- 7 Pekin, Z., & Güme, S
- 8 Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J
- 9 Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., & Mond, J
10. Den Heijer, M., Seynaeve, C., Timman, R., Duivenvoorden, H. J., Vanheusden, K., Tilanus-Linthorst, M., & Tibben, A
11. Song, L., Han, X., Zhang, J., & Tang, L
12. Chopra, D., De La Garza, R., & Lacourt, T. E
13. Oers, H. V., & Schlebusch, L
14. Ahorsu, D. K., Imani, V., Potenza, M. N., Chen, H. P., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H
15. Yao, H., Xiong, M., Cheng, Y., Zhang, Q., Luo, Y., Ding, X., & Zhang, C

در کنار این موضوع، خودانتقادی به عنوان عاملی مؤثر در شدت آسیب های روان شناختی مطرح است که ارتباط مثبت و معنی داری با افسردگی و اضطراب دارد (پاکت، لویت، هورن و هیز-اسکلتون، ۲۰۱۵؛ اوزدمیر و ساگکال، ۲۰۱۹). بنابراین، بررسی نقش میانجی خودانتقادی در این رابطه و استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری، امکان درک عمیق تر و دقیق تر فرآیندهای روان شناختی دخیل را فراهم می آورد و می تواند به طراحی مداخلات هدفمند برای بهبود سلامت روان دانشجویان کمک کند. بنابراین، سؤال اصلی پژوهش، عبارت است از: نقش میانجی گری خودانتقادی در رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان چگونه است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی؛ از لحاظ روش جمع آوری داده ها، توصیفی-همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری؛ و از منظر ماهیت داده ها نیز کمی بود. جامعه آماری، شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲، به تعداد ۱۲ هزار نفر بود. با توجه به این که در تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری، برای هر متغیر پنهان باید بین ۵ تا ۱۰ نفر در نمونه وجود داشته باشد و همچنین تعداد کل نمونه حداقل باید ۲۰۰ نفر باشد (خلجی پور و مجتبی زاده، ۲۰۲۴)؛ و نیز با توجه به دیدگاه کرجسی و مورگان^۴ (۱۹۷۰) مبنی بر انتخاب نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و در نظر گرفتن محدودیت های موجود، حجم نمونه برابر با ۳۸۴ نفر برآورد شد.

برای نمونه گیری ابتدا جامعه آماری به چهار خوشه اصلی بر اساس دانشکده ها تقسیم شد: دانشکده روان شناسی، دانشکده زبان، دانشکده علوم پزشکی، و دانشکده حقوق. از میان این دانشکده ها، تمام خوشه ها به دلیل اهمیت موضوع انتخاب شدند تا نمایندگی مناسبی از رشته های مختلف فراهم شود. سپس در هر دانشکده، تعداد مشخصی از دانشجویان به نسبت سهم آن دانشکده در کل جامعه آماری تعیین شد؛ به گونه ای که در دانشکده روان شناسی ۱۴۵ نفر، دانشکده علوم پزشکی ۹۳ نفر، دانشکده حقوق ۸۸ نفر و دانشکده زبان ۶۱ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. انتخاب افراد در هر خوشه با استفاده از جدول اعداد تصادفی و از فهرست کامل دانشجویان هر دانشکده انجام گرفت تا احتمال انتخاب هر فرد برابر و فرایند نمونه گیری کاملاً تصادفی و قابل تکرار باشد. این روش نمونه گیری ترکیبی، ضمن تضمین نمایندگی مناسب نمونه، دقت و اعتبار نتایج پژوهش را افزایش می دهد. این روش ترکیبی (محمدی و مجتبی زاده، ۱۴۰۲) ضمن کاهش هزینه و زمان، دقت نمونه گیری را افزایش می دهد و امکان تعمیم نتایج به کل جامعه را فراهم کرد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از:

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی: سیاهه نگرانی تن انگاره لیتلتون، آکسوم و پوری^۵ (۲۰۰۵) شامل ۱۹ گویه است که دو زیرمقیاس «نارضایتی و خجالت به خاطر ظاهر» و «تداخل در عملکرد» را در طیف لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (هرگز این احساس را نداشته ام یا این کار را انجام نداده ام) تا ۵ (همیشه این احساس را دارم یا این کار را انجام داده ام) می سنجد. حداقل نمره ۱۹ و حداکثر ۹۵ است و نمرات بالاتر نشان دهنده میزان بالاتر نگرانی از تصویر بدنی است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ در نمونه ۱۸۴ دانشجو گزارش کردند و روایی همگرایی آن را با همبستگی مثبت ۰/۴۱ با سیاهه پادوا^۶ (ساناویو، ۱۹۸۸) تأیید نمودند. همچنین، پورآوری، حبیبی، عابدی پریجا و سید علی تبار (۱۳۹۳) در نمونه ۵۹۱

1 Puckett, J. A., Levitt, H. M., Horne, S. G., & Hayes-Skelton, S. A

2. Özdemir, Y., & Sağkal, A. S

3. Khalajipour, H., & Mojtabazadeh, M

4. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W

5. Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L

6. Padua Inventory

7. Sanavio, E

دانش آموز دبیرستانی ایرانی، پایایی این ابزار را با ضریب آلفای ۰/۹۱ و روایی همگرایی آن را با همبستگی منفی ۰/۲۵ برای هر دو زیرمقیاس گزارش کردند.

پرسشنامه علائم روان شناختی (SCL-25-R): این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال است که در طیف لیکرت ۵ درجه ای از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود و ۹ خرده مقیاس شامل شکایت جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را می سنجد (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰؛ روگاتیس، ۲۰۰۰). روگاتیس و ساویتز (۱۹۹۹) پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و بازآزمایی ۰/۹۷ گزارش کردند. در ایران، تنهای رشوانلو و سعادت شامیر (۱۳۹۴)، نشان دادند، ضرایب روایی این ابزار شامل همبستگی منفی و معنادار با ابعاد بهزیستی روان شناختی و اجتماعی (روایی واگرا) و تأیید ساختار ۷ عاملی توسط تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی است. ضرایب پایایی نیز با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ و ضریب دو نیمه سازی بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ برای خرده مقیاس ها و کل آزمون گزارش شده است.

مقیاس خودانتقادی: مقیاس سطوح خودانتقادی ابزاری است که توسط تامسون و زوروف (۲۰۰۰) طراحی شده و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف تأیید شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال است و دو جنبه اصلی خودانتقادی، یعنی خودانتقادی مقایسه ای (شامل ۱۲ سؤال) و خودانتقادی درونی (شامل ۱۰ سؤال) را ارزیابی می کند. پاسخ دهی به این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۰ تا ۶ انجام می شود و برخی از سؤالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (گویه های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱). در پژوهش اولیه تامسون و زوروف، این مقیاس بر روی ۱۴۴ دانشجو اجرا شد و نتایج تحلیل عاملی نشان داد که دو عامل اصلی (خودانتقادی مقایسه ای و درونی) در این ابزار وجود دارد. همچنین، یافته ها نشان داد که بین خرده مقیاس های این پرسشنامه و برخی ابعاد شخصیتی مانند روان نژندی، ارتباط معناداری وجود دارد. در ایران نیز این مقیاس توسط موسوی و قربانی (۱۳۸۵) مورد بررسی قرار گرفته و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و برای خودانتقادی مقایسه ای ۰/۵۵ گزارش شده است. همچنین، ارتباط مثبت و معناداری بین مؤلفه های این مقیاس و برخی ابعاد مشکلات بین فردی مشاهده شده است. پایایی خودانتقادی مقایسه ای با مقدار پایین تر ۰/۵۵ مواجه بود که ممکن است به دلیل تعداد کم گویه ها، تفاوت های فرهنگی، یا ناسازگاری پاسخ دهندگان در جامعه ایرانی باشد. به منظور اصلاح این موضوع، در پژوهش های بعدی از جمله مطالعه شریعتی، حمید، هاشمی شیخ شبانی، بشلیده و مرعشی (۱۳۹۵)، برخی گویه های دارای بار عاملی پایین حذف شده و تحلیل عاملی تأییدی به منظور تأیید ساختار دو عاملی مقیاس انجام گردید که منجر به بهبود ضریب پایایی تا حدود ۰/۸۸ برای خودانتقادی مقایسه ای شد. براین اساس، در پژوهش شریعتی و همکاران (۱۳۹۵)، ضرایب آلفای کرونباخ برای خودانتقادی مقایسه ای ۰/۸۸ و برای خودانتقادی درونی ۰/۸۹ به دست آمده است.

در این پژوهش، پرسشنامه ها به صورت حضوری در کلاس های درس دانشجویان توزیع شدند و فرآیند جمع آوری داده ها طی بازه زمانی دو ماهه از مهر تا آبان ۱۴۰۲ انجام گرفت. برای افزایش دقت و کاهش سوگیری در پاسخ ها، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ هایشان محرمانه باقی می ماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد. همچنین، دستورالعمل های دقیق و شفافی درباره نحوه تکمیل پرسشنامه ها توسط پژوهشگران آموزش دیده ارائه شد تا همگنی در روند جمع آوری داده ها حفظ شود و کیفیت داده های به دست آمده تضمین گردد. این اقدامات سبب شد تا احتمال بروز خطاهای ناشی از سوء تفاهم یا نگرانی های مربوط به محرمانگی به حداقل برسد و داده های جمع آوری شده برای تحلیل های آماری و مدل سازی معادلات ساختاری قابل اعتماد باشند.

تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۹ و نرم افزار پی ال اس نسخه ۴ انجام شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۹ برای انجام تحلیل های توصیفی و آزمون های مقدماتی آماری به کار گرفته شد تا پیش فرض های لازم برای تحلیل های

1. Derogatis, L. R

2. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L

3. Thompson, R., & Zuroff, D. C

4. Statistical Package for the Social Sciences & Statistical Product and Service Solutions (SPSS)

پیچیده تر بررسی شود. به علاوه، نرم افزار PLS نسخه ۴ برای مدل یابی معادلات ساختاری انتخاب گردید، زیرا این نرم افزار قابلیت تحلیل مدل های پیچیده را با نمونه هایی در اندازه متوسط مانند ۳۸۴ نفر دارد و می تواند داده هایی که از توزیع نرمال تبعیت نمی کنند را به خوبی مدیریت کند (هیر، ۲۰۱۴). همچنین، روش PLS امکان بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها را به طور همزمان فراهم می کند که این ویژگی برای تحلیل نقش میانجی خودانتقادی در مدل پژوهش اهمیت فراوانی دارد (هنزلر، رینگل و سینکوویچس، ۲۰۰۹). بنابراین، استفاده ترکیبی از SPSS و PLS با توجه به مزایای هر دو نرم افزار به طور علمی و متناسب با اهداف تحقیق انتخاب شده است تا دقت و اعتبار نتایج تضمین شود.

آزمون های مورد استفاده شامل آزمون مدل یابی معادلات ساختاری، آزمون کیزر-میر-الکین^۴ و آزمون کروییت بارتلت^۵ بود. علاوه بر این، برای اطمینان از روایی پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش از ضرایب روایی همگرا^۶ (میانگین واریانس استخراج شده) و روایی تشخیصی یا واگرا^۸ (معیار فورنل و لارکر^۹) استفاده شد. برای اطمینان از پایایی، نیز از ضرایب پایایی ضریب آلفای کرونباخ^{۱۰} پایایی ترکیبی^{۱۱} و پایایی همگون^{۱۲} بهره برده شد. در جدول ۱ و ۲، نتایج ضرایب روایی و ضرایب پایایی گزارش شده است.

جدول ۱. ضرایب پایایی و روایی همگرا

متغیرها	پایایی		روایی همگرا	
	کرونباخ	پایایی ترکیبی	پایایی همگون	میانگین واریانس استخراج شده
نگرانی از تصویر بدنی	۰/۹۷۱	۰/۹۸۵	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱
آسیب های روان شناختی	۰/۹۷۹	۰/۹۸۲	۰/۹۸۱	۰/۸۶۰
خودانتقادی	۰/۹۴۹	۰/۹۷۵	۰/۹۴۹	۰/۹۵۱

در جدول ۱، چهار شاخص اصلی شامل آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی، پایایی همگون و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر سه متغیر به ترتیب ۰/۹۷۱، ۰/۹۷۹ و ۰/۹۴۹ به دست آمده است که همگی بسیار بالاتر از مقدار معیار (۰/۷) هستند. این نتایج نشان دهنده همسانی درونی بسیار بالا میان گویه های هر مقیاس و سنجش دقیق یک مفهوم واحد توسط هر مجموعه از گویه هاست. همچنین، مقادیر پایایی ترکیبی برای متغیرها به ترتیب ۰/۹۸۵، ۰/۹۸۲ و ۰/۹۷۵ گزارش شده که بالاتر از مقدار قابل قبول ۰/۷ بوده و بیانگر قابلیت اعتماد مطلوب ابزار سنجش است. پایایی همگون نیز برای هر سه متغیر بسیار بالا و نزدیک به آلفای کرونباخ است که این موضوع، انسجام و ثبات درونی ابزار را تأیید می کند. در بخش روایی همگرا، میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برای متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۹۷۱، ۰/۸۶۰ و ۰/۹۵۱ است. این مقادیر

1 Partial Least Squares (PLS)

2 Hair, J. F

3 Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R.

4. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test

5 Bartlett's Test of Sphericity

6 Convergent Validity

7. Average Variance Extracted (AVE)

8. Discriminant Validity

9. Fornell-Larcker Criterion

10. Cronbach's Alpha

11. Composite Reliability

12. Rho

به طور قابل توجهی بالاتر از معیار ۰/۵ هستند و نشان می دهند که بخش عمده واریانس گویه ها توسط سازه مربوطه تبیین می شود و گویه ها به خوبی بر یک مفهوم مشترک متمرکز هستند.

جدول ۲. ضرایب روایی واگرا (آزمون فورنل و لارکر)

خودانتقادی	آسیب های روان شناختی	نگرانی از تصویر بدنی
		۰/۹۸۶
	۰/۹۵۳	۰/۹۳۰
۰/۹۷۵	۰/۹۲۷	۰/۹۰۵

در جدول ۲، مقدار هر متغیر در قطر اصلی (نگرانی از تصویر بدنی: ۰/۹۸۶، آسیب های روان شناختی: ۰/۹۵۳، خودانتقادی: ۰/۹۷۵) نشان دهنده جذر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برای همان متغیر است. سایر مقادیر جدول، ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می دهد. بر اساس معیار فورنل و لارکر، روایی واگرا زمانی تأیید می شود که مقدار قطر اصلی هر ستون (یعنی جذر AVE) بزرگ تر از مقادیر پایین تر همان ستون (ضرایب همبستگی با سایر سازه ها) باشد. در جدول حاضر، برای هر متغیر، مقدار قطر اصلی از سایر مقادیر ستون مربوطه بزرگ تر است. به عنوان مثال، مقدار ۰/۹۸۶ برای نگرانی از تصویر بدنی از مقادیر ۰/۹۳۰ و ۰/۹۰۵ (همبستگی با سایر متغیرها) بیشتر است. همین وضعیت برای سایر متغیرها نیز برقرار است. این نتایج نشان می دهد که هر سازه و گویه های مربوط به آن، تمایز کافی با سایر سازه ها دارند و مدل از روایی واگرای مطلوب برخوردار است. به بیان دیگر، متغیرهای مدل به درستی از یکدیگر تفکیک شده اند و هر سازه بیشتر با شاخص های خود همبستگی دارد تا با شاخص های سایر سازه ها. این امر اعتبار ابزار سنجش و ساختار مدل را از نظر روایی واگرا تأیید می کند.

نتایج

در این پژوهش، تعداد افراد نمونه برابر با ۳۸۴ نفر بود. بر اساس رشته تحصیلی، بیشترین فراوانی مربوط به رشته روان شناسی با ۳۷/۰۵ درصد (معادل ۱۴۵ نفر) و کمترین فراوانی مربوط به رشته زبان با ۱۵/۸۸ درصد (معادل ۶۱ نفر) بود. رشته مدیریت ۲۴/۱۱ درصد (معادل ۹۳ نفر) و رشته حقوق ۲۲/۹۴ درصد (معادل ۸۸ نفر) از شرکت کنندگان را شامل می شدند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین تعداد شرکت کنندگان دارای مدرک فوق لیسانس بودند که ۴۷/۰۵ درصد (معادل ۱۸۱ نفر) از کل نمونه را تشکیل دادند. گروه لیسانس با ۴۰/۵۸ درصد (معادل ۱۵۶ نفر) و گروه دکتری با ۱۲/۳۵ درصد (معادل ۴۷ نفر) در رتبه های بعدی قرار گرفتند. در خصوص جنسیت، ۶۴/۱۱ درصد از شرکت کنندگان (معادل ۲۴۶ نفر) دختر و ۳۵/۸۸ درصد (معادل ۱۳۸ نفر) پسر بودند. بنابراین، در این نمونه بیشترین فراوانی مربوط به گروه دختران و کمترین مربوط به گروه پسران بود. همچنین، در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) برای بررسی تأثیر جنسیت، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی بر نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی با گزارش اندازه اثر (η^2)، آماره F و سطح معنی داری (p) ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی تأثیر جنسیت، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی بر نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مجموع مربعات بین گروهی	درجه آزادی بین گروهی	میانگین مربعات بین گروهی	مجموع مربعات درون گروهی	درجه آزادی درون گروهی	میانگین مربعات درون گروهی	F	سطح معناداری (p)	اندازه اثر (η^2)
جنسیت	نگرانی از تصویر بدنی	۲۱۵۰۰	۱	۲۱۵۰۰	۱۳۵۰۰۰	۳۸۲	۳۵۳	۶۰/۹۱	۰/۰۰۳	۰/۱۵
	خودانتقادی	۲۴۰۰۰	۱	۲۴۰۰۰	۱۳۴۰۰۰	۳۸۲	۳۵۱	۶۸/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۱۷
	آسیب های روان شناختی	۲۹۰۰۰	۱	۲۹۰۰۰	۱۳۲۰۰۰	۳۸۲	۳۴۶	۸۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸
رشته تحصیلی	نگرانی از تصویر بدنی	۴۹۵۰۰	۳	۱۶۵۰۰	۱۳۰۰۰۰	۳۷۹	۳۴۳	۴۸/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۰
	خودانتقادی	۴۳۰۰۰	۳	۱۴۳۳۳	۱۳۲۰۰۰	۳۷۹	۳۴۸	۴۱/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸
	آسیب های روان شناختی	۵۶۵۰۰	۳	۱۸۸۳۳	۱۳۳۰۰۰	۳۷۹	۳۵۱	۵۳/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۲۱
مقطع تحصیلی	نگرانی از تصویر بدنی	۴۰۰۰۰	۲	۲۰۰۰۰	۱۳۴۰۰۰	۳۸۰	۳۵۳	۵۶/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۱۹
	خودانتقادی	۳۶۰۰۰	۲	۱۸۰۰۰	۱۳۳۰۰۰	۳۸۰	۳۵۰	۵۱/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۱۶
	آسیب های روان شناختی	۵۰۰۰۰	۲	۲۵۰۰۰	۱۳۲۰۰۰	۳۸۰	۳۴۷	۷۲/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۲۰

نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که متغیرهای جنسیت، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی تأثیر معنادار و با اندازه اثر بالا بر نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی دارند. در بررسی تأثیر جنسیت، زنان در مقایسه با مردان دارای میانگین بالاتری در نگرانی از تصویر بدنی بودند ($F=60.91$, $p=0.003$, $\eta^2=0.15$)، همچنین خودانتقادی در زنان بیشتر از مردان بود ($F=68.38$, $p=0.002$, $\eta^2=0.17$) و در نهایت آسیب های روان شناختی نیز در زنان به طور معناداری بالاتر گزارش شد ($F=82.83$, $p=0.001$, $\eta^2=0.18$). این یافته ها نشان می دهد که جنسیت نقش مهمی در تفاوت های روان شناختی مربوط به نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی ایفا می کند.

از سوی دیگر، تحلیل واریانس نشان داد که رشته تحصیلی نیز بر هر سه متغیر وابسته تأثیر معنی داری دارد. نگرانی از تصویر بدنی در رشته زبان به طور معناداری کمتر از رشته های روان شناسی، مدیریت و حقوق بود ($F=48.07$, $p<0.001$, $\eta^2=0.20$). همچنین، خودانتقادی در دانشجویان رشته روان شناسی بیشتر از رشته زبان و مدیریت بود ($F=41.20$, $p<0.001$, $\eta^2=0.18$) و

آسیب های روان شناختی در رشته های مدیریت و روان شناسی بالاتر از رشته زبان گزارش شد ($F=53.68$, $p<0.001$, $\eta^2=0.21$).

علاوه بر این، مقطع تحصیلی نیز تأثیر معناداری بر متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی داشت. در نگرانی از تصویر بدنی، دانشجویان مقطع دکتری نسبت به کارشناسی تفاوت معناداری نشان دادند و سطح نگرانی کمتری داشتند ($\eta^2=0.19, p<0.001, F=56.65$). همچنین، خودانتقادی در دانشجویان فوق لیسانس بالاتر از کارشناسی بود ($\eta^2=0.16, p<0.001, F=51.43$) و آسیب های روان شناختی در مقطع دکتری کمتر از دو مقطع دیگر گزارش شد ($\eta^2=0.20, p<0.001, F=72.03$).

آزمون تعقیبی توکی برای تعیین تفاوت های دقیق تر بین گروه ها نشان داد که زنان به طور معنی داری در نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی امتیاز بالاتری نسبت به مردان داشتند. در میان رشته ها، دانشجویان رشته زبان در نگرانی از تصویر بدنی پایین تر از سایر رشته ها بودند، در حالی که دانشجویان روان شناسی در خودانتقادی و آسیب های روان شناختی سطوح بالاتری نشان دادند. همچنین، دانشجویان مقطع دکتری نسبت به کارشناسی در نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی وضعیت بهتری داشتند که احتمالاً به دلیل تجربه و مهارت های مقابله ای بهتر در این گروه ها است.

به طور کلی، نتایج نشان داد که متغیرهای جنسیت، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی هر سه به طور معنی داری و با اندازه اثر بالا بر نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی تأثیر گذارند. زنان، دانشجویان رشته روان شناسی و دانشجویان مقاطع پایین تر تمایل بیشتری به نگرانی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی نشان دادند.

برای ارزیابی پیش نیازهای تحلیل معادلات ساختاری، ابتدا شاخص KMO (کفایت نمونه گیری) و آزمون بارتلت (بررسی همبستگی متغیرها) با کمک نرم افزار SPSS تحلیل شدند. جدول ۴ نتایج حاصل از این دو آزمون کلیدی را به صورت جامع نمایش می دهد.

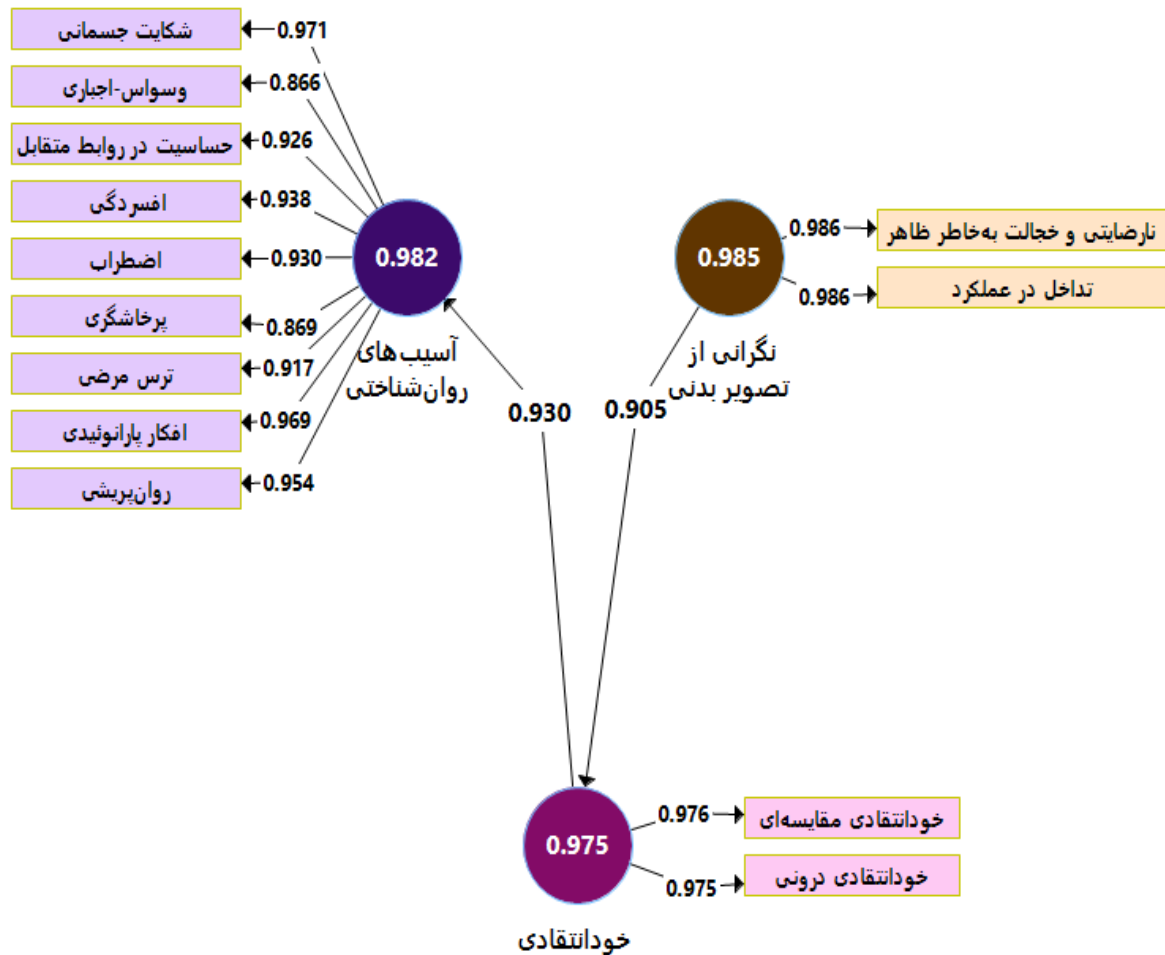
جدول ۴. مقادیر آزمون کیزر-میر-الکین و آزمون کرویت بارتلت

شاخص کفایت نمونه گیری (آزمون کیزر-میر-الکین)		۰/۹۴۷
آزمون کرویت بارتلت	آماره مجذور خی	۱۰۲۴۸/۸۰۷
	درجه آزادی	۷۸
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰

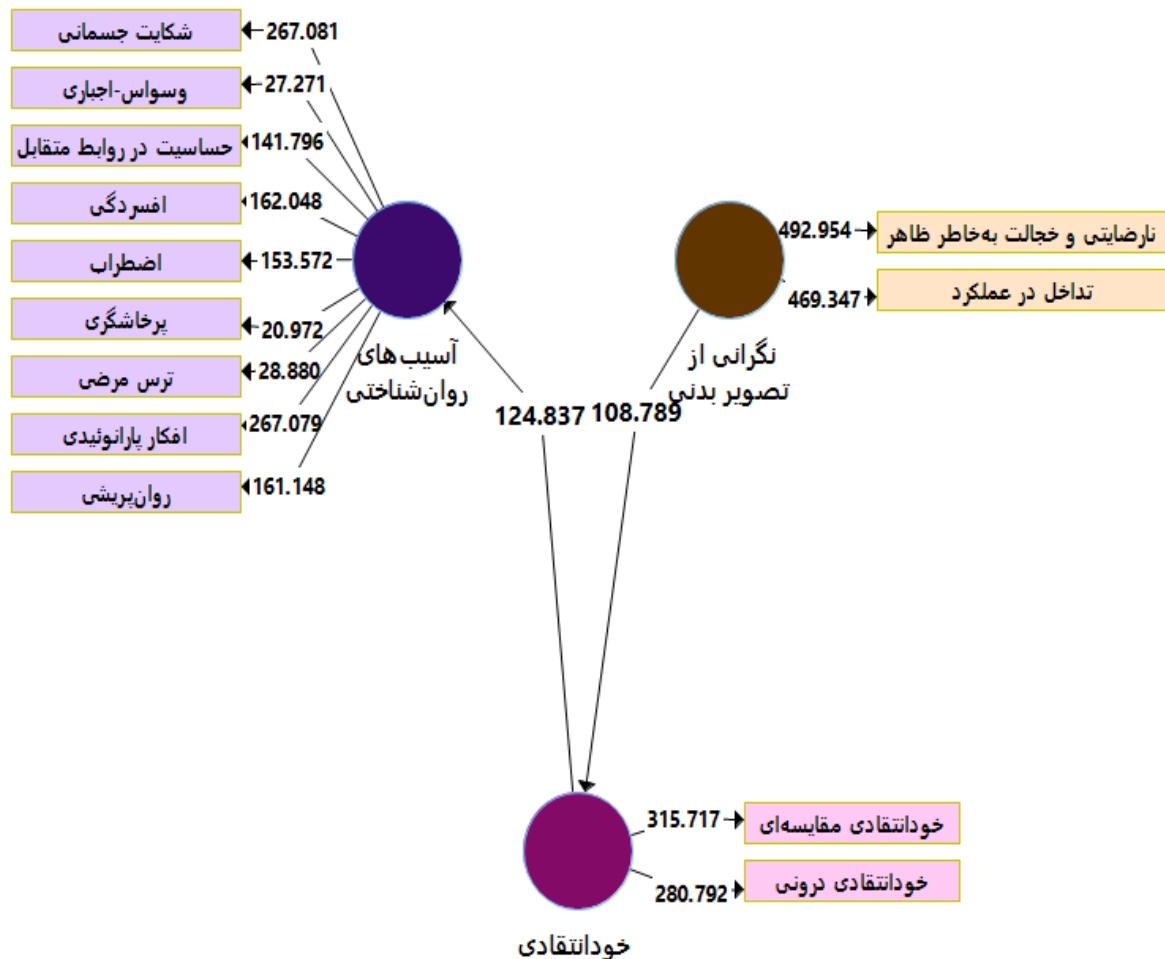
نتایج جدول ۴ نشان می دهد که داده های پژوهش از نظر کفایت برای انجام تحلیل عاملی در وضعیت بسیار مطلوبی قرار دارند. شاخص کفایت نمونه گیری کیزر-میر-الکین (KMO) برابر با ۰/۹۴۷ به دست آمده است که این مقدار بسیار بالا بوده و بیانگر آن است که حجم نمونه و میزان همبستگی بین متغیرها برای تحلیل عاملی مناسب است. به طور کلی، مقادیر بالاتر از ۰/۹ برای KMO نشان دهنده کفایت عالی داده ها است. همچنین، آزمون کرویت بارتلت با آماره مجذور خی برابر با ۱۰۲۴۸/۸۰۷ و درجه آزادی ۷۸ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ نشان می دهد که فرض صفر این آزمون (برابری ماتریس همبستگی با ماتریس همانی) رد می شود. این نتیجه بیانگر آن است که بین متغیرهای پژوهش همبستگی کافی وجود دارد و داده ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند.

بر اساس شکل ۱، مقادیر پایایی ترکیبی و ضرایب مسیر مربوط به اثر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی با نقش میانجی خودانتقادی ارائه شده است. ضرایب مسیر (بار عاملی) که روی خطوط بین متغیرها قرار دارند، شدت ارتباط میان آن ها را نشان می دهند؛ به طوری که ضرایب بالاتر از ۰/۶۰ بیانگر تأثیر قوی و مطلوب هستند. همچنین، مقادیر درج شده درون دایره ها

معرف پایایی ترکیبی هر سازه است؛ به گونه ای که مقادیر بالاتر از ۰/۷۰ نشان دهنده پایایی مناسب است. در شکل ۲، برای بررسی معناداری ضرایب مسیر، مقادیر بوت استراپ گزارش شده است. این مقادیر بر اساس آزمون t تفسیر می شوند و اگر مقدار t بیشتر از ۲/۵۸ باشد (در سطح معنی داری ۰/۰۱)، رابطه معنادار تلقی می شود. اعداد قرار گرفته بر روی مسیرها در این شکل، مقدار آماره t (بوت استراپ) را نشان می دهند و معناداری روابط را تأیید می کنند. بنابراین، شکل ۱ نشان می دهد که ضرایب مسیر و پایایی ترکیبی مدل در وضعیت مطلوب و معنادار قرار دارند و شکل ۲ نیز معناداری آماری این روابط را با استفاده از روش بوت استراپ تأیید می کند.



شکل ۱. پایایی ترکیبی و ضرایب مسیر تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی با نقش میانجی گری خودانتقادی



شکل ۲. مقادیر بوت استراپ تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی با نقش میانجی گری خودانتقادی

بر اساس نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری (شکل های ۱ و ۲)، متغیرهای پنهان شامل نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی هستند. هر یک از این متغیرهای مکنون با مجموعه ای از گویه های قابل مشاهده (متغیرهای آشکار) سنجیده شده اند.

برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی، دو شاخص مشاهده پذیر «نارضایتی و خجالت به خاطر ظاهر» و «تداخل در عملکرد» در نظر گرفته شده اند. ضرایب مسیر هر دو شاخص به ترتیب برابر با ۰/۹۸۶ است و آماره t بسیار بالا (به ترتیب ۴۹۲/۹۵۴ و ۴۶۹/۳۴۷) نشان از بار عاملی بسیار قوی و معنادار بودن این شاخص ها دارد ($p < 0.001$, $t > 2.58$).

در مورد خودانتقادی، شاخص های «خودانتقادی مقایسه ای» و «خودانتقادی درونی» نیز با ضرایب مسیر بالا (به ترتیب ۰/۹۷۶ و ۰/۹۷۵) و آماره t بالا (۳۱۵/۷۱۷ و ۲۸۰/۷۹۲) تأیید شده اند و نشان می دهند که این ابعاد به خوبی سازه ی خودانتقادی را نمایندگی می کنند.

در خصوص متغیر آسیب های روان شناختی، ده زیرمقیاس مختلف در مدل لحاظ شده اند که عبارت اند از: شکایت جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روان پریشی. تمام ضرایب مسیر این شاخص ها از ۰/۸۶۶ تا ۰/۹۷۱ متغیر است و تمامی آن ها با آماره های t بالاتر از ۲۰ تأیید شده اند.

شکل ۱ مدل ساختاری و ضرایب مسیر بین متغیرهای مکنون را نشان می‌دهد که در آن تأثیر مستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی و همچنین نقش میانجی‌گری خودانتقادی در این رابطه ترسیم شده است. به‌منظور اطمینان از پایداری ضرایب، در شکل ۲ مقادیر بوت‌استرپ برای مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم گزارش شده است. بر اساس جدول ضرایب مسیر و آماره t (جدول ۵)، مشخص شد که تأثیر مستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی برابر با $۰/۹۰۵$ با آماره t برابر با $۱۰۸/۷۸۹$ و سطح معناداری $۰/۰۰۰$ است که نشان‌دهنده تأیید قوی این رابطه است. همچنین، اثر غیرمستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی از طریق خودانتقادی نیز با ضریب $۰/۹۳۰$ و آماره t برابر با $۱۲۴/۸۳۷$ معنادار گزارش شده است ($p < 0.001$).

جدول ۵. نتایج ضریب مسیر و بوت‌استرپ اثرات مستقیم و غیر مستقیم رابطه بین متغیرها

مسیر رابطه	نوع اثر	ضریب مسیر	آماره t	P	
نگرانی از تصویر بدنی	<- آسیب‌های روان‌شناختی	مستقیم	۰/۹۰۵	۱۰۸/۷۸۹	۰/۰۰۰
نگرانی از تصویر بدنی و خودانتقادی	<- آسیب‌های روان‌شناختی	غیر مستقیم	۰/۹۳۰	۱۲۴/۸۳۷	۰/۰۰۰

بر اساس نتایج جدول ۵، تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم (از طریق خودانتقادی) بسیار قوی و معنادار است. ضریب مسیر مستقیم برابر با $۰/۹۰۵$ و ضریب مسیر غیرمستقیم (با میانجی‌گری خودانتقادی) برابر با $۰/۹۳۰$ است. هر دو مقدار بسیار بالا هستند و نشان‌دهنده تأثیر قوی نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی هستند. همچنین، مقادیر آماره t برای هر دو مسیر ($۱۰۸/۷۸۹$ برای اثر مستقیم و $۱۲۴/۸۳۷$ برای اثر غیرمستقیم) بسیار بالاتر از حد نصاب معناداری ($۲/۵۸$) است و مقدار p نیز برای هر دو مسیر برابر با $۰/۰۰۰$ گزارش شده که نشان‌دهنده معناداری کامل روابط است. این نتایج نشان می‌دهد که نگرانی از تصویر بدنی به طور مستقیم باعث افزایش آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود، اما زمانی که خودانتقادی نیز در این رابطه نقش میانجی را ایفا می‌کند، شدت این تأثیر حتی بیشتر می‌شود. به عبارت دیگر، خودانتقادی به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در تقویت رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و آسیب‌های روان‌شناختی دارد و میانجی‌گری خودانتقادی در این رابطه تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر اثر مستقیم، بخش قابل توجهی از تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی از طریق افزایش خودانتقادی صورت می‌گیرد. در جدول ۶، نیز شاخص‌های برازش حداقل مربعات جزئی مدل تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری خودانتقادی آمده است. همان‌طور که داده‌های این جدول نشان می‌دهد، مدل تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب‌های روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری خودانتقادی از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۶. شاخص های برازش حداقل مربعات جزئی

شاخص	مقدار	معیار قابل قبول	نتیجه
شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد	۰/۰۴۶	کم تر از ۰/۱	تأیید
معیار تناسب مدل راستین d_ULS	۰/۱۹۶	تفسیر بر اساس شاخص تناسب بهنجار	تأیید
معیار تناسب مدل راستین d_G	۱/۱۳۰	تفسیر بر اساس شاخص تناسب بهنجار	تأیید
شاخص تناسب بهنجار	۰/۷۹۱	بیشتر از ۰/۷	تأیید
شاخص تنای ریشه میانگین مربعات	۰/۰۳۴	کم تر از ۰/۱۲	تأیید

جدول ۶ شاخص های برازش مدل حداقل مربعات جزئی (PLS) را بررسی می کند و نشان می دهد که مدل پژوهش تا چه اندازه با داده های جمع آوری شده انطباق دارد. شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR) برابر با ۰/۰۴۶ است که کمتر از مقدار معیار (۰/۱) بوده و نشان دهنده برازش مناسب مدل است. همچنین، معیارهای تناسب مدل راستین d_ULS و d_G به ترتیب ۰/۱۹۶ و ۱/۱۳۰ به دست آمده اند که طبق تفسیر مبتنی بر شاخص تناسب بهنجار، هر دو مقدار تأیید شده اند. شاخص تناسب بهنجار (NFI) نیز برابر با ۰/۷۹۱ است که بالاتر از مقدار قابل قبول ۰/۷ بوده و حاکی از برازش مطلوب مدل است. در نهایت، شاخص تنای ریشه میانگین مربعات (RMS_theta) نیز مقدار ۰/۰۳۴ را نشان می دهد که کمتر از معیار ۰/۱۲ است و برازش خوب مدل را تأیید می کند. بنابراین، نتایج این جدول بیانگر آن است که تمامی شاخص های مورد بررسی در محدوده مطلوب قرار دارند و مدل پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مدل نظری ارائه شده با داده های تجربی به خوبی منطبق بوده و نتایج حاصل از تحلیل مدل قابل اعتماد و استناد هستند.

با توجه به مدل پژوهش و به منظور بررسی اثر متغیرهای مخدوش کننده احتمالی همچون سن، وضعیت اقتصادی، و تحصیلات بر رابطه بین متغیرهای اصلی مدل (نگرانی از تصویر بدنی، خودانتقادی و آسیب های روان شناختی)، تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و همچنین رگرسیون چندگانه با ورود سلسله مراتبی متغیرها انجام شد. هدف این تحلیل ها، کنترل تأثیر این متغیرهای زمینه ای و آزمون پایداری روابط اصلی مدل بود. در جدول ۶، تحلیل تأثیر متغیرهای مخدوش کننده بر روابط مدل مفهومی ارائه شده است.

جدول ۶. تحلیل تأثیر متغیرهای مخدوش کننده بر روابط مدل مفهومی

مسیر اصلی	روش تحلیل	متغیرهای کنترل شده	β ضریب استاندارد شده	آماره F / t	P-value	نتیجه
نگرانی از تصویر بدنی ← آسیب های روان شناختی	ANCOVA	سن، وضعیت اقتصادی	۰/۹۰۱	F=۱۱۲/۳۴	۰/۰۰۰	معنادار باقی ماند
نگرانی از تصویر بدنی ← خودانتقادی	ANCOVA	سن، تحصیلات	۰/۸۸۴	F=۹۵/۲۱	۰/۰۰۰	معنادار باقی ماند
خودانتقادی ← آسیب های روان شناختی	رگرسیون چندگانه	سن، وضعیت اقتصادی	۰/۸۶۵	t=۱۸/۴۲	۰/۰۰۰	معنادار باقی ماند
اثر مستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی (بدون میانجی)	رگرسیون	بدون کنترل	۰/۹۰۵	t=۱۰/۷۸	۰/۰۰۰	معنادار
اثر مستقیم پس از کنترل سن و اقتصاد	رگرسیون	سن، وضعیت اقتصادی	۰/۸۹۸	t=۱۰/۵۲	۰/۰۰۰	پایدار
اثر غیرمستقیم از طریق خودانتقادی	رگرسیون	سن، تحصیلات	۰/۹۳۰	بوت استراپ	۰/۰۰۰	پایدار

تحلیل داده های جدول ۶ نشان می دهد که برای بررسی پایداری روابط مدل مفهومی پژوهش، از روش های تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و رگرسیون چندگانه با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، وضعیت اقتصادی و تحصیلات استفاده شده است.

در مسیر نخست، اثر نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی با کنترل سن و وضعیت اقتصادی همچنان معنادار باقی مانده است ($F=112.34, p=0.000$) و ضریب استاندارد شده آن برابر با ۰/۹۰۱ گزارش شده است. این نتیجه نشان می دهد که حتی با حذف تأثیر متغیرهای مخدوش کننده، نگرانی از تصویر بدنی پیش بینی کننده قوی برای آسیب های روان شناختی است. در مسیر دوم، رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و خودانتقادی با کنترل سن و تحصیلات همچنان معنادار است ($F=95.21, p=0.000$) و ضریب استاندارد شده آن ۰/۸۸۴ به دست آمده است. این بدان معناست که افراد با نگرانی بالاتر نسبت به تصویر بدنی، گرایش بیشتری به خودانتقادی دارند، مستقل از تفاوت های سنی و تحصیلی.

در مسیر سوم، رابطه بین خودانتقادی و آسیب های روان شناختی با استفاده از رگرسیون چندگانه و با کنترل سن و وضعیت اقتصادی بررسی شده است. نتایج نشان داد که این رابطه نیز معنادار باقی مانده است ($t=18.42, p=0.000$) و ضریب استاندارد شده برابر با ۰/۸۶۵ است؛ که تأیید می کند خودانتقادی نقش اساسی در تبیین آسیب های روان شناختی دارد. در مسیر چهارم، اثر مستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی بدون در نظر گرفتن میانجی یا متغیرهای کنترل بررسی شد. نتایج ($t=10.78, p=0.000, \beta=905/0$) بیانگر وجود یک رابطه قوی و معنادار مستقیم است.

مسیر پنجم همین رابطه را پس از کنترل سن و وضعیت اقتصادی بررسی کرده و نشان داد که اثر همچنان پایدار است ($t=10.52, p=0.000$) و مقدار β اندکی کاهش یافته و برابر با $0/898$ شده است، که همچنان در سطح بالا باقی می ماند.

در مسیر ششم، اثر غیرمستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر آسیب های روان شناختی از طریق خودانتقادی با استفاده از روش بوت استرپ محاسبه شده و ضریب استاندارد شده آن $0/930$ به دست آمده است. این مقدار بالا نشان دهنده آن است که خودانتقادی میانجی قوی و مؤثری در رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی محسوب می شود، حتی با کنترل سن و تحصیلات.

در مجموع، تمامی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل حتی پس از کنترل متغیرهای مداخله گر همچنان معنادار باقی مانده اند و ضرایب استاندارد شده در همه مسیرها بالا (بیشتر از $0/850$) گزارش شده اند که نشان دهنده اندازه اثر بالا است. این نتایج از استحکام مدل مفهومی پژوهش حمایت می کنند و نقش کلیدی متغیرهای اصلی را در تبیین آسیب های روان شناختی تأیید می نمایند.

بحث

هدف اصلی این پژوهش، مدل سازی ساختاری «نگرانی از تصویر بدنی» و «آسیب های روان شناختی» با نقش میانجی «خودانتقادی» در بین دانشجویان بود. یافته های حاصل نشان داد که «خودانتقادی» نقش میانجی معناداری میان نگرانی از تصویر بدنی و آسیب های روان شناختی ایفا می کند. این نتیجه با بخش قابل توجهی از پیشینه داخلی و خارجی همسوست، هرچند برخی مطالعات نیز یافته هایی متفاوت گزارش کرده اند.

در میان پژوهش های داخلی، نیافر و همکاران (۱۴۰۳) نقش میانجی خودانتقادی را در رابطه میان ذهن آگاهی و نگرانی از تصویر بدن در دانشجویان دارای نشانگان پرخوری عصبی تأیید کرده اند. همچنین، صادق زاده و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که خودانتقادی از طریق افزایش خودخاموشی، می تواند آشفتگی روان شناختی را در دانشجویان دختر تشدید کند. شریعتی و همکاران (۱۳۹۵) نیز دریافتند که کاهش خودانتقادی موجب بهبود افسردگی و ارتقای سلامت روان دانشجویان می شود. به طور مشابه، موسوی و قربانی (۱۳۸۵) نیز ارتباط منفی معناداری میان خودانتقادی و سلامت روان گزارش کردند که مؤید اثرات منفی این ویژگی بر بهزیستی روانی است. در همین راستا، سالاریان و همکاران (۲۰۲۲) نیز نقش میانجی شرم از تصویر بدن و خودانتقادی را در رابطه بین تجربه قربانی شدن به دلیل ظاهر و علائم پرخوری تأیید کرده اند.

شواهد بین المللی نیز از نقش میانجی خودانتقادی پشتیبانی می کنند. برای مثال، دوارته و همکاران (۲۰۱۴، ۲۰۱۷) و فرا و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده اند که خودانتقادی و شرم از بدن نقش واسطه ای مهمی در بروز رفتارهای پرخوری و اختلالات روانی ایفا می کنند. مک اینتایر و همکاران (۲۰۱۸) در مرور نظام مند خود، خودانتقادی را یکی از پیش بینی کننده های اصلی آسیب های روان شناختی در دانشجویان دانسته اند. بونفانتی و همکاران (۲۰۲۵) در فراتحلیلی جدید نیز ارتباط معنادار میان نگرانی از تصویر بدن، خودانتقادی و علائم اختلالات خوردن را گزارش کرده اند. افزون بر این، پژوهش هایی مانند پاکت و همکاران (۲۰۱۵) تأکید کرده اند که خودانتقادی می تواند نقش میانجی بین فشارهای اجتماعی و آشفتگی روان شناختی داشته باشد.

با این حال، برخی مطالعات یافته های متناقضی ارائه کرده اند. اوکان (۲۰۲۳) در پژوهشی بر روی دانشجویان ترک اظهار کرده است که خودانتقادی الزاماً در همه افراد به آسیب روانی منجر نمی شود و نقش آن می تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی یا فردی تعدیل شود. لیناردون و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه ای طولی نیز نشان داده اند که رابطه میان خودانتقادی و نگرانی از تصویر بدنی الزاماً خطی نیست و عواملی چون خودشفقتی، حمایت اجتماعی و ویژگی های شخصیتی می توانند در این رابطه مداخله کنند. همچنین، پکین و گومه (۲۰۲۵) در یک مقاله مروری تأکید کرده اند که گرچه خودانتقادی با آسیب های روان شناختی مرتبط است، اما نقش میانجی آن در برخی مطالعات ضعیف یا غیرمعنادار گزارش شده است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر با بیشتر مطالعات پیشین هم‌راستا است و اهمیت نقش خودانتقادی را در پیوند میان نگرانی از تصویر بدن و آسیب‌های روان‌شناختی تأکید می‌کند. از منظر تبیینی، می‌توان گفت که افراد دارای نگرانی از تصویر بدن معمولاً دیدگاهی منفی و انتقادی نسبت به خود پیدا می‌کنند و این خودانتقادی، سطوح بالاتری از فشار روانی و آسیب‌های روان‌شناختی را در پی دارد. هنگامی که فرد نگران ظاهر خود است، به‌جای پذیرش خود، تمایل بیشتری به سرزنش و قضاوت منفی نسبت به خویش دارد و این فرایند می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی هیجانی شود. این رابطه در محیط‌های دانشگاهی که فشارهای فرهنگی و مقایسه‌های اجتماعی درباره ظاهر بسیار رایج‌اند، شدت بیشتری می‌یابد. بر همین اساس، ارتقای سلامت روان دانشجویان مستلزم تقویت مهارت‌هایی چون خودشفقتی و پذیرش خود است تا چرخه معیوب نگرانی از تصویر بدن و خودانتقادی متوقف شود. همچنین، نباید تفاوت‌های فردی و فرهنگی را در شدت و شکل‌گیری این روابط نادیده گرفت.

از منظر نظری، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خودانتقادی نقشی کلیدی در تبیین مسیرهای غیرمستقیم آسیب روان‌شناختی ایفا می‌کند و توجه به آن در مدل‌سازی مفهومی سلامت روان ضروری است. این یافته حاکی از آن است که نگرانی از تصویر بدن لزوماً تنها به‌صورت مستقیم به آسیب روان‌شناختی نمی‌انجامد، بلکه خودانتقادی به‌عنوان سازوکاری میانجی می‌تواند شدت این آسیب‌ها را افزایش دهد. از منظر کاربردی نیز، این یافته‌ها بر لزوم طراحی و اجرای مداخلات روان‌شناختی با هدف کاهش خودانتقادی و تقویت خودشفقتی تأکید دارد. این مداخلات می‌توانند در قالب کارگاه‌های آموزشی، برنامه‌های پیشگیرانه در مراکز مشاوره دانشگاهی و فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت روان اجرا شوند.

با وجود یافته‌های قابل توجه، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست آن که جامعه آماری تنها به دانشجویان محدود بود و نمی‌توان نتایج را به سایر گروه‌های سنی یا جمعیت‌های بالینی تعمیم داد. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال بروز سوگیری در پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. سوم، ماهیت مقطعی مطالعه مانع از استنباط روابط علی قطعی میان متغیرها می‌شود. افزون بر این، برخی مطالعات نشان داده‌اند که نقش خودانتقادی می‌تواند در تعامل با عوامل فردی، فرهنگی و اجتماعی جهت یا شدت متفاوتی پیدا کند که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در محیط‌های دانشگاهی، آموزش مهارت‌هایی مانند خودشفقتی، مدیریت خودانتقادی و پذیرش خود در برنامه‌های مشاوره‌ای گنجانده شود. همچنین، انجام پژوهش‌های طولی و مداخله‌ای برای بررسی اثربخشی چنین مداخلاتی توصیه می‌شود. بررسی این روابط در فرهنگ‌ها و گروه‌های جمعیتی متنوع نیز می‌تواند به تعمیم‌پذیری و غنای نظری پژوهش‌ها بیفزاید. افزون بر آن، استفاده از روش‌های ترکیبی و ابزارهای چندمنظوره می‌تواند اعتبار سنجش متغیرها و تفسیر یافته‌ها را ارتقاء بخشد.

منابع

- پورآوری، مینو، حبیبی، مجتبی، عابدی پریجا، حسین، و سید علی تبار، سید هادی. (۱۳۹۳). روان سنجی سیاهه نگرانی درباره ی تصویر بدنی در نوجوانان. پژوهنده، ۱۹(۴)، ۱۸۹-۱۹۹. <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1807-fa.html>
- تنهای رشوانلو، فرهاد و سعادت شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۴). اعتبار و روایی سازه ی فهرست ۲۵ سئوالی نشانه های روان شناختی (SCL-25). مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۱)، ۴۸-۵۶. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.6255>
- شریعتی، مریم، حمید، نجمه، هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل، بشلیده، کیومرث، و مرعشی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۱)، ۴۳-۵۰. https://journals.iau.ir/article_534001.html?lang=en
- صادق زاده، مرضیه، عسکری، زهرا و خرمایی، فرهاد. (۱۴۰۱). رابطه خودانتقادی و حساسیت به طرد با آشفتگی روان شناختی دانشجویان دختر: نقش واسطه ای خودخاموشی. مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، ۲۰(۲)، ۱۲۷-۱۵۵. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2022.36452.2450>
- محمدی، لیلا و مجتبی زاده، محمد. (۱۴۰۲). نقش میانجی گری خود-کنترلی در رابطه با صفات های شخصیتی، تعهد سازمانی و انگیزش شغلی. پژوهش در نظام های آموزشی، ۱۷(۶۲)، ۶۴-۸۲. <https://doi.org/10.22034/jiera.2023.412914.3036>
- موسوی، اشرف السادات و قربانی، نیما. (۱۳۸۵). خودشناسی، خود انتقادی و سلامت روان. مطالعات روان شناختی، ۲(۳)، ۷۵-۹۱. <https://doi.org/10.22051/psy.2006.1688>
- نجاریان، بهمن و داوودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL-90-R). مجله روانشناسی، ۵(۲) (پیاپی ۱۸)، ۱۴۹-۱۳۶. <https://sid.ir/paper/54411/fa>
- نیافر، غلامحسین، مقتدر، لیلا، اسدی مجره، سامره و مهرگان، بتول. (۱۴۰۳). نقش میانجی خودانتقادی در رابطه بین ذهن آگاهی و نگرانی از تصویر بدن در دانشجویان با نشانگان پرخوری عصبی. رویش روان شناسی، ۱۳(۲)، ۱۴۱-۱۵۰. <http://frooyesh.ir/article-fa.html۱-۴۹۸۹>
- Ahorsu, D. K., Imani, V., Potenza, M. N., Chen, H. P., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2023). Mediating roles of psychological distress, insomnia, and body image concerns in the association between exercise addiction and eating disorders. *Psychology research and behavior management*, 2533-2542. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S414543>
- Ashra, H., Barnes, C., Stupple, E. J. N., & Maratos, F. A. (2025). The development and validation of the child self-criticism scale (CSCS). *Current Psychology*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07660-y>
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.1003>
- Bonfanti, R. C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., & Coco, G. L. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 52, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101841>
- Bourke, M., Wang, H. F. W., McNaughton, S. A., Thomas, G., Firth, J., Trott, M., & Cairney, J. (2025). Clusters of healthy lifestyle behaviours are associated with symptoms of depression, anxiety, and psychological distress: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clinical Psychology Review*, 102585. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102585>
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press. ISBN 9781462509584

- Chopra, D., De La Garza, R., & Lacourt, T. E. (2021). Clinical relevance of a Body Image Scale cut point of 10 as an indicator of psychological distress in cancer patients: results from a psychiatric oncology clinic. *Supportive Care in Cancer*, 29, 231-237. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05491-0>
- Den Heijer, M., Seynaeve, C., Timman, R., Duivenvoorden, H. J., Vanheusden, K., Tilanus-Linthorst, M., & Tibben, A. (2012). Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: a prospective long-term follow-up study. *European Journal of Cancer*, 48(9), 1263-1268. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.10.020>
- Derogatis, L. R. (2000). Symptom Checklist-90-Revised. In *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:147820465>
- Díaz-Mosquera, E., Merlyn, M. F., Latorre, G., & Orbe, C. (2025). Internalizing and externalizing psychological problems in young adults from Quito, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 19(1). <https://doi.org/10.22235/cp.v19i1.3857>
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-defining memories of body image shame and binge eating in men and women: Body image shame and self-criticism in adulthood as mediating mechanisms. *Sex Roles*, 77(5), 338-351. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0728-5>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating behaviors*, 15(4), 638-643. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.025>
- Elhabashy, M., Adzrago, D., & Williams, F. (2025). Psychological Distress among US-Born and Non-US-Born Black or African American Adults in the US. *JAMA Network Open*, 8(4), e256558-e256558. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.6558>
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.001>
- Ferreira, C., Dias, B., & Oliveira, S. (2019). Behind women's body image-focused shame: Exploring the role of fears of compassion and self-criticism. *Eating behaviors*, 32, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.11.002>
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity research*, 10(1), 33-41. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.5>
- Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of psychological distress in women with endometriosis: The role of multimorbidity, body image, and self-criticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073453>
- Gerada, A. (2020). The longitudinal association between body image dissatisfaction, social anxiety, and fear of negative evaluation in adolescents (Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa). <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-24566>
- Gois, A. C., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2018). Steps toward understanding the impact of early emotional experiences on disordered eating: The role of self-criticism, shame, and body image shame. *Appetite*, 125, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.025>
- Hair, J. F. (2014). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). sage. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=IFiarYXE1PoC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Hair,+J.>

- +F.+(2014).+A+primer+on+partial+least+squares+structural+equation+modeling+(PLS-SEM).+sage.&ots=phMBF0XgXN&sig=2kLtefJkhiVFrB7PqJClEa81yfYv=onpage&q=Hair%2C%20J.%20F.%20(2014).%20A%20primer%20on%20partial%20least%20squares%20structural%20equation%20modeling%20(PLS-SEM).%20sage.&f=false
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. In *New challenges to international marketing* (pp. 277-319). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Khalajipour, H., & Mojtabazadeh, M. (2024). Structural Equation Modeling of Students' Sense of Responsibility and Teachers' Formative Assessment with the Mediating Role of Self-Regulated Learning Strategies. *Iranian Journal of Learning and Memory*, 7 (26), 71-91. <http://doi.org/10.22034/iepa.2024.471505.1495>
- Khosravi, A., Abyar, F., Merci, Y., Khodakhah Darban, S., Vandshekari, F., & Ebadi, Z. (2022). The effect of compassion-focused therapy on self-compassion and self-criticism in adolescents with body-image disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(9), 8-14. <https://doi.org/10.22098/JRP.2022.10363.1067>
- Kivlighan III, D. M., Goldberg, S. B., Abbas, M., Pace, B. T., Yulish, N. E., Thomas, J. G., & Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.003>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Laskowski, N. M., Jürgensen, V. C., Lehe, M. S., Halbeisen, G., & Paslakis, G. (2025). Converging Paths: Autistic Traits, Body Image Concerns, and Disordered Eating Symptoms in Women. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.02.018>
- Libosan, J. (2025). From Critique to Care: A New Lexicon for Understanding Self-Compassion and Self-Criticism (Master's thesis, University of Twente). <https://purl.utwente.nl/essays/106133>
- Linardon, J., Moffitt, R., Anderson, C., & Tylka, T. L. (2024). Testing for longitudinal bidirectional associations between self-compassion, self-criticism, and positive body image components. *Body Image*, 49, 101722. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101722>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Mabe, A. G., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516-523. <https://doi.org/10.1002/eat.22254>
- McIntyre, R., Smith, P., & Rimes, K. A. (2018). The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: A systematic review of prospective studies. *Mental Health & Prevention*, 10, 13-27. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.02.003>
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 118-126. <https://doi.org/10.1002/eat.22592>

- Niafar, G. H., Moghtader, L., Asadi Majareh, S., & Mehregan, B. (2024). The mediating role of self-criticism in the relationship between mindfulness and concern body image in students with bulimia nervosa symptom. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(2), 141-150.
- Norton, D. W., Modesto, O., Bennett, J. M., & Fraser, M. I. (2024). Sleep disturbance mediates the link between both self-compassion and self-criticism and psychological distress during prolonged periods of stress. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(1), 119-137. <https://doi.org/10.1111/aphw.12474>
- Oers, H. V., & Schlebusch, L. (2020). Indicators of psychological distress and body image disorders in female patients with breast cancer. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 7(2), 179-187. <https://doi.org/10.22543/7674.72.P179187>
- Okan, N. (2023). Is Self-Criticism Really a Trigger of Psychological Problems? An Analysis of Self-Criticism in the Context of Turkish University Students. *Educational Policy Analysis and Strategic Research*, 18(1), 175-195. <https://doi.org/10.29329/epasr.2023.525.8>
- Okur, S., Satıcı, S. A., Erdiñç, B., & Akyıl, Y. (2025). Longitudinal serial mediation study after the 2023 earthquake in Türkiye: Associations between difficulties in emotion regulation, psychological distress, resilience and mental well-being. *Psychiatric Quarterly*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11126-025-10130-0>
- Özdemir, Y., & Sağkal, A. S. (2019). Recalled parenting practices and psychological distress in Turkish emerging adults: the role of self-criticism. *Psychological Reports*, 122(5), 1720-1743. <https://doi.org/10.1177/0033294118798>
- Pekin, Z., & Güme, S. (2025). Self-Criticism: Conceptualization, Assessment and Interventions. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 17(1), 107-123. <https://doi.org/10.18863/pgy.1455185>
- Piarulli, F. M., Margari, A., Margari, F., Matera, E., Viola, G., Maiorano, C., ... & Petruzzelli, M. G. (2025). Cutting into the Mirror: Association of Body Image Concerns with Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents and Young Adults with Eating Disorders. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(2), 23. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15020023>
- Pinto, A., & Phillips, K. A. (2005). Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.003>
- Puckett, J. A., Levitt, H. M., Horne, S. G., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Internalized heterosexism and psychological distress: The mediating roles of self-criticism and community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 426. <https://doi.org/10.1037/sgd0000123>
- Salarian Kaleji, Z., Poursharifi, H., Dolatshahi, B., & Momeni, F. (2022). The relationship between body image victimization experiences and binge eating symptoms: the mediating role of body image shame and self-criticism. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(1), 48-61. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3384-en.html>
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour research and therapy*, 26(2), 169-177. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90116-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90116-7)
- Šoková, B., Greškovičová, K., Halamová, J., & Baránková, M. (2025). Breaking the vicious cycles of self-criticism: a qualitative study on the best practices of overcoming one's inner critic. *BMC psychology*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02250-2>
- Song, L., Han, X., Zhang, J., & Tang, L. (2020). Body image mediates the effect of stoma status on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 29(4), 796-802. <https://doi.org/10.1002/pon.5352>

- Subramaniam, M., Vaingankar, J. A., Tan, B., Abdin, E., Chang, S., Tan, Y. W. B., ... & Verma, S. K. (2025). Examining psychological distress among youth in Singapore: insights from the National youth mental health study. *Asian Journal of Psychiatry*, 105, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104405>
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2000). Levels of Self-Criticism Scale. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1037/t10954-000>
- Vendemia, M. A., Goodboy, A. K., Chiasson, R. M., & Dillow, M. R. (2025). Person-specific effects of women's social media use on body image concerns: an intensive longitudinal study of daily life. *Human Communication Research*, hqaf001. <https://doi.org/10.1093/hcr/hqaf001>
- Yao, H., Xiong, M., Cheng, Y., Zhang, Q., Luo, Y., Ding, X., & Zhang, C. (2024). The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1411647. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411647>

Structural Equation Modeling of Body Image Concern and Psychological Distress with the Mediating Role of Self-Criticism among Students

Samin Afshari,¹ Fatemeh Nazari²

Abstract

Considering the scarcity of research on the mediating role of self-criticism in the relationship between body image concern and psychological distress among Iranian university students, this study aimed to examine this relationship and model it using structural equation modeling. The research specifically addressed the structural equation modeling of body image concern and psychological distress, with self-criticism as a mediating variable, among students of the Islamic Azad University, Zanzan Branch. The objective of this study was to investigate the effect of body image concern on psychological distress and the mediating role of self-criticism in this relationship. The research method was applied in terms of purpose; descriptive-correlational of the structural equation modeling type in terms of data collection; and quantitative in terms of data nature. The statistical population consisted of all students at the Islamic Azad University, Zanzan Branch, during the 2023-2024 academic year, totaling 12,000 individuals. Using cluster and simple random sampling, 384 students were selected as the sample. The research instruments included the Littleton et al. (2005) Body Image Concern Questionnaire, the Symptom Checklist (SCL-25-R) by Derogatis (2000), and the Self-Criticism Scale by Thompson and Zuroff (2000). Data were analyzed using SPSS and PLS software. Statistical analyses revealed that body image concern had both a direct effect ($\beta = 0.905$, $p < 0.001$) and an indirect effect via self-criticism ($\beta = 0.930$, $p < 0.001$) on psychological distress. The final model explained 82% of the variance in psychological distress, indicating a very high predictive power of the studied variables. These findings suggest that self-criticism serves as an important psychological mechanism in transmitting the effect of body image concern to psychological distress. Therefore, interventions such as compassion-based therapy, aimed at reducing self-criticism and enhancing self-acceptance, could be effective in improving mental health among students. These results may be useful for mental health professionals and educational policymakers in designing targeted preventive and therapeutic programs. Despite the cross-sectional nature of the study, which limits causal inference, it is recommended that future research use longitudinal and interventional designs to assess the effectiveness of approaches focused on reducing self-criticism and to confirm the observed relationships.

Keywords: Body image concern, psychological distress, self-criticism, structural equation modeling, students

1M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Samin.Afshari79@yahoo.com

2Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran (Corresponding Author). Email: fatemeh.nazari@iau.ir



مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم-هیجانی زنان سرپرست خانوار

فهیمة اسدی خانوکی^۱، علیرضا منطری توکلی^۲، حمید ملایی زرندي^۳، اعظم وزیری نسب^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی زنان سرپرست خانوار بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در گروه‌های آزمایش و گواه جایگماری شدند. برای گروه آزمایشی اول، مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و برای گروه آزمایشی دوم، شفقت‌درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته اجرا شد. در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی (اسپریتزر، ۱۹۹۵) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی تاثیر دارد ($p < 0.05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که بین دو روش درمانی بر توانمندسازی و تنظیم-هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$). بر اساس یافته‌های پژوهش روانشناسان و روانپزشکان می‌توانند برای بهبود توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی زنان سرپرست خانوار از این مداخلات استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی، شفقت‌درمانی، توانمندسازی، تنظیم هیجان، زنان سرپرست خانوار.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

۲. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (نویسنده مسئول). Email: manzari@iauk.ac.ir.

۳. گروه روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

۴. گروه روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

مقدمه

یکی از آسیب پذیرترین اقشار اجتماعی زنان سرپرست خانوار هستند (کریستیان^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند، آنان زنانی هستند که عهده دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار هستند (بابایی فرد، ۱۳۹۳). در دهه های اخیر نرخ رشد زنان سرپرست خانوار بسیار سریع بوده به گونه ای که براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست تنها ۹/۵ درصد خانوارها را تشکیل می دادند در حالی که این میزان در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۱ درصد (توسلی و همکاران، ۱۴۰۱) و در سال ۱۳۹۵ به ۱۲/۷ درصد افزایش یافته است (ترابی و همکاران، ۱۴۰۱). در کنار رشد کمی این پدیده، تغییرات کیفی در ویژگی های اقتصادی-اجتماعی این گروه از زنان از قبیل ترکیب سنی، تحصیلی و درآمدی و فقر اقتصادی بخش قابل تأملی از این خانوارها، این موضوع را به مرور و بیش از پیش از یک پدیده اجتماعی نسبتاً طبیعی به موضوعی اجتماعی از جنس آسیب تبدیل کرده است (پوسل^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین آن ها از دردهای جسمانی متعددی رنج می برند که منشأ بیشتر آن ها روحی روانی است (ترابی مومن و همکاران، ۱۳۹۶).

از سویی آسیب پذیر بودن زنان سرپرست خانوار، موجب شده که بسیاری از دستگاه ها و سازمان های محلی، ملی و بین المللی خود را موظف به حل مسائل این زنان و خانواده های آن ها بدانند و در جهت توانمندسازی و حمایت از آنان گام بردارند (ایشفاق^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه اجماع کاملی درباره تعریف توانمندسازی وجود ندارد، اما به طور کلی توانمندی و توانمندسازی زنان را می توان با مؤلفه هایی همچون تقویت جرئت دست یابی به هدف، توانایی لازم برای عملی ساختن خواسته های خود، آگاهی از نیازهای درونی خود، افزایش خودتکایی، گسترش حق انتخاب در زندگی، فائق آمدن بر شرم بی مورد، داشتن اعتماد به نفس و اطمینان خاطر، توانایی ارزیابی صحیح و شناخت واقعی خویش، آگاهی به استعدادها و محدودیتهای خویش و قدرت رویارویی با دشواری ها نشان داد (فاکیر و عابدین^۵، ۲۰۲۱). در همین راستا هفساه باتول و رحمان^۷ (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در حوزه های دسترسی و کنترل بر منابع اقتصادی؛ تضمین حقوق مالکیت؛ استقلال اقتصادی؛ افزایش ظرفیت تصمیم گیری؛ مشارکت شغلی با حقوق؛ آگاهی از مسائل پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده در دستیابی به توسعه پایدار نقش اساسی دارد.

علاوه بر این بررسی متون و مطالعات روان شناختی نشان می دهد یکی از عواملی که تاثیر مهمی در سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات زنان سرپرست خانوار دارد، تنظیم هیجان^۸ است (حسینی بهشتیان و میرزازاده، ۱۳۹۵). تنظیم هیجان به هر فرآیندی که عملی اطلاق می شود که از طریق آن فرد بر احساسات یا بیان عاطفی خود تأثیر می گذارد (مکری و گروس^۹، ۲۰۲۰). نتوفیتو^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۳) نیز تنظیم هیجان را شامل فرآیندهای رفتاری، فیزیولوژیکی و شناختی می دانند که برای مدیریت شدت و ظرفیت هیجانات به طور آگاهانه یا خودکار استفاده می شود. اختلال در تنظیم هیجان با تجارب عاطفی منفی مکرر، ناتوانی

1. female-headed households
2. Christian
3. Posel
4. Ishfaq
5. Empowerment
6. Abedin & Fakir
7. Rehman & Hafsah Batool
8. emotion regulation
9. McRae, Gross
10. Neophytou

در تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی شدید، مشکل در جهت‌دهی توجه به دور از محرک‌های هیجانی، تحریف شناختی و مشکل در پردازش اطلاعات و کنترل ناکافی رفتار تکانشی مرتبط با هیجانات قوی مشخص می‌شود (فتیچ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). لسانی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند زنان سرپرست خانواری که از مهارت‌های تنظیم هیجان برخوردارند، شادی بیشتری را تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های هیجانی عملکرد بهتری دارند. همچنین یافته‌های بهروز و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از این بود که بین تنظیم هیجان با حمایت اجتماعی و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار رابطه معنی داری وجود دارد.

بنابراین پرواضح است که زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط خاصی که دارند بیش از سایر زنان در مواجهه با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی قرار دارند (صدقی و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو تاکنون مداخلات متعددی با رویکردهای گوناگون، به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار انجام شده‌اند (مرادی و مرادی، ۲۰۲۳). یکی از این مداخلات درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ است (نیکان و همکاران، ۱۴۰۲). این درمان جزء درمان‌های موج سوم است که در ترکیبی از مراقبه و جهت‌گیری ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی منجر به کاهش درگیری افکار و احساسات می‌گردد (کابات‌زین^۳، ۲۰۰۳). تفاوت این روش نسبت به دیگر درمان‌ها در این است که افراد در این درمان بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آنها این اجازه را می‌دهد جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به طور بی‌طرفانه قضاوت نمایند (راجر^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی، رضوی‌زاده تبادکان و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار ذهنی، استرس ادراک شده و دشواری تنظیم هیجانی به جز خرده مقیاس آگاهی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. سوره و همکاران (۱۴۰۲) نیز دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری روانی اجتماعی و ارتقای روحیه بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است.

یکی دیگر از رویکردهای آموزشی و درمانی که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، درمان مبتنی بر شفقت^۵ می‌باشد (بهاء‌لو هوره و همکاران، ۱۴۰۲). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی، واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت^۶، ۲۰۱۴). افزون‌براین در درمان شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (هورود^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که توجه خود را از شرمساری به خاطر این مشکلات به نحوه کار دلسوزانه با آن‌ها تغییر دهند (نف و گرمر^۸، ۲۰۱۷). نتایج تیموری و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور مؤثر مشکلات را در تنظیم هیجان کاهش دهد. عزیزیان کهن و همکاران (۱۴۰۱) همچنین دریافتند که شفقت‌ورزی بر ارتقاء کیفیت زندگی و توانمندسازی افراد مؤثر است.

بنابراین بر اساس مبانی نظری و پیشینه پژوهش‌ها، یکی از راه‌های ارتقای بهداشت روانی زنان سرپرست خانوار و کاهش مشکلات آنان، توانمندسازی این افراد از طریق مداخلات درمانی است که منجر به بهبود مشکلات روان‌شناختی آنان می‌گردد.

1. Fattich
2. Mindfulness based Cognitive Therapy
3. Kabat-Zinn
4. Roger
5. Compassion-Focused Therapy
6. Gilbert
7. Horwood
8. Germer

لیکن مطالب مطرح شده و ادبیات پژوهش نشان می دهد که به مؤلفه مداخلات درمانی در میان این قشر کمتر پرداخته شده است. همچنین با استناد به پژوهش های داخلی و خارجی انجام شده در حوزه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت، نتایج سودمندی در جهت کارآیی این دو درمان برای افراد با مشکلات روان شناختی زنان سرپرست خانوار نپرداخته است، از این رو نمود تاکنون مطالعه ای به مقایسه اثربخشی این دو درمان بر مشکلات روان شناختی زنان سرپرست خانوار نپرداخته است، از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتاردرمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. برای انتخاب نمونه در این پژوهش در ابتدا با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند نمونه ای شامل ۳۰ نفر بر اساس ملاک های ورود انتخاب و سپس در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد دیپلم و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل مغایرت با هریک از ملاک های فوق، غیبت بیش از یک جلسه و شرکت در جلسات درمانگری مشابه بود. ابزار گردآوری داده ها:

پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی^۱ این پرسشنامه توسط اسپریتزر^۲ (۱۹۹۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن سنجش توانمندسازی روانشناختی است. نمره گذاری براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) جواب داده می شوند و دامنه نمرات بین ۱ تا ۷۵ است و امتیازات بالاتر بیانگر میزان توانایی بیشتر در توانمندسازی است و برعکس. در پژوهش تیمورنژاد و همکاران (۱۳۸۹) جهت افزایش روایی پرسشنامه از نقطه نظرات کتبی و شفاهی اساتید متخصص استفاده گردیده است و اعتبار آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۵ گزارش کردند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایج^۴ (۲۰۰۶) تدوین شد و و برای افراد ۱۲ سال به بالا (جمعیت بالینی و غیر بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده می باشد که نحوه ی پاسخ به آنها بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. در این پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای سازگاران (سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) و راهبردهای ناسازگاران (سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) تقسیم می شود. نمرات بیشتر در هر راهبرد بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس زا و منفی است. گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ را برای راهبردهای سازگاران و راهبردهای ناسازگاران به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش کرده اند. بشارت و

-
1. Psychological empowerment Scale
 2. Spreitzer
 3. Cognitive emotion regulation questionnaire
 4. Garnefski, Kraaij

بزازیان (۱۳۹۳) روایی محتوایی را براساس ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ و همسانی درونی ماده‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه برحسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

شناخت رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی

در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال^۱ و همکاران (۲۰۰۳) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و با تمرکز بر عناوین مربوط در این زمینه برای گروه آزمایش اول برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، تعریفی از ذهن آگاهی و ارائه تکلیف خانگی برای هفته آینده،
دوم	کنار آمدن با مانع ها، تمرین بیشتر بر روی بدن که هدف از این تمرین توجه به احساسهای جسمی و فیزیکی و آوردن آگاهی به قسمت های مختلف بدن و دیدن احساس ها با دقت، مرور تکلیف خانگی و ارایه تکلیف برای هفته آینده.
سوم	ذهن آگاهی در باره تنفس، شامل تمرین مدیتیشن نشسته، مرور تمرین بدن، مرور تکالیف خانگی جدید، (شامل مرور بدن)، ذهن آگاهی درباره نفس، فعالیت های معمول، وقایع خوشایند و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر، شامل پنج دقیقه، تمرین دیدن یا شنیدن، آگاهی از بدن، صداها و سپس افکار، مرور تمرین، مرور تکالیف خانگی، سه دقیقه فضای نفس کشیدن و انجام دوباره آن، ارائه تکالیف خانگی هفته آینده.
پنجم	ارتباط متفاوت با واقعیت، همانا رها کردن امور همانطور که هستند، بدون آنکه قضاوت ما در آن دخیل باشد. استفاده از فضای نفس کشیدن و ارائه تکالیف خانگی و ادامه دستورات.
ششم	افکار واقعیت نیستند و شیوه هایی که شما می توانید افکار خود را به گونه ای دیگر ببینید. تکالیف شامل پنجاه دقیقه مدیتیشن نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، به اضافه توجه به واکنش ها در مقابل مشکلات، مرور تمرین، مرور تکالیف خانگی، نوار آرامش در ژرفا، نفس کشیدن، نفس کشیدن منظم سه بار در روز، ارائه تکلیف خانگی برای هفته بعد.
هفتم	چگونه می توان به بهترین وجه مراقب خود بود. چهل دقیقه مدیتیشن نشسته، مرور تمرین ها، مرور تکالیف خانگی برای کشف پیوند بین فعالیت و خلق، درست کردن فهرستی از فعالیت های خوشایند، نفس کشیدن منظم .
هشتم	تمرین منظم ذهن آگاهی ، تمرین مرور بدن، مرور تکالیف خانگی، مرور تمامی دوره و آنچه که یاد گرفته شده است. سپس بحث تمامی گروه ، دادن پرسشنامه به شرکت کنندگان، برای انعکاس نظراتشان.

شفقت درمانی

برای درمان مبتنی بر شفقت از برنامه ۸ جلسه ای با ترکیبی از ساختار جلسات گیلبرت بر گرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) استفاده شد. خلاصه جلسات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسه	محتوا
اول	اهداف آشنایی با اصول کلی شفقت. محتوای کلی جلسات: اجرای پیش آزمون - معارفه اعضا - انتظاراتی که اعضا از جلسات دارند - تعیین اهداف گروه توسط مشاور، انتظارات و توافق درباره آنها، آشنایی با مفاهیم کلی و ویژگی‌های شفقت، دیدگاه بدون سرزنش و قضاوت چیست؟ مقایسه مغز قدیم و میانی و جدید، آموزش تنفس. تکلیف خانگی: به اعمالشان هوشیار باشند. رفتار و گفتارشان مربوط به کدام مغز است؟ تنفس صحیح. رفتار مورد انتظار: آشنایی کلی با شفقت.
دوم	اهداف: آگاهی در زمان حال و توضیح کامل شفقت. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل، بازخورد اعضا. شرح شفقت و تفاوت آن با ترحم و دلسوزی به خود؛ و عزت نفس. تمرین واریسی بدنی برای تنش زدایی. فواید شفقت. تکلیف خانگی: تنفس عمیق و تمرین واریسی بدنی. رفتار مورد انتظار: آشنایی با بودن در زمان حال.
سوم	اهداف: فواید خود شفقتی. مهربانی با خود از طریق خود مراقبتی. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، شرح مهربانی با خود، رابطه شفقت در خانواده افراد. تمرین خلق یک مکان امن و رنگ شفقت آمیز، آموزش مراقبت از خود و درماندگی خلاق (حل مسئله) استعاره باتلاق شنی و هیولا، تمرین تنفس و خود مشفق. تکلیف خانگی: ذکر ۵ مورد مراقبت از خود؛ ۳ فعالیت که مراقبت از خود را نمایان می‌کند. حل مسئله در مورد یکی از چالش‌های هفته. رفتار مورد انتظار: پذیرش خود.
چهارم	اهداف: یافتن جایگاه شفقت در زندگی. کنترل خشم، درک و پذیرش و ملایمت با خود و دیگران. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل. کلیپ اتوبوس برای نشخوارهای فکری، مشارکت اعضا در رابطه با خشم و راه کنترل آن. آموزش خودگویی‌های مثبت با استعاره آب و هوا، آموزش شفقت نسبت به دیگران. استفاده از صندلی خالی و اجازه عقده گشایی، تصویرسازی شفقت برای دیگران. تکلیف خانگی: فهرستی از مسائلی که شما را عصبانی می‌کند. تصویر سازی خود مشفق و توجه به مکان امن، شیء یا رنگ مورد علاقه در زمان نشخوار فکری و تشویش. رفتار مورد انتظار: کنترل احساسات

اهداف: پرورش اشتراکات انسانی و مدیریت احساس و عواطف دشوار و حساسیت بر رنج اعضاء. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین خواندن نامه و هوشیار کردن عواطف اعضا سپس بیان درد و رنج اعضاء، موانع از بین بردن درد و رنج. همدلی اعضا با هم از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه های خود، آموزش پذیری شکست و اشتباهات خود بدون قضاوت و احساس گناه. پیامدهای عدم بخشش. کلیپ مهمان ناخوانده برای پذیرش دیگران.

پنجم

تکلیف خانگی: اگر من با خودم شفقت داشته باشم این کارها را انجام می دهم.
رفتار مورد انتظار: پرورش اشتراکات انسانی، بخشش.

اهداف: کشف ارزش های اصلی.

محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین. موانع شفقت به خود. چه چیزی برای شما ارزشمند است؟ آموزش روش های تقویت خود ارزشمندی عمیق زندگی کردن و تماشای نکات مثبت زندگی، تمرین تنفس، تصویر سازی خود مشفق، توضیح مهارت های شفقت.

ششم

تکلیف خانگی: تصویر سازی قدردانی از خود، ذکر ۱۰ مورد از ارزش ها و ویژگی های مثبت خود.
رفتار مورد انتظار: رشد احساس خود ارزشمندی و معنا دهی به زندگی.

اهداف: شناسایی احساسات متناقض، التیام زخم روانی، احساس توانمندسازی خود و معنا دهی به زندگی.
محتوای کلی جلسات: مرور جلسه قبلی. انگیزه مراقبت از خود، اهداف هوشمندانه و اولویت بندی آن ها برای داشتن معنای بیشتر در زندگی، شناسایی احساسات متناقض (خود انتقادگر)، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود. تغییر روابط خود با دیگران خارج از تعصبات منفی و پذیرش.

هفتم

تکلیف خانگی: اهداف هوشمندانه برای ایجاد و معنا دهی بیشتر به زندگی، تمرین خود شفیق بر دیگران، شناسایی و ارتباط بین افکار، عواطف و احساسات متناقض. نوشتن نامه مهر انگیز به خود. رفتار مورد انتظار: مراقبت از خود و آگاهی از افکار و احساسات متناقض و هدف گذاری.

اهداف: مرور مباحث آموزشی.

محتوای کلی جلسات: بازخورد اعضای گروه. مروری بر تمرینات دوره، جمع بندی و اجرای پس آزمون.
تکلیف خانگی: مرور تمرینات، برنامه ریزی شفقت برای تمام دوره های زندگی (در مسائل جسمانی، روحی و روانی)، برنامه شفقت به خود در ارتباط مشفقانه با دیگران.

هشتم

رفتار مورد انتظار: به کارگیری شفقت در زندگی روزمره برای تمام عمر.
انجام پس آزمون ها

نتایج

براساس یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی، در گروه مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۸ نفر بود؛ میانگین سن نیز $(35/73 \pm 4/42)$ بود. همچنین در گروه شفقت درمانی از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۹ نفر بود. میانگین سن نیز $(39/70 \pm 4/54)$ بود. در گروه کنترل نیز از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۸ نفر بود. میانگین سن نیز

(۳۶/۵۴±۳/۷۴) بود. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
توانمندسازی	MiCBT	۳۲/۴۶	۵/۱۸	۵۲/۸۰	۵/۰۷	۵۱/۶۶
	شفقت درمانی	۳۳/۴۷	۳/۴۰	۵۶/۹۳	۴/۸۳	۵۵/۴۰
	گواه	۳۱/۶۶	۳/۷۳	۴۱/۸۰	۳/۳۶	۴۱/۴۰
راهنمایی‌های سازگاران	MiCBT	۲۳/۷۳	۳/۸۰	۳۴/۵۳	۲/۲۶	۳۴/۶۰
	شفقت درمانی	۲۴/۶۰	۳/۹۷	۳۱/۳۳	۲/۹۹	۳۱/۲۶
	گواه	۲۵/۱۳	۴/۷۰	۲۳/۹۳	۴/۰۶	۲۳/۲۰
راهنمایی‌های ناسازگاران	MiCBT	۲۰/۰۰	۳/۳۸	۱۰/۹۳	۲/۳۴	۱۰/۶۶
	شفقت درمانی	۱۹/۶۶	۲/۴۳	۱۳/۰۷	۳/۰۳	۱۳/۲۶
	گواه	۱۷/۴۷	۲/۹۷	۱۸/۱۳	۲/۳۲	۱۷/۷۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات توانمندسازی و راهنمایی‌های سازگاران در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمرات راهنمایی‌های ناسازگاران کاهش داشته است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس متغیرهای توانمندسازی ($F=11/826, P > 0/05$)، راهنمایی‌های سازگاران ($F=0/050, P > 0/05$) و راهنمایی‌های ناسازگاران ($F=0/435, P > 0/05$) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین-هاس-گایزر در این متغیر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار است.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی نمرات متغیر پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	MS	df	SS	F	Sig	Eta
توانمندسازی	عامل	۹۱۷۶/۰۴۴	۱/۴۶۴	۶۲۶۷/۶۴۶	۷۰۴/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴
	عامل و گروه	۸۹۹/۲۴۴	۲/۹۲۸	۳۰۷/۱۱۲	۳۴/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	خطا	۵۴۶/۷۱۱	۶۱/۴۸۹	۸/۸۹۱			
راهبردهای سازگارانه	عامل	۸۵۱/۱۲۶	۱/۲۸۰	۶۶۴/۹۰۴	۱۵۴/۸۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	عامل و گروه	۸۰۰/۰۳۰	۲/۵۶۰	۳۱۲/۴۹۴	۷۲/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
	خطا	۲۳۰/۸۴۴	۵۳/۷۶۳	۴/۲۹۴			
راهبردهای ناسازگارانه	عامل	۷۷۴/۰۵۹	۱/۶۸۹	۴۵۸/۲۰۱	۱۳۳/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	عامل و گروه	۴۹۹/۰۵۲	۳/۳۷۹	۱۴۷/۷۰۶	۴۳/۱۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۲۴۲/۸۸۹	۷۰/۹۵۳	۳/۴۲۳			

نتایج جدول ۴ نشان داد که با معنادار بودن F به دست آمده عامل درون گروهی متغیرهای توانمندسازی ($P=۰/۰۰۱$)، راهبردهای سازگارانه ($F=۷۲/۷۷۹$, $P=۰/۰۰۱$) و راهبردهای ناسازگارانه ($F=۴۳/۱۴۸$, $P=۰/۰۰۱$) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در سطح ۰/۰۱ تأیید می شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیر پژوهش

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
توانمندسازی	MiCBT	شفقت درمانی	-۲/۹۵۶	۰/۱۵۸
	MiCBT	گواه	۷/۳۵۶	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	گواه	۱۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
	MiCBT	شفقت درمانی	۱/۸۸۹	۰/۳۵۱
راهبردهای سازگارانه	MiCBT	گواه	۶/۸۶۷	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	گواه	۴/۹۷۸	۰/۰۰۱
	MiCBT	شفقت درمانی	-۱/۴۶۷	۰/۳۲۸
	MiCBT	گواه	-۳/۹۱۱	۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه	شفقت درمانی	گواه	-۲/۴۴۴	۰/۰۲۸

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان می‌دهد که بین گروه‌های مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی در توانمندسازی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). اما بین گروه مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و گروه گواه، همچنین گروه شفقت درمانی و گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۵$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه‌های آزمایشی (مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی) است. به عبارتی هر دو درمان بر بهبود توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار اثر داشته‌اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار انجام شد. نتایج نشان داد بین دو درمان تفاوت معنی داری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار اثربخش هستند. این یافته با برخی از نتایج هوگورف^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، سلطانی زاده و همکاران (۱۴۰۰)، سوره و همکاران (۱۴۰۲)، هدایتی دانا و همکاران (۱۴۰۲)، عابد و همکاران (۱۴۰۱)، سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، گیلبرت^۲ (۲۰۲۲)، رجائی و همکاران (۱۳۹۹)، تیموری و همکاران (۱۴۰۰)، بهاء‌لو هوره و همکاران (۱۴۰۲) همسو است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می توان گفت که در مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، با به کارگیری تکنیک های مراقبه ای مانند ذهن آگاهی به تنفس و افزایش آگاهی از تجربه های زمان حال، به افراد کمک می کند تا در زمان بحران، توانایی کنار آمدن با موقعیت را پیدا کنند و فرد در بلندمدت و کوتاه مدت پذیرای رنج و آشفتگی جسمی و هیجانی خود باشند (سلطانی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی به آزمودنی ها فضای ذهنی داد تا شرایط دشوار به شیوه ای شناختی، رفتاری یا احساسی ماهرانه پاسخ دهند و به نوبه خود به نظر می رسد که کاهش علائم روانی و بهبود رفاه را به دنبال دارد (سوره و همکاران، ۱۴۰۲). به عبارتی از آنجاکه ذهن آگاهی، پذیرش تجربه بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه را منعکس می کند که این امر می تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با مشکلات روبه رو می شوند، بشود و به آن ها اجازه بدهد که شناخت واره های منفی مربوط به رویدادهای ناخوشایند را متوقف کنند؛ درواقع، می توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان ها و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند می تواند در توانمندسازی افراد تاثیر داشته باشد (هدایتی دانا و همکاران، ۱۴۰۲). عابد و همکاران (۱۴۰۱) نیز عنوان می کند عوامل درمانی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی مانند تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت، نوع دوستی، تایید همگانی، همدلی، همانندسازی، تقلید، بصیرت، تعامل، یادگیری، واقعیت سنجی، انتقال، همگانی پنداری و بسیاری از عوامل دیگر باعث بالارفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری و در نتیجه توانمندشدن در افراد می شود.

در تبیین اثربخشی شفقت درمانی بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می توان گفت در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند؛ در تمرین های شفقت بر تنش زدایی، ذهن آرام، دلسوزی و ذهن آگاهی تاکید می شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی و به تبع آن افزایش سازگاری روانی خواهد داشت (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۹). از طرفی در درمان مبتنی بر شفقت با کمک تکنیک هایی مانند مهربانی با خود و ذهن آگاهی، به درمانجویان آموزش داده می شود که تمایل خود به حمله کردن به خودشان به خاطر چیزهایی که انتخاب و طراحی خودشان نبوده است را کم رها کنند و کم کم تاثیر تجربه ها و رفتارهای خود را در زندگی شان لمس کنند بنابراین صحنه ای برای آنها ایجاد می شود که به صورت مشفقانه مسئول زندگی شان شوند و بهترین زندگی را برای خودشان بسازند (رجائی و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر آن، این روش درمانی دارای منابع مقابله ای مناسب است که به افراد کمک می کند تا با رنج ها و رویدادهای منفی زندگی به خوبی مواجه شوند و با آن ها مقابله نمایند؛ هم چنین، این روش درمانی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد زیرا در این روش افراد یاد می گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هوشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبه رو شوند (تیموری و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج ها و آسیب های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می شود و با

مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد (بهاء‌لو هوره و همکاران، ۱۴۰۲). صرف‌نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت (۲۰۲۲) مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بی‌قید و شرط، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روانشناختی می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که بین مداخله شناخت‌رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی و شفقت درمانی بر تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار اثربخش هستند. این یافته با برخی از نتایج نیکان و همکاران (۱۴۰۲)، رضوی‌زاده تبادکان و همکاران (۱۴۰۲)، کهریزی و همکاران (۱۳۹۶)، سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶)، قدرتی تربتی و همکاران (۲۰۲۰)، یزدانبخش و همکاران (۱۳۹۹)، گیلبرت (۲۰۱۷)، آکین (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی می‌توان گفت که پژوهش‌هایی که به تازگی روی ماهیت زیست‌عصبی ذهن‌آگاهی انجام شده‌اند، حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با تقویت ترجمه مستقیم حس‌های بدنی به هیجان‌های مختلف و بدون مرتبط‌کردن بیش‌ازحد این هیجانات با خاطرات روایتی، عملکرد پردازش هیجانی را بهبود دهد؛ به‌نظر می‌رسد در این فرایند، تقویت بالقوه عملکرد قطعه جزیره‌ای و قشر کمربندی قدامی نقش داشته باشد (رضوی‌زاده تبادکان و همکاران، ۱۳۹۷). از طرفی ذهن‌آگاهی مستلزم استفاده از روش‌های شناختی رفتاری و فراشناختی مخصوصی برای متمرکز کردن پروسه توجه است و به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی از شناخت‌ها و نشانه‌های فیزیکی خود آگاه شده و آن‌ها را بپذیرند و این پذیرش موجب پیشگیری از افکار منفی، کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌های بدنی و درد و رشد دیدگاه جدید و تولید افکار و هیجانات خوشایند می‌گردد (نیکان و همکاران، ۱۴۰۲). افزون بر این می‌توان گفت که مکانیسم‌های اثرگذاری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییرشناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش نیز باعث تنظیم هیجان می‌شوند؛ طی این تمرینات، حالات بدنی و ذهنی معیوب شناسایی می‌شوند و فرد یاد می‌گیرد در لحظه از وقوع این افکار و احساسات و حس‌های بدنی آگاه شود و به جای واپس‌رانی و کنترل‌شان، آن‌ها را بپذیرد و همین پذیرش بار منفی این حالات را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم و به دنبال آن بروز حالات هیجانی ناخوشایند در فرد می‌شود (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر با توجه به نقش مهم هیجانات در زندگی، آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی به افراد به منظور تنظیم و تعدیل هیجان به عنوان یک روش درمانی در مدیریت هیجانات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی خوشایند در ارتباط است که سبب ایجاد یک مراقبه‌ی اثربخش با شرایط اغواکننده و استرس‌زا گردیده و بهبود عملکرد در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. از این رو آموزش مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در مدیریت و تنظیم هیجان ایفا می‌کند (سیدآسیابان و همکاران، ۱۳۹۶).

در تبیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر تنظیم هیجانی می‌توان عنوان کرد که ارتقاء پردازش هیجانی، افراد را قادر می‌سازد تا با هیجانات منفی و مثبت سازگار شوند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند که چگونه هیجانات خود را مدیریت کنند. تلاش برای آگاهی از هیجانات باعث می‌شود افراد خودآگاه‌تر و خودکنترل شوند و کمتر احساس ناامیدی، سرزنش خود و ناراحتی کنند. بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند انسجام عاطفی را تقویت کند، با رفتارهای سازگارانۀ جدید سازگار شود، هیجانات مثبت و منفی را ارزیابی کند و تنظیم کلی هیجان را تقویت کند (قدرتی تربتی و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر در درمان متمرکز بر شفقت درمانگر با اشاره به اینکه هیجانات ریشه تکاملی داشته و برای بقاء انسان ضروری هستند؛ افراد را به درک عملکرد هر هیجان ترغیب می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۷). درک عملکرد و تأثیرات هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا به نیاز زیرین هر هیجان دسترسی پیدا کنند و سپس با اتخاذ رویکرد مشفقانه بهترین راه موجود را انتخاب کنند. از آنجایی که احساسات ریشه در نیازها یا خواسته‌های اساسی دارند؛ بنابراین، تجربه هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز خود را تغییر داده و

آن ها را به شیوه ای سالم تحمل و ابراز کنند (یزدانبخش و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین خود-شفقتی به مثابه یک صفت روان-شناختی مثبت در جهت بهبود شرایط، پذیرش توانایی ها و بهزیستی روانی افراد عمل می کند؛ افرادی که از سطح بالاتری از خود-شفقتی برخوردارند، معمولاً از خود مهرورزی، حس اشتراک انسانی و ذهن آگاهی فزون تری بهره مند بوده و در تنظیم و تعادل هیجان ها کارآمدتر هستند و معمولاً در برخورد با مسائل و شرایط استرس زای زندگی از هیجان های مثبت و راهبردهای سازگارانه-تری استفاده می کنند؛ علاوه بر این، مانع بروز برخی هیجان های منفی از جمله اضطراب و استرس خواهند شد. زیرا خود-شفقتی اساساً نوعی ذهن آگاهی است که به فرد اجازه می دهد دردآورترین هیجان های زندگی را درک کند و بپذیرد، بدون آن که به واسطه آن ها ریشه کن و سرخورده شود (آکین، ۲۰۱۴). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت به خود، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می شود، قابلیت پذیرش ناراحتی ها را بالا می برد و آشفتگی های عاطفی را کاهش می دهد و باعث ارتقاء توانایی افراد در مدیریت، کنترل و پردازش هیجانات می شود.

پژوهش حاضر محدودیت هایی را به همراه داشت که عبارتند از: استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می تواند متغیرهای مداخله گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می شود مطالعات آتی، پیگیری های بلندمدت طولانی تر را مدنظر قرار دهند. در نهایت براساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجان زنان سرپرست خانوار، پیشنهاد می گردد درمان گران از این دو روش جهت توانمندسازی و بهبود مهارت های هیجانی زنان سرپرست خانوار استفاده کنند.

منابع

- بابایی فرد، اسداله. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی مرتبط در فشارهای زندگی زنان سرپرست خانوار. رفاه اجتماعی، ۱۴ (۵۴): ۱۴۵-۱۱۱.
- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۴ (۸۴): ۶۱-۷۰.
- بهاء‌لو هوره، آرزو، خوش اخلاق، حسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر امید به زندگی و چشم‌انداز زمانی خانواده‌های جان‌باختگان در اثر ویروس کرونا در شهرکرد: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۲ (۹): ۹۷۹-۹۹۸.
- ترابی مومن، الهام، راهب، غنچه، علی پور، فردین، بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه بر توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. مجله توانبخشی. ۱۸ (۳): ۲۴۲-۲۵۳.
- ترابی، فاطمه، صادقی، حنا، سادات، رنجبری بیوردی، سمانه. (۱۴۰۱). آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار و دلالت‌های سیاست‌گذاری آن در ایران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۳ (۱): ۳۳۸-۳۳۱.
- توسلی، افسانه، عبدی فر، زهرا، شیخی، محمدتقی. (۱۴۰۱). آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متاهل در انجام مراقبت‌های بهداشتی. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۹ (۳۱): ۸۷-۱۱۷.
- تیمورنژاد، کاوه، صریحی اسفستانی، رسول (۱۳۸۹). تأثیر یادگیری سازمانی بر توانمندسازی روانشناختی کارکنان ستادی وزارت امور اقتصادی و دارایی. فصلنامه مطالعات مدیریت بهبود و تحول. ۲۰ (۶۲)، ۳۷-۵۹.
- تیموری، زهره، مجتبابی، مینا، و رضازاده، سیدمحمد رضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خیانت همسر. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۳۰ (۱۱۸)، ۱۳۰-۱۴۳.
- حسینی بهشتیان، سید محمد، میرزازاده، رقیه. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. جامعه‌پژوهی فرهنگی، ۷ (۳): ۱۹-۳۶.
- رجائی، سمیه، سدرپوشان، نجمه. (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس. قرآن و طب. ۵ (۱): ۱۱۸-۱۲۶.
- رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره، جاجرمی، محمود، و وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ (پیگیری ۳ ماهه). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۴ (۴)، ۳۷۰-۳۸۳.
- سلطانی زاده، محمد، کاظمی، حمید، دارابی، ندا، قدرتی پور، سپیده. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در آتش‌نشانان شهر اصفهان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۲ (۲): ۸۳-۱۰۰.

- سوره، جمال،، حاجلو، نادر،، عطادخت، اکبر،، بشرپور، سجاد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش تفکر مثبت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای روحیه و سازگاری روانی- اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۳۰ (۲): ۱۹۳-۲۰۷.
- سید جعفری، جواد،، برجلی، احمد،، شرافتی، شاهین،، پناهی، مهدی،، دهناشی لاطان، تاجماه،، عبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم روانشناختی، ۱۹ (۹۲): ۹۴۵-۹۵۶.
- سیدآسیابان، سمیرا، و منشئی، غلامرضا، و عسگری، پرویز. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان مواد محرک. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. ۱۸ (۲) (پیاپی ۶۸)، ۱-۱۰.
- صدقی، پروین،، چراغی، اباذر، و ذاکری، محمدمهدی. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار. مطالعات زن و خانواده، ۸ (۱) (پیاپی ۱۶)، ۱۵۷-۱۸۷.
- عابد، یاسمن،، ابوالقاسمی، شهنام،، خلعتبری، جواد. (۱۴۰۱). اثربخشی «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر سازگاری اجتماعی و تنش والدگری در مادران دارای کودکان کم توان جسمی - حرکتی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۱ (۴): ۵۲-۶۴.
- عزیزیان کهن، نسرين،، بخشوده نیا، ایمان،، نجاری، مسعود،، ورمقانی، مجید،، سعادی، دیاکو. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت CFT بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان شناختی سربازان وظیفه. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۳ (۵۲): ۷۷-۹۱.
- کهریزی، شقایق،، تقوی، محمدرضا،، قاسمی، رامین،، گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۶). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی بیماران مبتلا به آسم. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۴ (۱۵۴): ۲۷-۳۶.
- نیکان، عبدالصمد،، ترابی، احمد،، محسنی نسب، زهرا،، بهادری، اسیه،، جوانمرد، زینب،، حسینی راد، معصومه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس، تاب آوری، تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی بیماران قلبی- عروقی. پژوهش در سلامت روان شناختی. ۱۷ (۱): ۶۰-۴۶.
- هدایتی دانا، سوسن،، صابری، هاییده،، نصرالهی، بیتا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر تاب آوری. تحقیقات علوم رفتاری. ۲۱ (۱): ۱-۱۰.
- یزدانبخش، کامران،، کرمی، جهانگیر،، دریکوند، فتانه. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان در دانش آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه. مطالعات روان شناختی. ۱۶ (۱): ۱۰۷-۱۲۲.

Akin, U. (2014). Self-Compassion as a Predictor of Proactivity. International Online Journal of Educational Sciences, 6(1): 103-111.

Behroz, M., Marashian, F. S., & Alizadeh, M. (2023). The Relationship of Social Support and Psychological Capital with Empowerment of Female Heads of Households: The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. Caspian Journal of Health Research, 8(2), 93-102.

Christian, A. K., Atiglo, D. Y., Okyere, M. A., Obeng-Dwamena, A., Marquis, G. S., & Jones, A. D. (2023). Women's empowerment, children's nutritional status, and the mediating role of household headship structure: Evidence from sub-Saharan Africa. *Maternal & Child Nutrition*, e13520.

Fakir, A. M., & Abedin, N. (2021). Empowered by absence: does male out-migration empower female household heads left behind?. *Journal of International Migration and Integration*, 22(2), 503-527.

Fettich, K. C., McCloskey, M. S., Look, A. E., & Coccaro, E. F. (2015). Emotion regulation deficits in intermittent explosive disorder. *Aggressive behavior*, 41(1), 25-33.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.

Ghodrati Torbati, A., Nejat, H., Toozaandehjani, H., Samari, A. A., Akbari Amarghan, H. (2020). Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Blood Cortisol and Cognitive-Emotion Regulation in Drug Abusers. *Jundishapur J Health Sci*. 12(1):e100148.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiat Treat*. 15:199–208.

Gilbert, P. (2014). Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PloS one*, 9 (11): e111933.

Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, 3(6): 218–227.

Gilbert, P. (2022). Compassion focused therapy. *Spirituality and Psychiatry*, 262.

Hafsah Batool, M. I., & Rehman, A. (2022). The Impact Of Women's Empowerment On Sustainable Development In The District Of Sargodha. *Journal of Positive School Psychology*, 6(8), 5193-5211.

Hoogerwerf, A. E., Bol, Y., Lobbestael, J., Hupperts, R., & van Heugten, C. M. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: a waiting list controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(6), 497-504.

Horwood, V., Allan, S., Goss, K., & Gilbert, P. (2019). The development of the Compassion Focused Therapy Therapist Competence Rating Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 93: 387–407.

Ishfaq, S., Anjum, A., Kouser, S., Nightingale, G., & Jepson, R. (2022). The relationship between women's empowerment and household food and nutrition security in Pakistan. *PloS one*, 17(10), e0275713.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Science and Practice*. 10(2):144-56

Lesani, M. D., Makvandi, B., Naderi, F., & Hafezi, F. (2020). Relationship of self-differentiation and social intelligence with happiness by mediating role of difficulty in cognitive emotion regulation among female-headed households. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(3).

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 1–9.

Moradi, S., & Moradi, S. (2023). Efficacy of Schema Therapy training on self-efficacy, self-esteem and assertiveness in women heads of households covered by welfare in Karaj. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 9-16.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2017). Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press.

Neophytou, K., Theodorou, M., Artemi, T. F., Theodorou, C., & Panayiotou, G. (2023). Gambling to escape: A systematic review of the relationship between avoidant emotion regulation/coping strategies and gambling severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Posel, D., Hall, K., & Goagoses, L. (2023). Going beyond female-headed households: Household composition and gender differences in poverty. *Development Southern Africa*, 1-18.

Roger, J.S., Michele, Y., Sue, R., Gail, J., & Josephine, M.C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12), 47–59.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of management Journal*, 38(5), 1442-1465.

Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy intervention integrated with mindfulness and compassion therapy on the empowerment and emotional regulation of women heads of households

Fahimeh Asadi Khanouki¹, Alireza Manzari Tavakoli², Hamid Molaei Zarandi³, Aezam Vaziri Nasab⁴

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy intervention integrated with mindfulness (MiCBT) and compassion therapy on the empowerment and emotional regulation of women heads of households. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the present study included all female heads of households covered by the welfare of Kerman city in 2024. The sample size includes 45 people from the statistical population selected by available sampling method and placed in experimental and control groups. For the first experimental group, MiCBT was implemented during 8 sessions of 60 minutes during four weeks, and for the second experimental group, compassion therapy was implemented during 8 sessions of 60 minutes during four weeks, While the control group did not receive training. The research tools included the Psychological empowerment Scale (Spreitzer, 1995) and the Cognitive emotion regulation questionnaire (Garnefski and Kraaij, 2006). The data was analyzed using the analysis of variance test with repeated measurements. The results showed that MiCBT and compassion therapy has an effect on empowerment and emotional regulation ($p < 0.05$). Also, the results of the follow-up test showed that there is no significant difference between the two treatment methods on empowerment and emotional regulation ($p > 0.05$). Based on the results of the research, psychologists and psychiatrists can use these interventions to improve the empowerment and emotional regulation of female heads of households.

Keywords: MiCBT, compassion therapy, empowerment, emotional regulation, women heads of households.

1. Ph.D student in Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran (Corresponding author).

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

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



تدوین و اعتباریابی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی

زهرا زارعی^۱، پرویز کریمی ثانی^۲، محمود گودرزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

چکیده

هدف از انجام این تحقیق تدوین و اعتباریابی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان (۷-۹ ساله) دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی شهر همدان بود. تحقیق از لحاظ هدف کاربردی، از نظر ماهیت داده ها کیفی و از نظر شیوه اجرا اکتشافی بود. برای جمع آوری و ارزیابی اطلاعات از روش پدیدارشناسی توصیفی (تجربه زیسته) استفاده شده است. جامعه آماری درمانگران متخصص و در حوزه کودک (دارای پروانه اشتغال سازمان نظام روان شناسی ج.ا.ا)، در شهر همدان بودند که تعداد ۱۲ نفر از آنها بر اساس اصل اشباع نظری به صورت هدفمند انتخاب شدند. تحلیل و تفسیر داده ها به روش گلیزری و رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. پس از تحلیل نتایج در زمینه ی عوامل فردی سه مضمون اصلی کنترل شناختی، تنظیم هیجان و آموزش مهارت ها و شش مضمون فرعی و در زمینه ی عوامل خانوادگی چهار مضمون اصلی ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمندسازی والدین و نه مضمون فرعی دسته بندی و از نظر اعتباریابی برازش شدند ($p < 0.05$). نتایج نشان داد برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی از روایی محتوایی مناسبی بهره مند است و روایی و پایایی لازم را برای کاربردهای آموزشی و پژوهشی دارد. پیشنهاد می شود از نتایج یافته های این پژوهش برای بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در خانواده، مدارس و نیز در سایر مراکز همچون مراکز خدمات روانشناختی استفاده شود.

کلیدواژه ها: تدوین، اعتباریابی، نقص توجه، بیش فعالی، کودکان با اختلال نقص توجه /بیش فعالی.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. دانشیار مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران Email: karimisani.counsel@gmail.com

۳. دانشیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

مقدمه

دوره کودکی، از مهمترین مراحل زندگی به شمار می رود که در آن شخصیت فرد شکل می گیرد. اغلب ناسازگاری ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی- رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند تحول و تکامل کودک ناشی می شود (وایت^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، یکی از شایع ترین اختلالات عصبی تکاملی، اختلال نقص توجه بیش فعالی است (لی و همکاران^۲، ۲۰۲۳). بر اساس پنجمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۵-DSM، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به عنوان یک زیرمجموعه در اختلالات عصبی رشدی گنجانده شده (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۲۴). و با نشانه های بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری، یا ترکیبی از بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی که با سطح رشد ناسازگار است و عملکرد روزانه را مختل می کند مشخص می شود (کاساهارا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳) که موجب آسیب دیدن فرایندهای شناختی، مهارت های اجتماعی و هیجانی کودکان می شود؛ به گونه ای که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد، بیش از جمعیت عادی است (چانگ و همکاران^۵، ۲۰۲۲). فیبرت و همکاران (۲۰۱۸) بیان می کنند که اختلال نقص توجه/ بیش فعالی یکی از مشکلات رایج بسیاری از کودکان ارجاع داده شده به مراکز خدمات روانشناختی است و تبدیل به یک نگرانی رو به رشد در سطح جهان شده است (ژو و همکاران^۶، ۲۰۲۳). شیوع این اختلال در سراسر جهان با تغییرات قابل توجه در میان مطالعات مختلف گزارش شده است و ۵٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد (مک دوگال^۷ و همکاران، ۲۰۲۳؛ راسل و همکاران، ۲۰۱۶).

مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی است، این کودکان از مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند، علائم رفتاری مثل تکانشگری، بی توجهی، ناپختگی، بی اعتنائی مقابله جویانه، نقص در مهارتهای اجتماعی و حواسپرتی اغلب تا نوجوانی ادامه می یابند (کاپلان و سادوک، ۲۰۲۲). به نظر می رسد که اختلال های مغز در برخی از بخش ها - قطعه های پیشانی، عقده های پایه و مخچه با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مرتبط باشد (بار کلی، ۲۰۱۵). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در توانایی های هیجانی، شناختی (محمدی دولت آبادی، میرصالح و چوبفروش زاده، ۱۴۰۲)، تعاملات اجتماعی و اغلب بیماری های روانی و نیز در زمینه آموزش (جیانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ناظمی، تجلی، ابراهیم پور و صالحی، ۱۴۰۲)، مشکلات عمده ای دارند که منجر به پیامدهای جدی بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنها می گردد (محمدزاده گان، فرید، چلبیانلو حسرتانلو و مصرآبادی، ۱۴۰۲).

تاکنون هیچ عاملی به تنهایی به عنوان علت اختلال بیش فعالی و نقص توجه شناخته نشده است، تصور می شود که این اختلال از تعامل پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل زیستی حاصل می شود (کیلینگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۸). حتی با در نظر گرفتن آمادگی زیستی به عنوان یک عامل قوی در اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، عوامل فردی و خانوادگی به عنوان عوامل مهم در بروز و پیامدهای این اختلال نقش عمده ای دارند و شدت نشانه ها، اختلال های همراه و سیر و پیامد اختلال نقص توجه/بیش فعالی تحت تاثیر این عوامل قرار دارد (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲). از جمله مهمترین عوامل فردی که در پژوهش های مختلف در

1. White
2. Li et al.
3. DSM-5
4. Kaplan & Sadock
5. kasahara
6. Chuang YC, Wang CY, Huang WL. et al
7. Zhou et al
8. McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M
9. Jiang
10. Kielsing

زمینه ی اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفته اند می توان به عملکرد تحصیلی، بحران هویت، جنس، حافظه کاری، هوش، نارسایی یادگیری، نارساخوانی، پایه تحصیلی، راهبرد مقابله ارزیابی محور، راهبرد مقابله حل مسئله، ترتیب تولد، مهارت اجتماعی، تیپ الف و ب و وزن هنگام تولد اشاره کرد(دلاور و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهشگران مختلف، عوامل گوناگون زیستی، خانوادگی، محیطی را برای سبب شناسی این اختلال، بررسی و عنوان نموده اند. خانواده، الگویی برای شکل گیری رفتار فرد در سنین کودکی و حتی نوجوانی می باشد. اهمیت و توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی، رفتاری خانواده و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی، به خصوص برای کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مضاعف می باشد (درتاج، ۲۰۱۰).

نقش خانواده در شکل گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می کند(به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۸۸). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می تواند دامنه ای از طرد یا پذیرش کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد(قندیانی، ۱۴۰۱). رفتارهای ناسازگارانه کودک با اختلال نقص توجه/بیش فعالی (مانند تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک پذیری) احساس بدی در والدین (مانند خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل به وجود می آورد (یائو و همکاران، ۱۴۰۰). و این احساسات بد والدین در نهایت مشکلات کودک را تشدید می کند. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می آید، طوری که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می رسد (های و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش ها نشان داده اند به دلیل ویژگی های خاصی که این کودکان دارند مداخله در مشکلات آنها متفاوت از کودکان دیگر است و مداخله باید در بافت خانواده صورت گیرد(پلهام و همکاران، ۱۹۹۲). حسین پور و ملائی امجز (۱۴۰۳)، در تحقیق خود دریافتند که آموزش والدین با رویکرد آدلر- درایکورس با تمرکز بر اصول توانایی شناختی، بر کنترل توانمندیهای شناختی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی تأثیر معنادار داشته است. بر اساس نتایج تحقیق سپهری نسب (۱۴۰۱)، میزان اثر آموزش های مبتنی بر خانواده در کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی، مطابق جدول کوهن در حد بالاست. یافته های پژوهش افضلی و همکاران(۱۳۹۸) نشان داد که مداخلات خانواده محور منجر به افزایش مهارت های اجتماعی و کاهش نشانه های بالینی کودکان دارای اختلال بیش فعالی می شود.

تا^۳ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تکنیک های مدیریت رفتار در کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی نسبت به کودکان بدون اختلال نقص توجه بیش فعالی مؤثر است. لیم^۴ و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که برنامه آموزش توجه مبتنی بر رابط مغز و رایانه در بهبود اختلال نقص توجه و بیش فعالی تأثیر مثبتی دارد. گینگ جهلی^۵، آرنولد و وان زاندت (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت های شناختی در افراد دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی باعث کاهش علائم این اختلال خواهد شد. شعبانعلی فمی، قاسم زاده و نجاتی (۱۴۰۲) نشان دادند که توانبخشی شناختی مبتنی بر فناوری های نوین بر بهبود عملکرد شناختی کودکان مبتلا به اختلال ذکر شده تأثیر مثبت و بالا داشته است.

با توجه به اینکه بسیاری از مسائل و مشکلاتی که این اختلال در خود کودکان، خانواده ها و معلمان به وجود آورده است(آیانو^۶ و همکاران، ۲۰۲۳) و نیز شیوع بالای اختلال، ویژگی های افراد مبتلا و تأثیر نامطلوب آن بر مهارت های تحصیلی در مدرسه، اجتماعی در میان همسالان و خانواده (موسی زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷)، و از آنجا که پژوهش های انجام شده در زمینه ی سبب شناسی این اختلال عوامل فردی و خانوادگی را در این اختلال مورد حمایت قرار داده اند، ضرورت طراحی برنامه ی مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی برای بهبود نشانه های این اختلال، مشکلات رفتاری و ضعف های شناختی از اهمیت ویژه

1. Hai
2. Pelham
3. TA, A. S.
4. Lim, C. G
5. Ging-Jehli
6. Ayano, G

ای برخوردار است. از این جهت پژوهش حاضر کوشیده است با توجه به تجارب زیسته درمانگران مجرب در این حوزه، به صورت کامل به همه جوانب و عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی پرداخته شود. از آنجا که یکی از مهمترین وظایف مشاوران و روانشناسان تربیتی، پژوهش و تحقیق در خصوص ارائه روش های مختلف در جهت پیشبرد بهتر اهداف تربیتی و آموزشی است، سوالات مشخص این تحقیق عبارت بود از: ۱- برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی چگونه است؟ ۲- آیا برنامه مشاوره ای مبتنی برعوامل فردی و خانوادگی برای کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی از اعتبار کافی از نظر متخصصان برخوردار است؟

روش

روش پژوهش: هدف پژوهش حاضر تدوین برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی (با استفاده از تجربه زیسته درمانگران) می باشد. با توجه به اینکه از نتایج این تحقیق مستقیماً می توان استفاده کرد لذا پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت داده ها به صورت کیفی بود. از نظر شیوه اجرا هم پژوهش از نوع اکتشافی بود که متناسب با شرایط مطالعه، مدل تدوین بسته مشاوره ای طرح اکتشافی مورد استفاده قرار گرفته است. روش پژوهش از نوع مصاحبه نیمه ساختار یافته و اجرای روش پدیدار شناسی بود. از دیدگاه روش شناسان کیفی برای مطالعه تجربه زیسته افراد از پدیده ها، مناسب ترین روش پدیدارشناسی است و مطالعه عمیق معنای پدیده ها با روش کیفی امکان پذیر است (موستاکاس، ۱۹۹۴؛ به نقل از کرسول، ۲۰۱۶).

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش درمانگران متخصص در حوزه کودک و خانواده (دارای پروانه اشتغال سازمان نظام روان شناسی ج.ا.ا)، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر همدان بودند. معیارهای انتخاب نمونه عبارتند از: حداقل ۵ سال تجربه فعالیت در حوزه کودک، عضو هیئت علمی دانشگاه و علاقه مند و متمایل به در اختیار گذاشتن تجربیات خود بودند.

نمونه و روش نمونه گیری: در این پژوهش برای انتخاب نمونه، از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. مفهوم نمونه گیری هدفمند که در پژوهش های کیفی به کار می رود، بدین معناست که پژوهشگر افراد و مکان مطالعه را به این دلیل برای مطالعه انتخاب می کند که می توانند در فهم مسئله پژوهش و پدیده محوری مطالعه مؤثر باشند (کلاسن، کرسول، پلانو کلارک و همکاران^۲، ۲۰۱۲). کفایت نمونه گیری در انجام مصاحبه ها بر اساس اشباع و تکرارپذیری داده های جمع آوری شده انجام گردید. از این رو حجم نمونه تعداد ۱۲ نفر از درمانگران حوزه کودک استان همدان بودند.

ابزار سنجش: جهت گردآوری داده ها از مصاحبه ی نیمه ساختاریافته استفاده شد. سوالات مصاحبه باز پاسخ بودند که با این سؤال کلی به این مضمون: درمانگر گرامی در کار با کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی، عوامل فردی و خانوادگی را چگونه دخیل می دانید؟ شروع می شود.

روش اجرا: در ادامه، برای کشف عمیق پدیده از سوالات پیگیرانه مانند می توانید دراین باره بیشتر توضیح دهید؟ استفاده شد. در راستای اجرای پژوهش یک هفته قبل از مصاحبه، عنوان و هدف پژوهش برای اساتید تشریح شد. مسائل اخلاقی در این پژوهش شامل: کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش و اجازه ضبط صدا، اطمینان به محرمانه باقی ماندن اطلاعات و استفاده از محتوای پیاده سازی شده در جهت اهداف پژوهشی حاصل شد. همچنین استفاده از نام مستعار برای آنها و اعطای حق انصراف از پژوهش در همه مراحل تحقیق به مشارکت کنندگان بود. همزمان با ضبط مصاحبه، یادداشت برداری از بخش های مهم انجام شد. سپس محتوای جلسات با تمام جزئیات پیاده سازی و نسخه ی پیاده سازی شده با مصاحبه ی ضبط شده تطبیق داده شد تا اعتبار نسخه ی نهایی تأیید شود. برای دستیابی به تحلیل کامل و جامع در این پژوهش از دو شیوه ی IPA (Lyons & Coyle, 2007) و همچنین روش مشهور گلیزری (Creswell & Poth 2016) استفاده شد. جهت

1. Moustakas

2. Klassen, Creswell, Plano Clark & et al

دستیابی به ادراک کلی از اظهارات شرکت کننده ها، متن هر یک از مصاحبه ها چندین بار مطالعه و بازخوانی شد. عبارت ها و جمله های مهم و مرتبط با تجربه ی مصاحبه شوندگان در متن شناسایی و مشخص شد و در جدولی جداگانه قرار گرفت. عبارات خاص با محتویات روانشناختی (مطابق روش IPA) و مفاهیم فرموله شده (طبق روش گلیزری) به عنوان کدهای اولیه در ستون دیگری در مقابل آن نوشته شد. در همین جدول روبه روی عمده ی اظهارات، کدبندی مطابق روش گلیزری انجام شد. سپس در جدول جدیدی، مفاهیم و مضامین مشترک میان مشارکت کنندگان در یک ستون قرار گرفت. این مضامین در ستون دیگری از این جدول دسته بندی شد و در نهایت مقوله های اصلی و فرعی حاصل از جمع بندی آن استخراج و در ستون آخر نوشته شد. این مراحل مطابق روش گلیزری صورت گرفت و در نهایت مقوله های مشخصی ارائه شدند. در جدول شماره ۱، چند نمونه از اظهارات مهم، معانی، مقوله ها و نقل قول ها ارائه شده است. برای بررسی اعتبار، نتایج استخراج شده برای دو متخصص آشنا با روش تحلیل کیفی، ارسال شدند و کدها، تم ها و مقوله ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین جهت بررسی روایی مقوله های به دست آمده، نتایج برای نیمی از مشارکت کنندگان ارسال شد و مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج

یافته های حاصل از مطالعه عوامل فردی و خانوادگی در اختلال نقص توجه/بیش فعالی، در قسمت عوامل فردی در سه مقوله اصلی کنترل شناختی، تنظیم هیجان و آموزش مهارت ها و شش خوشه فرعی و ده موضوع که در جدول شماره ۱ در طبقات مشخص قرار گرفته اند، مفهوم پردازی شده است.

جدول ۱: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (عوامل فردی)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم (تم ها)	کدهای باز
کنترل شناختی	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	کنترل محرک های مزاحم	کاهش شلوغی اطراف
			حذف عوامل حواسپرتی
			استراحت های مکرر
			بازیهای توجه دیداری و شنیداری
			تمرین های توجه، تمرکز
	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	تقویت مهارت های توجه و تمرکز	استفاده از نشانه های دیداری
			برنامه ریزی و تقسیم بندی
			فعالیت ها
			حرکت و تخلیه انرژی پیش از
			فعالیت های تمرکزی
مهار پاسخ	پیش بینی و آمادگی	پیش بینی و آمادگی	تنظیم محیط
			زمان بندی و برنامه ریزی
			تقسیم وظایف پیچیده به
			مراحل کوچکتر
			استفاده از تکنیک توقف-فکر
	توقف یا مکث قبل از انجام رفتار	توقف یا مکث قبل از انجام رفتار	تمرین تفکر درباره پیامد رفتار
			بازی های بازدار
			تکنیک مکث کردن قبل از

پاسخ			
تمرین خودگویی			
آموزش مهارت حل مسئله	در	کنترل پاسخ‌ها	
الگو سازی توسط والدین		موقعیت‌های فشار	
شناسایی و آگاهی از هیجانات خود			
و دیگران		شناسایی هیجانات	شناخت هیجان
ابراز هیجان به شکل مناسب			
گفتگو درباره هیجانات			
تمرین تجربه و پاسخ مناسب به هیجانات			
تمرین مدیریت موقعیت چالش زا با ایفای نقش	پاسخ مناسب به هیجان	کنترل هیجان	تنظیم هیجان
پیش بینی عواقب و نتایج رفتار			
تکنیک های آرام سازی خودگویی مثبت			
شمارش یا تاخیر در واکنش			
افزایش تحمل ناکامی	آموزش تکنیک های آرام سازی		
استفاده از تکنیک‌های تنفس و آرام‌سازی			
اولویت بندی و مدیریت زمان	آموزش شیوه های مطالعه و یادگیری	آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری	
تقسیم تکالیف به قسمت‌های کوچک	تقویت تمرکز از طریق فعالیت های فیزیکی		آموزش مهارت ها
تطبیق با سبک یادگیری کودک			
تمرین در موقعیت های واقعی یا بازی	آموزش از طریق الگوسازی	آموزش مهارت های اجتماعی	
آموزش منتظر نوبت ماندن			
آموزش مهارت حل تعارض			

در بخش عوامل فردی سه مضمون اصلی تحت عنوان توانایی شناختی، تنظیم هیجانی و آموزش شناختی و شش خوشه فرعی شامل توجه و تمرکز، مهار پاسخ، شناخت هیجان، کنترل هیجان، آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری و آموزش مهارت های اجتماعی استخراج گردید. توانایی شناختی یکی از مقوله های اصلی است که تعداد زیادی از مصاحبه شوندگان به عنوان یکی از

عوامل فردی به آن اشاره کردند و به مهارت های توجه و تمرکز که از طریق فعالیت های شناختی و حرکتی تقویت می گردد و همچنین به توانایی مهار پاسخ اشاره دارد به عنوان مثال مصاحبه کننده شماره ۵ اشاره کرد "انجام تمریناتی که نیاز به دقت و هماهنگی دارد، مانند انداختن توپ در سبد، پرش از روی موانع خاص و... میتونه به تقویت تمرکز کودک کمک کنه." همچنین مصاحبه شونده شماره ۱۱ اظهار کرد "ورزش و تمرینات جسمی می‌توانند ابزاری مؤثر برای تقویت خودکنترلی در کودکان مبتلا به ADHD باشند. این فعالیت‌ها به کودکان کمک می‌کنند تا انرژی اضافی‌شان روتخلیه کنن، تمرکزشون هم بالا بره."

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم و مضامین	کدهای باز
مقوله اصلی	مرز بندی	تعیین نقش ها	تقسیم وظایف بین اعضای خانواده
			آموزش در مورد مسئولیت ها
			احترام به حریم دیگران
			تنظیم زمان مشخص برای فعالیت ها مثل بازی و ...
ساختار خانواده	تعیین مرزهای فیزیکی و زمانی	قوانین مشخص و پایدار	قوانین و دستورالعمل های ساده و کوتاه و روشن و مستقیم
			پیامد روشن برای تخطی از قوانین
			تنظیم انتظارات واقع بینانه متناسب با سن و توانایی کودک
			تعیین محدودیت بر اساس آموزش و نه فقط تنبیه و واکنش قاطع
قانون گذاری	محدودیت های واقع بینانه	محیط ساختارمند	سازماندهی و برقراری نظم در محیط خانه
			تعریف مکان مشخص برای فعالیت ها
			شناسایی و محدود سازی محرک های هیجان انگیز

جدول ۲: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (ادامه)		
سازماندهی محیط	فراهم کردن فضای امن و قابل پیش بینی	برنامه ریزی اوقات فراغت
ایجاد روتین روزانه منظم	ایجاد روتین ثابت	داشتن روال های تکرارشونده و قابل پیش بینی
روابط موثر والدین	تقویت روابط زوجین	حمایت همسر و پشتیبانی عاطفی
		در صورت لزوم مراجعه به زوج درمانگر
		توافق در مورد روش ها و قوانین تربیتی
	هماهنگی و توافق در تربیت فرزند	هماهنگی در تصمیم گیری ها
		پرهیز از تضاد رفتاری
		پذیرش مثبت نامشروط
تعاملات خانوادگی	حمایت عاطفی	جدا کردن کودک از رفتارارش
روابط موثر والد-کودک		گفتگو، بازی و تفریح
	اختصاص زمان پرمحتوا با کودک	انجام فعالیت های مشترک با کودک
		اختصاص زمان برای ارتباط با کودک، مانند بازی کردن، گفتگو
	ایجاد فضای ابراز گری	گوش دادن به نگرانی ها و احساسات کودک بدون قضاوت
آموزش مهارت ها	آموزش شیوه های صحیح فرزندپروری	آشنایی با سبک های فرزندپروری
		مدیریت رفتار کودک
	آموزش مهارت مدیریت هیجان	آموزش مهارت کنترل خشم
		تمرین در موقعیت های اجتماعی
توانمندسازی والدین	آموزش ویژگی های اختلال نقص توجه/بیش	آگاهی از علائم و نشانه های اختلال نقص توجه/بیش فعالی

جدول ۲: مضمون های اصلی و زیر مضمون ها (ادامه)

مشارکت در درمان	فعالی	درک ویژگی های کودک با اختلال نقص توجه/بیش فعالی
خودمراقبتی	آموزش تکنیک های مدیریت رفتار	استفاده از تقویت مثبت در خانه
	ارتباط با مدرسه و معلمان و مشاور	کاهش رفتارهای نامطلوب با نادیده گرفتن
	عضویت در گروه های حمایتی	شرکت در جلسات آموزشی، مشاوره ای و درمانی
	توجه به رفع مشکلات فردی	ارتباط و همکاری مستمر با معلمان و مشاور
یادگیری تکنیک های آرام سازی	توجه به رفع مشکلات فردی	کمک گرفتن از دوستان و اقوام
	توجه به رفع مشکلات فردی	ابرازگری و بیان احساسات
	توجه به رفع مشکلات فردی	تمرینات ریلکسیشن و ذهن آگاهی
		مدیریت استرس

همچنین بر اساس داده های به دست آمده از مصاحبه ها، در قسمت عوامل خانوادگی یافته ها در چهار مقوله اصلی ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمند سازی والدین و شش خوشه فرعی و ده موضوع که در جدول شماره ۲ در طبقات مشخص قرار گرفته اند، مفهوم پردازی شده است. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود سه مقوله از تحلیل مضمون استخراج شد که در ادامه به هریک پرداخته می شود. ساختار خانواده یکی از موارد مورد اشاره اکثر مصاحبه شوندگان بود. به عنوان مثال مصاحبه شونده شماره ۶ عنوان کرد "تعیین نقش و آموزش مسئولیت ها کمک می کنه بچه ها بدونن چه انتظاری ازشون داریم." همچنین مصاحبه شونده شماره ۱۰ عنوان کرد "قوانینی برای مسائل مثل ساعت خواب، زمان استفاده از موبایل ... و مسئولیت های خانگی باید وجود داشته باشه."

سبک زندگی نیز یکی از عوامل اشاره شده توسط بسیاری از مصاحبه شوندگان بود. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱۲ گفت: "زمانی که بچه بدانه چه چیزی بعد از چه چیزی می آد احساس امنیت و آرامش می کنه. داشتن برنامه ی منظم و قابل پیش بینی برای روزهای کودک خیلی کمک کنندس، کمک می کنه که بچه ها احساس امنیت و آرامش بیشتری داشته باشن. یعنی زمان بندی مشخص برای کارهای روزانه داشته باشن." مصاحبه شونده شماره ۵ نیز بیان کرد "مشخص کردن مکان مشخص برای فعالیت ها مثلاً میز مطالعه ثابت و مشخص داشته باشه؛ نه هر بار در جای متفاوت (مثلاً روی تخت یا زمین). محل بازی، خواب، غذا و درس از هم جدا باشن تا ذهن کودک تفکیک کنه که هر فضا چه نقشی داره."

تعاملات خانوادگی نیز از عواملی است که ده نفر از شرکت کنندگان در این پژوهش آن را به عنوان یکی از عوامل خانوادگی مهم در اختلال نقص توجه/بیش فعالی به آن پرداختند. برای مثال مصاحبه شونده شماره ۵ اشاره کرد "وقتی پدر و مادر رابطه خوبی با هم دارن، بچه هم احساس امنیت می کنه و آروم تره. برای همین، خیلی مهمه که زن و شوهر به همدیگه توجه کنن، حمایت کنن و برای رابطه شون وقت بذارن." همچنین مصاحبه شونده ۱۲ عنوان کرد "والدین باید در مورد نحوه برخورد با مشکلات

کودک به توافق برسند و از همدیگر حمایت کنند. مشکلات زناشویی می‌تونه روی رفتار بچه ها تأثیر منفی بذاره و باعث تشدید علائم ADHD بشه."

توانمندسازی والدین نیز یکی دیگر از عوامل خانوادگی مهم مورد اشاره مصاحبه شوندگان بود. برای مثال مصاحبه شونده شماره ۸ گفت: "والدین باید در درجه اول مراقب سلامت جسمی و روانی خودشان باشند تا دچار فرسودگی نشن. والدینی که خودشان سالم نباشن نمی‌تونن به وضعیت بچه هاشون رسیدگی کنن."

برای تدوین پروتکل آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی براساس تحلیل بخش کیفی و متن مصاحبه ها و همچنین مضامین استخراج شده، ۸ جلسه آموزشی است که به آموزش برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی پرداخته است. در جدول (۳) جزئیات هر جلسه ارائه شده است:

جدول ۳: برنامه تدوین شده مبتنی بر عوامل فردی

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط بین درمانگر و کودک	آشنایی با گروه - فعالیت های بازی محور جهت غنی سازی رابطه
دوم	شناسایی و نامگذاری هیجان ها و پاسخ مناسب	آموزش شناسائی و نامگذاری احساسات اولیه(از طریق بازی عروسکی-قصه-نقاشی)یا فعالیت هایی مثل کاربرگ.آموزش و پاسخ مناسب به هیجانات(از طریق بیان قصه، بیان مثال های موردی و تجربیات شخصی-انیمیشن)
سوم	مهار پاسخ و تاخیر در واکنش ها	بازی های توقف-فکر مثل چراغ راهنما، توپ و نوبت، استفاده از داستان
چهارم	آموزش تکنیک های آرام سازی جهت کنترل هیجان	آموزش تکنیک های آرام سازی و ریلکسیشن(استفاده از تکنیک های خودآرام سازی (مثل نفس عمیق، شمردن تا ۱۰).
پنجم	تقویت تمرکز	تقویت تمرکز از طریق بازی(دارت-شطرنج-پازل-تمرینات جدا کردنی - ماز بازی)
ششم	آموزش مهارت های حل مسئله	آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری با استفاده از استفاده از مثال های موردی، انیمیشن و داستان و تمثيل
هفتم	آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری	تقسیم تکالیف به قسمت های کوچک تر(تمرین با کودک و الگو دهی مناسب با سبک یادگیری)
هشتم	آموزش مهارت های اجتماعی	تمرین بازی های قانون دار و آموزش منتظر نوبت ماندن

برای تدوین پروتکل آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی براساس تحلیل بخش کیفی و متن مصاحبه ها و همچنین مضامین استخراج شده، ۹ جلسه آموزشی است که به آموزش برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی درمان کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی پرداخته است. در جدول (۴) جزئیات هر جلسه ارائه شده است:

جدول ۴: برنامه تدوین شده مبتنی بر عوامل خانوادگی

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط بین درمانگر و والدین و اعضای گروه	معرفی و آشنائی اعضا با یکدیگر - مطرح کردن قوانین و مقررات گروه- آشنایی با اهداف و محتوای برنامه
دوم	آموزش و افزایش آگاهی والدین درباره اختلال نقص توجه/بیش فعالی	آشنایی با اختلال نقص توجه/بیش فعالی(علائم و نشانه ها-سبب شناسی و شیوع)آشنایی با درمان های رایج ، تصحیح نگرش و باورهای والدین
سوم	آموزش تکنیک های مدیریت رفتار	استفاده از تکنیک های تقویت مثبت و پاداش برای رفتارهای مطلوب و همچنین تعیین محدودیت ها و پیامدهای مشخص برای رفتارهای منفی
چهارم	آموزش و ارتقای مهارت های والدین	آموزش شیوه های صحیح فرزندپروری
پنجم	سازمان دهی محیط زندگی	سازماندهی و برقراری نظم در محیط خانه- پرهیز از شلوغی،ایجاد نظم در چیدمان وسایل،محیط خلوت و سازمان یافته. برنامه ریزی زمان فعالیت ها (خواب، غذا، بازی، تفریح)
ششم	آموزش و ارتقای مهارت های والدین	آموزش مهارت حل مسئله
هفتم	تقویت روابط والدین	همکاری و هماهنگی والدین و اهمیت توافق در شیوه فرزندپروری و قوانین وضع شده-حمایت والدین از یکدیگر، توجه به نیازهای یکدیگر و تقویت رابطه زوج
هشتم	تقویت رابطه والد-کودک	جدا کردن کودک از رفتارش،گوش دادن فعال جهت تقویت رابطه ، اختصاص زمان پرمحتوا با کودک، ابراز محبت و حمایت عاطفی
نهم	خودمراقبتی	آموزش تکنیک های آرام سازی، اهمیت توجه به رفع مشکلات فردی

برای تعیین میزان تمرکز و گستردگی مداخله آموزشی برای هر یک از مقولات پایه از دو ملاک مشخص، یکی فراوانی واحدهای معنایی، کدهای باز، مقولات فرعی و سپس مقولات اصلی و دیگری گستردگی اجزاء خرد تا کلان هر یک از مقولات پایه معرفی شده استفاده شد. در این مرحله مطابق با نظر کریپندورف (۱۳۸۷) فراوانی واحدهای معنایی به عنوان متداول ترین و پرکاربردترین معیار در زمان بررسی نشانه ها و علایم پدیده خاص مورد توجه و استفاده قرار گرفته است. نتایج حاصل از بررسی فراوانی و گستره مقولات استخراج و ارائه شده، در جداول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵ نتیجه بررسی توافقی داوران در مورد پروتکل مداخله آموزشی

ردیف	موضوع توافق	داوران					میانگین توافق	توافق کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم		
۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با اهداف مداخله آموزشی	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۸۳	
۲	تناسب جلسات با ساختار مورد نیاز در مداخله آموزشی	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۹۱	
۳	کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از جلسات مداخله آموزشی	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۶
۴	کفایت مداخله آموزشی	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۷۸	
۵	ارزیابی کلی مداخله آموزشی	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۷۸	۰/۸۹	۰/۸۸	۰/۸۴	

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می شود، می توان گفت که مطابق با نظر داوران تخصصی، پروتکل مداخله آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی از نظر تطابق محتوایی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۳، از نظر تناسب جلسات درمانی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۱، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۳، از نظر کفایت مداخله آموزشی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۷۸، و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۴، و توافق کلی تخصصی نیز برای پروتکل مداخله آموزشی ۰/۸۶ بود.

پروتکل مداخله آموزشی برای برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی بر اساس کدهای مستخرج از مصاحبه ها در اختیار پنج متخصص قرار گرفت و از آنها درخواست شد تا پس از مطالعه، نظراتشان را راجع به ساختار و محتوای هر یک از جلسات، در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه پروتکل مداخله آموزشی تدوین شده در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، ارائه کنند. همچنین در ادامه فرم ارزیابی محتوایی و تخصصی، درخواست شده بود تا پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء ساختار و محتوا پروتکل مداخله آموزشی برای برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی را ارائه نمایند. در مرحله بعد نظرات تخصصی پنج متخصص بررسی شده و نظرات اصلاحی آنها درباره پروتکل مداخله آموزشی اعمال و مداخله نهایی آموزشی آماده شد. در مرحله بعد پروتکل مداخله آموزشی به پنج نفر متخصص ارائه و ضریب توافق (توافق درونی) با استفاده از

ضریب کاپای کوهن متخصصان درباره ساختار، محتوا و فعالیت های مداخله آموزشی محاسبه گردید. نتایج توافق به دست آمده در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶ نتیجه بررسی توافق داوران در مورد پروتکل مداخله آموزشی

ردیف	موضوع توافق	داوران					میانگین توافق	توافق کلی
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم		
۱	تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با اهداف مداخله آموزشی	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۸۳	
۲	تناسب جلسات با ساختار مورد نیاز در مداخله آموزشی	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۹۱	
۳	کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از جلسات مداخله آموزشی	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۸۶
۴	کفایت مداخله آموزشی	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۷۸	
۵	ارزیابی کلی مداخله آموزشی	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۷۸	۰/۸۹	۰/۸۸	۰/۸۴	

چنانچه در جدول (۶) مشاهده می شود، می توان گفت که مطابق با نظر داوران تخصصی، پروتکل مداخله آموزشی برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل خانوادگی از نظر تطابق محتوایی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۳، از نظر تناسب جلسات درمانی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۱، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۹۳، از نظر کفایت مداخله آموزشی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۷۸، و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق تخصصی برابر با ۰/۸۴، و توافق کلی تخصصی نیز برای پروتکل مداخله آموزشی ۰/۸۶ بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مبتنی بر تجارب زیسته درمانگران انجام شد. با تحلیل یافته های پژوهش از جمع بندی و تحلیل تجربه های بیان شده توسط مصاحبه شونده ها در بخش عوامل فردی سه مضمون اصلی تحت عنوان توانایی شناختی، تنظیم هیجانی و آموزش شناختی و شش خوشه فرعی شامل توجه و تمرکز، مهار پاسخ، شناخت هیجان، کنترل هیجان، آموزش مهارت های مطالعه و یادگیری و آموزش مهارت های اجتماعی استخراج گردید و در بخش عوامل خانوادگی چهار مضمون اصلی تحت عنوان ساختار خانواده، سبک زندگی، تعاملات خانوادگی و توانمند سازی والدین و نه خوشه فرعی تحت عنوان مرزبندی، قانون گذاری، سازماندهی محیط، ایجاد روتین روزانه منظم، روابط موثر والدین، روابط موثر والد- کودک، آموزش مهارت ها، مشارکت در درمان و خودمراقبتی به دست آمد.

نتایج نشان داد یکی از مقوله های اصلی در مطالعه حاضر توانایی شناختی است. توانایی شناختی رابط میان رفتار و ساختار مغز بوده و بسیاری از توانایی ها همانند توجه، برنامه ریزی، حل مسئله، بازداری پاسخ، انجام همزمان تکالیف و انعطاف پذیری شناختی را در برمی گیرد (بلیس و کلینجراید، ۱۹۹۱). در استناد به این یافته تحقیق مطالعه دمی^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که توانایی های شناختی می توانند در ارتباط بین علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی و موفقیت تحصیلی نقش داشته باشند. این یافته ها بر اهمیت توجه به جنبه های شناختی در مداخلات آموزشی برای افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأکید می کند. نتایج تحقیق نریمانی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد که از مداخله توانبخشی شناختی می توان برای بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی استفاده کرد. نتایج حاصل از مطالعه براتی و همکاران (۱۴۰۲)، نشان داد که درمان توانبخشی مبتنی بر واقعیت های مجازی توانسته به صورت معناداری نمرات پس آزمون کارکردهای اجرایی (توجه انتخابی، توجه پایدار و بازداری پاسخ) در گروه آزمایش را به صورت معناداری افزایش دهد.

مقوله دیگر تنظیم هیجانی می باشد. تنظیم هیجان به فرآیندی دلالت دارد که به وسیله آن تجربه هیجانی، ارزیابی، بازبینی و نگهداری یا اصلاح می شود. در مجموع، راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمندی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان های منفی و رفتارهای سازش نایافته محسوب می شود (نجو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). عدم تنظیم هیجانی، با بسیاری از اختلالات روان شناختی ارتباط دارد (میلو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). یافته های پژوهش فرزادی و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجه در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی می شود. نتایج تحقیق خورشید احمد (۱۴۰۱) نیز نشان داد که درمان متمرکز بر تنظیم هیجان بر علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی کودکان عراقی اثربخش است.

مقوله دیگر آموزش شناختی است. نتایج پژوهش سلیمانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که برخی از مهارت های شناختی افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی می تواند در اثر آموزش شناختی افزایش یابد. نیکبخت و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند برنامه های آموزشی توانبخشی شناختی و تنظیم هیجان موجب بهبود مشکلات رفتاری دانش آموزان شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری دو ماهه پایدار ماند. یافته های ارائه شده از سوی برخی پژوهشگران اثربخشی تکنیک آموزش شناختی را بر افزایش مهارت های شناختی و کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی نشان می دهد. برای مثال در پژوهشی کلینبرگ^۴ و همکاران (۲۰۰۲)، تأثیر برنامه آموزش شناختی حافظه فعال را بر ۵۳ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بررسی کرده و عنوان کردند برنامه آموزش شناختی بر آزمودنی ها موثر بوده است. موریسون^۵ و چین (۲۰۱۱)، با استناد به شواهد پژوهشی، آموزش شناختی را ابزاری جهت ارتقای توانمندی شناختی معرفی می کنند.

مقوله بعدی ساختار خانواده است. پژوهشگران معتقدند که اختلال های برون نمود همچون اختلال نقص توجه/بیش فعالی نتیجه یک شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی عمده اند: قوانین بی ثبات، نظارت کم، مهارت های ضعیف حل مسئله. این نوع شیوه تعامل والدین و کودکان، فرزندانشان را به سمت اختلالات رفتاری سوق می دهد. یافته های پژوهشی نشان داده اند که وجود اختلال های رفتاری در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی بر تعامل والدین - فرزند و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می گذارد. اختلال نقص توجه/بیش فعالی عملکرد خانواده را دچار اختلال میکند، زیرا والدین از مشکلات روانشناختی بیشتری برخوردار گشته و در مهارت های فرزند پروری ضعیف تر عمل می کنند به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک، دچار احساس بی کفایتی می شوند (دهقان نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). حکمتی پور و بنت الهدی (۱۳۹۹)، در پژوهش خود دریافتند که خانواده درمانی سیستمی بر احساس انسجام روانی و عملکرد خانواده در خانواده های

1. Bliss & Collingridge
2. Demi
3. Njau
4. Miu et al
5. Klingberg
6. Morrison

دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی اثربخش می باشد. نتایج پژوهش طاهر منش و معینی (۱۳۹۹)، حاکی از آن است که پس از اجرای خانواده درمانی، نشانه های اختلال نقص توجه / بیش فعالی در این کودکان کاهش یافته است. یافته های پژوهش متولی پور و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داد می توان از برنامه بازی درمانی شناختی-رفتاری حاضر به عنوان ابزاری خانواده محور برای کاهش علائم اختلال نقص توجه/ بیش فعالی سود جست. مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۸۸)، نیز نشان داد که خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در ابعاد حل مسأله، پاسخ دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل عملکردی نسبت به خانواده های دارای کودکان بهنجار تفاوت معناداری دارند. این یافته ها بر لزوم توجه به عملکرد خانواده در مدیریت اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأکید می کند.

مقوله بعدی سبک زندگی است. شاهی گنزق (۱۴۰۴)، در پژوهش خود تحت عنوان مروری جامع بر اختلال نقص توجه/بیش فعالی اذعان کرد از جمله نکات قابل توجه به هنگام تعامل با کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می توان به برنامه ریزی کارها، تنظیم خواب، بازخورد مثبت، تقویت مثبت، تقسیم بندی تکالیف پیچیده به ساده و درک شرایط و انتظار در حد توانایی اشاره کرد.

مقوله دیگر تعاملات خانوادگی است. در نظریه سیستمی خانواده رفتار هر فرد وابسته به کل سیستم و رفتار سایر اعضا و عناصر توصیف شده است. بسیاری از شواهد نشان می دهد که رفتارها و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در دوران رشد کودک ظاهر می شود و خانواده اهمیت ویژه ای در بروز علائم دارد (جانستون، مش، میلر و نینوفسکی، ۲۰۱۲). در این رابطه (بلیس و همکاران، ۲۰۱۶) نشان داده اند که نحوه رفتار والدین و جو حاکم بر روابط والدین و فرزندان می تواند بر تحول جنبه های شناختی، عاطفی، اجتماعی و اخلاقی آنان تأثیر عمیقی داشته باشد. یافته های تحقیق فرحبخش و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که برنامه آموزش تعامل مثبت والد- کودک اثر معنی داری بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایي توجه بیش فعالی دارد. نتایج حاصل از تحقیق بابائی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که آموزش تعامل والد کودک بر تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و خودشفقت ورزی مادران دارای کودک مبتلا به بیش- فعالی تأثیر دارد. با توجه به نتایج مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی می توانند برای بهبود تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و خودشفقت ورزی از آموزش تعامل والد کودک بهره ببرند. یافته های پژوهش عسگرزاده (۱۴۰۳) بر اهمیت تعارض زناشویی در مادران با کودک مبتلا به اختلال نارسایي توجه/ بیش فعالی تأکید می کند. با توجه به یافته های پژوهش فیروزی و همکاران (۱۴۰۱) می توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه های اختلال نارسایي توجه/بیش فعالی نقش دارد. بنابراین، می توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین درمانگران، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی را در درمان این کودکان، مدنظر قرار دهند. همان گونه که یافته های دکرز^۲ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند، والدین دارای فرزندان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، بیشتر از والدین دیگر از شیوه های فرزندپروری منفی استفاده می کنند. همچنین نتایج تحقیق میردامادی (۱۴۰۱)، نشان داد که والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بیشتر از سبک فرزندپروری مستبدانه استفاده می کردند. مادران این گروه از کودکان، بیشتر فرمان دهنده و کمتر پاداش دهنده می باشند. همچنین، این مادران تعامل کمتری با فرزندان خود داشتند. با توجه به اینکه احتمالاً کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی دارای مشکلات رفتاری، تحصیلی و بی توجهی هستند؛ رفتارهای منفی، تقاضامندانه و انتقادی والدین به عنوان واکنش نسبت به این اختلال بیشتر از والدین دارای فرزند بهنجار بود و بیشتر از شیوه های فرزندپروری مستبدانه استفاده کردند. همچنین یافته ها نشان می دهند که آموزش رفتاری به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی می شود. اهمیت توجه به الگوی رفتاری والدین، در این است که والدین با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم گیری را که برای

انجام کارکردهای اجرایی حل مسئله از قبیل تفکر و نظم دهی به هیجانات در مقابل دیگران است را مورد تأکید قرار می دهند خدابخشی و همکاران (۲۰۱۵). بنابراین، با آموزش والدین می توان نشانه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را در نوجوانان مدیریت کرد.

در تدوین این برنامه مشاوره ای ضمن مطالعه تجربه زیسته درمانگران حوزه کودک هم عوامل فردی و هم عوامل خانوادگی، مورد توجه قرار گرفت و گستره بزرگتری برای تدوین برنامه مشاوره ای ایجاد کرد. و از طرفی توجه به مهارت های فردی-هیجانی و ارتباطی دوره کودکی، چالش های تحصیلی، توجه به تفاوت های فردی-اجتماعی، استفاده از مفاهیم ساده آموزشی و همراهی فعال کودکان و خانواده ها در تدوین برنامه مشاوره ای مورد توجه قرار گرفت. در نهایت، نتایج پژوهش نشان داد برنامه مشاوره ای مبتنی بر عوامل فردی و خانوادگی از روایی محتوایی مناسبی بهره مند است و روایی و پایایی لازم را برای کاربردهای آموزشی و پژوهشی دارد. از آنجاکه هیچ پژوهشی خالی از محدودیت نیست، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی روبه رو بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد و تحلیل داده ها به صورت کیفی مبتنی بر پارادایم تفسیری صورت گرفت، ممکن است به دلیل سیال و پویانده بودن ذهن آدمی، در کدگذاری ها و نحوه استخراج مقوله ها جهان بینی پژوهشگران تاثیرگذار بوده باشد. درواقع، امکان دارد پژوهشگران با دخالت دادن تعصبات و پیش فرض های ذهنی خود، یافته ها و نتایج پژوهش را دستکاری کرده باشند. البته در مطالعه حاضر پژوهشگران تلاش نمودند تنها به نگرش تجربیات مصاحبه شوندگان بپردازند و تا حد امکان بدون سوگیری عمل کنند. پیشنهاد می شود از نتایج یافته های این پژوهش برای بهبود علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در خانواده، مدارس و نیز در سایر مراکز همچون مراکز خدمات روانشناختی، و ... استفاده شود.

- افضلی، لیلا؛ قاسم زاده، سوگند؛ هاشمی بخشی، مریم، (۱۳۹۸). اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بیش فعال. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۷(۳)، ۲۲۹-۲۴۳.
- بابایی، ه. رجب پور عزیزی، ز. عالمیان گاوزن، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تعامل والد کودک بر تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و خودشفقت ورزی مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی. پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی. مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی غیر دولتی فروردین قائمشهر.
- براتی، ز. سپاه منصور، م. رادفر، ش. (۱۴۰۳). اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر واقعیت مجازی بر کارکردهای شناختی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۱۰(۱)، ۱۲۴-۱۳۲.
- بیرامی، منصور، حکمتی، عیسی، و سودمند، محسن. (۱۳۸۸). مقایسه عملکرد خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) با خانواده های دارای کودکان بهنجار. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۴(۱۶)، ۴۱-۲۱.
- ثنائی، ب. و امینی، ف. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران، تازه ها و پژوهش های مشاوره. جلد دوم. شماره ۷ و ۸. صص. ۸۲-۹.
- حسین پور، ن. ملائی امجز، ف. (۱۴۰۳). تاثیر آموزش والدین مبتنی بر رویکرد آدلر درایکورس بر کنترل توانمندی های شناختی در دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی شهرستان زاهدان. فصلنامه پژوهش در رواندرمانی کودک و نوجوان. دوره ۱. شماره ۱.
- حکمتی پور، بنت الهدی، دوستکام، محسن (۱۳۹۹). اثر بخشی خانواده درمانی سیستمی بر احساس انسجام روانی و عملکرد خانواده در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی. سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت.
- خورشید احمد، م. زمستانی، م. صیدی، پ. (۱۴۰۱). هائربخشی درمان متمرکز بر تنظیم هیجان بر علائم اختلال کم توجهی-بیش فعالی کودکان عراقی: مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی. پایان نامه ارشد رشته روان شناسی. دانشگاه کردستان.
- درتاج، ف. محمدی، ا. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش فعالی. مجله خانواده پژوهی. ۶(۲۲): ۲۱۱-۲۲۶.
- دلاور، ع. ابراهیمی، آ. سلطانی، م. (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل فردی و خانوادگی در اختلال نارسایی توجه بیش فعالی: فراتحلیلی بر پژوهش های انجام شده در ایران. فصلنامه افراد استثنایی، سال پنجم، شماره ۱۱.
- دهقان نژاد، ربابه و نادى، مرتضى (۱۳۹۶)، تاثیر آموز رفتاری به والدین بر کیفیت زندگی والدین و کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- سپهری نسب، . حاجلو، ن. آهنگر قربانی، ز. هدایت، س. (۱۴۰۱). فراتحلیل اثربخشی آموزش خانواده جهت تغییر رفتار کودکان دارای اختلال بیش فعالی / نقص توجه. فصلنامه پژوهشی روانشناسی مدرسه و آموزشگاه. دوره ۱۱. شماره ۱.
- سلیمانی، م. مطیعی، س. یعقوبی، ح. حضرتی، ل. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه آموزش شناختی بر مهارتهای شناختی و علائم اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان مبتلا. مجله مطالعات ناتوانی. دوره ۳، شماره ۳، ۳۹-۴۹.
- شاهی گنرق، م. (۱۴۰۴). مروری جامع بر اختلال بیش فعالی (ADHD). سومین همایش ملی آسیب شناسی روانی. پژوهش های کاربردی در علوم انسانی.

شرودر، کارولین اس. گوردون، بتی ان. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه فیروز بخت. ۱۳۸۵. تهران. دانژه. شعبانعلی فمی، فائزه؛ قاسم زاده، سوگند و نجاتی، سمیه. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخلات شناختی مبتنی بر فناوری های نوین بر عملکرد شناختی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی در ایران: یک مطالعه فراتحلیل. مجله علمی پژوهان، ۲۱ (۲)، ۱۲۲-۱۴۰.

طاهر منش، صدیقه. معینی راد، جواد. (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش نشانه های بیش فعالی / نقص توجه کودکان (یک مطالعه موردی). پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش سال سوم دی ۱۳۹۹ شماره ۳۱.

عباسی، مریم؛ دهقانی، محسن؛ یزدخواستی، حامد؛ منصوری، نادر (۱۳۸۸). کارکرد خانواد بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با خانواده های جمعیت عمومی. فصلنامه انواده پیهوشی، سال ۵، شماره ۹۱ (۳) ص ۳۶۱-۳۷۰.

عسگرزاده، س. برهانی، ز. حجتی، م. ح. علی دستان نیکی، ف. برادران، م. (۱۴۰۳). مقایسه تنهایی اجتماعی، تعارضناشویی و باور به دنیای عادلانه در مادران با و بدون کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ش ۵۳، ص ۸۱-۹۲.

فرحبخش، ک. شریعتمداری، آ. سلیمی بجستانی، ح. تحقیقی احمدی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش برنامه تعامل مثبت والد کودک به والدین - کودک دارای اختلال نارسایی توجه بیش فعالی بر کاهش پرخاشگری. روان شناسی افراد استثنایی. سال یازدهم، شماره ۳۴، ص ۶۳-۸۶.

فیروزی، ر. حسین نژاد، آ. زراست وند، ع. (۱۴۰۱). رابطه ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در دانش آموزان. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. سال بیست و دوم، شماره ۲ پیاپی ۱۶۸، ص ۵۷-۶۸.

قندیانی آرانی، خ. حسن زاده، س. غلامعلی لواسانی، م. عزیزی، م. پ. (۱۴۰۱) بررسی ویژگی های روان شناختی با رویکرد روان شناسی مثبت در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی: مرور نظامدار پژوهش ها. فصلنامه کودکان استثنایی، ۲۲ (۲): ۷-۱۸.

متولی پور، ع. به پژوه، شکوهی یکتا، م. غباری بناب، ب. ارجمندنیاء، ع. (۱۳۹۸). طراحی برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری خانواده محور برای دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و اثربخشی آن بر نشانه های این اختلال. مجله مطالعات ناتوانی (۹) ۱۱۳.

محمدی دولت آباد، م؛ رضاپور م، چوبفروش زاده، آ. (۱۴۰۲). اثربخشی تئاتر درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه. مجله روان شناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۵): ۱۰۱-۱۲۸.

محمدزاده گان، رضا؛ فرید، ابوالفضل؛ چلبیانلو حسرتانلو، غلامرضا و مصرآبادی، جواد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی- هیجانی مبتنی بر ذهن آگاهی با و بدون تحریک فراجمعه ای مغز بر خودتنظیمی هیجانی و عملکرد حل مسئله در کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۱۱ (۲)، ۵۲-۶۴.

موسی زاده مقدم، حدیث، ارجمند نیا، علی اکبر، افروز، غلامعلی، و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۷)، اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده نگر بر مشکلات رفتاری و حافظه فعال کودکان با اختلال کاستی توجه بیش فعالی، توانمندسازی کودکان استثنایی، ۲ (۲): ۹۹-۱۱۰.

میردامادی، مرضیه؛ حسن زاده، سعید؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و وکیلی، سمیرا. (۱۴۰۱). روش های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال کم توجهی/ بیش فعالی: مروری نظام دار. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۳ (۱)، ۳۸-۴۵.

ناظمی، فرزانه؛ تجلی، پریسا؛ ابراهیم پور، مجید و صالحی، مهدیه. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه خودتنظیمی کودک بر خود ادراکی و کیفیت دوستی کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳ (۴۹)، ۵۸ - ۸۵

نریمانی، محمد، سلیمانی، اسماعیل، و تبریزچی، نرگس. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر توانبخشی شناختی بر بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش آموزان دارای اختلال ADHD. روانشناسی مدرسه، ۴ (۲ (پیاپی ۱۴)، ۱۱۸-۱۳۴.

نیکبخت، ن؛ کیخسروانی، م؛ دیره، ع و پولادی ریشه‌ری، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی برحافظه آینده نگر و برنامه تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی. فصلنامه روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، ۱۳ (۱)، ۱۲۳-۱۱۲.

- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alat, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*.
- Barkley RA. (2015). *Attention-deficit disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4rd ed.). New York: Guilford Press.
- Bleys D, Soenens B, Boone L, Claes S, Vliegen N, Luyten P. (2016). The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *J Adolesc.* . 49: 68-76.
- Bliss, T. V., & Collingridge, G. L. (1991). A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. *Nature*. 7, 361(6407), 31-39.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Chuang YC, Wang CY, Huang WL. et al. (2022). Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Sci Rep* 12, 3377. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07232-1>.
- Dekkers, T. J., Hornstra, R., van Der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478-494.
- Demi Tsantilas, Alzena Ilie, Jessica Waldon, Melissa McGonnell, Penny Corkum. (2022). The Contributions of Cognitive Abilities to the Relationship between ADHD Symptoms and Academic Achievement. *Brain Sciences*.
- Ging-Jehli, N. R., Arnold, L. E., & Van Zandt, T. (2023). Cognitive-attentional mechanisms of cooperation—with implications for attention-deficit hyperactivity disorder and cognitive neuroscience. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 1-23.
- Hai, T., Duffy, H. A., Lemay, J. A., & Lemay, J. F. (2022). Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(1), 48.
- Jiang, H., Natarajan, R., Shuy, Y. K., Rong, L., Zhang, M. W., & Vallabhajosyula, R. (2022). The use of mobile games in the management of patients with attention deficit hyperactive disorder: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 792402.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 215-28.

- Kasahara, S., Takahashi, K., Matsudaira, K., Sato, N., Fukuda, K. I., Toyofuku, A. & Uchida, K. (2023). Diagnosis and treatment of intractable idiopathic orofacial pain with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, 13(1), 1678.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannok, R., & Castellanos, F. X. (2008), Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 285-307.
- Khodabakhshi Kolai A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. (2015). The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 17(3): 135-41.
- Klassen, A. C., Creswell, J., Plano Clark, V. L., Smith, K. C., & Meissner, H. I. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of life Research*, 21(3), 377-380.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2022). *Synopsis of Psychiatry*. Tehran: Arjmand Publication.
- Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *J Clin Exp Neuropsychol*. 24(6):781-91.
- Li, D., Luo, X., Guo, J., Kong, Y., Hu, Y., Chen, Y., ... & Song, Y. (2023). Information-based multivariate decoding reveals imprecise neural encoding in children with attention deficit hyperactivity disorder during visual selective attention. *Human brain mapping*, 44(3), 937-947.
- Marquis WA, Baker BL. (2014). An examination of Anglo and Latino parenting practices: relation to behavior problems in children with or without developmental delay. *Res Dev Disabil*. 35(2): 383-92.
- McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M. (2023). Understanding and supporting attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the primary school classroom: Perspectives of children with ADHD and their teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(9), 3406-3421. 10.1007/s10803-022-05639-3.
- Miu, A. C., Szentágotai-Tátar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 93, 102141.
- Morrison AB, Chein JM. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychon Bull Rev*. 18(1):46-60.
- Njau, S., Townsend, J., Wade, B., Hellemann, G., Bookheimer, S., Narr, K. & Brooks III, J. O. (2020). Neural subtypes of euthymic Bipolar I Disorder characterized by emotion regulation circuitry. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 25, 125-137.
- Pelham, W.E., Wheeler, T., Chronis, A. (1992). Empirically supported psychological treatment for ADHD. *J Clin Child Psychol*; 27 (1): 190-205.
- TA, A. S., Ummer, M., Alowairdhi, A. A., Alsubait, A. K., Aljuhani, S. M., Alzahrani, A. A., & Alqahtani, A. A. (2023). Management of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Children for Dental Procedures. *Cureus*, 15(4).
- Tehrani-Doost, M., Noorazar, G., Shahrivar, Z., Banaraki, A., Beigi, P., & Noorian, N. (2017). Is emotion recognition related to core symptoms of childhood ADHD. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(6), 31-38.

- Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial Effects of Behavioral Parent Training on Inhibitory Control in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Small-Scale Randomized Controlled Trial [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859249>.
- White, E., Zippel, J., & Kumar, S. (2020). The effect of equine-assisted therapies on behavioral, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 39, 101-105.
- Zhou, P., Zhang, W., Xu, Y. J., Liu, R. Q., Qian, Z., McMillin, S. E., ... & Dong, G. H. (2023). Association between long-term ambient ozone exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among Chinese children. *Environmental Research*, 216, 114602.

Development and Validation of a counseling program based on individual and family factors in children with attention deficit / peractivity disorder

Zahra Zarei¹, Parviz Karimisani², Mahmoud Goudarzi³

Abstract

The purpose of this study was to develop and validate a counseling program based on individual and family factors for children aged 7–9 years with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Hamedan. This applied, qualitative, exploratory study employed a descriptive phenomenological design to investigate lived experiences. The participants included 12 licensed therapists and psychologists specializing in child-related fields, selected through purposive sampling and theoretical saturation. Data were analyzed using the Glaser method within a phenomenological framework. Analysis of individual factors identified three main clusters—cognitive control, emotional regulation, and skills training—along with six subclusters. Family factors produced four main themes—family structure, lifestyle, family interactions, and parent empowerment—along with nine subclusters. The counseling program demonstrated acceptable content validity and met the required standards of validity and reliability ($p < .05$). The findings suggest that this program can serve as an effective intervention for children with ADHD and may be implemented in families, schools, and psychological centers to enhance attention and reduce hyperactivity.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, counseling program, family factors, individual factors, phenomenology

1. Department of Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Department of Family Counseling, Sha.C., Islamic Azad University, Shabestar, Iran

3. Department of Family Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran