



اعضای افتخاری:

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

اعضای شورای نویسندگان:

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

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

اعضای گروه اجرایی:

شراره ضیغمی محمدی ، سعید ملیحی الذاکرینی ، هلیا ملیحی الذاکرینی (ویراستار انگلیسی)
قیمت: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال



Organizational structure of Interdisciplinary Journal of Health and Psychology

Publisher: Islamic Azad University, Karaj branch

Director in charge: Alireza Shokrgozar

Editor-in-Chief: Hassan Ahadi

Honorary members:

Ali Montazeri , Professor of General Health and chancellor of Research Council of Health ACECR
Hassan Ashayeri, Neurologist and Neuropsychologist, Professor at Iran University of Medical Sciences
Ahmed Mohit, Psychiatrist and Professor at Tehran University of Medical Sciences
Shiva Dolatabadi, Psychologist and President of the Iranian Psychological Association
Seyyed Mahmoud Mirzamani Bafghi, Clinical Psychologist and Professor at Islamic Azad University, Karaj branch

Esmat Danesh , Psychologist , Professor of Shahid Beheshti University

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

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

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

Editorial Board:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manager: Saied Malihialzackerini

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

Scientific advisors:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Executive group members:

Sharareh zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini , Helia Malihialzackerini (English Editor)

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

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

راهنمای نویسندگان

نویسندگان محترم لازم است بر اساس راهنمای زیر مقاله را تنظیم و تحریر نمایند. ارسال یک مقاله به منزله عدم انتشار آن در گذشته (به جز به صورت یک چکیده مقاله یا بخشی از یک کنفرانس منتشر شده و یا پایان نامه تحصیلی)، عدم ارسال همزمان به مجلات دیگر، موافقت تمامی نویسندگان و کلیه کسانی که به طور مستقیم یا ضمنی به هر نحوی مسئولیتی در اجرای کار داشته اند و عدم انتشار آن در آینده در جاهای دیگر به همان فرم و زبان، بدون اجازه کتبی از ناشر در صورت پذیرش می باشد. (مسئولیت حقوقی بر عهده نویسنده/نویسندگان خواهد بود) مقاله های باید با رعایت کامل آئین نگارش فارسی نوشته شده و از به کار بردن کلمات خارجی که معادل مناسبی در زبان فارسی دارند اجتناب شود. در صورتی که واژه جایگزین فارسی مصطلح یا مناسب نباشد، می توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین داخل پرانتز یا زیرنویس نگاشته شود. مقاله های قابل پذیرش در فصلنامه تازه های علوم اعصاب شامل موارد زیر می باشد:

الف- مقاله های اصیل پژوهشی که گزارش علمی از مطالعات تحقیقی اصیل می باشند. این مقاله های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی) مقدمه، روش بررسی، یافته ها، بحث، نتیجه گیری، تشکر و قدردانی و منابع می باشند.

ب- مقاله های نقد و بررسی (مروری) که در برگزیده کلیه مطالعات انجام شده در یک موضوع جدید علمی هستند معمولاً از سوی تحریریه از اساتید ذیصلاح درخواست می شوند، اما مقاله های مروری که موضوعات آنها مناسب، ولی سفارش هیئت تحریریه نبوده اند نیز مورد بررسی قرار می گیرند. این مقاله ها شامل چکیده فارسی و انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، بحث، نتیجه گیری و منابع می باشد.

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

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

ارسال مقاله:

مقاله ها تنها از طریق وب سایت (<https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>) و یا پست الکترونیک مجله (healthpsychology@kiauo.ac.ir) (healthpsychologyjournal@gmail.com) پذیرفته می شوند. مقاله باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم افزار ۲۰۱۰-Office به بالا با فونت ب لوتوس شماره ۱۲ در خطوطی که ۲ فاصله بهم داشته و حدود ۲/۵ سانتی متر حاشیه از هر طرف صفحه تایپ شده باشد. جداول و نمودارها باید با کیفیت مناسب و در صفحات جداگانه طراحی و کشیده شوند و از جاگذاری عکس یا اسکن کپی آنها در فایل خودداری شود. اشکال باید به صورت JPEG یا GIF با کیفیت بالا باشند.

تنظیم مقالات:

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

ب- چکیده فارسی: کلیه مقاله های پژوهشی باید یک چکیده سازمان یافته شامل حداکثر ۲۵۰ کلمه و بخشهای هدف، روش بررسی، یافته ها، نتیجه گیری و کلید واژه ها که دقیقاً منعکس کننده اهم مطالب مقاله است دارا باشند. کلمات کلیدی ۵-۳ مورد بر اساس لیست عناوین موضوعی پزشکی ایندکس مدیکوس (MeSH) باشد. در روش بررسی چکیده، متد تحقیق، نوع نمونه گیری و جامعه آماری مربوطه، ابزارهای پژوهش و متغیرهای مورد بررسی و روشهای تحلیل آماری داده ها مشخصاً نام برده شوند. همچنین در یافته های چکیده، ضمن اشاره به موارد مهم آمارهای توصیفی، یا روابط و ضرایب همبستگی بدست آمده، و یا وجود یا عدم تفاوت معنادار بین گروه ها، مقادیر دقیق احتمال (P-Value) حاصل از تحلیلهای آماری ذکر شوند.

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

د- مقدمه: خلاصه ای از تعاریف، اصول، تئوریه ها و بیان مسئله و سپس مروری از پیشینه تحقیق، مجهولات بجامانده از تحقیقات قبلی، دلایل لزوم مطالعه و هدف مطالعه را شامل می شود. نباید به داده ها و نتیجه گیری پژوهش اشاره نماید.

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

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

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

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

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

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

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

فهرست مقاله ها

- پیش بینی تعلل ورزی بر اساس طرحواره معیار های سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در دانشجویان
نیلگون امامی سلوط / سعید ملیحی الذاکرینی
۶
- نقش میانجی هوش هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان دوره ابتدایی
احسان یوسفی / علی یوسفی
۱۶
- بررسی رابطه بین تاب آوری، شفقت ورزی و بهزیستی روان شناختی با میانجی گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲
شکیبا آذرافروزان / علی اکبر صلاحی
۲۶
- رابطه سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر شهر کاشان
علیرضا فرهنگی / اعظم نیکوکار
۳۶
- تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر هوش های تخصصی و انگیزه پیشرفت تحصیلی دانشجویان
علی اکبر صلاحی / سکینه یوسفی
۴۶
- اثر بخشی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت، ادراک شایستگی، خود آگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان با مشکلات رفتاری
یزدان گودرزی / مریم اکبری / کیومرث کریمی
۵۹
- بررسی همنوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراسناختی بدشکلی بدن و بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی در زنان متقاضی جراحی بینی
مرضیه سالاروند / فرح نادری
۷۱
- اثر بخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خودکار آمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید آهو مراد ثمرین / فرحناز مسچی / شیدا سوداگر / علیرضا رجایی
۸۵
- اثر بخشی ایماگوتراپی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی در زوجین دارای تعارضات زناشویی
فائزه محمدی / محبوبه ظریف
۹۶

گفتار ویژه

ضرورت غربالگری تکامل عصبی در اوایل کودکی

دکتر محمد زنوزی راد

پزشک متخصص اطفال و نوزادان
فوق تخصص تکامل اعصاب کودکان
دبیر انجمن علمی پزشکان کودکان ایران

رشد و پیشرفت یک انسان تابع رشد و تکامل مغز اوست. گرچه، سال‌های اولیه زندگی، سال‌های طلایی ساخت، بازسازی، ترمیم و توسعه مغز و شناخت است، ولی تکامل مغز هیچگاه متوقف نمیشود و تا آخرین لحظه حیات ادامه دارد.

تکامل سالم و بهینه کودک از مهم‌ترین دغدغه‌های والدین و کارشناسان حوزه سلامت کودک است. اختلالات تکاملی-عصبی شامل مشکلاتی است که بر روی سلوک، یادگیری، حرکات و ارتباطات کودکان تأثیر می‌گذارد. غربالگری در این حوزه به معنای شناسایی و ارزیابی کودکانی است که ممکن است به این اختلالات مبتلا باشند. این فرایند در سنین ابتدایی زندگی به کار گرفته می‌شود، زمانی که مغز کودکان در حال رشد و توسعه است و مداخله زودهنگام می‌تواند تأثیر بسزایی در آینده آنها داشته باشد.

غربالگری تکاملی عصبی در اوایل کودکی یک اقدام حیاتی است که می‌تواند به شناسایی و مداخله زودهنگام در اختلالات تکاملی منجر شود. با توجه به اهمیت این فرایند، سرمایه‌گذاری در آموزش، افزایش آگاهی و بهبود دسترسی به خدمات غربالگری باید در اولویت قرار گیرد. این اقدامات می‌تواند به بهبود شرایط زندگی کودکان و خانواده‌های آنها کمک کند و جامعه‌ای سالم‌تر و آگاه‌تر ایجاد کند.

برای سبز ماندن کافیت که اندیشه تان را سبز و بالنده نگهدارید.

پیش بینی تعلل ورزی براساس طرحواره معیار های سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در دانشجویان

سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسئول)

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

نیلگون امامی سلوط

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

Predicting Procrastination Based on the Schema of Unrelenting Standards with the Mediating Role of Coping Styles in Students

Saied Malihialzackerini

Assistant Professor, Department of Clinical and Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Nilgun Emami Solot

M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract:

The aim of the present study was to develop and assess the prediction of procrastination based on the schema of unrelenting standards with the mediating role of coping styles in students. The research was descriptive-correlational, utilizing structural equation modeling (SEM). The study population consisted of students from the Islamic Azad University, Karaj Branch, in the spring and summer of 2025. A sample of 300 participants was selected using stratified random sampling. The data collection instruments included three questionnaires: the Suvvari Procrastination Questionnaire (2011), the Young Schema Questionnaire (1998), and the Lazarus Coping Strategies Questionnaire (1998). To achieve the research objectives, descriptive analysis of the data obtained from the questionnaires was conducted initially. Subsequently, the collected data were analyzed using the structural equation modeling (SEM) method. The results of the data analysis indicated that all research hypotheses regarding the relationships between the study variables were confirmed. The findings showed a significant relationship between procrastination and the schema of unrelenting standards, with the mediating role of coping styles in students.

Keywords: *Procrastination, Coping Styles, Unrelenting Standards Schema*

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر تدوین و بررسی پیش بینی تعلل ورزی براساس طرحواره معیار های سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در دانشجویان بود. نوع تحقیق توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری می باشد. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در بهار و تابستان سال ۱۴۰۳ که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش شامل ۳ پرسشنامه ی تعلل ورزی سواری (۱۳۹۰)، طرحواره یانگ (۱۹۹۸)، راهبرد های مقابله ای لازاروس (۱۹۹۸) بود. برای رسیدن به اهداف پژوهش حاضر، در ابتدا به بررسی توصیفی داده های حاصل از پرسشنامه پرداخته شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش، داده ها پس از گردآوری با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) تحلیل شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که همه ی فرضیه های تحقیق در مورد روابط بین متغیرهای پژوهش مورد تایید می باشد. داده های بدست آمده نشان داد که بین تعلل ورزی و طرحواره معیار های سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: تعلل ورزی، سبک های مقابله ای، طرحواره معیارهای سرسختانه

مقدمه

دوران دانشجویی و تحصیل در دانشگاه دوره ای است که به علت فشارهای اجتماعی و تحولات زیستی^۱ دوره ای حساس محسوب می شود و توجه نامناسب به این تحولات می تواند به مشکلات جدی سازگاری^۲، روانشناختی^۳ و اجتماعی^۴ بی انجامد. دوران دانشجویی دوره ورود به روابط گسترده اجتماعی است، به واقع افراد به طور جدی در دوره دانشگاه به عنوان یک عضو فعال اجتماعی که دارای تعامل با اجتماع است شناخته می- شوند. به همین علت ضروری به نظر می رسد که پژوهشگران روان شناسی به این دوره تحولی توجه بیشتری نمایند. یکی از مشکلات این دوران تعلل ورزی می باشد؛ تعلل ورزی به معنای سهل انگاری، به تعویق انداختن کارها است (اوزر و یتکین^۵، ۲۰۱۸). یافته های روان شناسان نمایان گر این مطلب است که تعلل ورزی با متغیرهای بسیاری در شخصیت^۶ و رفتار فرد مرتبط است که از این خیل عظیم می توان به موارد زیر اشاره کرد: عوامل شخصیتی، سلامت روانی^۷، اختلالات شخصیت^۸، خودتنظیمی پایین^۹، خودکارآمدی ضعیف^{۱۰}، کمال گرایی منفی^{۱۱}، روابط بین فردی^{۱۲} ناسالم، منبع کنترل بیرونی^{۱۳}، برآورد بیش از حد زمان، احساس گناه^{۱۴}، خودپنداره ضعیف^{۱۵}، ناامیدی، عزت نفس پایین^{۱۶}، اعتماد به نفس پایین^{۱۷}، هوش هیجانی^{۱۸}، تعلل ورزی والدین^{۱۹}، جو کلاس، روش تدریس، ارتباط با مدرس و ... (هانگ^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به احتمال اینکه همه رفتارهای تعلل ورزی پیامد منفی ندارند، به لحاظ مفهومی دو نوع متفاوتی از تعلل ورزی، یعنی تعلل ورزی غیرفعال در برابر تعلل ورزی فعال وجود دارد.

- 1 - biological changes
- 2 - compatibility
- 3 - psychological
- 4 - social
- 5 - Ozer & Yetkin
- 6 - personality
- 7 - mental health
- 8 - personality disorders
- 9 - low self-regulation
- 10 - poor self-efficacy
- 11 - negative perfectionism
- 12 - interpersonal relationships
- 13 - external control source
- 14 - feel guilty
- 15 - negative self-concept
- 16 - low self-esteem
- 17 - low self-confidence
- 18 - emotional Intelligence
- 19 - parents procrastination
- 20 - Hong

علل ورزی فعال به لحاظ ابعاد شناختی^{۲۱}، عاطفی^{۲۲} و رفتاری^{۲۳} متفاوت از تعلل ورزی غیرفعال هستند. یافته های محققان در ارتباط اثرات این دو نوع از تعلل ورزی بر تأخیر رفتاری متفاوت بوده است (چادها ری و پیکي^{۲۴}، ۲۰۱۸، کیم، فرناندز و تریر^{۲۵}، ۲۰۱۷). تعلل ورزهای فعال به لحاظ شناختی قصد تعلل ورزی را ندارند اما آن ها اغلب به دلیل ناتوانی در تصمیم گیری سریع و سرعت عمل کم، وظایف خود را به تعویق می اندازند، آن ها تصمیم می گیرند تا کار را کنار بگذارند تا بتوانند منابع و توانایی های خود را برای تکمیل کار به حداکثر برسانند، برخلاف تعلل ورزهای غیرفعال، تعلل ورزهای فعال، فعالیت های کاری خود را به صورت سازمان یافته برنامه ریزی می کنند، هرچند که آن ها پایبند به یک برنامه سخت یا ساختار زمانی نیستند، در واقع بطور عمد تصمیم می گیرند تا کارهای خود را به تعویق بیندازند و به جای تثبیت در فعالیت ها، برنامه ریزی می کنند یا برنامه زمانی خود را در کوتاه مدت تغییر می دهند، تعلل ورزهای فعال آزادانه و به عمد فعالیت هایشان را دوباره سازمان دهی می کنند تا بتوانند به تغییرات بیرونی پاسخ دهند. به لحاظ عاطفی نزدیک شدن به آخرین مهلت مقرر، احساس ناراحتی کمتر و تحت فشار زمان بودن، انگیزه بیشتری برای آن ها ایجاد می کند. تعلل ورزهای فعال می توانند برآورد درستی از حداقل زمان لازم برای پایان دادن به یک کار داشته باشند و حتی با تحت فشار قرار دادن خود به صورت کارآمد به اهداف خود برسند. این تفاوت ممکن است به دلیل روش های متمایز برای مقابله با عوامل استرس زا باشد. برخلاف تعلل ورزهای غیرفعال که تا حد زیادی به راهبردهای اجتنابی - عاطفی^{۲۶} تکیه می کنند، تعلل ورزهای فعال بیشتر به راهبردهای تکلیف محور تحت فشار تکیه می کنند. از نظر رفتاری، تعلل ورزهای فعال نه این که قادر به تکمیل کار نباشند، بلکه می توانند تکلیف را تحت فشار زمان و وظایف خود قبل از رسیدن آخرین مهلت مقرر انجام دهند و نتایج رضایت بخشی به دست آورند (حکمتیان فرد، گلستانه، ۱۴۰۲). از جمله عواملی که می تواند بر تعل ورزی اثر گذار باشد، مفهوم طرحواره های ناسازگار اولیه^{۲۷} و در بطن آن طرحواره معیار سرسختانه^{۲۸} است. طرحواره های ناسازگار الگوهای هیجانی^{۲۹} و شناختی خودآسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می گیرند و در سیر زندگی تکرار می شوند (نصیری جونقانی، اصغری و پورصفیر، ۱۴۰۰). طرحواره های اولیه شامل باورهای افراد درباره خود، دیگران و محیط هستند که در اثر ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی شکل می گیرند (باچ^{۳۰} و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره های معیار سرسختانه موجب سوگیری در تفسیر ما از رویدادها می شوند (کی و بارلاس^{۳۱}، ۲۰۲۰) و این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم ها، نگرش های تحریف شده، هدف ها و چشم داشت های غیرواقع بینانه خود را نشان می دهند. از جمله حیطه های دیگری که انتظار می رود با تعلل ورزی طرحواره معیار سرسختانه در ارتباط باشد سبک های مقابله ای^{۳۲} است. روش های مقابله با تغییرات زندگی و تنش های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و برحسب موقعیت های گوناگون متفاوت است. سبک های مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود. دو راهبرد اصلی مقابله عبارتند از: راهبردهای مقابله ای هیجان مدار^{۳۳} و راهبردهای مقابله ای مسئله مدار^{۳۴}. راهبرد مقابله ای هیجان مدار که شامل کوشش هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش زا است و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش را حفظ می کنند. راهبردهای مقابله ای هیجان مدار هم چنین شامل تنظیم پاسخ های هیجانی فرد در برابر مسئله است، در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصویری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می نماید (همایونی، ۱۴۰۰). راهبرد مقابله ای مسئله مدار شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد. نقش میانجی تعلل ورزی و طرحواره معیار های سرسختانه از این حیث است که راهبردهای مقابله ای کارآمد می تواند سطح مقابله ای افراد در برابر رویدادها و حوادث افزایش دهد تا دیگر فرد از لحاظ روان شناختی نسبت به ایجاد

- 21 - cognitive
- 22 - emotional
- 23 - behavioral
- 24 - Chadhari & Piki
- 25 - Kim, Fernandez & Trier
- 26 - avoidant-emotional
- 27 - early dysfunctional schema
- 28 - stubborn benchmark schema
- 29 - emotional patterns
- 30 - butch
- 31 - Kay & Barlas
- 32 - coping styles
- 33 - emotional coping strategy
- 34 - problem solving coping strategy

آشفستگی هایی چون تعلل ورزی و اهمال کاری هم چنین کمال گرایی نشان ندهد (همایونی، ۱۴۰۰).

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی بود. جامعه ی آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در نیمسال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. طبق دیدگاه حیدرعلی هومن (۱۳۸۴)، برای مطالعات همبستگی تعداد نمونه ی خوب و قابل قبول ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی طبقه ای به دانشجویان پرسشنامه داده شد که مورد تفسیر قرار گرفت. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: پر کردن رضایت آگاهانه توسط شرکت کننده، دارای طرحواره ی معیار های سرسختانه، عدم ابتلا به بیماری روانی و عدم مصرف هر گونه داروی روانپزشکی در زمان شرکت در مطالعه. و ملاک خروج شامل پاسخ دهی ناقص یا مخدوش بودن پرسشنامه بود.

پرسشنامه تعلل ورزی

این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن سنجش انواع ابعاد اهمال کاری در تحصیل (اهمال کاری عمدی، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی روانی، اهمال کاری ناشی از بی برنامه گی) است. گزینه ها با مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند (از هرگز (امتیاز ۰) تا همیشه (امتیاز ۴)). پرسشنامه فوق سه بعد اهمال کاری عمدی، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی روانی و اهمال کاری ناشی از بی برنامه گی را مورد سنجش قرار می دهد. شماره ی سوالات مولفه های تعلل ورزی اهمالکاری عمدی ۱-۲-۳-۴-۵، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی روانی ۶-۷-۸-۹، اهمال کاری ناشی از بی برنامه گی ۱۰-۱۱-۱۲، برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. در پژوهش سواری (۱۳۹۰) جهت روایی پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی، از پرسشنامه اهمال کاری تاکمن استفاده شد و از طریق همبسته کردن این دو آزمون مقدار ضریب ۰/۳۵ بدست آمد که بیانگر روایی نسبتا بالای این پرسشنامه است. هم چنین پایایی پرسشنامه با قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولا دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱+) به معنای پایداری کامل قرار می گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می شود.

پرسشنامه طرحواره

پرسش نامه فرم کوتاه طرحواره یانگ، ابزاری خود-گزارش دهی برای سنجش طرحواره ها است. فرد بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای می سنجد. سوالات پرسش نامه به وسیله طرحواره ها دسته بندی می شوند. این پرسش نامه هم به صورت فرم کوتاه و هم به صورت فرم بلند وجود دارد. فرم بلند آن ۲۰۵ سوال دارد و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را می سنجد. فرم بلند برای کارهای بالینی ترجیح داده می شود زیرا سوالات بیشتری برای هر طرحواره مطرح شده و در نتیجه اطلاعات دقیق تری فراهم می کند. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، ۷۵ جمله دارد و از پنج سوالی که در فرم بلند بیشترین بار تحلیلی را داشتند، تشکیل شده است. فرم کوتاه بیشتر در پژوهش ها به کار می رود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن مصرف می شود. در فرم کوتاه کد دو حرفی که پس از ۵ جمله می آید نشان می دهد که این سوال ها مربوط به کدام طرحواره اند. با این وجود اسمی از طرحواره ها در پرسش نامه ذکر نشده است. هر مقیاس (طرحواره) از ۵ سوال تشکیل شده است. فرد بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای (کاملا درست، تقریبا درست، اندکی درست، تقریبا غلط و کاملا غلط) که به ترتیب ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ نمره به آنها تعلق می گیرد، می سنجد. با توجه به اینکه هر سوال دارای ۶ گزینه بوده و فرد نمرات ۱ تا ۶ را به ترتیب کسب می کند لذا حداقل نمره به دست آمده ۷۵ و حداکثر ۴۵۰ منظور شده است. برای هر یک از حوزه ها نیز حداقل و حداکثر نمره به شرح زیر محاسبه شده است. برای حوزه اول که شامل سوالات ۱ تا ۲۵ است حداکثر نمره ۱۵۰ منظور شده است. حوزه دوم که شامل سوالات ۲۶ تا ۴۵ است حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. حوزه سوم شامل سوالات ۴۶ تا ۷۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ منظور شده است. حوزه چهارم شامل سوالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ است و برای حوزه پنجم که شامل سوالات ۵۶ تا ۶۵ می باشد حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ محاسبه شده است. همچنین اگر فردی سه یا چهار نمره بالا (۵ یا ۶) در یک طرحواره داشته باشد، معمولا از نظر بالینی بدین معنا است که این طرحواره در ذهن وجود دارد. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی های روان سنجی پرسش نامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت، جوینز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شد. وضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران نشان دادند، پرسشنامه ی طرحواره یانگ با مقیاس های پریشانی روان شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵). هنجاریابی این پرسش نامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده که ۲۵۲ نفر مونث و ۱۳۵ نفر مذکر به شیوه های تصادفی چند مرحله ای از دانشگاه های علامه طباطبائی،

شهید بهشتی، تربیت مدرس و علوم تحقیقات انجام شد. همسانی درونی این پرسش نامه با استفاده از α کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمد. براین اساس پایایی طرحواره های محرومیت هیجانی ۰/۸۷، رهاشدگی ۰/۷۸، بی اعتمادی-بدرفتاری ۰/۸۳، بیگانگی-انزوای اجتماعی ۰/۸۷، نقص-شرم، شکست ۰/۹۰، وابستگی-بی کفایتی ۰/۸۶، آسیب پذیری ۰/۹۰، خودتحول نیافته-گرفتار ۰/۷۹، اطاعت ۰/۸۳، فداکاری ۰/۸۲، بازداری هیجانی ۰/۸۶، عیب جویی افراطی ۰/۷۲ و خویشتن داری-خودانضباطی ناکافی ۰/۸۷ به دست آمد (لطفی، ۱۳۸۵). ذوالفقاری، فاتحی فر و عابدی (۱۳۸۷) فرم کوتاه پرسش نامه طرحواره یانگ را روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا کردند. در پژوهش آنها ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آمد: بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت های مختل ۰/۷۳، دیگر جهت مندی ۰/۶۷ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸. (آهی، ۱۳۸۴).

پس از اخذ کد اخلاق توسط کمیته ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، پژوهشگر در دانشکده های مختلف دانشگاه آزاد اسلامی کرج حضور پیدا کرد و با توجه به نمونه آماری در نظر گرفته شده برای پژوهش، پرسشنامه ها را با رعایت اصول اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی در اختیار دانشجویان داوطلب قرار گرفت. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه اخلاقی IR.IAU.K.REC.1403.106 مصوب گردید. برای تحلیل داده ها علاوه بر شاخص های توصیفی فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و معادلات ساختاری از آخرین ورژن نرم افزار Amos استفاده شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۵۰ دانشجو (۱۵۳ زن و ۹۷ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۲۴/۰۸ و ۳/۸۸ سال شرکت کردند. در بین شرکت کنندگان ۱۴ نفر (۵/۶ درصد) در مقطع کاردانی، ۱۲۶ نفر (۵۰/۴ درصد) در مقطع کارشناسی، ۹۷ نفر (۳۸/۸ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۳ نفر (۵/۲ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۱۸۱ نفر (۷۲/۴ درصد) از شرکت کنندگان مجرد و ۶۹ نفر (۲۷/۷ درصد) متاهل بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین طرحواره معیارهای سرسختانه، راهبرد مقابله ای مسئله مدارای (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسأله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت)، راهبرد مقابله ای هیجان مدارای (مقابله مستقیم، دوری گزینی، گریز-اجتناب و خویشنداری) و تعلل ورزی (عمدی، ناشی از خستگی و ناشی از بی برنامه گی) را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. طرحواره معیار های سرسختانه	-											
۲. مسئله مدارای - جستجوی حمایت اجتماعی	-۰/۲۳**	-										
۳. مسئله مدارای - مسئولیت پذیری	-۰/۲۴**	۰/۶۳**	-									
۴. مسئله مدارای - مسأله گشایی برنامه ریزی شده	-۰/۱۷**	۰/۵۹**	۰/۵۵**	-								
۵. مسئله مدارای - ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۲۵**	۰/۶۴**	۰/۶۱**	۰/۶۸**	-							
۶. هیجان مدارای - مقابله مستقیم	۰/۳۱**	-۰/۴۶**	-۰/۵۳**	-۰/۳۵**	-۰/۴۶**	-						
۷. هیجان مدارای - دوری گزینی	۰/۲۹**	-۰/۳۴**	-۰/۳۲**	-۰/۳۲**	-۰/۳۵**	۰/۵۸**	-					
۸. هیجان مدارای - گریز-اجتناب	۰/۲۵**	-۰/۴۰**	-۰/۴۴**	-۰/۳۷**	-۰/۴۳**	۰/۷۲**	۰/۵۳**	-				
۹. هیجان مدارای - خویشنداری	۰/۳۳**	-۰/۲۸**	-۰/۲۶**	-۰/۱۵*	-۰/۳۱**	۰/۵۶**	۰/۵۰**	۰/۷۱**	-			
۱۰. تعلل ورزی - عمدی	۰/۲۶**	۰/۲۳**	-۰/۳۲**	-۰/۲۷**	-۰/۳۰**	۰/۲۰**	۰/۳۱**	۰/۲۶**	۰/۲۳**	-		
۱۱. تعلل ورزی - ناشی از خستگی	۰/۲۷**	۰/۳۰**	-۰/۳۵**	-۰/۲۱**	-۰/۳۴**	۰/۲۹**	۰/۴۰**	۰/۴۵**	۰/۳۸**	۰/۴۳**	-	
۱۲. تعلل ورزی - ناشی از بی برنامه گی	۰/۱۹**	۰/۲۹**	-۰/۳۵**	-۰/۳۸**	-۰/۴۰**	۰/۲۳**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۰/۲۴**	۰/۵۱**	۰/۵۶**	-
میانگین	۱۵/۵۱	۹/۶۶	۶/۶۰	۱۰/۷۳	۹/۶۴	۸/۴۲	۸/۳۴	۸/۴۰	۱۰/۰۸	۱۶/۶۲	۱۲/۵۶	۸/۹۶
انحراف استاندارد	۳/۵۴	۲/۹۱	۲/۱۷	۳/۰۴	۲/۴۷	۲/۲۶	۲/۱۲	۳/۴۷	۳/۳۹	۴/۲۷	۳/۷۴	۲/۶۸
	$P^{**} > ۰/۰۱$ و $P^{*} > ۰/۰۵$											

براساس نتایج جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن به کمک عامل تورم واریانس^{۳۵} (VIF) و ضریب تحمل^{۳۶} مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل ملاحظه است.

متغیر		مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
		چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
طرحواره معیار های سرسختانه		۰/۳۱	-۰/۶۲	۰/۸۱	۱/۲۴
مسئله مداری- جستجوی حمایت اجتماعی		-۰/۳۳	-۰/۷۶	۰/۳۳	۳/۰۳
مسئله مداری- مسئولیت پذیری		-۰/۲۸	-۰/۸۹	۰/۳۲	۳/۱۳
مسئله مداری- مسأله گشایی برنامه ریزی شده		-۰/۴۵	۰/۴۲	۰/۳۹	۲/۵۶
مسئله مداری- ارزیابی مجدد مثبت		-۰/۳۶	-۰/۸۴	۰/۳۳	۳/۰۱
هیجان مداری- مقابله مستقیم		-۰/۲۴	-۰/۷۱	۰/۳۷	۲/۷۱
هیجان مداری- دوری گزینی		۰/۱۶	-۰/۰۲	۰/۵۵	۱/۸۱
هیجان مداری- گریز-اجتناب		-۰/۵۴	-۰/۴۷	۰/۳۰	۳/۳۲
هیجان مداری- خویشنداری		-۰/۰۵	-۰/۷۰	۰/۴۴	۲/۲۸
تعلل ورزی- عمدی		-۰/۱۶	-۰/۳۱	-	-
تعلل ورزی- ناشی از خستگی		-۰/۲۸	-۰/۴۶	-	-
تعلل ورزی- ناشی از بی برنامهگی		۰/۰۴	-۰/۵۲	-	-

منطبق بر یافته های جدول ۲ مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه ها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری در بین داده ها برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). جدول ۲ نشان می دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ است. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کوچکتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بزرگتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن است. در این پژوهش به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلنوبایس»^{۳۷} استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۰/۷۴ و ۰/۲۳ به دست آمد که نشان می دهد توزیع داده های چند متغیری نرمال است. در نهایت به منظور ارزیابی همگنی واریانس ها نمودار پراکندگی واریانس های استاندارد شده خطاها^{۳۸} مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفروضه یاد شده نیز در بین داده ها برقرار است.

تحلیل مدل

الف) مدل اندازه گیری: در مدل اندازه گیری پژوهش راهبرد مقابله ای مسئله مداری، راهبرد مقابله ای هیجان مداری و تعلل ورزی متغیر مکنون بودند و مدل اندازه گیری پژوهش را شکل دادند. چنین فرض شده بود که متغیر مکنون راهبرد مقابله ای مسئله مداری به وسیله نشانگرهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسأله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت، متغیر مکنون راهبرد مقابله ای هیجان مداری به وسیله نشانگرهای مقابله مستقیم، دوری گزینی، گریز-اجتناب و خویشنداری و متغیر مکنون تعلل ورزی به وسیله نشانگرهای عمدی، ناشی از خستگی و ناشی از بی برنامهگی سنجیده می شود. چگونگی برازش مدل اندازه گیری

- 35 - variance inflation factor
 36 - tolerance
 37 - Mahalanobis distance (D)
 38 - standardized residuals

با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، نرم افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال^{۳۹} (ML) ارزیابی شد. جدول ۳ شاخص های برازندگی مدل های اندازه گیری و ساختاری را نشان می دهد.

جدول ۳: شاخص های برازش مدل های اندازه گیری و ساختاری					
نقطه برش ^۱	مدل ساختاری		مدل اندازه گیری		شاخص های برازندگی
	اصلاح شده	اولیه	اصلاح شده	اولیه	
-	۱۰۴/۹۶	۱۵۹/۰۹	۹۴/۶۸	۱۱۷/۰۷	مجذور کای ^۲
-	۴۸	۴۹	۴۰	۴۱	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۱۹	۳/۲۵	۲/۳۷	۲/۸۶	χ^2/df^3
۰/۹۰ >	۰/۹۳۷	۰/۹۱۱	۰/۹۳۸	۰/۹۲۶	GFI ^۴
۰/۸۵۰ >	۰/۸۹۵	۰/۸۵۸	۰/۸۹۸	۰/۸۸۲	AGFI ^۵
۰/۹۰ >	۰/۹۶۱	۰/۹۲۹	۰/۹۶۴	۰/۹۵۰	CFI ^۶
۰/۰۸ <	۰/۰۶۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴	۰/۰۸۶	RMSEA ^۷

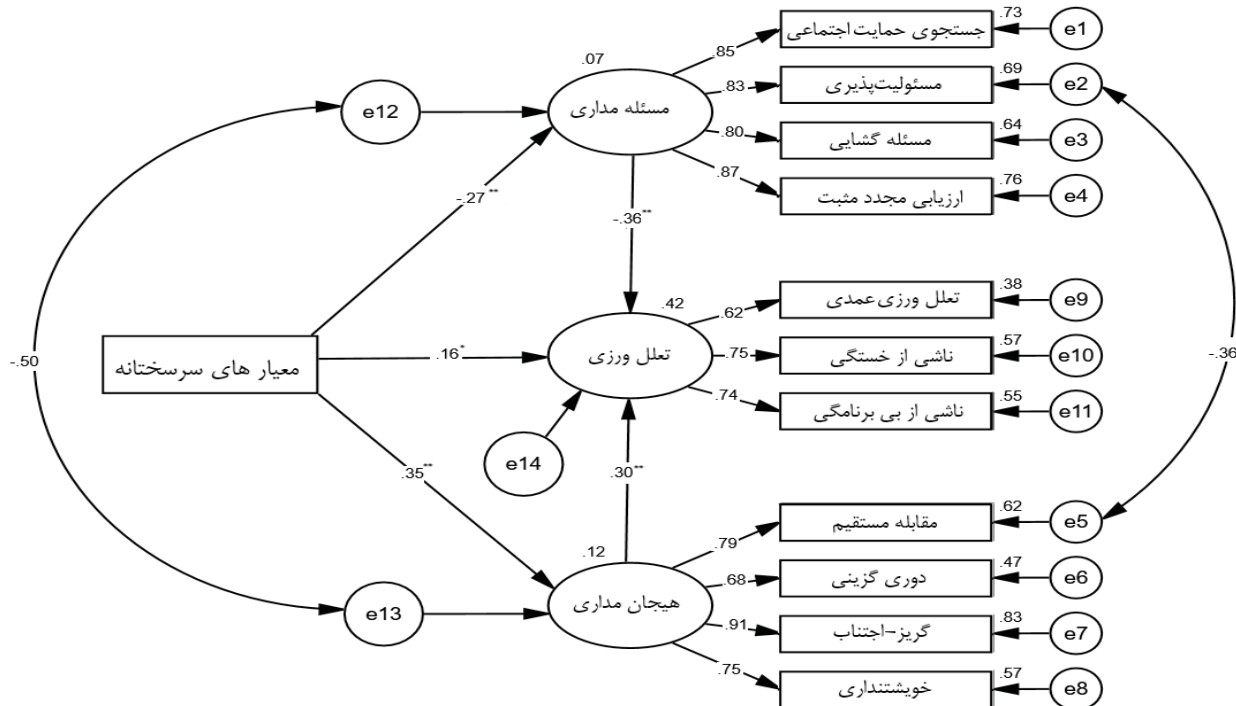
جدول ۳ نشان می دهد که شاخص برازندگی RMSEA حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده حمایت نمی کند. به دلیل اهمیت فراوان شاخص برازندگی مزبور در برازش مدل با داده ها، شاخص های اصلاح ارزیابی و براساس آن با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر مسئولیت پذیری و مقابله مستقیم مدل اندازه گیری اصلاح و همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می شود، با اصلاح مدل شاخص های برازندگی حاصل شد که نشان می دهد مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد. در مدل اندازه گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر خویشتن داری ($\beta=0/909$) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر تعلل ورزشی عمدی ($\beta=0/614$) بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بود، می توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

ب) مدل ساختاری: به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه گیری، در مرحله دوم شاخص های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری پژوهش فرض شده بود که طرحواره معیارهای سرسختانه با میانجیگری سبک های مقابله ای با تعلل ورزشی در دانشجویان رابطه دارد. جدول ۳ نشان می دهد که به استثنای شاخص برازندگی RMSEA و χ^2/df دیگر شاخص های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده های گردآوری شده حمایت می کنند. به همین دلیل به دنبال ارزیابی شاخص های اصلاح، با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو متغیر مکنون مقابله مسئله مداری و هیجان مداری، مدل ساختاری اصلاح و با اصلاح مدل همچنان که جدول ۳ نشان می دهد شاخص های برازندگی قابل قبول برای آن به دست. جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می دهد.

جدول ۴: ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری				
مسیر	b	S.E	β	p
طرحواره معیارهای سرسختانه B مقابله هیجان مداری	۰/۱۶۱	۰/۰۳۳	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱
طرحواره معیارهای سرسختانه B مقابله مسئله مداری	-۰/۱۲۲	۰/۰۳۱	-۰/۲۷۳	۰/۰۰۱
مقابله هیجان مداری B تعلل ورزشی	۰/۳۰۴	۰/۱۰۰	۰/۲۹۵	۰/۰۰۱
مقابله مسئله مداری B تعلل ورزشی	-۰/۳۸۰	۰/۱۰۶	-۰/۳۵۸	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم طرحواره معیارهای سرسختانه B تعلل ورزشی	۰/۰۷۷	۰/۰۳۵	۰/۱۶۲	۰/۰۲۳
ضریب مسیر مستقیم غیر طرحواره معیارهای سرسختانه B تعلل ورزشی	۰/۰۹۵	۰/۰۲۶	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل طرحواره معیارهای سرسختانه B تعلل ورزشی	۰/۱۷۲	۰/۰۴۴	۰/۳۶۲	۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر کل بین طرحواره معیارهای سرسختانه و تعلل ورزشی ($\beta=0/362, P=0/001$) مثبت و معنادار است. ضریب مسیر بین مقابله مسئله مداری و تعلل ورزشی ($\beta=-0/358, P=0/001$) منفی و ضریب مسیر بین مقابله هیجان مداری و

تعلل ورزی ($\beta=0/295, P=0/001$) مثبت و معنادار بود. جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین معیارهای سرسختانه و تعلل ورزی ($\beta=0/200, P=0/001$) مثبت و معنادار است. استفاده از فرمول بارون و کنی فرمول بارون و کنی^{۴۰} (۱۹۸۶)، به نقل از مالنکروت و همکاران^{۴۱} (۲۰۰۶) نشان داد که ضریب مسیر معیارهای سرسختانه و تعلل ورزی از طریق مقابله مسئله مداری ($\beta=0/097, P=0/001$) و از طریق مقابله هیجان مداری ($\beta=0/105, P=0/001$) مثبت و معنادار است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که هر دو سبک مقابله مسئله مداری و هیجان مداری به صورت مثبت و معنادار رابطه بین معیارهای سرسختانه و تعلل ورزی را در دانشجویان میانجیگری می کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش با استفاده از داده های استاندارد را نشان می دهد.



شکل ۱: پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

شکل فوق نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چند گانه (R^2) برای متغیر تعلل ورزی برابر با ۰/۴۲ بود. این موضوع بیانگر آن است که معیارهای سرسختانه و سبک های مقابله ای در مجموع ۴۲ درصد از واریانس تعلل ورزی را در دانشجویان تبیین می کنند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف پژوهش پیش بینی تعلل ورزی بر اساس طرحواره ی معیارهای سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج انجام شد. یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بود که تعلل ورزی بصورت معناداری با طرحواره ی معیارهای سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای رابطه وجود دارد. این نتایج همسو با مطالعات پیشین بود. بچ و همکاران (۲۰۱۸)، لازاروس و فولکمن (۱۹۸۹)، سادلر و ساکس (۱۹۹۳)، یانگ و همکاران (۲۰۲۳)، بروفی (۲۰۰۵)، ویلیامز و همکاران (۲۰۲۰)، استوارت و همکاران (۲۰۲۱)، اسمیت و جونز (۲۰۲۱)، علامه و محرابی زاده هنرمند (۱۳۹۰) همسو می باشد. در مطالعه ای در یافتند که بین تعلل ورزی با طرحواره ی معیارهای سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای رابطه مستقیم و معنادار در سطح معناداری ۰/۰۱۸ وجود دارد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که افراد دارای معیار های سرسختانه و افرادی که تعلل ورزی دارند هر دو دارای استاندارد های سطح بالایی هستند و هر دو دسته از اشتباه کردن می ترسند (بور کاو یوئن، ۱۹۸۳) و میخواهند به موفقیت برسند. این طرحواره به طور معمول در خانواده هایی به وجود می آید که در آن ها عصبانیت، توقع و گاهی اوقات تنبیه مشاهده می شود؛ در این خانواده ها، بر عملکرد عالی، بی نقص گرایی، وظیفه شناسی، پیروی از قوانین، پنهان سازی هیجان هاف اجتناب از اشتباه تاکید می شود، در عین حال که به لذت، خوشحالی و آرامش اهمیت چندانی داده نمی شود. معمولاً در چنین افرادی تمایلی نهفته نسبت به بدبینی و نگرانی وجود دارد، بدین صورت که اگر افراد نتوانند در تمام اوقات گوش به زنگ باشند، همه چیز از

40 -Baron and Kenny

41 -Mallinckrodt et al

هم می باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۴؛ ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۹۷). افراد دارای معیارهای سرسختانه/عیب جویی، باور اساسی شان مبنی بر این است که فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه در بازه رفتار و عملکرد خود فرد باید کوشش فراوانی به خرج دید و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می گیرد. این طرحواره به طور معمول در خانواده هایی به وجود می آید که تحت فشارند، نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب جویی می کنند و توقع دارند کارها را با کیفیت عالی و در کوتاه ترین زمان انجام شوند. این طرحواره اغلب منجر به نقص های جدی در احساس لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، پیشرفت یا روابط رضایت مندانه می شود و معمولاً به شکل های زیر بروز می کند: ۱. بی نقص گرایی، توجه غیر معمول به جزئیات یا رازیابی کمتر از حد عملکرد خود در مقایسه با عملکرد دیگران ۲. قوانین غیر قابل انعطاف و باید ها، در بسیاری از حوزه های زندگی از جمله معیارهای بالا و غیر واقع بینانه اخلاقی، فرهنگی و مذهبی ۳. دغدغه زمان و کارآمدی به منظور انجام کار بیشتر. طبق نظریه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۹) ما دو نوع سبک مقابله ای داریم که شامل مسئله مدار و هیجان مدار می باشد که در سبک مقابله مسئله مدار: سبک های مقابله ای مسئله مدار به دنبال کاهش استرس از طریق برخورد مستقیم با عامل استرس را برای کاهش تأثیر آن هستند. این سبک مقابله ای با هدف حذف یا تغییر عامل استرس را، عمل محور می باشد اما در سبک مقابله هیجان مدار: هدف، کاهش تأثیر احساسات ناراحت کننده است. این روش مؤثرتر از مقابله مسئله مدار برای شرایطی است که فرد کنترلی بر آن ها ندارد (مانند یک بیماری شدید ناتوان کننده یا مرگ یکی از عزیزان). افراد دارای معیارهای سرسختانه با تلاش های کمال گرایانه مانند داشتن معیارهای شخصی بالا، وضع معیارهای دقیق برای عملکرد و تلاش برای عالی بودن دارند. تمایلات کمال گرایی، ایجاد و انتخاب استانداردهای بی حد و اندازه بزرگ و غیر قابل انعطاف، نوعی الزام در دستیابی به اهداف و معیارهای بالا، وجود نیروی انگیزشی که بیشتر ناشی از ترس از شکست است تا کسب موفقیت، سنجش فرد از خویش صرفاً برحسب تولید یا دستاوردهای خود، اعتقاد به قانون همه یا هیچ، مشکل در لذت بردن و خرسند شدن حتی زمانی که موفقیت حاصل شده باشد، طفره رفتن از کاری که قرار است مورد قضاوت و ارزیابی قرار گیرد و تعلل طولانی در کامل کردن کارهای محوله از جمله نشانه های دانشجویان کمال گرا است که باعث می شود این افراد، نسبت به داوطلب شدن برای پاسخگویی به سوالاتی که جواب آنها چندان قطعی نیست، بی رغبتی نشان داده و بیش از حد نسبت به یک شکست کوچک واکنش عاطفی یا اضطراب از خود نشان می دهند که این ویژگیها می تواند عملکرد تحصیلی این دانشجویان را به طور منفی تحت تأثیر قرار دهد. زیرا، از طرفی ممکن است باعث شود این دانشجویان انجام امور تحصیلی خود را به دلیل اینکه مبادا نتوانند از عهده انجام آنها به طور کامل و مطلوب بر آیند، به تأخیر بیندازند و از طرف دیگر، ممکن است به تدریج عدم وصول به اهداف و معیارهای غیرواقع بینانه ای که برای خود در نظر گرفته اند، باعث شود که دچار ناامیدی و درماندگی شده، دست از کوشش بردارند و دچار افت تحصیلی شوند. در مجموع می توان نتیجه گرفت که طرحواره ی معیارهای سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در زمره ی متغیرهای مرتبط با تعلل ورزی هستند. بر همین اساس، این یافته حاکی از اهمیت و نقش طرحواره ی معیارهای سرسختانه با نقش میانجی سبک های مقابله ای در تعلل ورزی بوده و روانشناسان و مشاوران می توانند به نقش طرحواره ی معیارهای سرسختانه و سبک های مقابله ای در تعلل ورزی توجه لازم را به جای آورند. از محدودیت های پژوهش می توان گفت: جامعه ی آماری این پژوهش تنها دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود که باید در تعمیم بیرونی یافته ها احتیاط کرد، محدود شدن به استفاده از پرسشنامه و مقیاس به عنوان ابزار تحقیق و عدم استفاده از روش های دیگر مانند مصاحبه و مشاهده و غیره که می توانست بر اعتبار این پژوهش بی افزاید، عدم کنترل تفاوت های فردی و فرهنگی آزمودنی ها در پژوهش که ممکن بوده بر نتایج بدست آمده تأثیر گذار باشد.

پاسگزارای ها

نویسندگان از تمامی کسانی که با مشارکت خود در پژوهش حاضر نقش اصلی را در انجام آن داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ گونه تضاد منفعی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

منابع

- آهی، قاسم (۱۳۸۴) بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ پایان نامه کارشناسی ارشد روان سنجی دانشگاه علامه طباطبائی
- حکمتیان فرد، صادق، گلستان، سید موسی. (۱۴۰۲). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با تعلل ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی های شخصیتی و کمال گرایی، نشریه روانشناسی، شماره ۱۰۵، ۴۲ - ۵
- علامه، عاطفه و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۰). روابط ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب اجتماعی، کمالگرایی و تعلل با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان در دانش آموزان دختر سال اول دبیرستانهای اهواز. اولین همایش ملی روانشناسی سلامت.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. اسفند ۱۳۹۰.

نصیری جوقابی، مهناز، اصغری، فرهاد و پور صفر، علی. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ساختاری طرحواره های ناسازگار اولیه، تمایز یافتگی خود و عملکرد جنسی با تمایل به روابط فرا زناشویی. مجله روانشناسی، ۳ (۳۵)، ۳۲۹-۳۴۹.

همایونی، شقایق. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ی طرحواره های ناسازگار اولیه با پر خاشگری و سبک مقابله ای هیجان مدار دانش آموزان دختر، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت معلم شهید رجایی یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، ویشار، مارجوری. (۲۰۱۵). طرحواره درمانی: راهمای کاربردی برای متخصصان بالینی.

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349.

Brophy, D. R. (2005). Understanding, measuring, and enhancing collective creative problem solving efforts. *Creativity Research Journal*, 11 (3), 199-229.

Chowdhury, S. F., & Pychyl, T. A. (2018). A critique of the construct validity of active procrastination. *Personality and Individual Differences*, 120, 7-12

Hawkins, A., & Stewart, P. (2021). Social anxiety and its relationship with procrastination: The mediating role of avoidance-based coping strategies. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101659. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101659>

Hong, J. C., Lee, Y. F., & Ye, J. H. (2021). Procrastination predicts online self-regulated learning and online learning ineffectiveness during the coronavirus lockdown. *Personality and individual differences*, 174, 110673.

Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling, edition 4, Guilford press, New York & London

Lazarus RS. Folkman, S. (1989), Stress, appraisal and coping: From spinger publishing company. New York: USA, 234-44.

Ozer, Z., & Yetkin, R. (2018). Walking through different paths: Academic self-efficacy and academic procrastination behaviors of pre-service teachers. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 14(2), 89-99

Saddler, C. D., & Sacks, L. A. (1993). Multidimensional perfectionism and academic procrastination: relationships with depression and academic performance in university students. *Psychol Rep: 73*(3 Pt 1):863-71.

Smith, K., & Jones, M. (2021). Problem-focused coping reduces the impact of social anxiety on procrastination behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 45(3), 551-563. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10121-2>

Meyer, B., & Chao, L. (2021). Perfectionism, social anxiety, and procrastination: A comprehensive analysis of coping mechanisms. *Journal of Anxiety and Stress Management*, 34(4), 215-229. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1893219>

Williams, G., Kim, M., & Edwards, R. (2020). The relationship between emotion-focused coping and procrastination in individuals with social anxiety. *Psychological Reports*, 123(6), 2235-2248. <https://doi.org/10.1177/0033294119889574>

Yang, L, Liu, Z, Shi, S, Huijun, Y, Li, T. (2023). The Mediating Role of Perceived Stress and Academic Procrastination between Physical Activity and Depressive Symptoms among Chinese College Students during the COVID-19 Pandemic, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 773

نقش میانجی هوش هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان دوره ابتدایی

احسان یوسفی

دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد بيله سوار

علی یوسفی

دکترای علوم تربیتی، استاد گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد بيله سوار

The mediating role of emotional intelligence in the relationship between mindfulness and subjective well-being among elementary school teachers

Ehsan Yousefi , Master of General Psychology , Islamic Azad University , Bilesavar Branch

Ali Yousefi , PhD of Educational Psychology , Professor of Deptment of Psychology and Educational Sciecnces , Islamic Azad University , Bilesavar Branch

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to examine the mediating role of emotional intelligence in the relationship between mindfulness and subjective well-being among primary school teachers in the city of Bilesavar.

Materials and Methods: This research was correlational based on structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of primary school teachers in Bilesavar, whose number in the 2023-2024 academic year was 134. Using Cochran's formula, the minimum required sample size was estimated to be 99, and the sample was selected through simple random sampling. The data collection tools included three standardized questionnaires to measure mindfulness, emotional intelligence, and mental well-being. The collected data were analyzed using PLS-SEM software.

Findings: The results showed that the direct path coefficient from mindfulness to subjective well-being was 0.51. The t-value was 5.77, which is greater than 1.96. Therefore, this path coefficient is significant at the 95% confidence level. Additionally, the indirect path coefficient from mindfulness to subjective well-being was 0.27. The t-value was 4.03, which is greater than 1.96. This path coefficient is also significant at the 95% confidence level, confirming the mediating role of emotional intelligence in the relationship between mindfulness and subjective well-being.

Conclusion: The findings of this study indicate that emotional intelligence, as a mediating variable, plays a crucial role in enhancing the impact of mindfulness on subjective well-being. Mindfulness, by strengthening emotional intelligence skills, helps individuals to have more adaptive and effective responses to challenges and stressful situations. For practical applications, it is recommended that educational organizations and schools organize workshops and training programs focusing on mindfulness and emotional intelligence.

Keywords: Mindfulness, Emotional Intelligence, Subjective Well-being, Elementary school teachers

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی هوش هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی در بین معلمان دوره ابتدایی شهرستان بیلهوران انجام گرفت. مواد و روش ها: این پژوهش از نوع همبستگی بر اساس مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه را معلمان مدارس دوره ابتدایی شهرستان بیلهوران تشکیل می دادند که تعداد آنها در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، مشتمل بر ۱۳۴ نفر بودند. با استفاده از فرمول کوکران حداقل حجم نمونه لازم ۹۹ نفر برآورد شد و انتخاب نمونه با روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام گرفت. ابزار جمع آوری داده ها شامل سه پرسشنامه استاندارد برای سنجش ذهن آگاهی، هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی بود. داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار PLS-SEM تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم ذهن آگاهی به بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۵۱ است. مقدار آماره تی برابر با ۵/۷۷ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. بنابراین ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. همچنین، ضریب مسیر غیرمستقیم ذهن آگاهی به بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۲۷ است. مقدار آماره تی برابر با ۴/۰۳ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است، لذا نقش میانجی هوش هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی تأیید می شود. نتیجه گیری یافته های این پژوهش نشان می دهد که هوش هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی، نقشی کلیدی در افزایش تأثیر ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی ایفا می کند. ذهن آگاهی با تقویت مهارت های هوش هیجانی، به افراد کمک می کند تا در برابر چالش ها و موقعیت های استرس زا واکنش های سازگارتر و مؤثرتری داشته باشند. برای کاربرد عملی، پیشنهاد می شود که سازمان های آموزشی و مدارس برنامه های کارگاهی و آموزشی در زمینه ذهن آگاهی و هوش هیجانی برگزار کنند.

کلید واژه ها: ذهن آگاهی؛ هوش هیجانی؛ بهزیستی ذهنی؛ معلمان آموزش ابتدایی

مقدمه

معلمان آموزش ابتدایی به دلیل نقش مهم خود در آموزش و تربیت کودکان، با چالش ها و فشارهای روانی متعددی مواجه هستند. تغییرات سریع در نظام آموزشی، مسئولیت های حرفه ای، استرس های شغلی، مشکلات رفتاری دانش آموزان و نیاز به تعامل مداوم با دانش آموزان و والدین، همگی می توانند سلامت روانی معلمان را تحت تأثیر قرار دهند (جنینگز و گرینبرگ^{۴۲}، ۲۰۱۹). در این میان، سه مفهوم مهم ذهن آگاهی، هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی به عنوان سازه های تأثیرگذار در سلامت روانی معلمان، بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته اند (فن و کوی^{۴۳}، ۲۰۲۴). بهزیستی ذهنی که شامل مؤلفه های روان شناختی و هیجانی نظیر رضایت از زندگی، احساس شادی و کنترل هیجانات منفی است، می تواند به عنوان سپری در برابر این فشارها عمل کند (دینر^{۴۴} و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات متعدد تأکید دارند که بهزیستی ذهنی معلمان از اهمیت بسزایی برخوردار است. این متغیر نه تنها بر عملکرد حرفه ای آنان تأثیر می گذارد و سلامت روانی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه بر نتایج شناختی و بهزیستی دانش آموزان نیز تأثیرگذار است (راهم و هایس^{۴۵}، ۲۰۱۹؛ دانشپایه، ۱۴۰۲؛ حبیبپور، ۱۴۰۱). مطالعات نشان داده اند که معلمان با سطح بالای بهزیستی ذهنی، انگیزه بیشتری برای تدریس دارند، روابط بهتری با دانش آموزان برقرار می کنند و در مدیریت کلاس موفق تر هستند (شا^{۴۶} و همکاران، ۲۰۲۲؛ پان^{۴۷} و همکاران، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، ذهن آگاهی، به عنوان یک توانایی شناختی و رفتاری که در آن فرد به شیوه ای آگاهانه و بدون قضاوت به لحظه حال توجه می کند (کابات-زین^{۴۸}، ۱۹۸۲)، به طور چشمگیری با بهزیستی ذهنی در ارتباط است (شات و مالوف^{۴۹}، ۲۰۱۱). تحقیقات اخیر نشان داده است که ذهن آگاهی نقش مهمی در بهبود سلامت روانی دارد. ذهن آگاهی از طریق افزایش خودآگاهی و کاهش واکنش پذیری به استرس، می تواند بهزیستی ذهنی را بهبود بخشد (لیو^{۵۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ شا و همکاران، ۲۰۲۲). با این وجود،

- 42 Jennings, & Greenberg
- 43 Fan, & Cui
- 44 Diener
- 45 Rahm, & Heise
- 46 Sha
- 47 Pan
- 48 Kabat-Zinn
- 49 Schutte, & Malouff
- 50 Liu

مکانیسم دقیق اثرگذاری ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی هنوز به طور کامل شناخته نشده است. یکی از عوامل احتمالی که می تواند این رابطه را تبیین کند، هوش هیجانی است (گرایبل^{۵۱}، ۲۰۱۵). هوش هیجانی به توانایی تشخیص، درک و مدیریت هیجانات خود و دیگران اشاره دارد که می تواند اثرات ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی را تسهیل یا تقویت کند (سالووی و مایر^{۵۲}، ۱۹۹۰؛ بار-آن^{۵۳}، ۲۰۰۶). هوش هیجانی به معلمان کمک می کند تا درک بهتری از هیجانات خود و دیگران داشته باشند و از این طریق، مدیریت مؤثرتری بر استرس ها و چالش های شغلی اعمال کنند (چنگ^{۵۴} و همکاران، ۲۰۲۲؛ لی و ژانگ^{۵۵}، ۲۰۲۱).

در دهه های اخیر، توجه پژوهشگران به ارتباط بین ذهن آگاهی، هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی به طور فزاینده ای افزایش یافته است. گرایبل (۲۰۱۵) نشان می دهد که ذهن آگاهی رابطه مثبتی با هوش هیجانی دارد و هوش هیجانی نقش میانجی بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی ایفا می کند. شات و مالوف (۲۰۱۱) نیز نشان داده اند که هوش هیجانی به مدیریت بهتر استرس و ایجاد احساسات مثبت کمک می کند که منجر به افزایش بهزیستی ذهنی می شود.

پان و همکاران (۲۰۲۲) تأثیرات مثبت تمرینات ذهن آگاهی بر بهبود مهارت های هوش هیجانی و افزایش بهزیستی ذهنی را نشان می دهند. از سوی دیگر، قمری و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کرده اند که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان شناختی دانشجویان می شود. پهلوانی و جوکار (۱۴۰۲) گزارش دادند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده مثبتی برای شادکامی و پیشرفت تحصیلی است. یافته های پژوهشی خان و همکاران (۱۴۰۱) نشان می دهد که هوش هیجانی تأثیر مستقیمی بر بهزیستی ذهنی معلمان دارد و این تأثیر از طریق راهبردهای تنظیم هیجانی تقویت می شود.

نتایج پژوهش افشاری و فتحی (۱۴۰۳) و رضائی (۱۴۰۱) نشان می دهد که بهزیستی روان شناختی از هوش هیجانی تأثیر می پذیرد. هیدالگو-فونت^{۵۶} و همکاران (۲۰۲۴) نیز گزارش داده اند که هوش هیجانی و حمایت اجتماعی هر دو با شادی ذهنی و رضایت از زندگی مرتبط هستند. پادی^{۵۷} و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که ارزیابی مجدد شناختی در تنظیم هیجان به عنوان یک میانجی مثبت عمل می کند و با تقویت ذهن آگاهی، موجب افزایش بهزیستی روانی می شود.

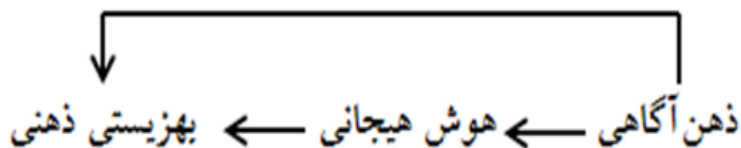
تیل^{۵۸} و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که ارتباط معناداری بین نمرات هوش هیجانی، ذهن آگاهی و بهزیستی وجود دارد. فوستر^{۵۹} و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که ذهن آگاهی بالاتر با هوش هیجانی بالاتر مرتبط است. هوانگ^{۶۰} و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که افراد با هوش هیجانی بالاتر، سطوح بالاتری از بهزیستی ذهنی را گزارش کردند. اروس و دنیز^{۶۱} (۲۰۲۰) نشان دادند که ذهن آگاهی به طور غیرمستقیم و از طریق هوش هیجانی تأثیر معناداری بر بهزیستی روان شناختی دارد. هوش هیجانی نقش واسطه ای کامل در این رابطه ایفا می کند و تقویت آن از طریق ذهن آگاهی می تواند به بهبود بهزیستی روانی منجر شود.

به طور کلی، این پژوهش ها نشان می دهند که ذهن آگاهی و هوش هیجانی تأثیرات مثبتی بر بهزیستی ذهنی دارند و هوش هیجانی به عنوان میانجی، رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی را تقویت می کند. این یافته ها به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در معلمان و سایر گروه های اجتماعی کمک می کند. اگرچه تحقیقات متعددی بر اهمیت ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان تأکید داشته اند، اما هنوز شکاف های مهمی در این حوزه وجود دارد. اولاً، مطالعات پیشین عمدتاً بر رابطه مستقیم ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی متمرکز بوده اند و کمتر به مکانیسم های میانجی گری که این رابطه را تقویت یا تضعیف می کنند، پرداخته اند. ثانیاً، درحالی که هوش هیجانی به عنوان یک عامل کلیدی در مدیریت استرس و بهبود روابط اجتماعی شناخته شده است، نقش آن به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی جامع تر و عمیق تر این روابط، به دنبال پر کردن این شکاف ها است و سعی دارد تا تأثیر هوش هیجانی را به عنوان متغیر میانجی در تعامل ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان ابتدایی مورد مطالعه قرار دهد. نتایج پژوهش می تواند به معلمان کمک کند تا مهارت های روان شناختی خود را بهبود بخشیده و از این طریق، کیفیت زندگی حرفه ای و شخصی خود را ارتقا

- 51 Griebel
- 52 Salovey, & Mayer
- 53 Bar-On
- 54 Cheng
- 55 Li, Y., & Zhang
- 56 Hidalgo-Fuentes
- 57 Padhy
- 58 Teal
- 59 Foster
- 60 Huang
- 61 Erus, & Deniz

دهند. بطور خلاصه، این مطالعه با ارائه یک چارچوب مفهومی مبتنی بر ادبیات موجود، نشان می‌دهد که هوش هیجانی نقش واسطه‌ای میان ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی ایفا می‌کند. مدل مفهومی این پژوهش در شکل زیر نشان داده شده است.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری طراحی شده بود. جامعه آماری این مطالعه را معلمان مدارس دوره ابتدایی شهرستان بیلهرسوار تشکیل می‌دادند که تعداد آنها در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، مشتمل بر ۱۳۴ نفر بودند. با استفاده از فرمول کوکران حداقل حجم نمونه لازم ۹۹ نفر برآورد شد. با توجه به این که اندازه جامعه نسبتاً کوچک بود و امکان دسترسی به فهرست کامل اعضای جامعه فراهم بود، انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام گرفت. معیارهای ورود شامل تدریس در دوره ابتدایی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معلمانی که پرسشنامه‌ها را به طور کامل پاسخ ندادند یا تمایل به همکاری نداشتند، از مطالعه حذف شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و داده‌های آنان به صورت کاملاً محرمانه نگهداری شده و تنها برای اهداف علمی پژوهش استفاده می‌شود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه استاندارد برای سنجش ذهن آگاهی، هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی به شرح زیر بود.

۱- پرسشنامه بهزیستی ذهنی کیز و ماگیار^{۶۲} (۲۰۰۳): این ابزار ۴۵ سؤال دارد که سه بعد اصلی بهزیستی ذهنی، شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای ابعاد آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ گزارش شده است (کیز و ماگیار، ۲۰۰۳).

۲- پرسشنامه هوش هیجانی شات^{۶۳} و همکاران (۱۹۹۸): پرسشنامه‌ای ۳۳ سؤالی است که سه مقوله اصلی هوش هیجانی شامل تنظیم و مدیریت هیجان، بهره‌گیری از هیجان، و ارزیابی هیجان را می‌سنجد. این مقیاس بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) طراحی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ابزار بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۸ است. ضرایب پایایی برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۶ و ۰/۵۵ برآورد شده است (شات و مالوف، ۲۰۱۱؛ گرایبل و همکاران، ۲۰۱۵).

۳- پرسشنامه ذهن آگاهی بائر^{۶۴} و همکاران (۲۰۰۶): این ابزار ۳۹ سؤال دارد و پنج بعد شامل مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش را می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز تا ۵=همیشه) ارائه می‌دهند. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ متغیر است و نشان‌دهنده سازگاری درونی مناسب ابزار است (گرایبل و همکاران، ۲۰۱۵).

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزارهای PLS-SEM تجزیه و تحلیل شد. روش‌های آمار توصیفی برای ارائه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و آمار استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

الف- توصیف متغیرها

منظور از یافته‌های توصیفی گزارش مشخصات جمعیت‌شناسی و گزارش شاخصه‌هایی از قبیل میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و ارائه ماتریس همبستگی این متغیرها با یکدیگر می‌باشد. در این پژوهش، مجموع معلمان مورد مطالعه ۹۹ نفر بودند. از این تعداد، ۴۰ نفر معلم مرد (۴۰ درصد) و ۵۹ نفر معلم زن (۶۰ درصد) بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

62	Keyes & Magyar-Mae
63	Schutte
64	Baer

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرها ($p < 0.05$)*

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. مشاهده	۱										
۲. توصیف	۰/۶۱*	۱									
۳. عمل با آگاهی	۰/۵۳*	۰/۶۴*	۱								
۴. عدم قضاوت	۰/۵۷*	۰/۶۸*	۰/۶۲*	۱							
۵. عدم واکنش	۰/۵۷*	۰/۵۵*	۰/۵۶*	۰/۶۷*	۱						
۶. تنظیم هیجان	۰/۶۲*	۰/۵۳*	۰/۴۵*	۰/۵۷*	۰/۴۹*	۱					
۷. ارزیابی هیجان	۰/۴۱*	۰/۳۱*	۰/۳۲*	۰/۳۶*	۰/۳۸*	۰/۴۹*	۱				
۸. بهره وری از هیجان	۰/۵۲*	۰/۴۴*	۰/۳۲*	۰/۳۹*	۰/۴۱*	۰/۵۵*	۰/۶۰*	۱			
۹. بهزیستی هیجانی	۰/۶۲*	۰/۴۶*	۰/۴۹*	۰/۵۰*	۰/۶۱*	۰/۵۰*	۰/۴۰*	۰/۴۷*	۱		
۱۰. بهزیستی روانشناختی	۰/۶۴*	۰/۵۲*	۰/۴۶*	۰/۴۶*	۰/۴۹*	۰/۵۵*	۰/۳۶*	۰/۳۴*	۰/۳۸*	۱	
۱۱. بهزیستی اجتماعی	۰/۴۹*	۰/۳۱*	۰/۳۲*	۰/۳۴*	۰/۳۱*	۰/۳۲*	۰/۵۹*	۰/۶۰*	۰/۴۳*	۰/۳۵*	۱
میانگین	۲۰/۹۶	۲۱/۶۰	۲۰/۳۹	۲۰/۱۰۰	۱۶/۱۲	۲۷/۱۱	۳۲/۸۱	۳۰/۴۷	۲۹/۵۸	۴۳/۳۱	۴۱/۱۱
انحراف معیار	۸/۸۱	۹/۵۰	۷/۳۴	۷/۷۷	۵/۵۶	۱۰/۹۰	۱۲/۰۵	۱۱/۱۰	۱۲/۶۴	۱۶/۸۲	۱۳/۲۳

مطابق جدول ۱ همبستگی بین متغیرها بین ۰/۳۰ الی ۰/۷۰ و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بر این اساس همبستگی در بین همه متغیرها منطقی است.

ب- مدل سازی معادلات ساختاری

نرم افزار PLS-SEM به عنوان یکی از رویکردهای متداول SEM، به دلیل قابلیت تحلیل داده های کوچک، توزیع های غیر نرمال و مدل های پیچیده، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در استفاده از روش PLS-SEM، توجه به پیش فرض ها و شرایط اجرای صحیح تحلیل از اهمیت بالایی برخوردار است. این پیش فرض ها شامل بررسی کیفیت مدل اندازه گیری و کیفیت مدل ساختاری می شوند. همچنین، برای اطمینان از معناداری نتایج، از آزمون بوت استرپ برای ارزیابی ضرایب مسیر و شاخص های آماری استفاده می شود.

۱- تحلیل مدل اندازه گیری

جدول ۲. مدل اندازه گیری

میانگین واریانس استخراج شده	پایایی ترکیبی سازه ها	آلفای کرونباخ سازه ها	بارهای عاملی شاخص ها	متغیرها
۰/۵۹	۰/۸۱	۰/۷۰		بهزیستی ذهنی
			۰/۷۴	بهزیستی اجتماعی
			۰/۷۶	بهزیستی روانشناختی
			۰/۸۰	بهزیستی هیجانی
۰/۶۸	۰/۹۱	۰/۸۸		ذهن آگاهی
			۰/۸۴	توصیف
			۰/۸۵	عدم قضاوت
			۰/۸۲	عدم واکنش
			۰/۷۹	عمل همراه با آگاهی
			۰/۸۲	مشاهده
۰/۷۰	۰/۸۷	۰/۷۸		هوش هیجانی
			۰/۸۴	تنظیم هیجان
			۰/۸۱	ارزیابی و بیان هیجان
			۰/۸۵	بهره وری از هیجان

مطابق با گفته هیر^{۶۵} و همکاران (۲۰۱۷)، بارهای عاملی تمام شاخص باید از ۰/۷ بیشتر باشد. در اینجا تمام بارهای عاملی از مقدار ۰/۷ بالاتر هستند، لذا بارهای عاملی شاخصها برای تأیید مدل اندازه گیری برقرار است. مطابق جدول ۲ مقدار آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی از مقدار حداقلی مورد تأیید یعنی ۰/۷ برای تمام سازهها بالاتر میباشد، لذا پایایی مورد تأیید خواهد بود. مطابق با مطالعات هیر و همکاران (۲۰۱۷) مقدار AVE باید بیشتر از ۰/۵ باشد تا روایی همگرا تأیید شود. طبق جدول ۲ مقدار میانگین واریانس استخراج شده برای تمام سازهها بالای ۰/۵ میباشد، لذا مدل تا این مرحله بدون حذف هیچ شاخصی حفظ میشود.

۲- تحلیل مدل ساختاری

برای اطمینان از عدم وجود هم خطی شدید میان متغیرهای مستقل از معیار VIF استفاده می شود. مقدار آن باید کمتر از ۵ باشد. در این پژوهش، هم خطی بین سازههای ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی برابر با ۱/۶۹، ذهن آگاهی و هوش هیجانی ۱/۰۰ و هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی ۱/۶۸ بود، که کمتر از مقدار ۵ است، لذا میتوان این مقدار از هم خطی را منطقی و قابل قبول دانست. دومین معیار ضریب تعیین (R2) میباشد. مقدار R2 نشان می دهد که چه میزان از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل تبیین شده است. چین^{۶۶} و همکاران (۲۰۰۳) مقادیر ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ را به ترتیب مقادیر ضعیف، متوسط و قوی ارزیابی کرده اند. در این پژوهش، ضریب تعیین بهزیستی ذهنی ۰/۶۶ و هوش هیجانی ۰/۴۱ بود که در حد مناسبی قرار دارد. معیار دیگر ضریب پیشبینیکننده (Q2) است. مقدار Q2 نشان دهنده قدرت پیش بینی متغیرهای مستقل برای متغیر وابسته است. اگر مقدار ضریب بزرگتر از صفر باشد، مدل از قدرت پیش بینی کنندگی مناسبی برخوردار است. در این پژوهش، مقدار Q2 برای بهزیستی ذهنی ۰/۳۶ و برای هوش هیجانی ۰/۲۷ بهدست آمد.

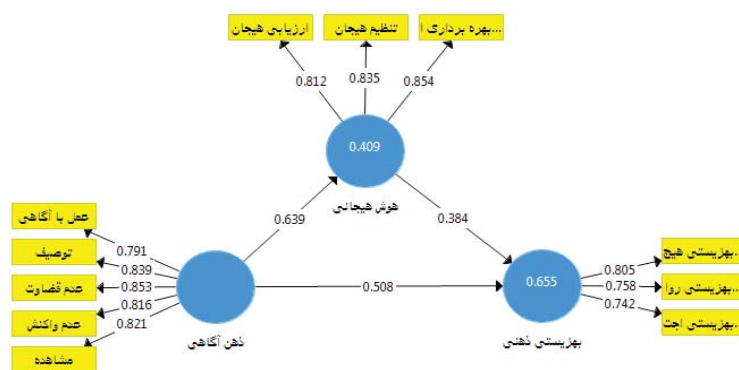
۳- آزمون نیکویی برازش (GOF)

معیار GOF یا نیکویی برازش در روش معادلات ساختاری حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) به عنوان یک شاخص کلی برای ارزیابی کیفیت کلی مدل (ترکیبی از مدل اندازه گیری و مدل ساختاری) استفاده می شود. این معیار برای بررسی تناسب داده ها با مدل و تعیین میزان پیش بینی پذیری و روایی کلی مدل طراحی شده است (تننهائوس^{۶۷} و همکاران، ۲۰۰۵). معیار GOF از ترکیب میانگین ضریب تعیین (R2) و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) محاسبه می شود. ورتلس^{۶۸} و همکاران (۲۰۰۹) برای تفسیر مقادیر GOF، سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب برازش ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته اند. در این پژوهش میانگین ضریب تعیین ۰/۵۳ و میانگین واریانس استخراج شده ۰/۶۶ است. بنابراین، مقدار معیار GOF برابر ۰/۵۹ برآورد شد که نشان از برازش قوی مدل کلی تحقیق است.

۴- بررسی فرضیه های تحقیق و ارائه نتایج

در این پژوهش، نتایج لازم برای تأیید و رد فرضیات مستقیم اعم از ضرایب مسیر و آماره تی و سطح معناداری نشان داده میشوند. ضرایب مسیر نشان دهنده شدت و جهت رابطه بین متغیرهای پنهان است. معناداری ضرایب مسیر از طریق آزمون بوت استرپ ارزیابی می شود. اگر آماره تی از ۱/۹۶ بزرگتر باشد فرض مورد نظر در سطح اطمینان ۰/۹۵ یا همان سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ مورد تأیید خواهد بود.

شکل ۲- ضرایب مسیر



- 65 Hair
66 Chin
67 Tenenhaus
68 Wetzels

جدول ۳. نتایج آزمون فرضیات پژوهش

فرضیه	مسیر	ضریب مسیر	آماره تی	معناداری	نتیجه
اول	ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی	۰/۵۱	۵/۷۷	۰/۰۰	تأیید
دوم	ذهن آگاهی و هوش هیجانی	۰/۶۴	۱۲/۰۴	۰/۰۰	تأیید
سوم	هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی	۰/۳۸	۴/۴۳	۰/۰۰	تأیید
چهارم	ذهن آگاهی و هوش هیجانی و بهزیستی ذهنی	۰/۲۷	۴/۰۳	۰/۰۰	تأیید

فرضیه اول پژوهش: ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی معلمان اثر معناداری دارد. با توجه جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم ذهن آگاهی به بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۵۱ است. مقدار آماره تی برابر با ۵/۷۷ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. بنابراین ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

فرضیه دوم پژوهش: ذهن آگاهی بر هوش هیجانی معلمان اثر و معناداری دارد. با توجه جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم ذهن آگاهی به هوش هیجانی برابر با ۰/۶۴ است. مقدار آماره تی برابر با ۱۲/۰۴ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. لذا ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

فرضیه سوم پژوهش: هوش هیجانی بر بهزیستی ذهنی معلمان اثر معناداری دارد. با توجه جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم هوش هیجانی به بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۳۸ است. مقدار آماره تی برابر با ۴/۴۳ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. بنابراین ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

فرضیه چهارم پژوهش: هوش هیجانی به عنوان یک عامل میانجی، بر رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی تأثیر گذار است. با توجه جدول ۳، ضریب مسیر غیرمستقیم ذهن آگاهی به بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۲۷ است. مقدار آماره تی برابر با ۴/۰۳ است که از عدد ۱/۹۶ بیشتر است. ضریب مسیر فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. لذا نقش میانجی هوش هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی تأیید میشود.

با توجه به اینکه نقش میانجی معنادار بود، برای تعیین شدت این نقش از آماره VIF استفاده شد که مقداری بین ۰ و ۱ اختیار میکند. هرچه این مقدار به ۱ نزدیکتر باشد نشان از تأثیر قوی سازه میانجی دارد. در این پژوهش مقدار VIF برابر ۰/۳۲ است. چون مقدار VIF بزرگتر از ۰/۲۰ میباشد، اما از ۰/۸۰ کوچکتر است، نقش میانجی تأیید و از نوع میانجی جزئی میباشد.

بحث و نتیجه گیری

برای پژوهش حاضر که به بررسی رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان با نقش میانجی هوش هیجانی پرداخته است، بحث و نتیجه گیری با در نظر گرفتن چارچوب های نظری و یافته های پژوهش تنظیم شد.

نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر بهزیستی ذهنی معلمان دارد. این یافته با پژوهش های پیشین همسو است (مانند زولارس و همکاران، ۲۰۱۹؛ فن و کوی، ۲۰۲۴؛ پهلوانی و جوکار، ۱۴۰۲). ذهن آگاهی از طریق کاهش استرس شغلی، افزایش آگاهی لحظه به لحظه، تقویت مهارت های مدیریت هیجانی، بهبود کیفیت روابط اجتماعی، و افزایش انعطاف پذیری روانی، به ارتقای بهزیستی ذهنی کمک می کند. مطالعات نشان داده اند که تمرین ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب و استرس، افزایش خود آگاهی، و بهبود تعاملات معلمان با دانش آموزان و همکاران می شود (شا و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، معلمان ذهن آگاه توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات منفی و برخورد منطقی با چالش های شغلی دارند (گرایبل و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش های داخلی نیز تأیید می کنند که ذهن آگاهی به بهبود سلامت روانی، کاهش تنش، و افزایش کیفیت زندگی روانی و جسمانی معلمان کمک می کند (پهلوانی و جوکار، ۱۴۰۲؛ قمری و همکاران، ۱۴۰۰). به طور کلی، ذهن آگاهی با تقویت جنبه های روانی و هیجانی، بهزیستی ذهنی معلمان را ارتقا می دهد. این نتایج اهمیت آموزش مهارت های ذهن آگاهی در نظام آموزشی را نشان می دهد، زیرا می تواند به بهبود سلامت روانی معلمان و افزایش کیفیت آموزش کمک کند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ذهن آگاهی به طور معناداری با هوش هیجانی معلمان مرتبط است. این یافته با پژوهش های پیشین (براون و ریان، ۲۰۰۳؛ شات و مالوف، ۲۰۱۱؛ تیل و همکاران، ۲۰۱۸) همخوانی دارد. ذهن آگاهی با تقویت آگاهی لحظه به لحظه و پذیرش هیجانات، به بهبود خود آگاهی، تنظیم هیجانات، و افزایش همدلی کمک می کند که از اجزای اصلی هوش هیجانی هستند. مطالعات نشان داده اند که ذهن آگاهی توانایی مدیریت هیجانات منفی مانند اضطراب و خشم را افزایش داده و احساسات مثبت را تقویت می کند (فوستر و همکاران، ۲۰۱۸؛ گرایبل، ۲۰۱۵). همچنین، تمرین ذهن آگاهی باعث بهبود روابط اجتماعی و تعاملات

حرفه‌ای معلمان می‌شود (اروس و بیکجیچی، ۲۰۱۷). پژوهش‌های داخلی (رضایی، ۱۴۰۱؛ افشاری و فتحی، ۱۴۰۳) نیز نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، هوش هیجانی معلمان را از طریق کاهش تعارضات هیجانی و افزایش اعتمادبه‌نفس تقویت می‌کند. این یافته‌ها بر اهمیت گنجاندن تمرین‌های ذهن آگاهی در برنامه‌های آموزشی معلمان تأکید دارند، چراکه این تمرین‌ها می‌توانند هوش هیجانی و کیفیت تدریس و تعاملات آن‌ها را ارتقا دهند.

هوش هیجانی نیز به طور معناداری با بهزیستی ذهنی معلمان مرتبط است. این مهارت با توانایی مدیریت هیجانات، افزایش خودآگاهی و بهبود روابط اجتماعی، معلمان را قادر می‌سازد تا استرس شغلی را کاهش داده، روابط مثبت‌تری با دانش‌آموزان و همکاران برقرار کنند و رضایت شغلی بیشتری داشته باشند (هیدالگو-فونتنز و همکاران، ۲۰۲۴؛ مارتی ویلار، ۲۰۲۲؛ ترنگ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، هوش هیجانی با تقویت انعطاف‌پذیری روانی و ایجاد حس معنا و هدف در کار، به افزایش بهزیستی ذهنی کمک می‌کند (سالوی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات داخلی نیز این ارتباط را تأیید کرده و نشان داده‌اند که هوش هیجانی از طریق کاهش استرس شغلی، ارتقای سلامت روانی، بهبود روابط اجتماعی، و افزایش اعتمادبه‌نفس، به بهبود بهزیستی ذهنی معلمان کمک می‌کند (خان و همکاران، ۱۴۰۱). این نتایج اهمیت آموزش هوش هیجانی در حرفه معلمی را برجسته کرده و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را نشان می‌دهد.

یکی از یافته‌های کلیدی پژوهش حاضر این است که هوش هیجانی نقش میانجی مهمی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی معلمان ایفا می‌کند. مطالعات مختلف تأیید کرده‌اند که ذهن آگاهی با افزایش خودآگاهی و مهارت‌های تنظیم هیجان، هوش هیجانی را تقویت کرده و بهزیستی روانی را بهبود می‌بخشد (پان و همکاران، ۲۰۲۳؛ اروس و دینز، ۲۰۲۰). طبق مدل سالوی و مایر (۱۹۹۰)، هوش هیجانی شامل توانایی درک، مدیریت و تنظیم هیجانات است. ذهن آگاهی، با تأثیر بر این مهارت‌ها، باعث بهبود روابط اجتماعی، کاهش استرس، و افزایش رضایت شغلی معلمان می‌شود (گرایبل، ۲۰۱۵؛ تیل و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های دیگر (وانگ و کنگ، ۲۰۱۴؛ شات و مالوف، ۲۰۱۱) نیز تأکید کرده‌اند که این مهارت‌ها تأثیر ذهن آگاهی را بر پیامدهای روان‌شناختی مثبت، از جمله بهزیستی ذهنی، تقویت می‌کنند. معلمان به دلیل چالش‌های شغلی نیازمند مهارت‌هایی برای مدیریت هیجانات هستند. ذهن آگاهی با تقویت هوش هیجانی به معلمان کمک می‌کند تا ارتباطات مؤثرتری برقرار کنند و از سلامت روانی بیشتری برخوردار شوند. این یافته‌ها بر اهمیت توسعه برنامه‌های آموزشی برای ارتقای ذهن آگاهی و هوش هیجانی در محیط‌های آموزشی تأکید دارند، زیرا این مهارت‌ها به بهبود سلامت روانی و کیفیت آموزش کمک می‌کنند.

براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد میشود که دوره‌های منظم آموزش ذهن آگاهی برای معلمان، شامل تمرین‌های عملی مانند مدیتیشن، تنفس آگاهانه، و تکنیک‌های تمرکز بر لحظه حال، می‌تواند به صورت حضوری یا آنلاین در برنامه‌های توسعه حرفه‌ای معلمان گنجانده شوند. برنامه‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های هوش هیجانی، مانند خودآگاهی، مدیریت استرس، و برقراری ارتباط مؤثر ایجاد شود. این برنامه‌ها می‌توانند در قالب بازی‌های روان‌شناختی، تست‌های ارزیابی هوش هیجانی، و جلسات مشاوره گروهی طراحی شوند. برنامه‌های مداخلاتی یکپارچه که تمرکز آن‌ها بر تقویت هم‌زمان ذهن آگاهی و هوش هیجانی باشد، ارائه شود. این مداخلات می‌توانند شامل جلسات روان‌شناسی مثبت‌گرا، تمرین‌های گروهی مدیریت هیجانات، و فعالیت‌های افزایش خودآگاهی باشند. همچنین، ابزارهای دیجیتالی مانند اپلیکیشن‌های ذهن آگاهی می‌توانند به عنوان مکمل در این برنامه‌ها استفاده شوند. این پژوهش دارای محدودیتهایی بود که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، اندازه نمونه تحقیق است. اگر مطالعه تنها بر یک گروه معلم خاص متمرکز باشد، نتایج ممکن است قابل تعمیم به کل معلمان نباشد. به‌ویژه، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، و آموزشی ممکن است بر یافته‌ها تأثیر بگذارد. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است به دلیل سوگیری‌های پاسخ‌دهی (مانند تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی) دقت داده‌ها را کاهش دهد. روش‌های مداخله‌ای برای افزایش ذهن آگاهی و هوش هیجانی ممکن است در شرایط مختلف و در میان گروه‌های مختلف معلمان، نتایج متفاوتی داشته باشند. این امر به دلیل تفاوت‌های فردی و انگیزش‌های مختلف معلمان می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر بگذارد.

منابع

افشاری، علی و فتحی، پریسا (۱۴۰۳). بررسی رابطه بین حس انسجام و ذهن آگاهی با رضایت شغلی: نقش میانجی هوش هیجانی. مجله مشاوره شغلی و سازمانی، ۳۶(۳)، ۱۳۹-۱۵۴. <https://ensani.ir/file/download/article/1568437077-9749-97-150..154>
 پهلوانی، زهره و جوکار، بهرام. (۱۴۰۲). رابطه ذهن آگاهی با شادی و پیشرفت تحصیلی: نقش میانجی شناوری تحصیلی. مجله علمی پژوهش در مدرسه و آموزش مجازی، ۱۰(۳)، ۷۵-۹۰. <https://doi.org/10.30473/etl.2023.59992.3560>

- حبیب پور، کرم. (۱۴۰۱). رزیابی وضعیت بهزیستی ذهنی در بین جوانان ایرانیان. مجله علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۲۲(۸۶)، ۵۳-۱۰.
<https://doi.org/10.32598/refahj.22.86.622.2>
- رضائی، غزال (۱۴۰۱) بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان. مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش. ۴۷(۲)، ۲۰۹-۲۰۰.
<https://ensani.ir/file/download/article/1657965734-10146-47-15.pdf>
- قمری، محمد؛ قاسمزاده، عظیم و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی دانشجویان. مجله علمی راهبردهای آموزشی، ۱۴(۱)، ۷۷-۸۷.
 URL: <http://edcbmj.ir/article-1-2134-fa.html>

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicometha*, 18 (Suppl.), 13-25. doi:10.3390/ijerph17218212
- Cheng, X., Ma, Y., Li, J., Cai, Y., Li, L., & Zhang, J. (2020). Mindfulness and psychological distress in kindergarten teachers: The mediating role of emotional intelligence. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8212. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218212>
- Chin, W. W., Marcolin, B. L., & Newsted, P. R. (2003). A partial least squares latent variable modeling approach for measuring interaction effects: Results from a Monte Carlo simulation study and an electronic-mail emotion/adoption study. *Information systems research*, 14(2), 189-217. <https://doi.org/10.1287/isre.14.2.189.16018>
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(2), 87. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000063>
- Erus, S. M., & Deniz, M. E. (2020). The mediating role of emotional intelligence and marital adjustment in the relationship between mindfulness in marriage and subjective well-being. *Pegem Journal of Education and Instruction*, 10(2), <https://doi.org/10.14527/pegegog.2020.011>
- Fan, L., & Cui, F. (2024). Mindfulness, self-efficacy, and self-regulation as predictors of psychological well-being in EFL learners. *Frontiers in Psychology*, 15, 1332002. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1332002>
- Foster B, Lomas J, Downey L and Stough C (2018) Does Emotional Intelligence Mediate the Relation Between Mindfulness and Anxiety and Depression in Adolescents? *Front. Psychol.* 9:2463. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02463>
- Ghamari M, Ghasemzadeh A, Hosseinian S. (2022). The Effectiveness of Mindfulness Training on Students' Anxiety and Psychological Well-being. *Educ Strategy Med Sci*, 14 (1) :77-87 URL: <http://edcbmj.ir/article-1-2134-fa.html>
- Griebel, C. (2015). Emotional intelligence as a mediator in the relationship between mindfulness and subjective well-being. Unpublished doctorate dissertation, Eastern Illinois University, Illinois.
- Habibpour, K. (2022). Assessment of the state of mental well-being among Iranian youth. *Social Welfare Scientific Research Quarterly*, 22(86), 53-10. <https://doi.org/10.32598/refahj.22.86.622.2>
- Hair, J., Hollingsworth, C. L., Randolph, A. B., & Chong, A. Y. L. (2017). An updated and expanded assessment of PLS-SEM in information systems research. *Industrial management & data systems*, 117(3), 442-458. <https://doi.org/10.1108/IMDS-04-2016-0130>
- Hidalgo-Fuentes, S., Martínez-Álvarez, I., Sospedra-Baeza, M. J., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Toledano-Toledano, F. (2024, March). Emotional Intelligence and Perceived Social Support: Its Relationship with Subjective Well-Being. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 6, p. 634). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060634>

- Huang, J., Shi, H., & Liu, W. (2018). Emotional intelligence and subjective well-being: Altruistic behavior as a mediator. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 46(5), 749-758. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.6762>
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2019). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491-525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Keyes, C. L., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. <https://doi.org/10.1037/10612-026>
- Khan V, Imani S, Shokri O, Alizadehgoradel J. (2022). Modeling the Causal Relationships of Resilience and Mindfulness with Subjective Well-being in Individuals with Substance Use Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Etiadpajohi*. 16 (65) :121-148. <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.65.121>
- Li, Y., and Zhang, H. (2021). A study on the relations among work pressure, emotional intelligence, and subjective well-being of kindergarten teachers. *Rev. Cercetare Si Interventie Soc.* 73, 22–33.
- Liu, G., Isbell, L. M., & Leidner, B. (2021). Quiet ego and subjective well-being: The role of emotional intelligence and mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 22, 2599-2619. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00331-8>
- Padhy, M., Hariharan, M., Angiel, P. R., Kavya, C., & Monteiro, S. R. (2022). Role of mindfulness in well-being: mediating effect of emotion regulation. *International Journal of Happiness and Development*, 7(4), 354-366. <https://doi.org/10.1504/IJHD.2022.128032>
- Pahlavani, Z. & Jokar, B. (2023). The relationship between mindfulness and happiness and academic achievement: The mediating role of academic fluency. *Journal of Research in Online and Virtual Learning*, 10(3), 75-90. DOI: <https://doi.org/10.30473/etl.2023.59992.3560>
- Pan, B., Fan, S., Wang, Y., & Li, Y. (2022). The relationship between trait mindfulness and subjective wellbeing of kindergarten teachers: the sequential mediating role of emotional intelligence and self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 13, 973103. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.973103>
- Rahm, T., and Heise, E. (2019). Teaching happiness to teachers - development and evaluation of a training in subjective well-being. *Front. Psychol.* 10:2703. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02703>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and individual differences*, 50(7), 1116-1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Sha, J., Tang, T., Shu, H., He, K., & Shen, S. (2022). Emotional intelligence, emotional regulation strategies, and subjective well-being among university teachers: A moderated mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 811260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.811260>
- Teal, C., Downey, L. A., Lomas, J. E., Ford, T. C., Bunnett, E. R., and Stough, C. (2018). The role of dispositional mindfulness and emotional intelligence in adolescent males. *Mindfulness* 1–9. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0962-8>
- Tenenhaus, M., Vinzi, V. E., Chatelin, Y. M., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational statistics & data analysis*, 48(1), 159-205. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2004.03.005>
- Wetzels, M., Odekerken-Schröder, G., & Van Oppen, C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*, 177-195. <https://doi.org/10.2307/20650284>

رابطه بین تاب آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

شکیبا آذرافروزان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

علی اکبر صلاحی

مدرس گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

Investigating the relationship between resilience, compassion and psychological well-being with the mediation of anxiety in patients with type 2 diabetes

Shakiba Azafarozan

Master of General Psychology, Faculty of Psychology South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, shaki.azar@yahoo.com

Ali Akbar Salahi

Lecturer of Psychology Department of Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran, salahi.aliakbar@yahoo.com

Abstract

This study aimed to examine the relationship among resilience, compassion, psychological well-being, and the mediating role of anxiety in patients with type 2 diabetes using a descriptive-correlational method. The study population consisted of type 2 diabetes patients visiting medical centers in Tehran in 2024. The sample included 325 patients (189 women and 136 men), selected through non-random purposive sampling. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (2003), the Neff Compassion Scale (2003), the Ryff Psychological Well-being Scale (1989), and the Beck Anxiety Inventory (1988). The findings indicated that resilience and compassion had significant and positive relationship with psychological well-being ($P < 0.01$), while anxiety had a significant and negative relationship with psychological well-being ($P < 0.01$). Additionally, path analysis results showed that anxiety acts as a mediator in the relationship between resilience and psychological well-being, as well as between compassion and psychological well-being. Therefore, enhancing resilience and compassion can contribute to improving the psychological well-being of type 2 diabetes patients, while reducing anxiety can also play an important role in this relationship.

Keywords: Resilience, Psychological Well-being, Anxiety, Diabetes.

چکیده:

این پژوهش باهدف بررسی رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری شامل ۳۲۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۸۹ زن و ۱۳۶ مرد) بود که به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه شفقت‌ورزی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸) بود. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنادار ($P < 0.01$) و بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). همچنین اضطراب نقش میانجی در رابطه بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی دارد. ارتقای تاب‌آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب در بیماران دیابتی کمک کند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب، دیابت نوع ۲

مقدمه

دیابت نوع ۲ یکی از بیماری‌های مزمن و شایع در جهان است که علاوه بر افزایش قند خون، با عوارض جسمانی و روانی فراوانی همراه است. بیماران مبتلا به این بیماری نه تنها از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، بلکه با اضطراب، استرس و کاهش کیفیت زندگی نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند. بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت روان، مفهومی چندبعدی است که به احساس رضایت، تعاملات مثبت و تحقق اهداف فردی اشاره دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن مانند دیابت بر این بهزیستی تأثیر منفی دارند و سبب کاهش آن می‌شوند (مقامی، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، تاب‌آوری که به معنای توانایی فرد در مقابله با مشکلات و بازگشت به حالت تعادل پس از رویدادهای استرس‌زا است، نقش حیاتی در مدیریت دیابت و سلامت روان بیماران ایفا می‌کند (عسکرشاهی، ۱۴۰۱). شفقت به خود نیز به عنوان مفهومی جدید در روان‌شناسی، به توانایی فرد در پذیرش مشکلات و ناکامی‌ها با مهربانی و همدلی اشاره دارد. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که شفقت به خود می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس و بهبود بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بسزایی داشته باشد (نف، ۲۰۰۳). اضطراب به عنوان یک عامل میانجی، رابطه بین تاب‌آوری، شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اضطراب با افزایش فشارهای روانی، بر مدیریت بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر منفی می‌گذارد (بک، ۱۹۹۶). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بیماران دیابتی که از اضطراب رنج می‌برند، کاهش بیشتری در بهزیستی روان‌شناختی و افزایش مشکلات جسمانی را تجربه می‌کنند (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۱). با توجه به شیوع بالای دیابت نوع ۲ و اثرات گسترده آن بر سلامت جسمی و روانی، بررسی متغیرهای روان‌شناختی نظیر تاب‌آوری و شفقت به خود در ارتباط با اضطراب ضروری است. این پژوهش در پی بررسی رابطه میان تاب‌آوری، شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است تا راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران ارائه دهد. پرسش اصلی پژوهش این است که آیا تاب‌آوری و شفقت به خود با میانجی‌گری اضطراب بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی تأثیرگذار است؟

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است و به بررسی رابطه میان متغیرهای تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب در بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان این جامعه، ۳۲۵ بیمار (۱۸۹ زن و ۱۳۶ مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسشنامه استاندارد استفاده شد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که به ارزیابی میزان تاب‌آوری افراد در مواجهه با چالش‌ها می‌پردازد و با مقیاس لیکرت از ۰ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود نف (۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است و سطح شفقت به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) شامل ۱۸ گویه و شش بعد بهزیستی روان‌شناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را اندازه‌گیری می‌کند و نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای انجام می‌شود. پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۱) شامل ۲۱ گویه است و سطح اضطراب را ارزیابی می‌کند و نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً تا شدید) صورت می‌گیرد.

جمع‌آوری اطلاعات به دو روش کتابخانه‌ای و میدانی انجام شد. در روش کتابخانه‌ای، منابع شامل کتاب‌ها، مقالات، اسناد و مدارک مرتبط بررسی و اطلاعات موردنیاز از این منابع جمع‌آوری شد. در روش میدانی، داده‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شدند. پس از دریافت مجوزهای لازم، پرسش‌نامه به‌صورت آنلاین در دسترس قرار گرفت و از پلتفرم نظرسنجی آنلاین معتبر به نام پرس‌لاین استفاده شد. لینک پرسش‌نامه از طریق پیامک منتشر گردید. در ابتدای پرسش‌نامه، توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، روش جمع‌آوری داده‌ها، نحوه استفاده از اطلاعات و حفظ محرمانگی داده‌ها ارائه شد. شرکت‌کنندگان پس از مطالعه توضیحات و اعلام رضایت خود، پرسش‌نامه را تکمیل کردند و در صورت تمایل به ترک مطالعه، می‌توانستند در هر زمان خارج شوند. برای حفظ محرمانگی اطلاعات، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نبود و IP آدرس‌ها نیز ثبت نشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش، تاب‌آوری به‌عنوان متغیر مستقل، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر وابسته و اضطراب به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. ابزارهای پژوهش از قرار زیر است.

پرسش‌نامه شفقت‌ورزی به خود که توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده، شامل ۲۶ گویه است و به‌وسیله مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه سه بعد اصلی را می‌سنجد: مهربانی با خود در برابر قضاوت، انسانیت مشترک در برابر انزوا، و به‌شناسی در مقابل همانندسازی افراطی. این ابعاد شامل شش زیرمقیاس هستند: مهربانی نسبت به خود، قضاوت خود، به‌شناسی، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی، و انزوا. نمره کل می‌تواند بین ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر باشد، و نمرات پایین، متوسط و بالا به ترتیب بیانگر میزان پایین، متوسط و بالا از شفقت‌ورزی به خود هستند. نمره بین ۲۶ تا ۴۴ نشان‌دهنده میزان پایین، نمره بین ۴۴ تا ۸۸ نشان‌دهنده میزان متوسط و نمره بالاتر از ۸۸ نشان‌دهنده میزان بالا از شفقت‌ورزی به خود است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی (۱۳۹۰) ترجمه شده است. شرکت‌کنندگان به هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند و نمرات نهایی با محاسبه میانگین نمرات گویه‌ها به دست می‌آید.

پرسش‌نامه شفقت‌ورزی به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و روایی آن بارها تأیید شده است. نسخه اصلی پرسش‌نامه توسط نف (۲۰۰۳) طراحی و اعتبارسنجی شد و در مطالعات اولیه همبستگی بالایی با سایر مقیاس‌های مرتبط با شفقت‌ورزی و سلامت روان نشان داد. روایی همگرایی این پرسش‌نامه از طریق ارتباط معنادار آن با مقیاس‌هایی مانند خودپنداری و بهزیستی روان‌شناختی تأیید شده است. در ایران، نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی (۱۳۹۰) ترجمه و در چندین مطالعه مختلف اعتبارسنجی شد. نتایج این مطالعات نشان داد که نسخه فارسی از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است و می‌تواند به‌طور موثری در جامعه ایرانی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی تأیید شده است. در پژوهش مؤمنی و همکاران (۱۳۹۲)، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس شفقت‌ورزی با بررسی روایی همگرا و واگرا از طریق همبستگی با مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک، تأیید شد.

پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰٫۷۰ در مطالعات مختلف تأیید شده است. به‌طور خاص، در مطالعه مومنی و همکاران، آلفای کرونباخ ۰٫۸۸ و پایایی بازآزمایی با ضریب همبستگی ۰٫۸۹ بین دو نوبت آزمون با فاصله ده روز، نشان‌دهنده پایایی بالای این ابزار بود. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه شفقت‌ورزی ۰٫۸۸ گزارش شد، که نشان‌دهنده همسانی درونی و قابلیت اطمینان مناسب این مقیاس است.

یکی دیگر از پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که با استفاده از مقیاس لیکرت از ۰ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار به‌خوبی توانایی تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور را دارد و شامل پنج عامل اصلی است: تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، و روابط ایمن. برای هر عبارت نمره‌ای بین ۰ تا ۴ اختصاص می‌یابد و مجموع نمرات گویه‌ها نمره کلی تاب‌آوری فرد را مشخص می‌کند. نمره کل می‌تواند از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر باشد و نمرات به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شود: نمره بین ۲۵ تا ۴۱ نشان‌دهنده تاب‌آوری پایین، نمره بین ۴۱ تا ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری متوسط، و نمره بالای ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری بالا است. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را به‌طور دقیق مورد بررسی قرار دادند. این ابزار دارای پایایی داخلی بالاست، به‌طوری که آلفای کرونباخ بین ۰٫۸۵ تا ۰٫۹۴ برای آن گزارش شده است که نشان‌دهنده ثبات بالای این ابزار در اندازه‌گیری تاب‌آوری است. روایی همگرایی این پرسش‌نامه نیز با دیگر ابزارهای مرتبط از جمله مقیاس‌های سلامت روان و تاب‌آوری تأیید شده است. نتایج مطالعات متعدد بین‌المللی نشان داده است که این پرسش‌نامه قابلیت اعتماد بالایی در جوامع مختلف دارد. در پژوهش‌های داخلی، مانند مطالعه محمدی (۱۳۸۴)، روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط متخصصان تأیید شده و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شده است. در این پژوهش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر تاب‌آوری ۰٫۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برابر ۰٫۹۲ به دست آمده که نشان‌دهنده همسانی درونی و قابلیت اعتماد بالای ابزار است.

یکی دیگر از ابزارهای مورد استفاده، پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) است که شامل ۱۸ سوال و به ارزیابی شش بعد بهزیستی روان‌شناختی می‌پردازد: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود. نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای انجام می‌شود. برای تحلیل نمرات، مجموع نمرات هر بعد محاسبه و نمره کلی با جمع آوری نمرات تمامی سوالات به دست می‌آید. مقادیر نمرات به شرح زیر است: نمره بین ۱۸ تا ۴۲ نشان‌دهنده بهزیستی ضعیف، نمره بین ۴۲ تا ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی متوسط، و نمره بالاتر از ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی قوی است. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس شش عاملی مورد استفاده از برازش مناسبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد به شرح زیر محاسبه شد: پذیرش خود (۰/۵۱)، تسلط بر محیط (۰/۷۶)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۵)، هدفمندی در زندگی (۰/۵۲)، رشد شخصی (۰/۷۳) و استقلال (۰/۷۲). همچنین، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و ضریب اعتبار کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. یکی دیگر از پرسش‌نامه‌های استفاده شده پرسش‌نامه اضطراب بک، طراحی شده توسط بک و استیر (۱۹۸۱)، به منظور سنجش شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده و شامل ۲۱ سوال است. این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌گانه نمره‌گذاری می‌شود، به‌طوری‌که برای هر سوال نمره‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (شدید) اختصاص داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اضطراب است. نمرات به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شود: ۰ تا ۷ برای اضطراب کم یا بدون اضطراب، ۸ تا ۱۵ برای اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ برای اضطراب متوسط، و ۲۶ تا ۶۳ برای اضطراب شدید. پرسش‌نامه اضطراب بک از نظر روایی و پایایی توسط پژوهشگران مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است. در پژوهش ذاکری (۱۳۹۴)، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مطلوب ارزیابی شده است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۸ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آن است. علاوه بر این، در همان پژوهش، ضریب اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمده است که بیانگر اعتبار بالای این ابزار سنجش است. برای تحلیل داده‌های پژوهش از دو روش آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی، شاخص‌های آماری شامل میانگین، واریانس، و انحراف معیار به وسیله جداول و نمودارها ارائه شد. در تحلیل استنباطی، از آزمون تحلیل مسیر و همبستگی گشتاوری پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرها و ارزیابی مدل‌های تحلیلی استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین نمرات برای تاب آوری ۹۱/۹۰ به دست آمده است که نشان‌دهنده سطح بالاتری نسبت به میانگین کلی (۷۵) است. همچنین، میانگین نمرات برای شفقت‌ورزی ۸۸/۸۲ گزارش شده که بالاتر از میانگین کلی (۷۸) می‌باشد. در زمینه اضطراب، میانگین نمرات ۱۳/۸۰ به ثبت رسیده که کمتر از میانگین کلی (۳۰/۵) است. بهزیستی روان‌شناختی با میانگین ۷۰/۴۰، بالاتر از میانگین کلی (۶۱) ارزیابی شده است.

تجزیه و تحلیل توزیع داده‌ها نشان می‌دهد که هیچ‌یک از متغیرها انحراف جدی از توزیع نرمال ندارند. جدول ۱

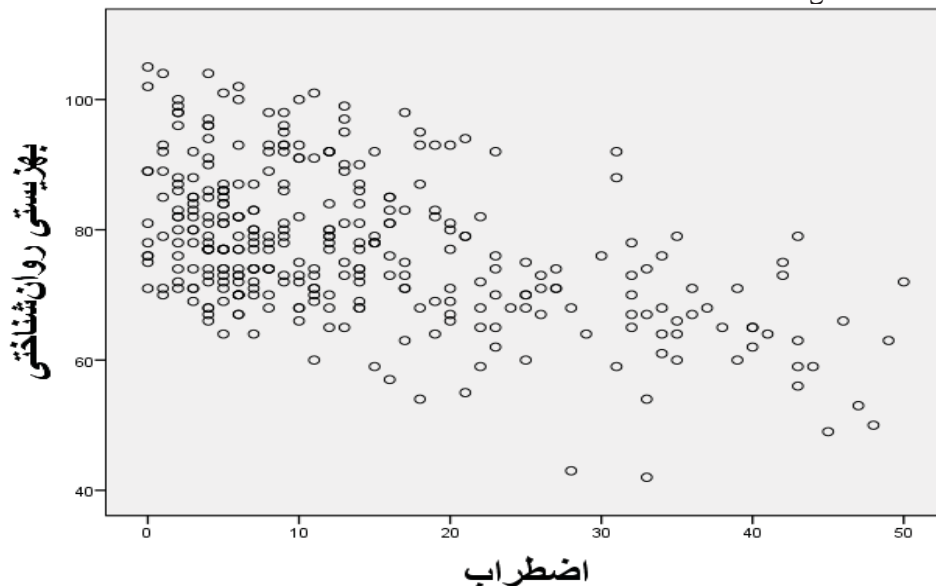
خلاصه یافته‌های توصیفی تاب آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی (n=۳۲۵)

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	min	max	کجی	کشیدگی
تاب آوری	۹۰/۹۱	۱۴/۳۳	۵۵	۱۲۳	-۰/۱۹۹	-۰/۵۰۶
شفقت‌ورزی	۸۲/۸۸	۱۰/۸۲	۴۹	۱۰۳	-۰/۵۰۲	-۰/۰۳۴
اضطراب	۱۳/۸۰	۱۱/۷۶	۰	۵۰	۱/۱۵۲	۰/۵۴۱
بهزیستی روان‌شناختی	۷۰/۴۰	۱۱/۲۵	۴۲	۱۰۵	۰/۰۸۹	۰/۰۲۶

برای بررسی مفروضه‌های آزمون همبستگی پیرسون، اقدامات زیر انجام شد: نرمال بودن توزیع داده‌ها پیش از اجرای آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد و نتایج نشان داد که توزیع داده‌های پژوهش نرمال است. این ویژگی برای اعتبار آزمون‌های پارامتریک اساسی است. رابطه خطی بین متغیرها نیز مورد بررسی قرار گرفت. به‌ویژه، رابطه بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی از طریق نمودار نقطه‌ای تحلیل شد. این نمودار نشان داد که نقاط به‌طور منظم و در کنار هم حول یک استوانه قرار دارند که بیانگر رابطه خطی میان این دو متغیر است. همچنین، رابطه خطی بین تاب آوری، شفقت‌ورزی و اضطراب نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این متغیرها نیز دارای رابطه خطی مناسبی هستند. نتیجه‌گیری کلی نشان می‌دهد که تمامی مفروضه‌های لازم برای اجرای آزمون همبستگی پیرسون برقرار بوده‌اند که این امر اعتبار نتایج

به‌دست آمده را تضمین می‌کند.

شکل ۱



در تحلیل همبستگی، هدف بررسی رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج به شرح زیر است:

- تاب‌آوری: رابطه مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.52$) و رابطه منفی معناداری با اضطراب ($r = -0.42$) دارد.
- شفقت‌ورزی: رابطه مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.60$) و رابطه منفی معناداری با اضطراب ($r = -0.59$) دارد.
- اضطراب: رابطه منفی معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0.49$) نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری کلی از این تحلیل نشان می‌دهد که تمامی متغیرها با یکدیگر رابطه معناداری دارند. به‌ویژه، نقش واسطه‌ای اضطراب در ارتباط بین تاب‌آوری و شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی قابل توجه و قابل بررسی است.

جدول ۲- روابط تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	۱	۲	۳
۱- تاب‌آوری	-		
۲- شفقت‌ورزی	*۵۸/۰	-	
۳- اضطراب	*۴۲/۰	*۵۹/۰	-
۴- بهزیستی روان‌شناختی	*۵۲/۰	*۶۰/۰	*۴۹/۰

برای بررسی فرضیه تحقیق که بیان می‌کند "اضطراب نقش واسطه‌ای در رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی دارد"، از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، اطمینان حاصل شد که شرایط اصلی آن رعایت شده است. این شرایط شامل حجم نمونه مناسب، توزیع عادی داده‌ها، نبود داده‌های پرت، و هم‌خطی چندگانه بود.

برای بررسی این مفروضه‌ها، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

حجم نمونه: طبق توصیه‌های موجود، برای تحلیل معادلات ساختاری حداقل ۲۰۰ نمونه لازم است (حیبی، ۱۳۹۶). در این پژوهش، ۳۲۵ نفر شرکت کردند که این شرط را به خوبی پوشش می‌دهد. علاوه بر این، شاخص KMO برابر با ۰.۸۹۲، به دست آمد که نشان‌دهنده کافی بودن حجم نمونه است.

آزمون کرویت بارتلت: نتایج این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی بین متغیرها یکسان نیست که نشان‌دهنده وجود ارتباط معنادار بین متغیرها و تأیید شرایط لازم برای تحلیل مسیر است.

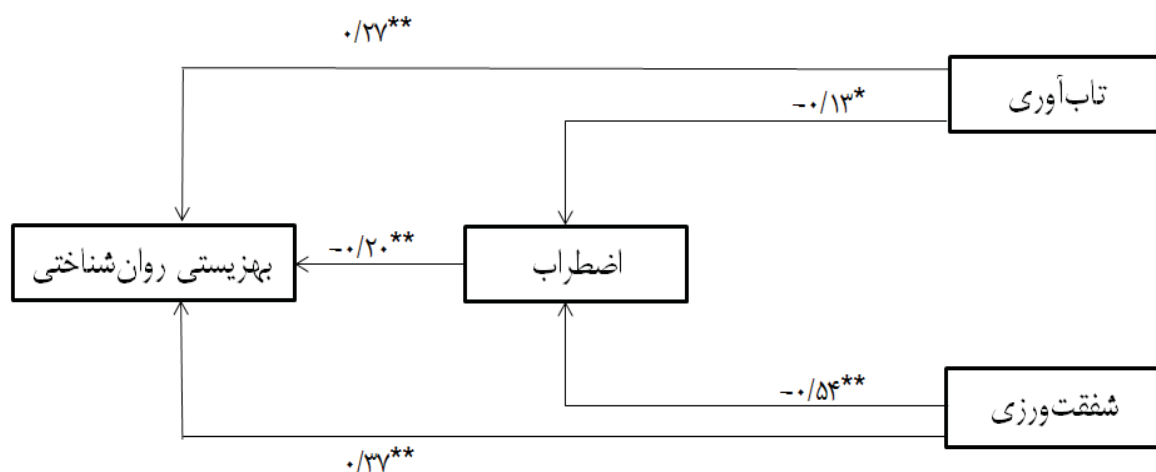
هم‌خطی چندگانه: با استفاده از شاخص‌های تحمل و VIF، بررسی شد که هیچ متغیری از این شرط تخطی نکرده و هم‌خطی بین متغیرها وجود ندارد. این امر به این معنی است که متغیرها آن‌قدر شبیه هم نیستند که مشکلاتی در تحلیل ایجاد کنند. به‌طور کلی، بررسی مفروضه‌های موردنیاز برای تحلیل مسیر به‌درستی انجام شد و این موضوع اعتبار نتایج تحلیل را تضمین می‌کند. جدول ۳- شاخص‌های هم‌خطی چندگانه

VIF		Tolerance	متغیرهای پیشین
۱/۵۲۱		۰/۶۵۷	تاب‌آوری
۱/۹۱۵		۰/۵۲۲	شفقت‌ورزی
۱/۵۵۰		۰/۶۴۵	اضطراب

نتایج تحلیل مسیر که با استفاده از روش بیشینه درست‌نمایی انجام شد، نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی را تأیید می‌کند.

برای ارزیابی برازش مدل و اطمینان از اینکه مدل به‌خوبی با داده‌ها سازگار است، از چند شاخص برازش استفاده شد:

- نسبت خی دو به درجه آزادی (χ^2/df): باید کمتر از ۳ باشد.
 - شاخص‌های برازندگی GFI، CFI و AGFI: باید بالای ۰٫۹۰ باشند.
 - ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA): باید کمتر از ۰٫۰۸ باشد.
 - شاخص برازندگی غیر تطبیقی (NFI): باید بالای ۰٫۹۰ باشد.
 - در مدل ما، شاخص‌های زیر به دست آمدند که نشان‌دهنده برازش خوب مدل است:
 - نسبت خی دو به درجه آزادی $(\chi^2/df) = 1.310$
 - شاخص برازندگی تطبیقی $(CFI) = 0.938$
 - شاخص برازندگی عمومی $(GFI) = 0.957$
 - شاخص برازندگی تطبیقی اصلاح‌شده $(AGFI) = 0.926$
 - ریشه دوم واریانس خطای تقریب $(RMSEA) = 0.073$
 - شاخص برازندگی غیر تطبیقی $(NFI) = 0.911$
- این نتایج نشان می‌دهند که مدل موردنظر به‌خوبی با داده‌ها سازگار است و مفروضات تحلیل مسیر به‌درستی رعایت شده‌اند.



نمودار مسیرهای برازش یافته با مدل استاندارد (* $P < 0.01$ ** $P < 0.001$)

نتایج تحلیل مسیر به صورت زیر است:

اثر مستقیم تاب‌آوری:

- اثر مستقیم تاب‌آوری بر اضطراب برابر با $(\beta = -0.13)$ و معنادار و منفی است $(C = -2.686, R = 0.01 > P)$.
- اثر مستقیم تاب‌آوری بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = 0.27)$ و معنادار و مثبت است $(C = 8.827, R = 0.01 > P)$.
- اثر مستقیم شفقت‌ورزی:
- اثر مستقیم شفقت‌ورزی بر اضطراب برابر با $(\beta = -0.54)$ و معنادار و منفی است $(C = -11.620, R = 0.01 > P)$.
- اثر مستقیم شفقت‌ورزی بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = 0.37)$ و معنادار و مثبت است $(C = 6.829, R = 0.01 > P)$.
- اثر مستقیم اضطراب:
- اثر مستقیم اضطراب بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = -0.20)$ و معنادار و منفی است $(C = -3.584, R = 0.01 > P)$.

تفسیر اعداد:

- β (بتا): ضریب مسیر را نشان می‌دهد و میزان اثرگذاری یک متغیر بر متغیر دیگر را بیان می‌کند.
- C.R (نسبت بحرانی): نشان‌دهنده قدرت رابطه بین دو متغیر است. هرچه مقدار R.C بزرگ‌تر باشد، رابطه قوی‌تر است.
- P-value: احتمال وقوع یک نتیجه به طور تصادفی را نشان می‌دهد. اگر P-value کمتر از ۰.۰۵ باشد، نتیجه را معنادار در نظر می‌گیریم.

به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که تاب‌آوری و شفقت‌ورزی تأثیر مثبتی بر شناخت روان بهزیستی و تأثیر منفی بر اضطراب دارند. همچنین، اضطراب تأثیر منفی بر شناخت روان بهزیستی دارد.

جدول ۴ - خلاصه فرضیه‌های آزمون تحلیل مسیر

فرضیه‌ها (مسیرها)	تخمین استاندارد نشده	خطای استاندارد	مقدار بحرانی	تخمین استاندارد شده
تاب‌آوری اضطراب	-۰/۰۹۸	۰/۰۳۷	-۲/۶۸۶*	-۰/۱۳
شفقت‌ورزی اضطراب	-۰/۵۵۹	۰/۰۴۸	-۱۱/۶۲۰**	-۰/۵۴
تاب‌آوری بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۹۵	۰/۰۳۳	۸/۸۲۷**	۰/۲۷
شفقت‌ورزی بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۵۳	۰/۰۵۲	۶/۸۲۹**	۰/۳۷
اضطراب بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۸۰	۰/۰۵۰	-۳/۵۸۴**	-۰/۲۰

جدول ۵ - ضرایب استاندارد کل، مستقیم و غیر مستقیم در مدل

مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	واریانس تبیین شده
بر اضطراب از				۳۱/۰
تاب‌آوری	-۱۳/۰	-۱۳/۰	-	
شفقت‌ورزی	-۵۴/۰	-۵۴/۰	-	
بر بهزیستی روان‌شناختی از				۳۴/۰
تاب‌آوری	۲۹/۰	۲۷/۰	*۰/۲/۰	
شفقت‌ورزی	۴۷/۰	۳۷/۰	**۱۰/۰	
اضطراب	-۲۰/۰	-۲۰/۰	-	

$P < 0.01$ / $P < 0.05$ **

بحث و نتیجه‌گیری:

این پژوهش به بررسی نقش تاب آوری، شفقت‌ورزی و اضطراب در بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته است و یافته‌ها به وضوح تأثیرات مثبت و معنادار این متغیرها را نشان می‌دهد.

فرضیه فرعی اول: رابطه بین تاب آوری و شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی
نتایج تحقیق حاضر تأیید می‌کند که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند. تاب آوری، به ویژه، به طور مستقیم و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد و به افراد این امکان را می‌دهد که با استرس‌ها و چالش‌های زندگی بهتر کنار بیایند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد.

پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت، مانند درمان متمرکز بر شفقت، می‌تواند به طور معناداری به بهبود بهزیستی ذهنی کمک کند. این مداخلات به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت در بیماران کمک کرده و تأثیر آن‌ها در طول زمان پایدار بوده است.

ترکیب نتایج این تحقیق و پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که تقویت تاب آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند ابزارهای مؤثری برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی باشد. به‌ویژه، برنامه‌های مداخله‌ای که بر این دو عامل تمرکز دارند، می‌توانند به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد کمک کنند.

نتایج این پژوهش نشان داد که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند. به‌ویژه، تاب آوری به طور مستقیم و مثبت با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد که این یافته با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد. تاب آوری به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و استرس‌های ناشی از بیماری‌ها بهتر کنار بیایند و از سلامت روانی بهتری برخوردار شوند.

از سوی دیگر، شفقت‌ورزی نیز به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است. توانایی درک و همدردی با خود و دیگران می‌تواند به بهبود سلامت روان و افزایش بهزیستی روان‌شناختی کمک کند. افرادی که سطح بالاتری از شفقت‌ورزی دارند، در برابر چالش‌ها و استرس‌های زندگی انعطاف‌پذیرتر هستند و به راحتی می‌توانند از آنها عبور کنند. این یافته‌ها تأکید می‌کند که تقویت تاب آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به عنوان استراتژی‌های مؤثر در بهبود سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد.

فرضیه فرعی دوم: رابطه بین تاب آوری و شفقت‌ورزی با اضطراب

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور معناداری با اضطراب رابطه‌ای منفی دارند. این به این معناست که با افزایش سطح تاب آوری و شفقت‌ورزی، اضطراب کاهش می‌یابد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین هستند که نشان داده‌اند تاب آوری می‌تواند اثرات منفی اضطراب را کاهش دهد و به بهبود بهزیستی روان‌شناختی کمک کند. به ویژه، شواهد نشان می‌دهند که کاهش اضطراب در بیماران دیابتی می‌تواند تأثیرات مثبت جسمانی و روانی نیز به همراه داشته باشد.

پژوهش شمس و همکاران (۱۳۹۹) در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو نشان داد که هر دو روش می‌توانند به کاهش معنادار اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران منجر شوند. هر چند که تفاوت معناداری بین این دو روش در کاهش اضطراب مشاهده نشد، این نتایج حاکی از آن است که هر دو روش به عنوان ابزارهای مؤثر در بهبود وضعیت سلامت این بیماران در نظر گرفته می‌شوند. در پژوهش سوداگر و رامبد (۱۳۹۶)، ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی در بزرگسالان مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارد و این مشکلات روحی و روانی در بیشتر بیماران وجود دارد. لذا، انجام غربالگری به منظور شناسایی مشکلات روحی و ارائه مداخلات سلامت معنوی برای کاهش این مشکلات پیشنهاد می‌شود. همچنین، پژوهش مویدی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی به ترتیب ۶۷ و ۵۰ درصد است و این مشکلات در جنس مونث، بیماران با دیابت نوع ۲ و افرادی که یکی از عوارض دیابت را دارند، بیشتر است. نتایج این مطالعه تأکید بر اهمیت ارزیابی روتین اختلالات روانپزشکی و نیاز به توجه به سلامت روانی بیماران دیابتی دارد. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها بیانگر اهمیت تاب آوری و شفقت‌ورزی در کاهش اضطراب و بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران دیابتی است. به علاوه، توجه به سلامت معنوی و ارزیابی مداوم مشکلات روحی و روانی در این بیماران می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند.

فرضیه سوم: رابطه بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی

یافته‌های پژوهش حاضر به وضوح نشان می‌دهند که بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش سطح اضطراب با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است و بالعکس. این نتیجه تأیید می‌کند که اضطراب به عنوان یکی از عوامل منفی تأثیرگذار بر سلامت روان، می‌تواند به طور قابل توجهی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر منفی بگذارد.

این یافته‌ها با مطالعات پیشین همخوانی دارند. به‌طور خاص، پژوهش‌های شمس و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داده‌اند که کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان هدف‌های مؤثر در بهبود سلامت روانی افراد، به ویژه بیماران دیابتی، مورد توجه قرار گیرند. به‌علاوه، حیدریان و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی که بر روی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که این درمان تأثیر معناداری در کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی دارد. درمان مبتنی بر هیجان با تمرکز بر آگاهی از هیجانات و مدیریت آن‌ها، می‌تواند راهکاری مؤثر برای کاهش اضطراب و بهبود سلامت روانی به ویژه در بیماران دیابتی باشد. همچنین، بخشی و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان و نقش امید به زندگی به‌عنوان میانجی، نشان دادند که اضطراب مرگ به‌طور مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی و امید تأثیر دارد و می‌تواند به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شود. این نتایج تأکید می‌کنند که توجه به اضطراب مرگ و امید به زندگی می‌تواند در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مؤثر باشد. از سوی دیگر، قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی دیگر به بررسی اثربخشی فن رهاسازی هیجانی پرداختند و نشان دادند که این تکنیک می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی شود. فن رهاسازی هیجانی با آزادسازی انرژی‌های مسدود شده در بدن و جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی، به کاهش اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی کمک می‌کند. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر و مطالعات پیشین همگی تأکید می‌کنند که کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان اهداف کلیدی در برنامه‌های درمانی و ارتقای سلامت روانی در نظر گرفته شود. بنابراین، توصیه می‌شود که مداخلات روان‌شناختی و درمانی به‌طور خاص بر کاهش اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی تمرکز کنند تا به نتایج بهتری در بهبود سلامت روانی افراد دست یابند.

نتیجه‌گیری کلی

این پژوهش به‌طور کلی نشان می‌دهد که تاب‌آوری و شفقت‌ورزی نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دارند و می‌توانند به‌عنوان استراتژی‌های مؤثر در کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرند. همچنین، تأکید بر تقویت تاب‌آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران کمک کند. باتوجه‌به اینکه این پژوهش در مرحله ابتدایی خود قرار دارد و نیاز به تحقیقات بیشتر برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها وجود دارد، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگر به این عرصه وارد شده و به بررسی دقیق‌تر و گسترش این موضوع بپردازند.

تشکر و سپاس

بدین‌وسیله، از کلینیک گابریک که به‌عنوان مرکزی تخصصی برای بیماران دیابتی نقش مؤثری در این پژوهش ایفا نمود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم. همکاری و حمایت‌های ارزنده این مرکز در جمع‌آوری داده‌ها و فراهم کردن امکانات لازم برای تحقیق، به‌طور قابل توجهی به پیشبرد این پروژه کمک کرد.

منابع :

- آل یاسین، س.، داوودی، ح.، و نعمت‌اللهی، م. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان دیابتی نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲*(۴)، ۹۰۴-۹۱۲.
- بشارت، م. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روان‌شناختی، ۶*(۲۴)، ۳۷۳-۳۸۳. <https://sid.ir/paper/93076/fa>
- فیروز کوهی، م.، ر. قادری، گ.، حسین‌زاده، آ.، و عالی، ح. (۱۴۰۱). بررسی علائم روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ براساس احساس کارآمدی، کیفیت زندگی و شفقت‌ورزی به خود. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۱۰*(۴)، ۱۹۷۶-۱۹۸۹.
- عیسی‌نژاد، م.، و حیدریان، ز. (۱۳۹۸). بررسی نقش تاب‌آوری و شفقت‌ورزی به خود در بهزیستی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی و سلامت، ۱۷*(۴)، ۲۵۰-۲۶۵.
- هاشمی، ز.، آقاجانی هاشجین، ط.، و شکرگزار، ع. (۱۴۰۰). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان جم شهر تهران. *پژوهش در دین و سلامت، ۸*(۳)، ۳۸-۵۲.
- میکائیلی‌منبع، س. (۱۳۸۹). بهزیستی روان‌شناختی و مدل‌های مربوطه. *مجله روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲۷*(۱)، ۵۵-۷۰.
- مومنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت‌ورزی. *مجله روان‌شناسی معاصر، ۸*(۲)، ۲۷-۴۰.
- مویدی، ف.، زارع، ش.، و نیک‌بخت، ع. (۱۳۹۳). بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بندرعباس. *مجله پزشکی هرمزگان، ۱۸*(۱)، ۶۵-۷۱. <https://sid.ir/paper/60608/fa>

- موسوی، س. م.، خواجه‌وند خوشلی، ا.، اسدی، ج.، و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *پرستار و پزشک در رزم، ۷*(۲۵)، ۵۷-۶۸.
- نوروزی، ش.، مرادی، ل.، اسماعیلی، م.، و پورشمس، م. (۱۴۰۱). فراوانی اختلال اضطراب منتشر و افسردگی در بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۱۱*(۱)، ۴۳-۵۲.
- شمس، س.، حیدری، ش.، و فخری، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۸*(۳).
- سوداگر، س.، و رامبد، م. (۱۳۹۶). شیوع استرس، اضطراب و افسردگی و ارتباط آن‌ها با سلامت معنوی در بزرگسالان مبتلا به دیابت. *علوم پزشکی صدر، ۶*(۱)، ۱-۱۰. <https://sid.ir/paper/238885/fa>
- قاسم زاده، ع.، قمری، م.، و حسینیان، س. (۱۳۹۸). اثربخشی فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۲*(۴)، ۱۳۵-۱۴۵. <https://sid.ir/paper/396005/fa>
- بخشی، ن.، پشنگ، س.، جعفری، ن.، و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). ارائه مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری اضطراب مرگ. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۸*(۳)، ۲۸۳-۲۹۳. <https://sid.ir/paper/966141/fa>
- حیدریان، س.، صیرفی، م.، ر.، کلهرنیا، م.، جمهری، ف.، و بقولی، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳*(۲)، ۲۳۸۰-۲۳۹۰. <https://sid.ir/paper/950307/fa>
- مقامی، ا. (۱۴۰۱). بهزیستی روان‌شناختی. تهران: انتشارات توانمندان.
- عسکرشاهی، ن. (۱۴۰۲). تاب‌آوری و ارتقای کیفیت زندگی. *اندیشه صعود*.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Resilience, 15*(2), 121-135.

Bonanno, R. G. (2008). Psychological resilience: What are we measuring? *Developmental Psychology, 44*(3), 876-893. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.876>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.

Huo, X., Zhang, Y., Wu, C., Huang, X., & Yang, M. (2020). The impact of type 2 diabetes on physical and psychological health: A review of recent literature. *Frontiers in Endocrinology, 11*, 146. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00146>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.

Sterling, P., & Eyer, J. (2010). Allostasis: A model of predictive regulation. *Psychosomatic Medicine, 72*(5), 333-341. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c56b42>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2001). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications.

World Health Organization. (2020). *Diabetes and mental health*. *Global Report on Diabetes*, 45-56. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062596>

رابطه سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر شهر کاشان

علیرضا فرهنگی، اعظم نیکوکار*

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی ساوه، ساوه، ایران

The relationship between attachment styles and social phobia with the mediating role of coping strategies in adolescent boys in Kashan city

Alireza Farhangi , Azam Nikokar *

Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Saveh, Saveh, Iran

Abstract

Introduction and purpose: The main purpose of the present study was to determine the relationship between attachment styles and social phobia with the mediating role of coping strategies in male adolescents in the academic year of 1401-1402.

Method: The present study was descriptive. The statistical population of this research included 3982 male teenagers studying in the second year of high school in Kashan city, and 350 people were selected as a sample from this population by random sampling method. The research tools were the standard social phobia questionnaires of Kanwar and colleagues (2000), Andler and Parker's (1990) coping strategies, Collins and Reed's (1990) attachment styles. The reliability of all questionnaires using Cronbach's alpha method was 0.902 for social phobia, 0.862, 0.843, 0.740 for coping strategies and 0.822, 0.796 and 0.850 for attachment styles. Data analysis method, Pearson correlation method and structural equation model were used with SPSS24 and Smart PLS3 software. **Findings:** The findings showed that there is a relationship between attachment styles and social anxiety in adolescent boys. There is a relationship between coping strategies with social phobia in adolescent boys. There is a relationship between attachment styles and coping strategies in adolescent boys. Also, there is a relationship between attachment styles and social phobia with the mediating role of coping strategies in adolescent boys.

Conclusion: Therefore, according to the results, it is suggested to hold parent training workshops and stress coping strategies to reduce the social anxiety of teenagers in schools.

Keywords: Attachment Styles, Social Phobia, Coping Strategies

چکیده

مقدمه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود.

روش: پژوهش حاضر با روش توصیفی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۹۸۲ نوجوانان پسر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه شهرستان کاشان بودند که از این جامعه، تعداد ۳۵۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه های استاندارد هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰)، راهبردهای مقابله ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، سبک های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰) بود که در پژوهش حاضر روایی آنها به تایید استاد راهنما رسیده است و پایایی کل پرسشنامه ها به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای هراس اجتماعی ۰/۹۰۲، برای راهبردهای مقابله ای ۰/۷۴۰، ۰/۸۴۳، ۰/۸۶۲ و برای سبک های دلبستگی برابر با ۰/۸۲۲، ۰/۷۹۶ و ۰/۸۵۰ به دست آمد. روش تجزیه و تحلیل داده ها، روش همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با نرم افزار SPSS24 و Smart PLS3 استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان دادند بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بین راهبردهای مقابله ای با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. رابطه سبک های دلبستگی با راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. همچنین بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. نتیجه گیری: بنابراین با توجه به نتایج، برگزاری کارگاه های آموزش والدین و راهبردهای مقابله با استرس جهت کاهش هراس اجتماعی نوجوانان در مدارس پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: سبک های دلبستگی، هراس اجتماعی، راهبردهای مقابله ای

مقدمه

یکی از انواع اختلال های اضطرابی، اختلال هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی که همان ترس از موقعیت های اجتماعی و عملکردی است (Najafi Fard et al., 2021). هراس اجتماعی معمولاً در اواخر کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می شود و عوارض جانبی زیادی را بر کیفیت تعاملات اجتماعی پیشرفت تحصیلی و بهزیستی ایجاد می نماید. در مورد سبب شناسی هراس اجتماعی، تبیین های متفاوتی در نظریه های مختلف ارائه شده است. یکی از نظریه هایی که به طور خاص به موضوع ایمنی و امنیت روانی پرداخته است، نظریه دلبستگی است (Manning et al., 2017). این دیدگاه، افزون بر توجه به فرایندهای ناهشیار بویشتی، بر تجارب بین فردی واقعی و پیامدهای هیجانی و شناختی این روابط به عنوان عوامل مؤثر بر سلامت روانی توجه خاصی دارد. سبک های دلبستگی ناایمن، محصولی از تجربه های فقدان با نوسان، در دسترسی به موضوع دلبستگی اند. سبک دلبستگی اجتنابی ناشی از نوعی تجربه عدم دسترسی است که میتوان ظهور و بروز آن را در بروز اختلالات روانی مشاهده نمود (Mikulincer & Shaver, 2019). نتایج تحقیقات برخی محققان نشان داده است که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا، علایم جسمانی بیشتری را نسبت به سبک دلبستگی ایمن گزارش می کنند (Stroebe et al., 2006). از آنجایی که هراس اجتماعی از پدیده های شایع در میان نوجوانان است؛ نوجوانان با مسایلی همچون مسایل مربوط به مدرسه، مسائل خانوادگی، مسائل بین فردی و اجتماعی و همچنین تصمیم گیری درباره آینده روبرو هستند. توانایی نوجوانان در تنظیم احساسات و رفتارهایشان تحت این شرایط استرس زا نشان دهنده رشد و پیشرفت آنها در کسب استقلال و کاربرد شیوه های مقابله ای در غلبه بر استرس می باشد (Mesgar R, 2019). به عبارتی، یکی از عوامل بالقوه سبب ساز اختلال هراس اجتماعی، راهبردهای مقابله ای اتخاذ شده توسط افراد در مواجهه با شرایط فشارزا است. سبک های مقابله ای به نحوه ای ادراک و رفتار یک فرد در پاسخ به محیطی خارج از کنترل او به دلیل عوامل درونی و بیرونی اشاره دارد (Wang et al., 2021). بیشتر مقیاس های مقابله ای از مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله متمرکز بر مشکل تشکیل شده است. مقابله متمرکز بر مشکل به جهت گیری وظیفه اشاره دارد، در حالی که راهبردهای مقابله متمرکز بر هیجان به یک فرد گرایی اشاره دارد. این استراتژی فرد شامل پاسخ های احساسی، خود مشغولی و واکنش های خیال پردازی است (Agbaria & Natur, 2018). علی رغم تأثیر مستقیم راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه بر هراس اجتماعی، به اعتقاد برخی از صاحب نظران درک بهتر فرآیندهای مقابله ای در کودکان و نوجوانان، نیاز به بررسی عوامل و بافت های تأثیرگذار اجتماعی دارد (Bayrami & Mohebbi, 2016) و در این میان به سبک های دلبستگی اشاره شد، نمونه ای از عوامل تأثیرگذار خانوادگی هستند. در این زمینه، روانشناسان بر این باورند که الگوی والدینی کنترل گر/محافظتی در رشد راهبردهای مقابله ای مثبت هیچ گونه کارایی ندارد؛ زیرا کودکانی که در معرض نگرشهای کنترل کنندگی/حفاظتی والدین (کسانی که نقش مهمی در رشد اجتماعی کودکان دارند) هستند؛ اعتماد به نفس ندارند و نمی توانند

از راهبردهای مقابله ای مثبت که خیلی مهم هستند، استفاده کنند. در حالی که نگرشها و رفتارهای مثبت والدین همچون صرف زمان با کودک، نزدیکی فیزیکی و هیجانی مداوم و پذیرش حقوق شخصی کودک در تحقق روابط سالم و حل مسأله کارآمد کودک در آینده ضروری هستند. بنابراین براساس مطالعات ذکر شده راهبردهای مقابله ای می تواند هم تاثیر مستقیم روی هراس اجتماعی داشته باشد و هم به صورت غیر مستقیم به عنوان متغیر میانجی از طریق سبک های دلبستگی میتواند بر هراس اجتماعی تاثیر گذار باشد. در واقع این تغییرات راهبردهای مقابله ای در اثر تغییر سازه سبک دلبستگی باعث کاهش یا افزایش هراس اجتماعی در نوجوانان می شود. بنابراین، مطالعه در زمینه میتواند اطلاعات مهمی در جهت شناخت هر چه بیشتر نحوه تاثیر گذاری این متغیرها بر هراس اجتماعی داشته باشد. در نتیجه، با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش ذکر شده، هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی رابطه سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر است و پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که تا چه اندازه بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ شیوه گردآوری داده ها در حوزه پژوهش های توصیفی و از لحاظ ماهیت پژوهش از نوع همبستگی بود.

جامعه آماری و نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان پسر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه شهرستان کاشان در سال ۱۴۰۱ شامل ۳۹۸۲ نفر از ۲۰ مدرسه بود. براساس جدول مورگان ۳۵۰ دانش آموز پسر به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به در دسترس بودن چارچوب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شد. برای جمع آوری داده های مورد نیاز آزمون فرضیات این تحقیق از پرسشنامه در قالب انجام عملیات میدانی و توزیع و تکمیل پرسشنامه میان افراد نمونه انتخاب شد.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از ابزار پرسشنامه استفاده شد که به قرار زیر است:

مقیاس هراس اجتماعی:

این مقیاس نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد ۰/۹۴ گزارش شده است. برای مقیاس فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (کانور و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از حسنوند عموزاده و همکاران، ۱۳۹۲). حسنوند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹) در نمونه غیربالینی در ایران روایی و پایایی این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آزمون برابر ۰/۷۶ و در نهایت همبستگی این دو ۰/۸۴ گزارش شد. همچنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی ها در خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی، اجتناب، ترس و ناراحتی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ بوده است که پایایی محاسبه شده رضایت بخش است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای:

به منظور جمع آوری اطلاعات پیرامون سبک های مقابله با فشار روانی از سیاهه مقابله با موقعیت استرس آور اندلر^{۶۹} و پارکر^{۷۰} (۱۹۹۰) استفاده شد. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ضرایب اعتبار این آزمون را به وسیله آلفای کرونباخ برای سبک های مقابله مسئله مدار (دختران ۰/۸۵، پسران ۰/۹۲)، هیجان مدار (پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵) و اجتنابی (پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲) مناسب ارزیابی کرده اند. در مطالعه شکری و همکاران (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ سبک های مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۰ و ۰/۷۳ در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۶۹ و ۰/۷۷ و ۰/۶۸ و در کل برابر با ۰/۷۲ و ۰/۷۱ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه سبک دلبستگی:

کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ بر اساس نظریه هازان و شاور پرسشنامه سبک دلبستگی کولینز و رید (RAAS) تهیه کردند. کولینز و رید پایایی این پرسشنامه را بالای ۰/۸۰ بدست آوردند. همچنین طلاییان و وازپور در سال ۱۳۸۲ با استفاده از روش آزمون مجدد نشان داد که این آزمون در سطح ۰/۹۵ قابل اعتماد است.

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل می باشد:

کلیه دانش آموزان به صورت حضوری اطلاعاتی را در مورد پژوهش دریافت و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کردند. دانش آموزان آزادی کامل داشتند تا در صورت عدم تمایل در پژوهش شرکت نکنند.

به دانش آموزان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات بر اساس اصل رازداری، محرمانه می باشد و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تحلیل داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS22 و amos خواهد بود. در مطالعه حاضر از نرم افزار SPSS22 جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و همبستگی پیرسون و از نرم افزار amos جهت بررسی نقش میانجی و مدل معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج

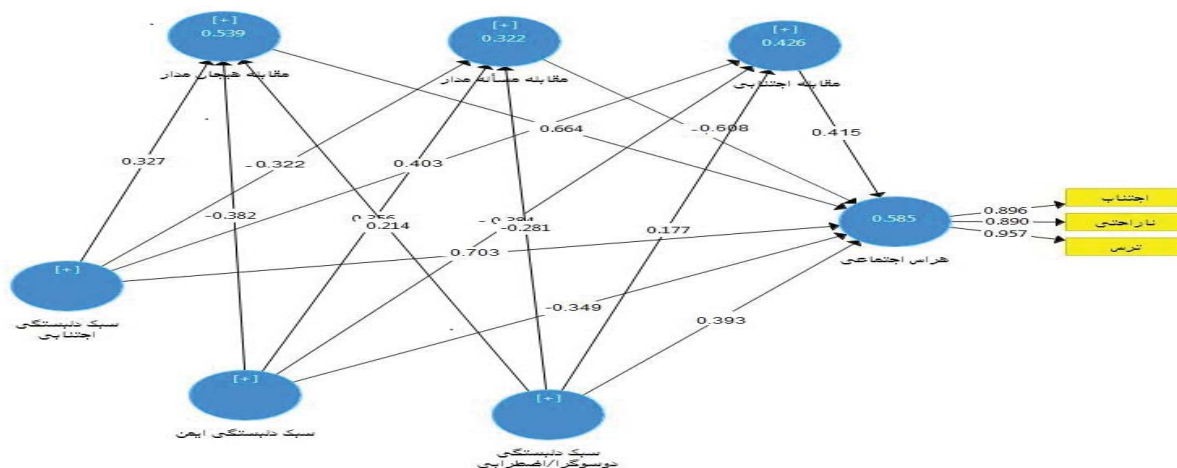
با توجه به نتایج به دست آمده، میانگین دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی، دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی، مسأله مدار، هیجانی مدار و اجتنابی به ترتیب برابر با ۱۲/۳۴، ۱۱/۸۴، ۱۲/۵۰، ۴۹/۲۶، ۴۷/۲۳ و ۴۸/۱۳ می باشد. دامنه نمره گذاری این پرسشنامه برای هر زمینه راهبردهای مقابله ای از ۱۶ تا ۸۰ است لذا می توان گفت میانگین هر زمینه در راهبردهای مقابله ای نمونه مورد مطالعه بیشتر از حد متوسط بوده است. همچنین میانگین ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک و هراس اجتماعی برابر با ۶/۱۶، ۸/۴۵، ۴/۶۰ و ۱۹/۷۵ می باشد. دامنه نمره گذاری این پرسشنامه از ۰ تا ۶۸ است لذا میتوان گفت میانگین هراس اجتماعی نمونه مورد مطالعه کمتر از حد متوسط بوده است.

تجزیه و تحلیل استنباطی

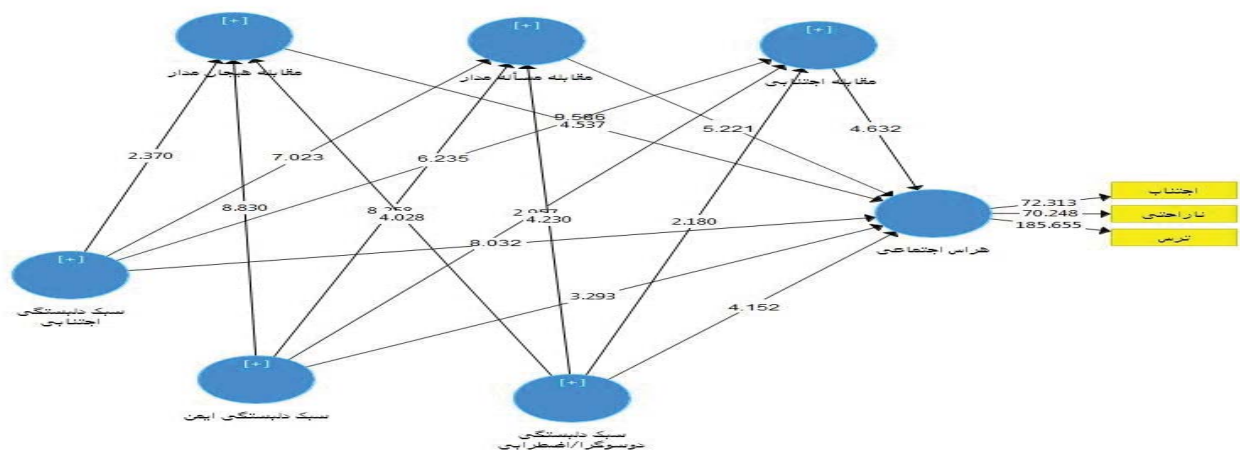
بررسی فرضیات پژوهش بر اساس مدل رابطه بین سبکهای دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان با استفاده از مدلسازی معادله سازی

نتایج مدل معادلات ساختاری به شکل نمودار مسیر^{۲۱} ارائه می گردد. مدل معادلات ساختاری پژوهش به منظور بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان در شکلهای (۱) و (۲) توسط نرم افزار مدل سازی نشان داده شده است.

همانطور که از خروجی نرم افزار Smart PLS مشاهده می شود، مدل اصلی ارائه شده به صورت شکل ۱ و ۲ می باشد که در آن روابط میان متغیرها و ضرایب هر یک از آنها بر اساس فرضیه های پژوهش، ارائه شده است. اعداد نوشته شده بر روی خطوط در مدل ۱، در واقع ضرایب بتا استاندارد حاصل از معادله رگرسیون میان متغیرها می باشند که به آنها ضرایب مسیر نیز گفته می شود و عدد داخل دایره آبی مربوط به ضریب تعیین میزان تبیین متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل می باشد.



شکل ۱: مدل رابطه بین سبکهای دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان با استفاده از ضریب اثر توسط نرم افزار Smart_PLS



شکل ۲: مدل رابطه بین سبکهای دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای در نوجوانان با استفاده از مقدار T-VALUE توسط نرم‌افزار Smart_PLS

جدول ۱. برآورد ضرایب رگرسیونی در روابط مستقیم مدل پژوهش با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای

روابط	ضریب اثر	مقدار آزمون T	R^2	سطح معناداری	نتیجه فرضیه
سبک دلبستگی ایمن	-۰/۳۴۹	۳/۲۹۳	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
سبک دلبستگی اجتنابی	۰/۷۰۳	۸/۰۳۲	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
سبک دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی	۰/۳۹۳	۴/۱۵۲	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
مقابله هیجان مدار	۰/۶۶۴	۹/۵۸۶	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
مقابله مسئله مدار	-۰/۶۰۸	۵/۲۲۱	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
مقابله اجتنابی	۰/۴۱۵	۴/۶۳۲	۰/۵۸۵	$P < /۰۰۱$	تایید
سبک دلبستگی ایمن	-۰/۳۸۲	۸/۸۳۰	۰/۵۳۹	$P < /۰۰۱$	تایید
سبک دلبستگی اجتنابی	۰/۳۲۷	۲/۳۷	۰/۵۳۹	۰/۰۲۱	تایید
سبک دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی	۰/۲۱۴	۴/۰۲۸	۰/۵۳۹	$P < /۰۰۱$	تایید

سبک دلبستگی ایمن	مقابله مساله مدار	۰/۴۰۳	۶/۲۳۵	۰/۳۲۲	$P < / .001$	تایید
سبک دلبستگی اجتنابی	مقابله مساله مدار	-۰/۳۲۲	۷/۰۲۳	۰/۳۲۲	$P < / .001$	تایید
سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی	مقابله مساله مدار	-۰/۲۸۱	۴/۲۳۰	۰/۳۲۲	$P < / .001$	تایید
سبک دلبستگی ایمن	مقابله اجتنابی	-۰/۲۹۴	۲/۰۹۷	۰/۴۲۶	۰/۰۳۵	تایید
سبک دلبستگی اجتنابی	مقابله اجتنابی	۰/۴۰۳	۴/۵۳۷	۰/۴۲۶	$P < / .001$	تایید
سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی	مقابله اجتنابی	۰/۱۷۷	۲/۱۸۰	۰/۴۲۶	۰/۰۱۲	تایید

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی بر هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بنابراین بین سبکهای دلبستگی با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد و فرضیه فرعی اول تحقیق مورد تأیید می باشد. بین راهبرد مقابله هیجان مدار، مسأله مدار و اجتنابی بر هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده از رابطه بین راهبردهای مقابله ای با هراس اجتماعی در جدول شماره ۱، میتوان چنین نتیجه گرفت که به طور کلی بین راهبردهای مقابله ای با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد و فرضیه فرعی دوم تحقیق مورد تأیید می باشد.

همانطور که در جدول مشاهده می شود بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با راهبرد مقابله هیجان مدار در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با راهبرد مقابله مسأله مدار در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با راهبرد مقابله اجتنابی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از رابطه بین سبک های دلبستگی با راهبردهای مقابله ای در جدول شماره ۱، میتوان چنین نتیجه گرفت که بین سبک های دلبستگی با راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد و فرضیه فرعی سوم تحقیق مورد تأیید می باشد.

جدول ۲. برآورد ضرایب رگرسیون نقش میانجی راهبردهای مقابله ای

		ضریب اثر غیرمستقیم	مقدار آزمون T	R^2	سطح معناداری	نتیجه فرضیه (راهبرد مقابله هیجان مدار)
سبک دلبستگی ایمن	هراس اجتماعی	-۰/۲۵۳	۴/۴۷۱	۰/۵۸۵	$P < / .001$	تأیید
سبک دلبستگی اجتنابی	هراس اجتماعی	۰/۲۱۷	۳/۳۰۶	۰/۵۸۵	۰/۰۲۳	تایید
سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی	هراس اجتماعی	۰/۱۴۲	۳/۳۹۸	۰/۵۸۵	۰/۰۰۱	تایید

نتیجه فرضیه (راهبرد مقابله مسأله مدار)	سطح معناداری	R^2	مقدار آزمون T	ضریب اثر غیرمستقیم		
تأیید	$P < /0.01$	۰/۵۸۵	۴/۳۲۱	-۰/۲۴۵	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی ایمن
تأیید	۰/۰۳۳	۰/۵۸۵	۳/۰۱۱	۰/۱۹۶	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی اجتنابی
تأیید	۰/۰۴۲	۰/۵۸۵	۲/۹۸۲	۰/۱۷۱	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی
نتیجه فرضیه (راهبرد مقابله اجتنابی)	سطح معناداری	R^2	مقدار آزمون T	ضریب اثر غیرمستقیم		
تأیید	۰/۰۴۳	۰/۵۸۵	۲/۶۲۳	-۰/۱۲۲	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی ایمن
تأیید	۰/۰۳۹	۰/۵۸۵	۲/۷۳۲	۰/۱۶۷	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی اجتنابی
تأیید	۰/۰۴۱	۰/۵۸۵	۲/۱۰۱	۰/۰۷۳	هراس اجتماعی	سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی

در جدول شماره ۲، همانطور که مشاهده می شود بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبرد مقابله ای هیجان مدار در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای مسأله مدار در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. بین سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبرد مقابله ای اجتنابی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده می توان چنین نتیجه گرفت که در رابطه بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی، نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده کلیه روابط و مسیرها در مدل مورد تأیید می باشد. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی با نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد و فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید می باشد. این یافته با نتایج پژوهش های غضنفری و ندری (۱۳۹۸) و صنعتکار (۱۳۹۵) همخوانی داشت (Ghazanfari & Nadri, 2019; Naderi, 2023).

فرضیه اول: بین سبک های دلبستگی با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین نزدیک بودن (ایمن) با هراس اجتماعی همبستگی منفی وجود داشت. همچنین بین اضطراب (اضطرابی) و سبک وابستگی (اجتنابی) با هراس اجتماعی همبستگی مثبت وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش های

ایمامگلو و کیوان^{۷۳} (۲۰۲۲)، رید^{۷۴} و همکاران (۲۰۱۸) ایکنز، پدرسون و ویلبرگ^{۷۵} (۲۰۱۶) اوربیک^{۷۶} و همکاران (۲۰۱۶)، دروگر و همکاران (۱۳۹۹)، بهشتیان و روزبهانی (۱۳۹۵) و حسنی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی داشت (Beheshtian, 2016; Drogar et al., 2020; Eikenæs et al., 2016; Hasani et al., 2013; İmamoğlu & Keyvan, 2022; Kouchi et al., 2021; Read et al., 2018). لیکن این یافته با نتایج درین^{۷۶} و همکاران (۲۰۲۲) همخوان نبود (Derin et al., 2022). افراد دارای دلبستگی نایمن معمولاً گوش به زنگ هستند؛ نسبت به فقدان یا تهدید بسیار حساس اند و ممکن است که به دنبال اطمینان باشند (Hasani et al., 2013). افزون بر آن، افراد دارای خصوصیات هراس اجتماعی بالا، نسبت به وقوع رویدادهای منفی اشتغال ذهنی زیادی دارند و همیشه بر این فرض تاکید می کنند که دیگران دید انتقادی نسبت به آنها دارند و آنها را به طور منفی ارزیابی می کنند. بنابراین می توان گفت سبک های دلبستگی عامل مهمی هستند که بر روابط بین فردی تاثیر می گذارند و سطح هراس اجتماعی افراد را تعیین می کند. در افراد دارای سبک های دلبستگی نایمن که با سبک اضطرابی تطابق دارد ممکن است تنظیم هیجانی خود را از دست بدهند و در چرخه معیوبی به دام بیفتند که در آن چرخه های عدم تنظیم هیجانی به بی اعتبار شدن بین فردی منجر می شود که به عدم تنظیم هیجانی بیشتر منجر می شود. ترس از مواجهه با هیجان شدید غالباً افراد را در چنین ارتباطی نگه می دارد و مرحله افزایش آسیب هیجانی را در این شرایط نشان می دهد. انزوای هیجانی که با آسیب دیدن تکیه گاههای دلبستگی توسط هیجان ایجاد می شود، آن قدر غیر قابل تحمل است که به هر هزینه ای باید از آن اجتناب شود. این در حالی است که افراد با هراس اجتماعی نیز به دلیل تجربه ترس و هراس شدید هنگام پیش بین و یا ورود به موقعیت اجتماعی هراس آور، امکان دارد میل زیادی به اجتناب از موقعیت های اجتماعی داشته باشد.

از سوی دانش آموزان با سبک دلبستگی نزدیک بودن (ایمن) دارای اعتماد به نفس هستند که می توانند خواسته های خود را به خوبی دیگران انتقال بدهند، سازگاری بهتری با دیگران دارند، دست به خلاقیت و کنجکاوی میزنند و بدون ترس از پیامدهای رفتار خود و با روحیه استقلال طلبی در موقعیتهای اجتماعی، بدون هراس و ترس اجتماعی عمل می کنند. شاید بتوان دلیل این مسئله را بدین صورت عنوان نمود که دانش آموزانی سبک دلبستگی نزدیک بودن (ایمن) است به دلیل احساس امنیت و حمایتگری که از دیگران دریافت می کنند، ترس و اضطراب در آنها کمتر است و زمینه حضور دانش آموزان در موقعیت های اجتماعی، به دلیل احساس امنیتی که از دیگران دریافت می کنند افزایش می یابد.

در تبیین نتایج می توان گفت مؤلفه نزدیک بودن، از زیرمقیاسهای سبک های دلبستگی است و بدین معنی است که هر قدر فرد آسایش و صمیمیت بیشتری را در رابطه خود تجربه کند و هراس اجتماعی او کاهش می یابد.

وابستگی مؤلفه دیگری است که با متغیر ملاک همبستگی دارد، این زیرمقیاس به میزانی که فرد احساس میکند میتواند به دیگران در هنگام نیاز تکیه و اعتماد کند و اینکه دیگران در دسترس وی باشند اشاره دارد؛ میزانی را که افراد به دیگران اطمینان می کنند و به آنها متکی میشوند. لذا در وابستگی بیشتر، هراس اجتماعی بیشتر می شود.

اضطراب، به نگرانی و ترس فرد از اینکه در رابطه با دیگری طرد شود یا ترک گردد، اشاره دارد و در اینجا مشخص است که هر قدر اضطراب فرد کمتر باشد، هراس اجتماعی او کاهش می یابد.

فرضیه دوم: بین راهبردهای مقابله ای با هراس اجتماعی در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سبک مقابله ای مسئله مدار با هراس اجتماعی نوجوانان رابطه منفی و معنادار؛ و بین سبک های مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی با هراس اجتماعی آن ها همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. این یافته با نتایج حسینی (۱۴۰۱) و مسگر و تقوایی (۱۳۹۷) همخوانی داشت (Hosini, 2022; Mesgar R, 2019).

راهبردهای حل مسئله با تعدیل یا حذف استرسورها، تأثیرات سودمندی بر هیجانها دارند. استفاده از سبک مقابله هیجان محور، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با موقعیت استرسزا باز می دارد و توانمندی او را برای حل مشکل کاهش می دهد. مقابله ناکارآمد (اجتنابی و هیجان مدار) نه تنها سودی در بر نخواهد داشت، بلکه به بدتر شدن وضعیت فرد منجر میشود و به احتمال زیاد چرخه معیوبی از تعارضات، نگرانیها، مسائل و مشکلات را برای فرد به وجود می آورد؛ به اینصورت که هرچه زمان میگذرد، تعارضات، مسائل و مشکلات فرد بیشتر، گسترده تر و پیشرفته تر میشود. مهارت مسأله مدار از جمله مهارتهای شناختی است که فرد با توجه به موقعیت، ارزیابی دقیق، جدا از احساسات و هیجانات خود از موقعیت انجام میدهد و واقع گرایانه تر عمل میکند و هر چه این شیوههای مقابله

- | | |
|----|-----------------------------|
| 72 | imamoğlu & Keyvan |
| 73 | Read |
| 74 | Eikenæs, Pedersen & Wilberg |
| 75 | Overbeek |
| 76 | Derin |

کارآمد را به کار گیرد عدم علائم جسمانی و روانی، اضطراب و افزایش احساس خشنودی را به دنبال دارد. لذا افرادی که از راهبرد مقابله مساله مدار استفاده می کنند، فعال و پویا هستند و این پویایی امکانات لازم برای مقابله فعال با موقعیت استرس زا را در اختیار فرد قرار میدهد (Nederi, 2023). سبک مقابله با تمرکز بر احساسات شامل استراتژیهای است که باعث کاهش احساس هیجانی و بیان احساسات و جلوگیری از اقدامات مناسب در شرایط استرسزا میشود. لذا با استفاده از راهبرد هیجان مدار و بازداری فرد از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل، توانایی او نیز برای حل مشکل، کاهش می یابد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می شود و سلامت روانی را کاهش میدهد. در سبک مقابله ای اجتنابی فرد سعی در تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشار آور را دارد و با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می کند. در این نوع سبک مقابله فرد از سرگرمی اجتماعی و منحرف کردن فکر استفاده می کند و سعی می نماید که توجه خود را از مشکل بر گرداند مانند تماشای تلویزیون و قدم زدن (بابایی و همکاران، ۱۴۰۰). لذا فرد با انجام فعالیتهایی سعی میکند به انزوا و کناره گیری مشخص از اجتماعی روی آورد (Mesgar R, 2019; Nederi, 2023).

فرضیه سوم: رابطه سبک های دلبستگی با راهبردهای مقابله ای در نوجوانان پسر رابطه وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن با راهبردهای مقابله ای هیجانی و اجتنابی همبستگی منفی وجود داشت. بین سبک دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار همبستگی منفی و راهبردهای مقابله ای هیجانی و اجتنابی همبستگی مثبت وجود داشت. بین سبک دلبستگی اجتنابی با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار همبستگی منفی و راهبردهای مقابله ای هیجانی و اجتنابی همبستگی مثبت وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش های کالاکادیالگو، توران و اوسلو (۲۰۱۷)، فرامرزی نیا و همکاران (۱۳۹۸) و ریگر (۲۰۱۶) همخوانی داشت (Çolakkadioglu et al., 2017; Faramarzinia et al., 2019; Riggs, 2016).

در تبیین این یافته میتوان عنوان کرد افرادی که سبک دلبستگی اجتنابی دارند در برخورد با مسائل، موقعیتهای استرس آور و در موقعیتهای اجتماعی به دلیل نگرش منفی که به خود دارند کمتر از راهبردهای مساله مدار و بیشتر از راهبردهای هیجانمدار استفاده میکنند. همچنین افراد دلبسته دوسوگرا از راهبردهای متمرکز بر هیجان، ارزیابی بیش از حد تهدید و احساس بیکیفیتی شخصی در مدیریت استرس استفاده می نمایند. آنها به شیوه منفعلانه با عوامل ایجاد استرس برخورد میکنند. در طرح ریزی رفتار نیز بر عوامل هیجانی بیشتر از عوامل شناختی متمرکز میشوند (Ghazanfari & Nadri, 2019). همچنین براساس این نتایج، تبیین می شود که منفی نگر الگوهای کارکردی درونی افراد با سبک دلبستگی اجتنابی نسبت به دیگران، باعث می شود که این افراد نتوانند از طریق مکانیسم هایی مانند "فعل سازی هیجان های مثبت" یا "دسترسی به منابع اجتماعی مقابله" از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار مثبت و مسئله مدار استفاده کنند. این منفی نگر همچنین، باعث محرومیت این افراد از روابط و حمایت های عاطفی - اجتماعی هنگام روبه روشن شدن با برخی حوادث فشار زا و استفاده از راهبردهای سازش نایافته ای همچون راهبردهای مقابله هیجان مدار منفی مانند پاسخ های پرخاشگرانه و تخلیه هیجان های منفی می شود (Faramarzinia et al., 2019).

پیشنهادهای کاربردی به مدارس و خانواده جهت تعالی عملکرد

-براساس نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می شود مشاوران در سطح مدارس با برگزاری کارگاههای آموزشی، راهبردهای سازگارانه مقابله با استرس را به دانش آموزان، آموزش دهند. نحوه صحیح کنار آمدن فرد با استرس می تواند در دستور کار مشاوران قرار بگیرد که در واقع تاثیر مستقیم بر وضعیت تحصیلی فراگیران دارد.

-با توجه به اینکه سبک دلبستگی وابستگی و اضطرابی بطور معنی داری در پیش بینی هراس اجتماعی نوجوانان موثر بوده است پیشنهاد می گردد برای نوجوانانی که دارای این سبک دلبستگی هستند جلسات مشاوره جهت پیشگیری از هراس اجتماعی آنها اجرا گردد.

- با توجه به نتایج پژوهش، برگزاری کلاسهای مناسب آموزش خانواده پیشنهاد می گردد تا به والدین در داشتن روابط گرم و محبت آمیز با فرزندان کمک کنند و بدین ترتیب کودکان، تعاملات اجتماعی بدون ترس و هراسی در طول نوجوانی داشته باشند.

منابع

- Agbaria, Q., & Natur, N. (2018). The relationship between violence in the family and adolescents aggression: The mediator role of self-control, social support, religiosity, and well-being. *Children and Youth Services Review*, 91, 447-456.
- Bayrami, M., & Mohebbi, M. (2016). Relationship between attachment to parents and perception of conflict between parents with social anxiety disorder in female students: the mediating role of emotion-oriented coping strategy.
- Beheshtian, M. (2016). Predict Social Anxiety Based on Attachment Type and Basic Psychological Needs.

Social psychology research, 6(24).

Çolakkadioglu, O., Akbas, T., & Uslu, S. K. (2017). Comparison between Couple Attachment Styles, Stress Coping Styles and Self-Esteem Levels. *Universal Journal of Educational Research*, 5(n12A), 176-187.

Derin, S., Selman, S. B., Alyanak, B., & Soylu, N. (2022). The role of adverse childhood experiences and attachment styles in social anxiety disorder in adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 27(3), 644-657.

Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., & Ashrafi, E. (2020). The Mediating Role of Mentalization in the Relationship between Attachment and Emotional Dysregulation with Social Anxiety [In Persian].

Eikenæs, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 245-260.

Faramarzinia, E., Bahrainian, S. A. M., & Manouchehri, M. (2019). Structural model of attachment styles, early maladaptive schemas and health dimensions by mediating coping styles [In Persian].

Ghazanfari, F., & Nadri, M. (2019). Developing of the etiology model of adolescent social anxiety disorder based on anxiety sensitivity, negative emotional regulation and anxiety and ambivalent attachment style with mediating role of emotional-focused coping strategy. *Clinical Psychology Studies*, 9(35), 97-130 [In Persian].

Hasani, J., Sheikhan, R., Aryanakia, E., & Mahmoodzadeh, A. (2013). Adolescents social anxiety: the role of attachment styles and cognitive emotion regulation strategies. [In Persian]

Hosini, M. (2022). Investigating the relationship between personality traits and coping styles with social anxiety in blind people in Qazvin. *Scientific Quarterly Journal of Human Resources and Capital*, 2(3), 109-129. [In Persian]

İmamoğlu, G., & Keyvan, A. (2022). Investigation of the Relationships Between Phubbing, Attachment Styles and Social Anxiety Variables in Adults.

Kouchi, S., Mami, S., & Ahmadi, V. (2021). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies and social self-efficacy in the relationship between early maladaptive schemas and social anxiety in adolescent girls. *Journal of Psychological Science*, 20(102), 953-966 [In Persian].

Manning, R. P., Dickson, J. M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A. & Taylor, P. J. (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of affective disorders*, 211, 44-59.

Mesgar R, T. D. (2019). Social Phobia Prediction based on coping styles and parenting styles. . *Rooyesh* 7 (12) :327-342 [In Persian]

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 25, 6-10.

Najafi Fard, T., Alizadeh, H., Borjali, A., & Asgari, M. (2021). The Efficacy of Adler Cognitive-Social Education on the Interaction of Mothers and Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Journal of psychologicalscience*, 20(105), 1587-1600. [In Persian]

Nederi, M. (2023). Developing a social anxiety disorder model and investigating the effectiveness of treatment based on this model on the cognitive regulation of emotion and social anxiety symptoms of people with social anxiety disorder. Master thesis of Lorestan University, Faculty of Literature and Human Sciences.

Read, D. L., Clark, G. I., Rock, A. J., & Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PloS one*, 13(12), e0207514.

Riggs, S. (2016). Coping Strategy As A Mediator Between Parental Attachment And The Parent-Child Relationship University of North Texas.[

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & medicine*, 63(9), 2440-2451.

Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., Yuan, J. M., Gao, Y., Qian, R. L., & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinesenurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274.

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت تحصیلی دانشجویان

علی اکبر صلاحی

روانشناس بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

سکینه یوسفی

کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

The effect of life skills training on specialized intelligence and the motivation of students' academic progress

Ali Akbar Salahy

Ph.D. 1. Clinical Psychology/Assistant Professor/Islamic Azad University/Tehran/Iran

Sakine Yousefi

M.A. Senior expert in personality psychology/Islamic Azad University/Tehran/Iran

Abstract:

This study was conducted with the aim of the effect of life skills training on the specialized intelligence and academic achievement motivation of South Tehran University students. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was made up of all female students of psychology department with a volume of 750 people, 30 people were selected as a sample and 15 people were randomly replaced in the experimental group and 15 people in the control group. The data were collected in two stages before and after teaching life skills during 12 sessions to the experimental group based on the questionnaire of specialized intelligences of Salahy et al. The results of covariance analysis showed that life skills training had a significant impact on the components of emotional-intelligence, spiritual-moral intelligence, financial-economic intelligence, and the total score of multiple intelligences and motivation to progress. In order to achieve educational goals, students need specialized intelligence and the motivation to progress, which can be used to strengthen these factors from life skills.

Keywords: *life skills, specialized intelligence, motivation to progress, students*

چکیده^{۷۷}

هدف این مطالعه بررسی آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت تحصیلی دانشجویان انجام گرفت. پژوهش به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه دانشجویان دختر گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب تشکیل دادند که به صورت در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت غیر تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد بر اساس پرسشنامه هوش‌های تخصصی صلاحی و دیگران (۲۰۲۲) و پرسشنامه انگیزه پیشرفت هرمنس (۱۹۷۷) جمع‌آوری شدند و گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه مورد آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس پروتکل مهارت‌های زندگی (برای درمانگران) برآبادی (۱۳۹۹) قرار گرفتند. سپس داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر مؤلفه‌های هوش عاطفی-هیجانی، معنوی-اخلاقی، هوش مالی اقتصادی- و نمره کل هوش‌های چندگانه و انگیزه پیشرفت تأثیر معناداری گذاشته است. دانشجویان در جهت رسیدن به اهداف آموزشی نیازمند هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت می‌باشند که می‌توان در جهت تقویت این عوامل از مهارت‌های زندگی سود برد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های زندگی، هوش‌های تخصصی، انگیزه پیشرفت، دانشجویان

مقدمه

هوش‌های چندگانه^{۷۸} توسط گاردنر^{۷۹} در اوایل دهه ۱۹۸۰ به عنوان روشی جایگزین برای طرح‌های سنتی کلاس درس پیشنهاد شد که به عنوان نیاز به انواع روش‌های یادگیری و درک افراد است (گاردنر، ۱۹۸۳؛ نقل از سنر و کوک کالیسکن^{۸۰}، ۲۰۱۸). نظریه هوش چندگانه^{۸۱} نظریه‌ای است که دو نوع فرآیند مغز، یعنی قابلیت‌های ذهنی و فرآیندهای یادگیری و کسب دانش را بررسی و ارزیابی می‌کند (گاردنر، ۱۹۸۳؛ تروینو، راشو، هرماندز و پاسیوس^{۸۲}، ۲۰۲۰). گاردنر (۱۹۸۳؛ نقل از سنر و کوک کالیسکن^{۸۳}، ۲۰۱۸) پیشنهاد کرد که یادگیرندگان یک هوش واحد ندارند، بلکه طیفی از هوش دارند. فرض او این است که همه افراد این هوش‌ها را دارند اما در هر فردی یکی از آنها بارزتر است. این دیدگاه جدید در مورد هوش با دیدگاه سنتی که معمولاً فقط دو هوش را تشخیص می‌دهد متفاوت است. بر اساس نظریه گاردنر هشت مؤلفه هوش مستقل وجود دارد که مستقل از یکدیگر هستند، و این مؤلفه‌های هوش که در فرد وجود دارد را می‌توان با سرعت معینی بهبود بخشید (اینان و ارکوس^{۸۴}، ۲۰۱۷). گاردنر توانایی‌هایی را که در درجات مختلف در هر فرد یافت می‌شود، به عنوان «حوزه‌های هوشمندی» یا «روش‌ها» تعریف کرد و هشت عنصر هوش در نظریه هوش چندگانه با عناوین هوش کلامی-زبانی، هوش منطقی-ریاضی، هوش دیداری-فضایی، هوش جسمانی-حرکتی، هوش موسیقایی-ریتمیک، هوش بین-فردی، هوش درون فردی، هوش طبیعت‌گرا مطرح کرد (گاردنر، ۱۹۹۱)، گاردنر در سال‌های اخیر «هوش هستی‌گرایی» را نهمین نوع هوش معرفی کرد. با این حال، گاردنر، به دلیل عدم وجود شواهد در سیستم عصبی، تأیید نکرده است. به این دلیل که به گفته گاردنر یکی از معیارهای هوش وجود شواهد در مغز است (گاردنر، ۲۰۰۰).

هوش زبانی به طور کلی به حساسیت به زبان گفتاری و نوشتاری، توانایی یادگیری زبانها و ظرفیت استفاده از زبان برای دستیابی به اهداف معین اشاره دارد. از نظر بدنی، هوش جنبشی شامل پتانسیل استفاده از کل بدن یا بخش‌هایی از بدن است. هوش موسیقایی خود توضیحی است و شامل مهارت در اجرا، آهنگسازی و درک موسیقی است. هوش درون فردی شامل ظرفیت درک خود، قدرانی از احساسات، ترس‌ها و انگیزه‌های خود است. هوش منطقی-ریاضی مستلزم ظرفیت تجزیه و تحلیل منطقی مسائل، انجام عملیات ریاضی و بررسی مسائل است. هوش بین فردی مستلزم ظرفیت درک نیات، انگیزه‌ها و خواسته‌های افراد دیگر است. هوش فضایی به پتانسیل شناخت و استفاده از الگوها اشاره دارد. هوش طبیعت‌گرایانه به ظرفیت شناخت، طبقه‌بندی و استفاده از ویژگی‌های خاص محیط اشاره دارد و گنجاندن انواع هوش معنوی، هستی‌گرایی و اخلاقی مشکلاتی را ایجاد می‌کند، زیرا معنویت فرد به حریم ذهن انسان اختصاص دارد و قابل مشاهده نیست (گاردنر، ۲۰۱۱). گاردنر با نظریه هوش‌های چندگانه، که فلسفه‌ای مبتنی بر یادگیرنده را ایجاد می‌کند، کمک قابل توجهی به علوم شناختی کرد. با کمک این نظریه، دانشجویان می‌توانند بهتر درک کنند که چگونه می‌توان

- 77 Abstract
- 78 Multiple intelligence
- 79 Gardner, H.
- 80 Sener, S., & Çokçaliskan, A
- 81 Multiple Intelligence Theory
- 82 Treviño, I. M., Rocha, G. M., Hernández, J. M., & Palacios, A.
- 83 Sener, S., & Çokçaliskan, A
- 84 İnan, C., & Erkus, S

انگیزه پیشرفت توسط روانشناس هاروارد هنری موری^{۸۸} (۱۹۳۸، نقل از هانگن، الیوت و جیمسون^{۸۹}، ۲۰۱۹) معرفی شد و بطور منظم در دهه ۱۹۵۰ توسط مک کلند، اتکینسون، کلارک و لاول^{۹۰} (۱۹۵۳، نقل از هانگن، الیوت و جیمسون، ۲۰۱۹) رسمیت یافت. این نظریه پردازان انگیزه را به عنوان ارتباط آموخته شده بین نشانه‌های محیط زیست و نتیجه واکنشهای عاطفی توصیف میکنند. این فرایندهای آموخته شده، توسط پاسخهای عاطفی پایه گذاری شده و پیش می‌روند، که متعاقباً منجر به دستیابی به موفقیت میشود (هانگن، الیوت و جیمسون، ۲۰۱۹). ایجاد انگیزه درونی در دانشجویان، هدف گذاری تحصیلی را هدایت می‌کند و مشارکت آنها را در فعالیتهای مرتبط حفظ می‌کند، که به نوبه خود منجر به دستیابی به نتایج یادگیری و برنامه‌های شغلی مورد نظر می‌شود (جونگ، شانگ و لی^{۹۱}، ۲۰۱۰).

در این میان انگیزه پیشرفت به عنوان شناسایی سه نیاز مشخص (۱) نیاز به موفقیت، (۲) نیاز به وابستگی، و (۳) نیاز به قدر نظریه-پردازی شد، این نیازهای متمایز آموخته میشوند، به مرور زمان به دست می‌آیند و بر اساس تجارب زندگی شخصی خود شکل می‌گیرند (مککلند و ماک کلند، ۱۹۶۱، نقل از کارمن و واتسون^{۹۲}، ۲۰۱۷). محققان آموزشی انگیزه پیشرفت را به عنوان یک پیشینی کننده قوی از موفقیت، موفقیت ادراک شده و توانایی علمی نشان داده‌اند (استوری، هارت، استاسون و ماهونی^{۹۳}، ۲۰۰۹). انگیزه پیشرفت انگیزه‌ای است برای تشویق افراد به دستیابی به موفقیت برای هدف گذاری موفقیت در رقابت با چندین معیار تعالی، معیارهای برتری برای استانداردهای دستیابی به موفقیت خود از قبل دست یافته استفاده می‌شود و برای کسب یک شایستگی امکان پذیر است (وردهیستوتس، وهاریادی و پارتیوی^{۹۴}، ۲۰۲۰). افرادی که انگیزه پیشرفت بالایی دارند معمولاً به طریقی عمل می‌کنند که به آنها امکان می‌دهد نسبت به دیگران عملکرد بهتری داشته باشند، برخی از استانداردهای تعالی را رعایت کرده یا از آنها عبور کنند یا کاری غیر معمول انجام دهند (آکپن و امبونگ^{۹۵}، ۲۰۱۳). بنابراین تشخیص اینکه دانشجویان دارای نقاط قوت متفاوتی هستند و ارائه فعالیت‌هایی برای انطباق با این نقاط قوت و در عین حال پل زدن به مناطق ضعیف‌تر، در مرکز آموزش متنوع بر اساس نظریه هوش‌های تخصصی قرار دارد (بارنارد و اولیوارز^{۹۶}، ۲۰۰۷). دانشجویان صرفاً دریافت کننده

تفاوت‌های فردی را درک کرد، به آنها نزدیک شد و در یک محیط آموزشی و یادگیری بهبود بخشید (سنر و کوک کالیسکن، ۲۰۱۸). نظریه هوش چندگانه گاردنر (۱۹۸۳؛ نقل از یوویچ و روتنیتسکی^{۸۵}، ۲۰۲۰) دنیای آموزشی را به چالش کشید. بر اساس مطالعات قبلی، گاردنر هفت هوش را تعریف کرده است که هر کدام در هسته مدل‌های پردازش اطلاعات شناختی قرار دارند، آموزش از طریق یک رویکرد سفارشی شده برای تئوری هوش چندگانه به دانشجویان اجازه می‌دهد تا مهارت‌های فکری مختلف را توسعه و تقویت کنند. گاردنر استدلال کردند که از طریق غنی سازی تجربه یادگیری، معلمان انگیزه شخصی یادگیرندگان را افزایش می‌دهند (یوویچ و روتنیتسکی، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه هوش چندگانه گاردنر، هر دانشجو مطالبی را که در کلاس درس می‌آموزد، بر اساس هوش و سبک یادگیری غالب خود پیش می‌رود که دانشجو با آن به بهترین نحو یاد می‌گیرد. ترکیب سبک‌های یادگیری با هوش‌های غالب طبق نظریه هوش چندگانه گاردنر، فرایندهای یادگیری را در بین دانشجویان افزایش می‌دهد (سنر و کوک کالیسکن، ۲۰۱۸). این تئوری در ارتقای منزلت و خلاقیت فرد حیاتی است. این توانایی ایجاد انگیزه در دانشجویان را از طریق یک تجربه آموزشی و یادگیری سرگرم کننده دارد. این به این دلیل است که هر فردی در صورتی که هوش غالب او به درستی دستکاری شود، ظرفیت یادگیری موثر تکالیف را دارد. از این رو می‌تواند زمینه‌ساز انگیزه پیشرفت باشد (احمد، سمن، آونگ و سلیمان، ۲۰۱۵). در این میان یکی از مهمترین عواملی که فرد را به اهداف خود سوق می‌دهد، انگیزه است. این حرکت به عنوان انگیزه شناخته می‌شود. این یک ذوق و اراده با نوعی هیجان است که فرد را به استقامت برای رسیدن به ارتفاعات بالاتر، در هر مسیری از زندگی، چه شخصی باشد چه حرفه‌ای سوق می‌دهد که ممکن است از یک منبع درونی یا بیرونی سرچشمه بگیرد و توسط خود فرد تعیین می‌شود، با بالا رفتن از نردبان سن و بلوغ، عواملی که به یک فرد انگیزه می‌دهند، تغییر می‌کنند و همچنین، دستیابی به یک هدف، فرد را برای رسیدن به هدف دیگری تنظیم می‌کند. لذا داشتن انگیزه یک نیاز دائمی است (سینگ^{۸۶}، ۲۰۱۱). از این رو انگیزه یکی از عوامل موثر در موفقیت تحصیلی است. که والدین و مربیان باید در درک اهمیت ارتقاء و تشویق انگیزه پیشرفت استفاده می‌کنند که رفتار انسان و موجودات دیگر را هدایت و انرژی می‌بخشد، انگیزه بر دو نوع عمده درونی و بیرونی است. انگیزه درونی بر اساس عوامل درونی مانند تعیین سرنوشت، تلاش، چالش و کنجکاوی است در حالی که انگیزه بیرونی عوامل بیرونی مانند پاداش و مجازات را در بر می‌گیرد (میتچل^{۸۷}، ۲۰۰۵). ساختار

- 88 Murray, H. G
89 Hangen, E. J., Elliot, A. J., & Jamieson, J. P
90 McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., & Lowell, E. L
91 Jong, M. S., Shang, J., & Lee, F. L
92 Karaman, M. A., & Watson, J. C
93 Story, P. A., Hart, J. W., Stasson, M. F., & Mahoney, J. M
94 Werdhiautatie, A., Suhariadi, F., & Partiw, S. G
95 Akpan, I. D., & Umobong, M. E
96 Barnard, L., & Olivarez, A

- 85 Yavich, R., & Rotnitsky, I.
86 Singh, K
87 Mitchell, N

سلامت عمومی و توانایی‌های فردی دانشجویان را تقویت کند، آنها را با مهارت‌های سازگارتر تجهیز کند. تا چالش‌های تغییر موقعیت‌های زندگی روبه‌رو شوند و آنها را توانمند ساز تا عاملی برای ایجاد کارآمدی و انگیزه در افراد شود لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های زندگی دارای اهمیت خاصی برای پیشبرد اهداف تحصیلی در دانشجویان می‌باشد (پراجاپاتی، شارما و شارما، ۲۰۱۷). همانطور که در این زمینه مطالعاتی انجام شده نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های زندگی منجر به ارتقای ابعاد سلامت روان و پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان شده است و این نوع مداخله را برای ایجاد انگیزه پیشرفت توصیه می‌کنند (محمدی و پورصابری، ۲۰۱۹). همچنین مشاهده شده است که هر یک از آموزش مهارت‌های زندگی افزایش معناداری در میانگین انگیزه درونی، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان گروه آزمایش مشاهده شد و لزوم توجه بیشتر به آموزش مهارت‌های زندگی برای دانشجویان با عدم انگیزه تحصیلی را پیشنهاد می‌کنند (آغاچاری، حسین زاده، مهدوی، هشتروودی‌زاده و وحیدی، ۲۰۱۵). همچنین مطالعه‌ای با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مبنای هوش چندگانه بر عملکرد هوشی کودکان انجام گرفت که نتایج حاکی از آن در آموزش زمینه را برای بهبود عملکرد هوشی دانش‌آموزان فراهم می‌کند و توانایی تأثیر مثبت بر عملکرد دانش‌آموزان دارد (تیماج‌چی و سعادت‌ابطحی، ۱۳۹۷).

بنابراین با توجه به اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی برای دانشجویان که می‌تواند زمینه را برای تفکر مساله‌مدارانه فراهم کند و به تلاش بهتر در جهت پیشرفت تحصیلی در دانشجویان منجر شود، لذا ضرورت انجام این مطالعه را دوچندان کرده است و از طرف دیگر با یادگیری مهارت‌های زندگی ظرفیت هوش‌های تخصصی این افراد ممکن است دچار تغییرات مثبت شود. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد پژوهشگر در مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که؛ آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت تحصیلی دانشجویان تأثیر گذار است؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با حجم تقریبی ۷۵۰ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که به صورت دردسترس براساس معیارهای ورود به پژوهش (متعهد بودن به شرکت در جلسات مهارت‌های زندگی / دانشجویان دختر) و معیارهای خروج از پژوهش (غیبت در جلسات مداخله / شرکت داشتن در مشاوره روانشناختی دانشگاه) ۳۰ نفر انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی ساده ۱۵ نفر در گروه آزمایش و

اطلاعات داده شده نیستند. آنها باید تشویق شوند تا برای خودشان معنا بسازند. از آنجایی که اساتید باید از نقش توزیع‌کننده دانش به نقش تسهیل‌کننده یادگیری حرکت کنند، لذا باید انگیزه پیشرفت را در دانشجویان ایجاد کنند (گولات^{۹۷}، ۲۰۰۸). از این رو ممکن است با آموزش مهارت‌های زندگی تغییراتی را در انگیزه پیشرفت و هوش‌های چندگانه در دانشجویان ایجاد کرد، برنامه‌های مهارت‌های زندگی از سوی سازمان جهانی بهداشت پیاده‌سازی شده و در بخش‌های مختلف جهان به طبقه‌بندی‌های عملگر و قابل اعمال تبدیل شده‌اند که این مهارت‌ها شامل؛ تصمیم‌گیری، حل مسئله، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، ارتباط موثر، مهارت ارتباط بین فردی، خودآگاهی، همدلی، مقابله با استرس و مقابله با احساسات می‌باشد از این رو یادگیری و بهبود مهارت‌های زندگی منجر به ارتقای رفتارهای مثبت و سلامت روان می‌شود از طریق پیشگیری اولیه از احساسات منفی فردی و رفتارهای ناهنجار با حمایت از هر دو جنبه‌های فردی (مثلاً مقابله با استرس یا احساسات) و جنبه‌های بین فردی (مثلاً تشکیل و نگهداری مثبت روابط انسانی) به وجود می‌آید که این خود سبب ساز نگرش مثبت به زندگی است و می‌تواند زمینه را برای انگیزه در دانشجویان فراهم کند (کیس، اونو، شیماماتو و اویشی^{۹۸}، ۲۰۱۹).

آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان کمک خواهد کرد که دانش، نگرش و ارزش‌های وجودی خود را به توانایی‌های واقعی و عینی تبدیل کند و زمینه را برای ایجاد انگیزه فراهم کند، و از این توانایی‌های در راستای استفاده صحیح از نیروهای درونی خود بهره بگیرد و زندگی هدفمند و با انگیزه‌ای را برای خود ایجاد نماید (پالاهنگ، ناصر و برهانی، ۱۹۹۶). از طرف دیگر آموزش مهارت‌های زندگی فرد را قادر می‌سازد تا ضمن پذیرش مسئولیت تحصیلی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران به شکلی موثر با خواسته‌ها، انتظارات و مشکلات وابسته به تحصیل روبرو شود و عاملی برای رشد ذهنی و تحصیلی در آنها باشد (رحمتی، ادیب‌راد و طهماسبیان، ۲۰۱۰). بنابراین اجرای مناسب و صحیح آموزش مهارت‌های زندگی برای جامعه امروزی یک امر ضروری است. آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان می‌تواند مفید باشد زیرا به طور خاص به نیازهای آنها می‌پردازد، به ایجاد انگیزه، ارائه مهارت‌های عملی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و خود مدیریتی برای تنظیم زندگی کمک می‌کند، که همه این عوامل برای رسیدن به هدف بهتر مورد نیاز هستند (پراجاپاتی، شارما و شارما^{۹۹}، ۲۰۱۷). بنابراین، اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی باید در برنامه درسی در مراکز تحصیلی ادغام شود و به طور روزانه توسط یک مربی/معلم/مشاور مهارت‌های زندگی ارائه شود تا

97 Gullatt, D. E

98 Kase, T., Ueno, Y., Shimamoto, K., & Oishi, K

99 Prajapati, R., Sharma, B., & Sharma, D

۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین خواهند شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل:

۱. پرسشنامه هوش‌های تخصصی صلاحی و همکاران (۲۰۲۲):

پرسشنامه هوش‌های تخصصی توسط صلاحی و همکاران (۲۰۲۲) ساخته شد که دارای ۷۲ سوال و ۹ زیر مقیاس هوش جنبشی - حرکتی (گویه‌های ۱-۱۰-۱۹-۲۸-۳۷-۴۶-۵۵)، هوش کلامی - زبانی (گویه‌های ۲-۱۱-۲۰-۲۹-۳۸-۴۷-۵۶-۶۵)، هوش دیداری - فضایی (گویه‌های ۳-۱۲-۲۱-۳۰-۳۹-۴۸-۵۷-۶۶)، هوش منطقی - ریاضی (گویه‌های ۴-۱۳-۲۲-۳۱-۴۰-۴۹-۵۸-۶۷)، هوش موسیقایی (۵-۲۳-۳۲-۴۱-۵۰-۵۹-۶۸)، طبیعت‌گرا - هستی‌گرا (گویه‌های ۶-۱۵-۲۴-۳۳-۴۲-۵۱-۶۰-۶۹)، عاطفی - هیجانی (گویه‌های ۷-۱۶-۲۵-۳۴-۴۳-۵۲-۶۱-۷۰)، معنوی - اخلاقی (گویه‌های ۸-۱۷-۲۶-۳۵-۴۴-۵۳-۶۲-۷۱) و هوش مالی - اقتصادی (گویه‌های ۹-۱۸-۲۷-۳۶-۴۵-۵۴-۶۳-۷۲) می‌باشد که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای هرگز=۱ تا دائما=۵ نمره‌گذاری شد، پایایی آزمون بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد، همچنین روایی صوری پرسشنامه توسط اساتید روانشناسی و متخصصین مطلوب و مورد پذیرش گزارش شد. همچنین روایی ملاکی همزمان بین پرسشنامه هوش‌های چندگانه گاردنر و هوش‌های تخصصی از روش همبستگی پیرسون ۰/۸۱ گزارش شد (صلاحی، گاوزنی و ابراهیمی اصل، ۲۰۲۲).

۲. پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس (۱۹۷۷):

پرسشنامه انگیزه پیشرفت توسط هرمنس (۱۹۷۷) ساخته شد که دارای ۲۹ گویه و تک عاملی است. نمره‌گذاری پرسشنامه با توجه به ویژگی‌های ۹ گانه که سؤالات براساس آنها تهیه شده است، انجام می‌گیرد. بعضی از سؤالات به صورت مثبت و بعضی دیگر به صورت منفی ارائه شده است. در سؤالات شماره ۱، ۴، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹ به الف ۱، به ب ۲، به جیم ۳، و دال ۴ و در سؤالات شماره ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶، به الف ۴، به ب ۳، به جیم ۲ و دال ۱ داده می‌شود و دامنه تغییرات از ۲۹ تا ۱۱۶ می‌باشد. پایایی این مقیاس ۰/۷۵ درصد گزارش شد (هرمنس، ۱۹۷۰). روایی پرسشنامه را ۴۰/۲۷ گزارش شد، همچنین براساس آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۸۴ گزارش شد (اکبری، ۱۳۸۶). در مطالعه دیگر براساس آزمون آلفای کرونباخ و بازآزمایی سه هفته‌ای میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش شد (رئیس سعید، ۲۰۰۶). روش اجرا: مواد آموزشی مورد استفاده در این مطالعه شامل جلسات مهارت‌های زندگی برگرفته از کتاب مهارت‌های زندگی (برای درمانگران) برآبادی (۱۳۹۹) در ۱۲ جلسه یک ساعته توسط پژوهشگر به گروه آزمایش آموزش داده شد (برآبادی، ۱۳۹۹). پس از جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله قبل، و بعد از مداخله با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

جدول ۱. جلسات آموزش مهارت‌های زندگی

جلسات	فعالیت	هدف
جلسه اول	معارفه / و جلسات توجیهی	معرفی اعضاء گروه به هم / توضیح مقدماتی درباره اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی / توضیح در مورد انگیزه پیشرفت و هوش‌های تخصصی.
جلسه دوم	مهارت خودآگاهی	توضیحات لازم در مورد خودآگاهی و هدف آشنایی و شناسایی مهارت‌های خود و وضعیت و توانایی‌های خود / آموزش دادن تمرین و تکلیف خانگی در زمینه خودآگاهی / فرد بتواند ضعف‌ها و توانایی‌های خود را بشناسد و به سوال من کیستم جواب دهد.
جلسه سوم	مهارت اعتماد به نفس	آموزش روانی / تغییر یعنی حرکت از وضع موجود به سمت وضع مطلوب / نمیتوانم - ها را کم کنند / به میتوانم تبدیل کنند / سنجش ظرفیتها و این سنجش از طریق تست NEO / افزایش اعتماد به نفس در قلمرو هدف / بهبود دادن باورها /
جلسه چهارم	مهارت ارتباط موثر یا روابط بین فردی و گروهی	شناسایی یک نیاز بنیادی روانشناختی / بالا بردن کیفیت بهداشت و سلامت روان و شخصیت انسانها در گرو کیفیت روابط آنها / تمرین اول، افراد در شناسایی و استفاده صحیح از معنی و مفهوم واژگان استفاده شده با همدیگر متفاوت هستند / تمرین دوم، یابش موقعیتهای ارتباطی.

جلسه پنجم	مهارت جرات ورزی و قاطعیت	خود ابرازگری/ قاطعیت در روابط بین فردی یک مهارت خود مراقبتی است/ قاطعیت کارآمدترین و موثرترین سبک الگوی ارتباطی است/ داشتن توانایی نه گفتن/ داشتن توانایی درخواست کردن یا تقاضا کردن/ داشتن توانایی ابراز سازندگی، احساسات مثبت و منفی/ داشتن توانایی شروع، حفظ و پایان دادن به روابط
جلسه ششم	مهارت حل تعارض و مذاکره	فرد بتواند در زمان و مکانی مناسب با افکار/ توصیف اطلاعات حسی/ بیان انتظارات/ خلاصه کردن صحبت‌های مطرح شده و ارائه راه حل‌ها/ تعارض را مدیریت کند/ این مهارت بر روی رابطه ها آموزش داده شد/ حل تعارض در روابط بین فردی/ سبکهای حل تعارض اکتسابی هستند/ آموزش روانی/ تغییر از وضع موجود به سمت وضع مطلوب/ استخراج نتایج و بینش دادن/ آموزش مولفه های نگرش مثبت/ آمادگی کامل برای حل تعارض در مورد مسئله/
جلسه هفتم	مهارت کنترل خشم	پیدا کردن تجربه مستقیم/ به منظور تجربه جانشینی/ به منظور آموزش کلامی/ یادگیری کلامی/ اجازه ندهیم خشم بروز ناسالم پیدا کند/ خشم خود را در کانال قاطعیت و سالم استفاده کنیم/ کارکرد تکاملی مثبت/ از تعادل و تناسب خارج شود دیگر کارکرد مثبت ندارد/ و کارکرد منفی پیدا میکند/ نیازمند مدیریت هیجان
جلسه هشتم	مهارت مدیریت استرس	آموزش روانی/ تحلیل تغییر به منظور شناسایی تغییرات رخ داده که پیامدهای منفی برای فرد داشته/ شناسایی و فشره ضعفها/ شناسایی عامل تغییر/ آشنا نمودن دانشجویان با فرآیند استرس/ شناسایی سبکهای مقابله / استفاده از سبک مقابله ای مسئله - مدار(تمرکز بر خود مشکل) و یا هیجان مدار (تمرکز بر هیجان ناشی از آن مسئله)
جلسه نهم	مهارت حل مساله	استفاده از روش مساله/ شناخت مراحل حل مساله/ تقسیم کردن مشکل به اجزای کوچک تر و حل آنها/ ارائه برگه جدول ارزیابی راه حل بین اعضاء/ توانایی تسلط بر هیجانات منفی در شرایط بروز مشکل/ داشتن جدول تحلیل احساسات/ بینش دادن/ جداسازی مشکلات/ تولید راه حل‌های مختلف/ استفاده از تکنیک بارش مغزی/ حذف راه حل‌های بعید و غیر منطقی/ انتخاب مناسبترین راه حل/ تغییر(همیشه از بهترین راه حل استفاده میکنیم)
جلسه دهم	مهارت مقابله با استرس و اضطراب(خلق منفی)	شناسایی منابع استرس/ تا با رفتار صحیح، فشار روانی یا استرس را کاهش دهد/ خارج نمودن از چرخه اضطراب و قرار گرفتن در چرخه مواجهه/ آموزش رفتارهای ایمنی بخش/ ترسیم جدول سه ستونه (موقعیت ها، میزان اضطراب زایی، تعیین موقعیتهای شروع اضطراب)/ تکنیک مواجهه با اضطرابهای ذهنی/ گرفتن بازخورد از افراد تا تجربیات خودشان/ باز کردن صفحه ی ذهن و در نهایت آوردن عوامل اضطراب زا به صفحه ی ذهن/ بررسی تمرین و موانع احتمالی، بررسی بینش حاصل از تمرین.
جلسه یازدهم	مهارت تفکر خلاق	آموزش به افراد برای اینکه مسائل را ورای تجارب مستقیم خود درک کنند.
جلسه دوازدهم	قدردانی از افراد و جمع بندی جلسات/ پس آزمون	در این جلسه از افراد قدردانی شد و به جمع بندی مطالب پرداخته شد/ گرفتن گواهی/ پس آزمون

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دختر شهر تهران انجام گرفت که ۹ نفر معادل ۳۰٪ درصد در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۲ سال، ۱۷ نفر معادل ۵۶٪ درصد در محدوده سنی ۲۳ تا ۲۶ سال و ۴ نفر معادل ۱۳٪ درصد در محدوده سنی ۲۷ تا ۳۰ سال بودند، همچنین ۲۳ نفر معادل ۷۶٪ درصد دانشجوی کارشناسی و ۷ نفر معادل ۲۳٪ درصد دانشجوی کارشناسی ارشد بودند. در ادامه در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها آورده شد.

جدول ۲. داده‌های توصیفی مولفه‌های هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت در دانشجویان

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل			
	پیش آزمون $M \pm SD$	پس آزمون $M \pm SD$	پیش آزمون $M \pm SD$	پس آزمون $M \pm SD$	پیش آزمون چولگی	پس آزمون کشیدگی
هوش جنبشی-حرکتی	۲۳/۰۶±۲/۴۴۷	۲۳/۷۳±۲/۹۶۳	۲۶/۰۰±۳/۹۴۶	۲۴/۶۶±۳/۵۱۸	-۰/۲۴	۰/۳۵
هوش کلامی-زبانی	۲۸/۵۳±۲/۰۱۵	۲۵/۴۶±۱/۳۷۹	۲۷/۴۶±۲/۱۵۲	۲۶/۴۶±۱/۹۹۷	-۰/۳۵	۰/۲۵
هوش دیداری-فضایی	۲۷/۷۳±۳/۳۴۱	۲۷/۶۰±۳/۶۴۱	۲۳/۲۰±۲/۲۱۲	۲۲/۹۳±۲/۰۹۶	۰/۱۵	۰/۶۹
هوش منطقی-ریاضی	۲۴/۰۰±۲/۴۰۱	۲۵/۴۰±۲/۶۸۰	۲۵/۰۰±۲/۰۹۶	۲۴/۸۶±۲/۷۴۲	۰/۵۷	-۰/۲۰
هوش موسیقایی	۱۷/۹۳±۱/۸۴۴	۱۹/۹۳±۲/۱۱۳	۱۹/۲۹±۲/۴۸۳	۱۹/۲۰±۲/۹۳۰	۰/۶۸	۰/۴۴
هوش هستی‌گرایی	۲۱/۸۰±۲/۰۶۲	۲۲/۲۶±۲/۱۰۶	۲۲/۳۳±۱/۲۵۲	۲۲/۸۶±۱/۰۲۱	۰/۱۸	-۰/۶۸
هوش عاطفی-هیجانی	۲۵/۸۶±۱/۲۳۱	۲۹/۷۳±۱/۶۸۵	۲۹/۹۳±۲/۷۸۸	۲۸/۱۳±۲/۹۷۹	۰/۳۳	-۰/۵۴
هوش معنوی-اخلاقی	۳۰/۳۳±۱/۰۶۷	۳۲/۳۳±۱/۰۵۱	۳۱/۸۰±۲/۰۹۸	۲۹/۸۶±۲/۷۷۷	-۰/۱۵	-۰/۶۳
هوش مالی-اقتصادی	۲۴/۲۶±۲/۱۹	۲۸/۰۶±۲/۱۷۵	۲۶/۶۶±۱/۷۷۷	۲۵/۸۰±۱/۶۲۹	-۰/۳۷	۰/۰۸
هوش‌های تخصصی	۲۱۷/۵۳±۵/۳۱۳	۲۳۱/۵۳±۶/۸۱۲	۲۳۳/۰۰±۵/۴۴۶	۲۲۴/۸۰±۵/۷۸۱	۰/۲۹	۰/۵۳
انگیزه پیشرفت	۸۸/۶۶±۳/۱۵۸	۹۷/۴۶±۲/۹۴۴	۹۰/۶۶±۳/۳۸۴	۸۶/۰۶±۲/۶۴۹	-۰/۰۴	۱/۲۱

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات هوش عاطفی-هیجانی، هوش معنوی-اخلاقی، هوش مالی-اقتصادی، هوش‌های تخصصی کل و انگیزه پیشرفت در پساآزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است، این می‌تواند نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی باشد، اما بین میانگین بقیه مولفه‌ها تفاوت چشم‌گیری مشاهده نشد. همچنین میزان چولگی و کشیدگی برای مولفه‌های هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت در بازه (+۲ تا -۲) قرار دارد، همچنین پیش فرض‌های آزمون لوین و آزمون کلموگروف-اسمیرنف رعایت گردید که نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها از این حیث می‌باشد. در ادامه جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس آورده شد.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون معناداری پی‌لای، لامبدی و یلکس، معیار هتلینگ و بزرگترین ریشه روی بر روی مولفه‌های هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت دانشجویان

آزمون آماری	ارزش	آماره (F)	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	(sig)	اندازه اتا
پی‌لای	۰/۹۲۶	۱۰/۰۴۳	۱۰	۸	۰/۰۰۲	۰/۹۲۶
لامبدای و یلکز	۰/۰۷۴	۱۰/۰۴۳	۱۰	۸	۰/۰۰۲	۰/۹۲۶
هتلینگ	۱۲/۵۵۴	۱۰/۰۴۳	۱۰	۸	۰/۰۰۲	۰/۹۲۶
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۵۵۴	۱۰/۰۴۳	۱۰	۸	۰/۰۰۲	۰/۹۲۶

جدول ۳ نتایج لامبدای و یلکز برای دفعات مولفه‌های هوش تخصصی و انگیزه پیشرفت در دانشجویان معنی‌دار است ($P \leq ۰/۰۰۲$). در ادامه جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس آورده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر مولفه‌های هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت دانشجویان

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
هوش جنبشی-حرکتی	۱/۳۱۶	۱	۱/۳۱۶	۰/۳۲۱	۰/۵۷۹	۰/۰۱۹
هوش کلامی-زبانی	۴/۱۰۵	۱	۴/۱۰۵	۰/۴۸۷	۰/۳۷۰	۰/۰۴۷
هوش دیداری-فضایی	۰/۶۰۳	۱	۰/۶۰۳	۰/۱۳۳	۰/۷۱۹	۰/۰۰۸
هوش منطقی-ریاضی	۳/۵۴۸	۱	۳/۵۴۸	۰/۳۵۹	۰/۵۵۷	۰/۰۲۱
هوش موسیقایی	۰/۴۰۰	۱	۰/۴۰۰	۰/۰۷۳	۰/۷۹۰	۰/۰۰۴
هوش هستی‌گرا	۶/۶۷۹	۱	۶/۶۷۹	۱/۸۱۷	۰/۱۹۵	۰/۰۹۷
هوش عاطفی-هیجانی	۶۱/۴۰۲	۱	۶۱/۴۰۲		۰/۰۰۰	۰/۶۱۴
هوش معنوی-اخلاقی	۲۱/۸۳۲	۱	۲۱/۸۳۲	۶/۱۹۵	۰/۰۲۳	۰/۲۶۷
هوش مالی-اقتصادی	۱۸/۰۶۸	۱	۱۸/۰۶۸	۵/۰۹۴	۰/۰۳۷	۰/۲۳۱
هوش‌های تخصصی	۱۶۹/۷۵۹	۱	۱۶۹/۷۵۹	۳/۶۳۲	۰/۰۴۲	۰/۱۸۸
انگیزه پیشرفت	۸۲۶/۹۷۱	۱	۸۲۶/۹۷۱		۰/۰۰۰	۰/۸۳۹

طبق جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین میانگین هوش عاطفی - هیجانی ($P \leq 0.000$, Partial Eta = 0.61) و $0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.23) و $0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.26) اخلاقی - هوش معنوی - هوش مالی - اقتصادی ($0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.23) و $0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.42) و $0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.18) نمره کل هوش‌های تخصص (0.000 $\leq P$, Partial Eta = 0.83) و انگیزه پیشرفت (0.000 $\leq P$, Partial Eta = 0.83) و $0.000 \leq P$, Partial Eta = 0.83) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.05$). یعنی آموزش مهارت‌های زندگی بر این مولفه تأثیر معناداری گذاشته است. در ادامه جدول ۵ میانگین حاشه‌ای آورده شد.

جدول ۵ میانگین حاشیه‌ای و خطای استاندارد در پساآزمون مولفه‌های هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت دانشجویان

متغیر		میانگین	خطای انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۰/۹۵ درصد	
				کمترین	بیشترین
هوش جنبشی-حرکتی	آزمایش	۲۳/۸۸۱	۰/۶۷۴	۲۲/۴۵۹	۲۵/۳۰۳
	کنترل	۲۴/۵۱۹	۰/۶۷۴	۲۳/۰۹۷	۲۵/۹۴۱
هوش کلامی-زبانی	آزمایش	۲۵/۴۰۳	۰/۷۳۲	۲۳/۸۵۸	۲۶/۹۴۸
	کنترل	۲۶/۵۳۰	۰/۷۳۲	۲۴/۹۸۵	۲۸/۰۷۵
هوش دیداری-فضای	آزمایش	۲۳/۹۸۳	۰/۷۰۸	۲۴/۴۹۰	۲۵/۴۷۵
	کنترل	۲۳/۵۵۱	۰/۷۰۸	۲۲/۰۵۸	۲۵/۰۴۳
هوش منطقی-ریاضی	آزمایش	۲۵/۶۵۷	۱/۰۴۶	۲۳/۴۵۰	۲۷/۸۶۴
	کنترل	۲۴/۶۱۰	۱/۰۴۶	۲۲/۴۰۳	۲۶/۸۱۶
هوش موسیقیای	آزمایش	۱۹/۳۹۱	۰/۷۷۷	۱۷/۷۵۲	۲۱/۰۳۰
	کنترل	۱۹/۷۴۳	۰/۷۷۷	۱۸/۱۰۳	۲۱/۳۸۲
هوش هستی گرا	آزمایش	۲۱/۸۴۸	۰/۶۳۸	۲۰/۵۰۲	۲۳/۱۹۴
	کنترل	۲۳/۲۸۵	۰/۶۳۸	۲۱/۹۴۰	۲۴/۶۳۱
هوش عاطفی-هیجانی	آزمایش	۳۱/۱۱۳	۰/۵۰۱	۳۰/۰۵۶	۳۲/۱۷۰
	کنترل	۲۶/۷۵۴	۰/۵۰۱	۲۵/۶۹۷	۲۷/۸۱۱
هوش معنوی-اخلاقی	آزمایش	۳۲/۳۹۹	۰/۶۲۵	۳۱/۰۸۲	۳۳/۷۱۷
	کنترل	۲۹/۸۰۱	۰/۶۲۵	۲۸/۴۸۳	۳۱/۱۱۸
هوش مالی-اقتصادی	آزمایش	۲۸/۱۱۵	۰/۶۲۶	۲۶/۷۹۴	۲۹/۴۳۷
	کنترل	۲۵/۷۵۱	۰/۶۲۶	۲۴/۴۳۰	۲۷/۰۷۳
هوش های تخصصی	آزمایش	۲۳۱/۷۹۰	۳/۳۹۳	۲۲۴/۶۱۳	۲۳۸/۹۵۰
	کنترل	۲۲۴/۵۴۳	۳/۳۹۳	۲۱۷/۳۸۴	۲۳۱/۷۰۳
انگیزه پیشرفت	آزمایش	۹۹/۷۶۴	۱/۰۱۶	۹۷/۶۲۱	۱۰۱/۹۰۸
	کنترل	۸۳/۷۶۹	۱/۰۱۶	۶۱/۶۲۵	۸۵/۹۱۳

جدول ۵ نتایج میانگین تعدیل شده در پساآزمون هوش عاطفی-هیجانی، هوش معنوی-اخلاقی، هوش مالی-اقتصادی، نمره کل هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت بر روی افراد مورد بررسی گروه آزمایش نسبت به میانگین مولفه‌های ذکر شده در پساآزمون گروه کنترل افزایش یافته است که این می‌تواند نشان دهنده تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی باشد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه تهران جنوب انجام گرفت. گاردنر (۱۹۹۳) استدلال می‌کند که انسان‌ها دارای تعدادی هوش متمایز هستند که خود را در مهارت‌ها و توانایی‌های مختلف نشان می‌دهند. اما مطالعات جدید نشان می‌دهد که علاوه بر هوش‌های چندگانه گاردنر هوش‌های تخصصی دیگر نیز وجود دارد که سه مورد دیگر از این هوش‌های جایگزین و اضافه شدند که شامل هوش عاطفی-هیجانی، هوش معنوی-اخلاقی و هوش مالی-اقتصادی می‌شود، (صلاحی و دیگران، ۲۰۲۲). در این میان انگیزه مستقیماً با رشد نگرش و تلاش مداوم دانشجویان برای دستیابی به یک هدف مرتبط است (رایان و دسی، ۲۰۰۰). از این رو در این مطالعه نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی دانشجویان تاثیر معناداری دارد، نتیجه این فرض همسو بود با مطالعات انجام گرفته توسط تیماج‌چی و سادات‌ابطحی (۱۳۹۷) در اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مبنای هوش چندگانه بر بهبود عملکرد (هوش) نشان دادند این آموزش تاثیر معناداری بر هوش‌ها یچندگانه دارد و این نوع آموزش را مفید ارزیابی کردند، کاور (۲۰۱۱) نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی دانشجویان اثربخش بوده و این نوع مداخله را مفید ارزیابی کردند، عبدی، عضدالملکی و محمدیان (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند مهارت‌های زندگی رابطه مثبت معناداری با هوش‌های چندگانه دارند، گونه، انصاری‌نژاد و سوری (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند آموزش مهارت‌های زندگی منجر به بهبود هوش معنوی دانش‌آموزان دختر شده است، شیرانی‌بیدآبادی و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی و مولفه‌های آن در دانشجویان نشان

دادند آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهارت‌های ارتباطی در نمره کلی هوش هیجانی موثر بوده است. پیشنهاد می‌شود مهارت‌های زندگی به صورت منظم و مداوم در کل دوران تحصیلات دانشگاهی آموزش داده شود، کرچهوف و کلر (۲۰۲۱) نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی توانایی بهبود خودتنظیمی، تصمیم‌گیری آگاهانه و ایجاد روابط بین فردی را دارد و این نوع مداخله را توصیه می‌کنند، کومار (۲۰۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسید آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر معناداری بر رشد هوش اخلاقی دانشجویان دارد، لولاتی و همکاران (۲۰۱۲) به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی دانشجویان علوم پزشکی نشان دادند در گروه مورد آموزش، نمرات هوش هیجانی پس از آموزش مهارت‌های زندگی به طور معنی داری بهبود یافت در حالی که در گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد. با اجرای برنامه‌هایی مانند آموزش مهارت‌های زندگی می‌توان سطح هوش هیجانی دانشجویان را افزایش داد که خود می‌تواند منجر به موفقیت تحصیلی، کاهش مصرف مواد و افزایش تحمل استرس در دانشجویان شود، پاتیل و نادکاری (۲۰۲۲) در بررسی تأثیر تکنیک‌های مداخله انتخابی مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی پرستاران نشان دادند مداخله مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی پرستاران تأثیر مثبت معناداری دارد، آشا و ونکاتیشا (۲۰۱۵) در اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت تفکر خلاق نشان دادند نمرات پیش آزمون مهارت تفکر خلاق دانش‌آموز در گروه کنترل و آزمایش مشابه است. نمرات پس آزمون مهارت تفکر خلاق دانش‌آموز در گروه آزمایش به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل است. در تبیین این فرض می‌توان گفت همانطور که گاردنر (۱۹۹۳) استدلال می‌کند انسان‌ها دارای تعدادی هوش متمایز هستند که خود را در مهارت‌ها و توانایی‌های مختلف نشان می‌دهند. همه انسان‌ها از این هوش‌ها برای حل مشکلات، ابداع فرآیندها و خلق چیزها استفاده می‌کنند، از این رو هوش می‌تواند توسط عوامل محیطی و گذر زمان تغییر کند از طرف دیگر هوش‌های تخصصی می‌توانند نقش بسزایی بر میزان یادگیری دانشجویان داشته باشند و آگاهی از نظریه هوش‌های چندگانه می‌تواند هم به اساتید و هم به دانشجویان در جهت استفاده از توانایی‌های ذهنی خود در جهت موفقیت تحصیلی کمک کند تا روش‌های متفاوتی را برای کسب علم داشته باشند و بر اساس این نظریه می‌تواند هوش را تقویت کرد و زمینه را برای پیشرفت علم فراهم کرد (گاردنر، ۱۹۹۳). در این میان مهارت‌های زندگی فضایی برای افراد فراهم می‌کند تا مسأله‌مداران به مشکلات پیردازند و دانش و نگرش خود را به عمل تبدیل کنند که این عوامل هم از لحاظ خلاقیت فرد را تحریک می‌کند و هم فرد را به مقابله با مشکلات تقویت می‌نماید که این عوامل خود منجر به تغییراتی شناختی نسبت به توانایی‌های خود می‌شود و از این طریق می‌تواند منجر به بهبود هوش‌های تخصصی شود، همچنین یادگیری مهارت‌های زندگی منجر به توانایی گوش دادن به مسئله ارائه راه‌حل‌های آن به طور مستقل می‌شود و از طرفی بارش فکری را برای انتخاب بهترین راه‌حل برای مشکلات زندگی فراهم می‌کند که از این طریق می‌تواند عاملی برای تقویت کارآمدی ذهنی در دانشجویان شود و منجر به بهبود عناصر هوشی مانند هوش هیجانی، معنوی و اقتصادی شود (لش و دیگران، ۲۰۱۳). همچنین نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزه پیشرفت دانشجویان تأثیر معناداری دارد، نتیجه این فرض همسو بود با مطالعات انجام گرفته توسط، حسینی (۱۴۰۰) نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی منجر به افزایش خودکارآمدی تحصیلی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این نوع آموزش را مفید ارزیابی کردند، پاکدامن ساوجی، پنجی و احمدزاده (۱۳۹۱) در اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزش پیشرفت و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان به این نتیجه رسیدند میانگین انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی در پساآزمون گروه آزمایش افزایش یافته است و این مداخلات را پیشنهاد کردند، سلنک (۲۰۲۱) در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزه پیشرفت در ورزش در افراد دارای ناتوانی جسمانی نشان داد مداخله تأثیر معناداری بر انگیزه پیشرفت گروه آزمایش دارد، آقاجری و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزه یادگیری (درونی و بیرونی)، پیشرفت تحصیلی و عزت نفس دانشجویان نشان دادند پس از آموزش مهارت‌های زندگی، افزایش معنی داری بین میانگین نمرات پس آزمون انگیزه یادگیری درونی، عزت نفس، پیشرفت تحصیلی در گروه تجربی مشاهده گردید، ندیری و امیری (۱۳۹۷) در اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و انگیزه پیشرفت نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود سلامت روان کلی دانشجویان موثر است و همچنین این آموزش به طور موثری بر افزایش انگیزه پیشرفت آنان نیز اثر معنی داری داشته است، چراغی و ریاضی (۱۳۹۶) در بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی به روش الکترونیکی بر خودکارآمدی و انگیزه پیشرفت دانش‌آموزان دختر نشان دادند آموزش تدریس الکترونیک بر خودکارآمدی دانش‌آموزان تأثیر ندارد. اما آموزش مهارت‌های زندگی به صورت الکترونیکی بر انگیزه پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد، پریسرتجرونسوک، سامپرچ و نگانگ (۲۰۱۵) نشان دادند هم شایستگی معلم و هم توانایی مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان تأثیر معناداری بر موفقیت در پیشرفت یادگیری دانش‌آموزان دارد، در تبیین این فرض می‌توان گفت؛ داشتن انگیزه پیشرفت برای دانشجویان امری ضروری است زیرا هم از لحاظ شغلی و هم از لحاظ پیشرفت تحصیلی در آینده تأثیرگذار خواهد بود، انگیزه پیشرفت به عنوان یکی دیگر از عناصر مهم در نگرش یادگیری دانشجویان، تمایل یا اشتیاق فرد برای دستیابی به موفقیت و شرکت در فعالیت‌هایی است که موفقیت در آنها به توانایی و تلاش فرد بستگی دارد. شاید انگیزه دانشجویان در

مقایسه با هوش دانشجویان ارزش مثبت تری در فرآیند یادگیری داشته باشد. سطح بالاتر انگیزه منجر به یادگیری دائمی و سطح پایین تر انگیزه منجر به یادگیری ناپایدار می‌شود (سید، سلیمانی، مطهری‌نژاد و نوروزی، ۲۰۱۷). در این میان آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا مهارت‌های تفکر انتقادی برای تصمیم‌گیری و حل مشکلات استفاده شوند، که زمینه را برای تولید و انتخاب گزینه‌ها و قضاوت در میان آنها فراهم می‌کند تا فرد به دنبال حل مشکل باشد و زمینه را برای تفکر خلاق فراهم می‌کند که این می‌تواند منجر به انگیزه پیشرفت در دانشجویان باشد (هالپرن، ۱۹۹۷). بنابراین یادگیری مهارت‌های زندگی به دانشجویان کمک می‌کند تا از تخیل خود استفاده کنند و خارج از چارچوب فکر کنند. شروع کننده خوبی برای بحث است زیرا کلاس می‌تواند خلاقانه ایده ایجاد کند. همچنین آموزش این مهارت‌ها به دانشجویان کمک می‌کند تا نقش آفرینی کنند یعنی علاوه بر اینکه یک فعالیت سرگرم کننده است و کل کلاس را درگیر می‌کند، برای فعال و مشارکتی بودن، یک استراتژی عالی برای تمرین مهارت‌ها نیز فراهم می‌کند. تجربه چگونگی مدیریت یک موقعیت بالقوه در زندگی واقعی؛ افزایش همدلی با دیگران و دیدگاه آنها؛ و افزایش بینش نسبت به احساسات خود، داشتن حل مساله در موقعیت‌های گوناگون به صورت مساله‌محور و یافتن بهترین راه‌حل، که همه این عوامل می‌تواند هوش فرد را درگیر کند و این تلاش‌ها می‌تواند برای دانشجویان مفید باشد و خلاقیت آنها را افزایش دهد و زمینه‌ساز انگیزه پیشرفت باشد. این مطالعه بر روی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب انجام گرفت که تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می‌کند، از طرف دیگر داده‌ها بر اساس ابزار خودگزارشی به دست آمدند که ممکن است پاسخ‌دهندگان را با سوگیری مواجه سازد، بنابراین پیشنهاد می‌شود تاثیر مهارت‌های زندگی بر روی دانشجویان دیگر شهرها انجام بگیرند، و قبل از اجرای پرسشنامه‌های توضیحات کامل به افراد نمونه داده شود تا از سوگیری پاسخگوینان پیشگیری به عمل آید. با توجه به تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش‌های تخصصی و انگیزه پیشرفت دانشجویان، پیشنهاد می‌شود، آموزش مهارت‌های زندگی در سر فصل دروس عمومی دانشگاه قرار گیرد تا توانمندی‌های فردی را در دانشجویان تقویت کرده و زمینه را برای پیشبرد اهداف آموزش فراهم کند.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم دیده شد از تمامی افرادی که در این مطالعه با پژوهشگران همکاری نمودند تشکر نمایم.

منابع:

- آقاجری، پ.، حسین‌زاده، م.، مهدوی، ن.، هشترودی‌زاده، م.، و وحیدی، م. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزه یادگیری (درونی و بیرونی)، پیشرفت تحصیلی و عزت نفس دانشجویان پرستاری. نشریه آموزش و پرستاری، ۴ (۲): ۲۷-۱۸.
- اکبری، ب (۱۳۸۶). روایی و اعتبار آزمون انگیزش پیشرفت هرمنس بر روی دانشاموزان دوره متوسطه استان گیلان. فصلنامه دانش و پژوهش در علوم تربیتی، ۱۱ (۱۶): ۷۳-۶۹.
- برآبادی، ح (۱۳۹۹). آموزش مهارت‌های زندگی (برای درمانگران). تهران: رقیعی.
- پیشرفت و انگیزش پیشرفت بر مهارت‌های زندگی پاکدامن ساوجی، آ.، گنجی، ک.، و احمدزاده، م (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش دانش‌آموزان. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۲ (۴۷): ۲۴۵-۲۶۵. تحصیلی
- تیماج‌چی، س.، و سادات‌ابطحی، م (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مبنای هوش چندگانه بر بهبود عملکرد (هوش) کودکان پیش دبستانی شهر تهران. فصلنامه مطالعات پیش دبستانی و دبستان، ۳ (۱۵): ۱۶۲-۱۴۵.
- چراغی، س.، و ریاضی، ز (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی به روش الکترونیکی بر خودکارآمدی و انگیزه پیشرفت، اولین <https://civilica.com/doc/687178> کنفرانس ملی کامپیوتر و فناوری اطلاعات، سپیدان،
- شیروانی‌بیدآبادی، ن.، نیلی، م.، ر.، منانی، ر.، و خلیلی، ر (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش هیجانی و مولفه‌های آن در دانشجویان دوره کارشناسی شهر اصفهان. مجله بین رشته‌ای یادگیری مجازی در علوم پزشکی، ۷ (۱-۲۴): ۹۳-۸۲.
- گونه، آ.، و انصاری‌نژاد، ن. ا.، و سوری، ا (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر هوش معنوی دانش‌آموزان <https://civilica.com/doc/718742> دختر دبیرستانی، کنفرانس ملی رویکردهای نوین علوم انسانی در قرن ۲۱، رشت،
- عبدی، ی.، عضدالملکی، س.، و محمدیان، ح (۱۳۹۴). رابطه هوشهای چندگانه با مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی استان تهران. فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی، ۹ (۱): ۷۳-۵۱.
- ندری، ص.، و امیری، ح (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی انگیزه پیشرفت و سلامت روان دانشجویان، کنفرانس ملی ایده‌های نوین در <https://civilica.com/doc/859234> روانشناسی و علوم تربیتی با تاکید بر پژوهشهای علمی اخیر، تهران،

- Aghajari, P., Hosseinzadeh, M., Mahdavi, N., Hashtroudizadeh, M., & Vahidi, M. (2015). The effectiveness of life skills training on intrinsic and extrinsic learning motivation, academic achievement, and self-esteem in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 4(2), 18-27.
- Ahmad, A. R., Seman, A. A., Awang, M. M., & Sulaiman, F. (2015). Application of multiple intelligence theory to increase student motivation in learning history. *Asian Culture and History*, 7(1), 210.
- Akpan, I. D., & Umobong, M. E. (2013). Analysis of achievement motivation and academic engagement of students in the Nigerian classroom. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(3), 385.
- Asha, G. H., & Venkatesha, K. (2015). Effectiveness of Life Skills Education on Creative Thinking Skill among Student-Teachers of B. Ed. Programme. *IJFMR-International Journal For Multidisciplinary Research*, 5(1).
- Barnard, L., & Olivarez, A. (2007). Self-estimates of multiple, g factor, and school-valued intelligences. *North American Journal of Psychology*, 9(3).
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. U.S.A: Basic Books
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. Basic books.
- Gullatt, D. E. (2008). Enhancing student learning through arts integration: Implications for the profession. *The High School Journal*, 91(4), 12-25.
- Halpern, D. F. (1998). Teaching critical thinking for transfer across domains: Disposition, skills, structure training, and metacognitive monitoring. *American psychologist*, 53(4), 449.
- Hangen, E. J., Elliot, A. J., & Jamieson, J. P. (2019). Lay conceptions of norm-based approach and avoidance motivation: Implications for the performanc.
- Hermans, H. J. (1970). A questionnaire measure of achievement motivation. *Journal of applied psychology*, 54(4), 353.
- Inan, C., & Erkus, S. (2017). The Effect of Mathematical Worksheets Based on Multiple Intelligences Theory on the Academic Achievement of the Students in the 4th Grade Primary School. *Universal Journal of Educational Research*, 5(8), 1372-1377.
- Jong, M. S., Shang, J., & Lee, F. L. (2010). Constructivist learning through computer gaming. In *Technologies shaping instruction and distance education: New studies and utilizations* (pp. 207-222). IGI Global.
- Karaman, M. A., & Watson, J. C. (2017). Examining associations among achievement motivation, locus of control, academic stress, and life satisfaction: A comparison of US and international undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 111, 106-110.
- Kase, T., Ueno, Y., Shimamoto, K., & Oishi, K. (2019). Causal relationships between sense of coherence and life skills: Examining the short-term longitudinal data of Japanese youths. *Mental Health & Prevention*, 13, 14-20.
- Kaur, T. (2011). A study of impact of life skills intervention training on emotional intelligence of college adolescents. *Indian Journal of Psychological Science*, 2(2), 112-125.
- Kirchhoff, E., & Keller, R. (2021, June). Age-specific life skills education in school: A systematic review. In *Frontiers in Education* (Vol. 6, p. 660878). Frontiers.
- Kumar, P. (2017). Morality and Life skills: The need and importance of life skills education. *International Journal of Advanced Education and Research*, 2(4), 144-148.
- Lesh, R., English, L., Riggs, C., & Sevis, S. (2013). Problem solving in the primary school (K-2). *Mathematics Enthusiast*, 10(1-2), 35-60.
- Lolaty, H. A., Ghahari, S., Tirgari, A., & Heydari Fard, J. H. (2012). The effect of life skills training on emotional intelligence of the medical sciences students in Iran. *Indian journal of*

- psychological medicine, 34(4), 350-354..
- McClelland, D. C., & Mac Clelland, D. C. (1961). *Achieving society* (Vol. 92051). Simon and Schuster.
- Mitchell, N. (2005). Academic achievement among Caribbean immigrant adolescents: The impact of generational status on academic self-concept. *Professional School Counseling*, 209-218.
- Mohammadi, M. M., & Poursaberi, R. (2019). Effectiveness of Life Skills Training on Mental Health and Academic Achievement of Adolescents Under Hemodialysis. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 27(1), 45-54.
- Murray, H. G. (1938). *Cosmic Ray Measurements* (Doctoral dissertation, University of Western Ontario).
- Prajapati, R., Sharma, B., & Sharma, D. (2017). Significance of life skills education. *Contemporary Issues in Education Research (CIER)*, 10(1), 1-6.
- Palahang, H., Nasr, M., & Baraheni, M. T. (1996). Epidemiological study of mental disorders in Kashan city. *Andisheh Raftar J*, 8, 19-27.
- Patil, A., & Nadkarni, S. (2022). The Effect of Selective Life Skill Intervention Techniques on The Emotional Intelligence of The Nurses. *International Journal of Indian Psychology*, 10(3).
- Rahmati, B., Adibrad, N., & Tahmasian, K. (2010). The effectiveness of life skill training on social adjustment in children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 870-874.
- Reis Said, R. H. (2008). The survey correlation self-esteem academic, advance motive and student advance academic column 5 primary city port lunges at year 2006-2007 [MS dissertation]. Tehran: Allame Tabatabaei University.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Salahi, A., AghabarariGavzani, M. A., & Ebrahimiasl, S. (2022). Specialized Intelligences: A Novel Questionnaire with Subscales for Measuring Gardner's Multiple Intelligences. *Information Technology, Education and Society*, 18(1), 57-72.
- Sayed, H. A., Elwahab, E. L., Rasmia, A. E., Sattar, A., Ahmed, F. M., & Hedya, F. M. (2019). The effect of life skills intervention on social self-efficacy for prevention of drug abuse among young adolescent students at Benha City. *American Journal of Nursing Science*, 8(5), 263-273.
- Sener, S., & Çokçaliskan, A. (2018). An investigation between multiple intelligences and learning styles. *Journal of Education and Training Studies*, 6(2), 125-132.
- Singh, K. (2011). Study of achievement motivation in relation to academic achievement of students. *International Journal of Educational Planning & Administration*, 1(2), 161-171.
- Story, P. A., Hart, J. W., Stasson, M. F., & Mahoney, J. M. (2009). Using a two-factor theory of achievement motivation to examine performance-based outcomes and self-regulatory processes. *Personality and Individual differences*, 46(4), 391-395.
- Treviño, I. M., Rocha, G. M., Hernández, J. M., & Palacios, A. (2020). Assessment of multiple intelligences in elementary school students in Mexico: An exploratory study. *Heliyon*, 6(4).
- Werdhiastutie, A., Suhariadi, F., & Partiwi, S. G. (2020). Achievement motivation as antecedents of quality improvement of organizational human resources. *Budapest International Research and Critics Institute-Journal (BIRCI-Journal) Volume*, 3, 747-752.
- Yavich, R., & Rotnitsky, I. (2020). Multiple Intelligences and Success in School Studies. *International Journal of Higher Education*, 9(6), 107-117.

اثر بخشی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت، ادراک شایستگی، خودآگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان با مشکلات رفتاری

یزدان گودرزی

دانشجوی دکترا روانشناسی عمومی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

مریم اکبری (نویسنده مسؤول)

گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران، نویسنده مسئول

کیومرث کریمی

گروه روانشناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

The effectiveness of the psychological empowerment package based on media literacy skills on positive transformation, competence perception, emotional self-awareness and health promoting style of students with behavioral problems

Yazdan Gudarzi

PhD student in general psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Maryam Akbari

Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Keuomarth Karimi

Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

Abstract

The purpose of this research was the effectiveness of the psychological empowerment package based on media literacy skills on positive development, competence perception, emotional self-awareness and health promoting style of students with behavioral problems. The current study was applied in terms of purpose and in terms of method, it was a repeated measurement with pre-test, post-test and follow-up with a time interval of 2 months along with the control group. The statistical population of this research included all first-grade male students with behavioral problems in the schools of district 1 of Tehran in the academic year of 2023. The research sample includes 30 children with behavioral problems who scored higher in the Quai and Peterson behavioral problems questionnaire than the rest of the students and were selected as a statistical sample with the approval of teachers and school counselors. They were randomly divided into two groups of 15 people. and 15 control subjects were replaced. The results were analyzed using analysis of variance software with repeated measurements. And finally, SPSS-26 software was used to analyze the findings in this study. The results showed that the effects of the group have become significant, which means that the amount of positive transformation, competence perception, emotional self-awareness and health-promoting style are different in the two groups of psychological empowerment package based on media literacy and control skills, and psychotherapy package of psychological empowerment. Based on media literacy skills, it has an effect on the emotional self-awareness of students with behavioral problems in the first year of high school. Therefore, the results of the present research can be of interest to the education organization, students and teachers.

Keywords: *psychological empowerment based on media literacy skills, positive adolescent development, competence perception, emotional self-awareness, health promoting style, students with behavioral problems*

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت، ادراک شایستگی، خودآگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان با مشکلات رفتاری بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، از نوع تکرار سنجش با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه اول دارای مشکلات رفتاری در مدارس ناحیه ۱ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ کودک دارای مشکلات رفتاری که در پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پیترسون نسبت به بقیه دانش آموزان نمرات بیشتری اخذ نمودند و نیز با تایید معلمان و مشاوران مدرسه، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل جایگزین شدند. نتایج با استفاده از نرم افزار روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. و در نهایت جهت تجزیه و تحلیل یافته ها در این مطالعه از نرم افزار، SPSS-26 استفاده گردید. نتایج نشان داد اثرات گروه معنی دار شده است به این معنی که میزان تحول مثبت، ادراک شایستگی، خودآگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت در دو گروه بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و کنترل با هم تفاوت دارد و روان درمانی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر خودآگاهی هیجانی دانش آموزان با مشکلات رفتاری پسر دوره اول متوسطه تاثیر داشته است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر میتواند مورد توجه سازمان آموزش و پرورش، دانش آموزان و معلمان قرار بگیرد.

واژه های کلیدی: توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای، تحول مثبت نوجوانی، ادراک شایستگی، خودآگاهی هیجانی، سبک ارتقا دهنده سلامت، دانش آموزان با مشکلات رفتاری

مقدمه

امروزه رویکردها و شیوه هایی که مدت ها در نهادهای تربیتی خانه و مدرسه مورد استفاده قرار گیرد، به طور اجتناب ناپذیری در رفتار افراد آن نسل بیشترین نقش را ایفاء می کند. صرف نظر از آنچه که در عمل دیده می شود، اهمیت مسائل تربیتی و مشکلاتی که باید در کوتاه مدت و بلند مدت برای آنها چاره اندیشی کرد، همیشه به قوت خود باقی است (آیسینا^{۱۰۰} و همکاران، ۲۰۲۰). دانش آموزان در دوره های مختلف تحصیلی باید به دقت مورد مطالعه قرار گیرند تا نیازها و انتظارات آنها مورد توجه قرار گیرد. دارلینگ-هاموند^{۱۰۱} (۲۰۱۵) نشان دادند که دانش آموزان دوره متوسطه از والدین و معلمان خود انتظار دارند که به آنها توجه ویژه ای شود و رفتارهای مختلف آنها بدرستی مورد تحلیل و ارزشیابی قرار گیرد. دانش آموزان حتی از اجرای برنامه ها و مداخله هایی که بدون در نظر گرفتن نیازهای آنها انجام می شود، گلایه دارند. شواهد عینی از یکسو و یافته های اصلی و جانبی پژوهش ها از سوی دیگر بر این موضوع تأکید دارند که بویژه در سال های اخیر تمرکز برنامه ها و پژوهش ها از ارائه راه کارهای عملی و کاربردی برای حل مشکلات و چالش های مختلف دانش آموزان در خانه و مدرسه غیر ضروری بوده است (فتیحی آذر و همکاران، ۱۳۹۵).

از مهمترین مشکلات دانش آموزان دوره متوسطه میتوان به مشکلات رفتاری آنها اشاره کرد (یانگ^{۱۰۲} و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالهای رفتاری، اختلالهای شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان و خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند و با نرخهای بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند (کیزلتهپه^{۱۰۳} و همکاران، ۲۰۲۰). تعاریف گوناگونی از اختلالهای رفتاری ارائه شده که هر تعریفی بر جنبه های ویژه ای تأکید می کند. اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند: ۱- این رفتارها افراطی هستند، رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، جزء این اختلالهای محسوب نمی شوند. ۲- اختلالهای رفتاری مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی شوند (واعظ^{۱۰۴} و همکاران، ۲۰۱۹). این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی - فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمیگیرند. محققان دریافته اند که اختلالهای رفتاری معمولاً نخستین بار در سالهای آغازین دوره ابتدایی مشاهده می شوند و بین ۸ تا ۱۰ سالگی به اوج خود می رسد (اگان^{۱۰۵} و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالهای رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفهای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می گذارند و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش میدهند و همچنین باعث کاهش تحول مثبت نوجوانی نیز تأثیر دارد (لوپس^{۱۰۶} و همکاران، ۲۰۱۰).

- | | |
|-----|----------------------------|
| 100 | Aysina et al |
| 101 | Hamedani & Darling-Hammond |
| 102 | Yang et al |
| 103 | Kiziltepe et al |
| 104 | Vaez et al |
| 105 | Egan et al |
| 106 | Lewis et al |

و جامعه می شود. رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به دلیل توانایی بالقوه آنها در پیشگیری از پیشرفت بیماری های مزمن، کاهش عوارض، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت های بهداشتی در جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است (کاتز و هیمان^{۱۱۲}، ۱۹۹۱). بهبود رفتارهای بهداشتی یک اولویت بین المللی و چالش اصلی ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در چند دهه آینده است. خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی خود برای رویارویی با یک موقعیت خاص است (لوریو^{۱۱۳} و همکاران، ۲۰۰۸). امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای اینکه بتوانند در تغییر رفتار و بهبود سلامت خود موفق باشند، باید خود را در غلبه بر موانعی که ممکن است برای تغییر رفتارشان وجود دارد، موثر بدانند که از طریق ادراکات شایستگی قابل انجام است (سیلوا^{۱۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از متغیرهایی که از سواد رسانهای تأثیر میپذیرد مفهوم ادراک شایستگی است. ادراک شایستگی در بین همه انسانها وجود دارد و یک نیاز اساسی و شناختی است که تأثیر گسترده ای بر زندگی روزمره، شناخت و رفتار افراد دارد (تورس و کیس^{۱۱۵}، ۲۰۱۶؛ ربکا^{۱۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). بسیاری از محققان ادراک شایستگی را سنگ بنای رشد اجتماعی و عاطفی کودکان می دانند. ادراک شایستگی، قضاوت کلی فرد در مورد خود است که به آگاهی فرد از ویژگی ها، ظرفیت ها و تواناییهای شخصی خود و نوع روابطی که با دیگران دارد مربوط می شود. علاوه بر این، ویژگی های شناختی، زمینه اجتماعی و فرهنگی نیز بر پیدایش و دگرگونی ادراک از خود و احساسات مشابه یا تقاضا برای آنها تأثیر می گذارد (اسپوسیتو، فردا و فروکو^{۱۱۷}، ۲۰۱۵). یافته های برخی تحقیقات نشان داده است که ادراک شایستگی می تواند بر کیفیت روابط بین فردی با همسالان تحت تأثیر قرارداد تأثیر بگذارد و از سوی دیگر ادراک بی کفایتی می تواند منجر به احساس تنهایی و عدم پذیرش از سوی افراد شود (اوایزر^{۱۱۸} و همکاران، ۲۰۰۲). گروه همسالان ادراک شایستگی یک محرک چند بعدی است که فرد را در زمینه های آموزشی، اجتماعی و شناختی راهنمایی میکند. بر اساس این دیدگاه، ادراک شایستگی یک ساختار کلیدی در اکثر مدل های نظری مرتبط با انگیزه پیشرفت است، در واقع لذت درونی حاصل از موفقیت منجر به افزایش تلاش برای موفقیت، ادراک بی کفایتی می شود و نارضایتی منجر به اضطراب و کاهش تلاش برای موفقیت می

همزمان با ورود دیدگاه روانشناسی مثبت نگر به قلمرو روان شناسی رویکردها و نظریه های جدید در روان شناسی مطرح شد که یکی از مهمترین این رویکردها، تحول مثبت نوجوانی بود. در طی سالیان گذشته به دلیل رواج دیدگاه نقصان نگر در خصوص دوره نوجوانی عمده مداخلات بر درمان عوامل خطر ساز مانند سوء مصرف مواد، خشونت، بیماری های مقاربتی، شکست در مدرسه و بارداری های ناخواسته متمرکز و به نوجوان به مثابه مشکل پیچیده توجه می شد (سانتوس^{۱۱۹}، ۲۰۲۱). علیرغم موثر بودن برخی از این مداخلات از آنجایی که نتایج دارای اثرات ناپایدار و یا کوتاه مدتی بودند، نیاز به طراحی مداخلات طولانی مدت و دارای تأثیرات عمیق تری بود که در آنها به علاوه بر تحول طولانی مدت همزمان به نیروهای بالقوه نوجوانان نیز توجه شود. اما از آن جا که تمامی این موارد تحت تأثیر و برآمده از نوع رویکرد برگزیده در خصوص نوجوانی بود تفاوت های بسیار در تعریف، خدمت رسانی و طراحی مداخلات برای نوجوانان وجود داشت (کرون و آرچربرگ^{۱۲۰}، ۲۰۲۲). که پس از یک سیر تکاملی نگاه تحول مثبت توانست گوی سبقت را از دیگر رویکردها برآید. در رویکرد تحول مثبت نوجوانی تأکید بیشتری بر تحول مثبت، نقاط قوت و فرایندهای انطباقی است و لذا نوجوانان زمانی به بهترین نحو پیشرفت می کنند و شکوفا می شوند که روابط سودمند متقابلی با مردم و دنیای اجتماعی خویش برقرار کنند (کارتیلاس^{۱۲۱} و همکاران، ۲۰۲۰). درواقع، تحول مثبت نوجوانی فرایندی است که بر اساس آن، طی جریانی پیگیر و منظم، با فراهم آوردن فرصت ها، ارتباطات و حمایت های لازم برای شاخصه های تحول مثبت پیامدهای مثبتی برای نوجوانان فراهم می آورد و از طرف دیگر، با استفاده از مولفه های تحول مثبت نوجوانی، با افزایش مهارت ها، نیرومندسازی نوجوانان و قوت بخشیدن به خانواده ها، نوجوانان در نقش واقعی خود در جامعه به کار گرفته می شوند و فعالیت می کنند پس در نتیجه رسیدن آنها به سلامت جسمی، جنسی و روانی تسهیل می شود و همین امر باعث افزایش ارتقا سلامت در نوجوانان میشود (کیلی^{۱۲۲}، ۲۰۰۴).

سلامتی مستلزم اصلاح سبک زندگی است زیرا بسیاری از بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی عروقی، اضافه وزن و ... که در سال های گذشته رایج شده اند، ریشه در عادات نادرست رفتار انسان دارند (کوماری^{۱۲۳}، ۲۰۲۰). سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهایی است که منجر به توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و در نهایت بهبود سلامت خود

- 112 Katz & Heimann
113 Loureiro et al
114 Silva et al
115 Torres-Gastelú & Kiss
116 Rebecca
117 Esposito, Freda & Bosco
118 Aviezer et al

- 107 Santos
108 Crone & Achterberg
109 Kagitcibasi
110 Kelley
111 Kumari

از سوی دیگر مفهومی که در نوجوانان نیازمند بررسی است مفهوم سواد رسانه‌ای است. سواد رسانه‌ای نوعی تکنیک عملی و مهارت بسیار ویژه است که در عصر حاضر یکی از مهمترین آموزش‌ها در جهان تلقی می‌شود. سواد رسانه‌ای به فرد این توانایی را می‌دهد که تحلیل مناسبی از مطالب منتشر شده در انواع شبکه‌های رسانه‌ای را داشته باشد (جاهد، ۱۴۰۱)، و به عنوان یک اندیشه کلیدی در حوزه ارتباطات مطرح است که در نتیجه آن افراد خود را در مواجهه با رسانه‌ها بیمه می‌نمایند. سواد رسانه‌ای به مخاطب این امکان را می‌دهد تا با افزایش درک، شناخت، و قدرت نقد و تحلیل خود به طور موثر و کارآمدی انبوه پیام‌های رسانه‌ای را تحت کنترل در آورد (شریفی، ۱۳۹۴). استفاده افراطی از رسانه‌های دیجیتال و زمان بیش از حد نگاه کردن به صفحه نمایش با رفاه روانی اجتماعی پایینتر مرتبط است (تونج^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰) به ویژه در دوران نوجوانی، کودکان مستقل عمل می‌کنند و محدودیتهای صرف در استفاده از رسانه‌های دیجیتال مؤثرتر می‌شوند (فستل و گنیز^{۱۵}، ۲۰۱۹). هدف آموزش سواد رسانه‌ای در نخستین گامهای خود، تنظیم یک رابطهی منطقی و رسانه‌ای مبتنی بر هزینه فایده با رسانه‌ها است، به این معنا که در برابر رسانه‌ها چه چیزهایی را از دست می‌دهیم و چه چیزهایی را به دست می‌آوریم. ضرورت آموزش سواد رسانه، درواقع اقدامی جهت پیشگیری از مشکلات اعتیاد به اینترنت و کاهش بروز آسیب‌ها و بهبود سلامت نوجوانان می‌باشد. (بیکاس^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۵). در دنیای پیچیده کنونی، استفاده از اینترنت و سواد رسانه‌ای برای نوجوانان بسیار ضروری است، زیرا می‌تواند نقش عمده‌ای در کسب مهارت‌های مختلف یادگیری ایفا نماید (سپاسی و همکاران، ۱۳۹۹). نوجوانان در پی استفاده‌ی روزافزون از اینترنت و زندگی در فضای مجازی به مدت طولانی، نوعی وابستگی کاذب نیز به آن می‌یابند که دیگر رهایی از آن امری دشوار است. در این حالت اگر مهارت انتخاب‌گری را نیاموخته باشند، به آنچه جذاب تر و قانع کننده تر و نه لزوماً مفیدتر است جذب و گاه به اعتیاد رسانه‌ای منجر می‌شود (صراطی شیرازی و گل تاجی، ۱۳۹۷). یکی از مداخلات که می‌تواند در برابر عوامل خطر برای حفاظت از نوجوانان در برابر آسیب‌ها استفاده کرد؛ بهره‌مندی از سواد بالاتری به جز سواد آموختن یعنی سواد رسانه‌ای می‌باشد. همان طور که ما به نوجوانان خود آموزش می‌دهیم که در چه ساعتی حق دارند از منزل بیرون بروند، در زمان بیرون رفتن از منزل به چه کسانی می‌توانند اعتماد کنند و از چه کسانی باید فرار کنند و مواردی از این قبیل، لازم است در بزرگراه فناوری اطلاعات و ارتباطات هم آموزش‌های لازم را به آن‌ها بدهیم و بدانیم اگر

شود (بارنت و گودوی^{۱۷}، ۲۰۱۸). بنابراین مشخص می‌شود که اهمیت درک شایستگی به عنوان عنصر شناختی مؤثرتر در سلامت روان دانش آموزان و موفقیت تحصیلی آنها نقش تعیین کننده ای دارد. آنها در پژوهشی بیان کردند که بین میزان درگیری تحصیلی، مشارکت در بحث‌های گروهی و استفاده از فناوری های اطلاعاتی و ارتباطی در محیط مدرسه و خانه با درک دانش آموزان از شایستگی خود رابطه مستقیمی وجود دارد (نورباری^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۶). کنترل بیش از حد والدین فرصت‌های کودکان را برای دستیابی به ادراک شایستگی کاهش می‌دهد، در واقع توانایی درک آنها را کاهش می‌دهد و منجر به ایجاد هیجان و اضطراب در آنها میشود و با خودآگاهی هیجانی میتوان آن را کنترل کرد (پرز^{۱۹}، ۲۰۱۱). خودآگاهی هیجانی، توانایی شخص در شناخت دقیق هیجان‌های خود هنگام روی دادن آنها و درک شیوه‌های مناسب برای نشان دادن واکنش منطقی به افراد در وضعیت‌های گوناگون است. با شناخت نقاط قوت روانی، امکان تکیه بر آنها برای بهبود نقاط ضعف روانی فراهم می‌شود. از سویی، آگاهی از نقاط ضعف موجب می‌شود که فرد با استفاده از این آگاهی بتواند برآورد درستی از ضعف‌های خویش داشته باشد (وان سون^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه با آگاهی کافی در پی رفع این مشکلات برآید. رشد خودآگاهی به فرد کمک می‌کند تا برای مثال دریابد: آیا هنگام خشم، خویشتن دار است یا نه؟ یا در وضعیت معمول زندگی، استرس دارد یا نه؟ تا زمانی که فرد احساسات خود را به خوبی نشناسد، نمی‌تواند آنها را کنترل کند (راشد^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۹). خشونت و پرخاشگری از پیامدهای ناتوانی در شناخت و مهار احساسات نامطلوب اند. فردی که احساسات خود را به راحتی شناسایی می‌کند، واکنش سریع‌تر و درست‌تری در برخورد با مسائل دارد. برای مثال، اینکه فرد متوجه باشد اکنون اندوهگین است نه خشمگین، به او کمک می‌کند تا به جای رفتار نشست گرفته از خشم، رفتاری متناسب با اندوه نشان دهد؛ اما زمانی که فرد با تأخیر و مشکل، احساسات خود را درک می‌کند، امکان اداره و کنترل این احساسات نیز در او با تأخیر همراه خواهد بود. هرچه انسان‌ها بتوانند نیازهای واقعی خود را بهتر شناسایی کنند، گام‌های مؤثرتری در جهت ارضای آنها خواهند برداشت و سرانجام به آرامش روانی بالاتری دست خواهند یافت (لیوارجانی و حسینی نسب، ۲۰۱۹) که با توانمندسازی دانش آموزان میتوان بسیاری از این مشکلات را برطرف کند.

- 124 - Twenge
125 - Fstle&Gniewosz
126 - Bakas&etal

- 119 Barnett & Goodway
120 Norbury et al
121 Perez
122 Van Son et al
123 Rasheed et al

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، از نوع تکرار سنجش با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه اول دارای مشکلات رفتاری در مدارس ناحیه ۱ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲ می باشد. نمونه آماری در بخش کیفی ۱۰ متخصص ارزیابی توانمندسازی مبتنی بر سواد رسانه ای بود. انتخاب متخصصین نمونه، به صورت هدفمند و تعداد آنها بر پایه حداقل تعداد مورد نیاز برای ارزیابی محتوایی است. نمونه بخش کمی پژوهش شامل ۳۰ کودک دارای مشکلات رفتاری که در پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پیترسون نسبت به بقیه دانش آموزان نمرات بیشتری اخذ نمودند و نیز با تایید معلمان و مشاوران مدرسه، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس تحول مثبت نوجوانی: این مقیاس، تحول مثبت نوجوانی را از طریق ۵ شاخصه شایستگی، اعتماد، ارتباط، خلق و خو و مراقبت اندازه گیری میکند. این پرسشنامه که توسط گلدوف و همکاران (۲۰۱۴) ساخته شده، از درستی و قابلیت اعتماد قابل قبولی برخوردار است. نمونه ۱۷ سؤالی، ساختار عاملی نسخه ۸۰ سؤالی را تکرار میکند. فرم ۱۷ سؤالی درستی همگرای معناداری با مشارکت در جامعه (۰/۲۱ تا ۰/۵۶) و درستی و اگر با افسردگی (۰/۴۰ تا ۰/۶۰-) و رفتارهای پر خطر (۰/۴۶ تا ۰/۶۶) نشان داده است. قابلیت اعتماد این ابزار توسط میلوت (۲۰۱۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۴ گزارش گردید. هر یک از شاخص های شایستگی، اعتماد و مراقبت به وسیله سه گویه و خلق و خو و ارتباط به وسیله چهار گویه اندازه گیری می شود. گویه های هر خرده مقیاس به شرح ذیل می باشد. خرده مقیاس شایستگی سؤالات ۱، ۲، ۳، اعتماد ۴، ۶، ۷، مراقبت ۱۱، ۱۲، ۱۳، خلق و خو ۵، ۹، ۱۰ و ارتباط ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، می باشند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شد.

پرسشنامه ادراک شایستگی: پرسشنامه ادراک شایستگی براساس نمودار خود ادراکی هارتر (۱۹۸۲) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال دو گزینه ای بوده که دو گزینه است. همچنین طریقه نمره گذاری معکوس می باشد. همچنین ادراک شایستگی از ابعاد مختلف (کفایت رفتاری، کفایت اجتماعی، کفایت تحصیلی، کفایت جسمی) تشکیل شده است. دارای بازه نمرات است که نمره کمتر از نقطه برش نشان دهنده ادراک شایستگی پائین و نمره بیشتر از نقطه برش باز گو کننده ادراک شایستگی بالا است. میزان اعتبار و پایایی پرسشنامه هارتر، توسط

آن ها را در فضای مجازی بدون دادن آموزش های لازم رها کنیم، هر لحظه امکان دارد فرزندان امروز ما قربانیان آینده باشند. سواد رسانه ای افزودن نوعی درک متکی بر مهارت است که بر اساس آن بتوانند انواع رسانه ها و تولیدات رسانه ای را بشناسند و آن ها را از یکدیگر تفکیک کنند. از آنجا که سهم سواد رسانه ای در فرهنگ ما بسیار اندک است و این امر موجب نگرانی شده است. تأکید بر آموزش سواد رسانه ای در دوران نوجوانی به دلیل حساس بودن این دوران در شکل یافتن شخصیت آینده نوجوانان دارد؛ بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، نظام تعلیم و تربیت هر کشور را باید نه تنها به عنوان نهادی در نظر گرفت که وظیفه ی آن آموختن دانستنی ها و توانمندسازی نوجوانان امروز برای برآوردن نیازهای فردای آنان است، بلکه یکی از اساسی ترین نهادها در شکل دادن و پرورش دانش آموزان است. در ایران مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، هنوز مطالعات و تحقیقات در حوزه ی سواد رسانه ای و عوامل پدید آورنده یا مساعد کننده آن در ابتدای مسیر است، بنابراین اهمیت و ضرورت این تحقیق مشخص است، زیرا ما در یک محیط رسانه ای زندگی می کنیم و باید تمامی اطلاعات عملکردی جامعه را بدانیم، بنابراین نوجوانان باید پیوسته آگاهی هایشان را افزایش دهند تا برداشت های سطحی از پیام ها نداشته باشند. بدین منظور توجه جدی به آموزش سواد رسانه ای نوجوانان یکی از راهبردهای اساسی در نیل به هدف پژوهش به شمار می رود. مختاریان (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سواد رسانه ای و نگرش به فضای مجازی با ادراک شایستگی دانش آموزان مقطع متوسطه انجام داد و به این نتیجه رسید بین سواد رسانه ای و ادراک شایستگی دانش آموزان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. ربکا و همکاران (۲۰۲۴) پژوهشی با عنوان شایستگی اجتماعی ادراک شده دانش آموزان: نقش خودمختاری-حمایت و پیوند با بهزیستی، مهارت های اجتماعی-عاطفی و رفتارها انجام دادند و به این نتیجه رسیدند شایستگی درک شده برای تحمل (مرتبط با دو رفتار)، تنظیم هیجانی (مرتبط با عاطفه منفی و دو مهارت عاطفی اجتماعی) و آگاهی عاطفی (مرتبط با بازتاب خود) بود. کارگلین و دمیر (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان تقویت سواد رسانه ای دانش آموزان انجام دادند و تأثیر مثبت آموزش سواد رسانه ای را در پرورش آگاهی کودکان را نشان دادند. از سوی دیگر با توجه به اهمیت توانمندسازی در ششمین جلسه کنفرانس حقوق دانش آموزان، بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا تدوین بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت نوجوانی، ادراک شایستگی، خود آگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان با مشکلات رفتاری تأثیر دارد؟

پژوهش هارتر (۱۹۸۲) بررسی شد و پرسشنامه دارای پایایی می باشد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. پرسشنامه خود آگاهی هیجانی: پرسشنامه خود آگاهی هیجانی توسط گرنر فرانکلین و لانگ فورد در سال ۲۰۰۲ ساخته شد. پرسشنامه خود آگاهی هیجانی دارای ۳۳ گویه است که با یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از هرگز تا خیلی زیاد) خود آگاهی هیجانی افراد را اندازه گیری می کند. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد. ابزار پایایی ابزاری هستند که از خاصیت تکرار پذیری و سنجش نتایج یکسان برخوردار باشند. در پژوهش (مهن و طالع پسند، ۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه سبک ارتقا دهنده سلامت: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط والکر و همکارانش ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۴ سوال است که جواب هر سوال به صورت طیف لیکرت چهار درجه ای از همیشه تا هرگز می باشد. پرسشنامه HPLP به سنجش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت افراد در شش مولفه زیر می پردازد: تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خود شکوفایی میباشد. همچنین در ایران نیز در مطالعات مختلفی روایی و پایایی شده است که میزان پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بدست آمده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

جدول ۱: پروتکل توانمندسازی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای

جلسه	عنوان	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
اول	معارفه	معرفی اعضا، بیان قوانین جلسات مثل احترام به یکدیگر، گوش دادن، حضور منظم در جلسات	ابتدا آموزش دهنده خود را معرفی می کند و سپس قوانین گروه را مشخص میسازد و پس از آن اهداف جلسات و طول هر جلسه و چگونگی برگزاری جلسات را بیان میکند و در پایان از نوجوانان میخواهد خود را به طور کامل معرفی کنند و قوانین گروه پایبند بمانند	از نوجوانان خواسته میشود در منزل یکبار دیگر به مرور قوانین بپردازند و اگر موافق هستند رضایت کتبی خویش را اعلام نمایند.
دوم	سواد رسانه	آشنایی با سواد و انواع آن	بیان نظرات خویش در خصوص اینترنت، دوره های پیشرفت دانش بشری و آشنایی مقدماتی با سواد رسانه ای	تکلیف جهت آشنایی دانش - آموزان با شاخص های معرف این اصل، شامل: سواد رسانه - ای، مالکیت رسانه ها، پیامک های غیرواقعی و صفحات جعلی دریافت اطلاعات آشنا شوند
سوم	آموزش مهارت های زندگی	خودآموزی کلامی و آشنایی با نقاط ضعف و قوت خود	استفاده از انیمیشن آموزش مهارت های زندگی به کودکان ولخرجی فرخ یکدانه انیمیشن مهارت های زندگی برای کودکان - مواظب گیاهها باش فرخ یکدانه انیمیشن مهارت های کودکان دوستی دوطرفه فرخ یکدانه کارتون مهارت های زندگی محسن خوش اندام می شود فرخ یکدانه	تکلیف در جهت مقایسه خود و یکی از دوستان یا اعضای خانواده و ذکر توانمندی های خودشان

چهارم	آموزش مهارت های ارتباطی	آموزش ارتباط مهارت های غیر کلامی، مهارت ارتباط کلامی و آموزش مهارت نه گفتن، آموزش مهارت حل تعارض و آموزش مهارت به پایان رساندن یک ارتباط مؤثر	کلیپ آموزشی مهارت های ارتباطی موسسه پرتو فیلم مهارت برقراری ارتباط با دیگران پیام اسمی فیلم مهارت نه گفتن موسسه یاریگران زندگی فیلم آموزش مهارت های ارتباطی امینه افتخاری	از نوجوانان خواسته میشود مهارت های مورد نظر با انجام هر مهارت در قالب نمایش توسط خود با کمک والدین تمرین کنند
پنجم	تاب آوری و امیدواری	چالش فکری، بارش فکری، بازی نقش و تقویت شوخ طبعی و تقویت عزت نفس	موشن گرافیک ارتقای تاب آوری؛ چرا و چگونه؟ مجتمع آموزشی مفید. فیلم تاب آوری به عنوان یک مفهوم فردی و اجتماعی، ایمان فانی فیلم خارجی آموزش تاب آوری در کودکان	از دانش آموزان خواسته میشود ویژگی های دوران نوجوانی را بیان کنند، تغییرات بلوغ را بیان کنند و راهکارهایی در جهت افزایش تاب آوری خود در منزل انجام داده و آن را به صورت مکتوب گزارش دهند.
ششم	الگوهای مقابله ای	توانش شناختی و رفتاری برای مقابله با تنیدگی	استفاده از تئاتر درسی استفاده از کلیپ انیمیشن آموزشی مدیریت استرس دکتر نوذر نخعی کلیپ ۸ روش ساده برای مقابله با استرس مریم لاقانی	ترسیم اهداف واقع بینانه و قابل دسترس و ارائه مثال های عینی در جهت بهبود راهبردهای مقابله در آن ها
هفتم	کنترل خشم و آموزش جرات ورزی	آشنایی با مهارت های کنترل خشم و نه گفتن و تشویق نظارت خود هیجانی و رفتاری	استفاده از فیلم و کتاب فیلم (مدیریت و کنترل خشم ماهان دوانلو و کلیپ آموزش مدیریت خشم و پرخاشگری به کودکان مریم معصومی) کتاب (خشم چگونه با آن و بدون آن زندگی کنیم) تئاتر درسی درباره جرات ورزی انیمیشن آموزشی درباره مهارت نه گفتن حسینی مهر	از روش های مدیریت خشم کدام روش یا روشها را به کار خواهید برد؟ چرا جملات زیر را تکمیل کنید... اگر خشم خود را ابراز کنم... اگر خشم خود را ابراز نکنم و در خود بریزم... اگر خشمگین شوم...

هشتم	توانمند سازی رشد تسلط شخصی: خود شکوفایی و نشاط اجتماعی	آشنایی با حل مسائل و رشد شخصی	بررسی تکلیف جلسه قبل، توجه و تمرکز بر شایستگیها و مهارتهای اساسی زندگی فراتر از نیازهای موجود، آموزش فنون ابراز وجود یا جرات ورزی به منظور رسیدن به اهدافشان از طریق ایفای نقش، تسهیل ایجاد رفتارهای سازگاران در افراد، ارتقا توانایی افراد برای رسیدن به زندگی مؤثرتر به جای پرداختن ساده به مشکلات موجود (تأکید بر رشد شخصی)	از اعضا خواسته خواهد شد تا فنون ابراز وجود یا جرات ورزی را از طریق ایفای نقش روزانه دو بار در منزل انجام دهند. تمرین هدف گزینی و هدف گذاری با توجه به شرایط و تواناییهای خودشان
نهم	آموزش تفکر خلاق و انتقادی	آشنایی با مقابله با مشکلات و ارتقای تفکر مثبت	بررسی تکلیف جلسه قبل، تلفیق قدرت تصمیم گیری و حل مساله برای رسیدن به تفکر خلاق ۱- نگاه به فراسوی تجارب خود، ۲- تقویت انعطاف پذیری شناختی، ۳- توانایی تمرکز و توجه به مسائل در مدت طولانی، ۴- مقاومت در برابر مشکلات ۵- نیروی زیاد و تمایل برای کار سخت ۶- تعهد به انجام صحیح کار	تمرین مهارت حل مسئله در دیگر ابعاد زندگی، تمرین بارش مغزی و تقویت انعطاف پذیری شناختی توجه و نوشتن تصمیم گیری کوچک و بزرگ در زندگی
دهم	توانمند سازی و تسهیل فرآیند تصمیم گیری	تحلیل رفتار متقابل و خودآموزی کلامی	بررسی تکلیف جلسه قبل، انواع تصمیم گیری احساسی، اجتنابی، تکنانشی، تصمیم گیری مطیعانه، تصمیم گیری گوش به زنگی، تصمیم گیری اخلاقی، تصمیم گیری منطقی، انتخاب بهترین و منطقی ترین تصمیم گیری	بررسی انواع تصمیم گیری در ابعاد گوناگون زندگی و تأمل در مورد علل آن، تمرین تصمیم گیری منطقی
یازدهم	توانمند سازی روانی و آموزش حل مساله	توانایی حل مساله و مهارتها و آموزش سبک- های حل مساله	بررسی تکلیف جلسه قبل، مواجهه مؤثر با مشکلات و مسائل و حل کردن یا کنار آمدن با آن، آگاهی نسبت به احساسات و افکار، تعریف مشکل و شناسایی آن، استفاده از مهارت حل مساله، توجه به احساسات، دوری از تعصب، خستگی فکری و ذهنی، توجه به موانع اجرایی مرتبط با خود	از اعضا خواسته خواهد شد که مهارت حل مساله و تصمیم- گیری در زندگی خود به کار گیرند و به کارگیری انعطاف پذیری شناختی و ذهنی در زندگی و توجه به احساسات و افکار همراه با آن
دوازدهم	تکنیک مقابله با هیجانات منفی و جمع بندی مطالب	شناخت هیجانات مثبت و منفی	موزیک بی کلام از دن گیسون و موسیقی- های آرامبخش طبیعی، بررسی تکلیف جلسه قبل، عدم انکار واقعیت و آمادگی مواجهه با شرایط موجود. علایم هشدار دهنده جسمانی، ذهنی، عاطفی و رفتاری و تمرین تنفس عمیق، تصویرسازی ذهنی و آرامش عضلانی که به عنوان شیوههای بلندمدت در مقابله با استرس و اضطراب کاربرد دارند، اجرای پس آزمون	از اعضا خواسته خواهد شد تا فنون تنفس عمیق، تصویر سازی ذهنی و آرامش عضلانی را روزانه دو بار در منزل انجام دهند. گوش دادن موسیقی بی کلام و ریلکس شدن در منزل

یافته ها

جدول ۲: نتایج آزمون اصلی تفاوت بین آزمونها در دو گروه

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی سوال	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
اینترسپت	۱۹۷۳۱۶/۳۰۰	۱	۱۹۷۳۱۶/۳۰۰	۴۶۳۱/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۲
گروه	۳۰۴۰/۱۳۳	۱	۳۰۴۰/۱۳۳	۷۱/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
خطا	۱۶۱۸/۹۰۰	۳۸	۴۲/۶۰۳			

براساس نتیجه بدست آمده از جدول (۲) همانطور که مشاهده می شود اثرات گروه معنی دار شده است به این معنی که میزان تحول مثبت در دو گروه بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و کنترل با هم تفاوت دارد و بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت دانش آموزان با مشکلات رفتاری پسر دوره اول متوسطه تاثیر داشته است.

جدول ۳: نتایج آزمون اصلی تفاوت بین آزمونها در دو گروه

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی سوال	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
اینترسپت	۱۸۰۳۴۲/۵۳۳	۱	۱۸۰۳۴۲/۵۳۳	۴۲۳۲/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
گروه	۸۸۴۰/۸۳۳	۱	۸۸۴۰/۸۳۳	۲۰۷/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
خطا	۱۶۱۹/۳۰۰	۳۸	۴۲/۶۱۳			

براساس نتیجه بدست آمده از جدول (۳) همانطور که مشاهده می شود اثرات گروه معنی دار شده است به این معنی که میزان ادراک شایستگی در دو گروه بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و کنترل با هم تفاوت دارد و بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر ادراک شایستگی دانش آموزان با مشکلات رفتاری پسر دوره اول متوسطه تاثیر داشته است.

جدول ۴: نتایج آزمون اصلی تفاوت بین آزمونها در دو گروه

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی سوال	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
اینترسپت	۶۷۳۸۰۰/۵۳۳	۱	۶۷۳۸۰۰/۵۳۳	۱۳۷۱۷/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
گروه	۱۶۱۹۳/۶۳۳	۱	۱۶۱۹۳/۶۳۳	۳۲۹/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷
خطا	۱۸۶۶/۵۰۰	۳۸	۲۴/۲۶۹			

براساس نتیجه بدست آمده از جدول (۴) همانطور که مشاهده می شود اثرات گروه معنی دار شده است به این معنی که میزان خودآگاهی هیجانی در دو گروه بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و کنترل با هم تفاوت دارد و روانی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر خودآگاهی هیجانی دانش آموزان با مشکلات رفتاری پسر دوره اول متوسطه تاثیر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای بر تحول مثبت، ادراک شایستگی، خودآگاهی هیجانی و سبک ارتقا دهنده سلامت دانش آموزان با مشکلات رفتاری میباشد. نتایج نشان داد میزان تحول مثبت، ادراک شایستگی و خودآگاهی هیجانی در دو گروه بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و کنترل با هم تفاوت دارد و روانی بسته توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای و فراتشخیص بر خودآگاهی هیجانی دانش آموزان با مشکلات رفتاری پسر دوره اول متوسطه تاثیر داشته است که همسو با نتایج پژوهشهای مختاریان (۱۴۰۲)، ربکا و همکاران (۲۰۲۴) و کارگلین و دمیر (۲۰۲۳) بود. در تبیین این نتایج میتوان گفت حضور رسانه ها اخیراً به همه سطوح جامعه رسیده است. رسانه ها به عنوان منبع اطلاعاتی بر طیف گسترده ای از مخاطبان تأثیر گذاشته اند. افراد در یک جامعه رسانه ای شده معتقدند فناوری های دیجیتال و رسانه ها نقش مهمی در یادگیری، شیوه های زندگی روزمره و رفاه دارند (هاینز، ۲۰۱۰؛ راسی و همکاران، ۲۰۲۱). این یک واقعیت است که

رسانه ها تأثیر قابل توجهی بر جامعه دارند. واقعیت جامعه و نحوه عملکرد آن را منعکس می کند (سینگ و پاندی، ۲۰۱۷). پیشرفت های تکنولوژیکی به افراد اجازه می دهد افکار خود را گسترش دهند و انتشار اطلاعات را به مخاطبان بیشتری تسهیل کنند (ستیارینی^{۱۲۸} و همکاران، ۲۰۲۳). توانمندسازی روانشناختی عبارتست از فرآیند افزایش انگیزش درونی نسبت به انجام وظایف محوله که در پنج بعد احساس شایستگی، احساس معنادار بودن، احساس برخورداری از اختیار، احساس تأثیر گذار بودن و احساس وجود اعتماد مشخص شده است (کولی و همکاران، ۲۰۲۴). احساس شایستگی برای اصلاح احساسات برای احساس بهتر به احتمال زیاد به این معنی است دانش آموزان برای انجام این کار و انعکاس احساسات خود به خوبی مجهز هستند (چئون و همکاران، ۲۰۱۸؛ دمکویچ و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین در تبیین این نتایج می توان گفت ترکیب این دو نوع مهارت توانمندسازی روانشناختی و سواد رسانه ای، بهبود ادراک شایستگی را تسهیل می کند. ادراک شایستگی به معنای احساس خودارزشی و اعتماد به نفس است که افراد با آن می توانند با بهترین نحو ممکن در زندگی تحصیلی خود عمل کنند. آموزش مهارت های سواد رسانه ای باعث می شود افراد بتوانند به درستی اطلاعات را تحلیل کرده و به خوبی با رسانه ها مقابله کنند، که این امر باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس خودارزشی در آن ها می شود. از طرفی آموزش توانمندسازی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای باعث تقویت اعتماد به نفس و ادراک شایستگی در افراد می شود، زیرا آن ها با توانایی های مقابله با مشکلات و مواجهه با فشارها و استرس ها آشنا می شوند. به نظر می رسد که شایستگی درک شده برای تنظیم اجتماعی و رفتار اجتماعی برای برخی از دانش آموزان دست به دست هم می دهد. بنابراین آموزش مهارت های سواد رسانه ای و توانمندسازی روانی تأثیر قابل توجهی بر ادراک شایستگی در افراد دارد (کولی، ۲۰۲۲).

در تبیین این نتایج میتوان گفت توانمندسازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانهای میتواند به خود آگاهی هیجانی دانش آموزان کمک کند و از ایجاد مشکلات رفتاری جلوگیری کند. سواد رسانه ای به مجموعه ای از مهارت ها و توانایی هایی اطلاق می شود که به افراد کمک می کند تا اطلاعات رسانه ای را به طور مناسب تفسیر و تحلیل کنند، تصمیمات هوشمندانه در مورد استفاده از رسانه ها بگیرند و به طور صحیح و مسئولانه با رسانه ها در ارتباط باشند. خود آگاهی هیجانی به معنای شناخت و درک احساسات و واکنش های هیجانی خود و دیگران است. این مهارت برای مدیریت هیجانات و ارتباطات موثر با دیگران بسیار مهم است (هگوائنس و همکاران، ۲۰۲۰). که میتواند با استفاده صحیح از رسانه ها ارتباط داشته باشد و به دانش آموزان کمک میکند تا تفکر مستقل و انتقادی داشته باشد زیرا این مهارت به دانش آموزان کمک می کند تا اطلاعات رسانه ای را به طور مناسب تحلیل و ارزیابی کند و از تأثیرات منفی رسانه ها جلوگیری کرده و تصمیمات بهتری بگیرند. همچنین توانمند سازی روانی مبتنی بر مهارت های سواد رسانه ای به دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری در شناخت هیجانات خود و دیگران کمک می کند. به طور کلی این مهارت ها می تواند به آنها کمک کند تا بهتر درک کنند که چگونه با هیجانات خود و دیگران مقابله کنند (برنارد، ۲۰۲۳).

در تبیین دیگر میتوان گفت، نوجوان امروز به طور کامل با رسانه عجین شده است. برای او و همسالان او، ارتباطات جزئی از زندگی روزمره محسوب شده و بر این نحو سبک زندگی متفاوت را برای وی تعریف کرده است. تفاوت تنها در نحوه دسترسی به رسانه - هاست که موجب تعریف نظامهای ارزشی مختلف برای این گروه میشود و این تفاوت در نظام ارزشی، به تفاوت در سبک زندگی آنان منجر میشود. فراگیر شدن، تنوع و تلون رسانههای جدید همراه با اقتضائاتشان، ارزشهای نوجوان را تغییر داده، برخی را حذف و برخی را به نظام ارزشی وی افزوده و در نهایت وی را دچار استحاله هویتی کرده است. این تغییر در نظام ارزشی قطعاً سبک زندگی وی را دگرگون میکند، سبکی از زندگی که دیگر تنها در فضای آفلاین (واقعی) وجود ندارد. سبک زندگی نوجوان در دنیای آنلاین (مجازی) نه تنها ادامه سبک زندگی در دنیای آفلاین نیست بلکه به شدت بر آن تأثیر نهاده است. نوجوان در شبکههای اجتماعی آنلاین گروههای مختص به خود را دارد و این باعث میشود روابطی جدید بین او و همسالانشان به وجود آید که به شدت بر سبک زندگی او در دنیای آنلاین اثرگذار است (جعفری مهر، ۱۳۹۷). در روزگاری که امپراتوری رسانه بر تمامی شئون زندگی انسان مسلط شده و هر پیام ارزش و سبک زندگی متناسب با خود را به منصه ظهور میگذارد، مخاطب نیازمند سواد رسانه ای است تا قادر شود سبک زندگی القا شده در هر پیام را شناسایی کند (احدزاده و همکاران، ۲۰۲۲). از ضرورت های این دوران نیاز به دانش و مهارتی متناسب با قرن بیست و یکم است که مخاطب را برای رویارویی با چالش های زندگی در حال تغییر و غیر قابل پیش بینی آماده سازد. با سواد رسانهای، تسلط فرد در فهم خروجی رسانه افزایش یافته به این ترتیب شخص به خوبی میداند از رسانه چه میخواهد و فعالانه به ارزیابی نقادانه محتوای آن میپردازد تا معنای پیامهایی را که بر سبک زندگی اش اثر مینهد دریابد. ذکر این نکات یادآور رابطه سواد رسانهای با سبک زندگی است؛ رابطهای بسیار مهم که تدبیر هر چه بیشتر در آن چگونگی ریلگذاری جهت ارتقای سبک زندگی نسل نوجوان را هویدا مینماید (فلسفی، ۱۳۹۷). فلسفی (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسید که نوجوان دارای مهارت سواد رسانهای متوسط از سازمان اجتماعی مصرف متناسب با هنجارهای اجتماعی برخوردار است. به بیان دیگر این مهم بیانگر آن است که پویایی ادراکی نوجوان در برابر پیامهای رسانه ای، و تقلید ناپذیری او از پیام ها با فربه سازی مهارت سواد رسانهای به تعالی سبک زندگی وی منجر میشود که همسو با نتایج پژوهش

حاضر بود. پژوهش حاضر منحصر در شهر تهران انجام گرفته است، لذا تعمیم آن به دیگر شهرستانها و شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. پیشنهاد میشود که این پژوهش در شهرها و استانهای دیگر و با فرهنگهای مختلف نیز انجام شود تا بتوان از این طریق قابلیت تعمیم نتایج را افزایش داد. پیشنهاد میشود تا با برگزاری کلاسهای مختلف آموزشی برای والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری به بهبود سلامت در والدین و کودکان آنها کمک کنند. در نهایت امید است تا نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز آموزش و پرورش و کلینیک های درمانی در جهت کمک به دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- صراطی شیرازی، منصوره و گل تاجی، مرضیه (۱۳۹۷). مطالعه آلتیمتریک مقالات علمی حوزه "سواد سلامت" در رسانه های اجتماعی. پایش؛ ۱۷ (۳): ۲۴۹-۲۵۶.
- فتحی آذر، اسکندر. گل پرور، فرشته. میر نسب، میر محمود و واحدی، شهرام (۱۳۹۵). مطالعه پدیدارشناختی مشکلات رفتاری در دانش آموزان دبیرستانی: چالش های هیجانی- اجتماعی و تحصیلی، مجله مشاوره کاربردی، ۲(۶): ۷۲-۵۳.
- مهنّا، سعید و طالع پسند، سیاوش (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت های محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی: نقش میانجی بهزیستی تحصیلی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی؛ ۱۶ (۱): ۳۱-۴۲.
- Ahadzadeh, A.S.; Wu, S.L.; Ong, F.S.; Deng, R.; Lee, K.-F. A Moderated Mediation Model of Perceived Effect of Fittsiration Images on Self: The Influence of Media Literacy and BMI. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, <https://doi.org/10.3390/ijerph19095077>
- Aysina, R. M., Nesterova, A. A., Suslova, T. F., & Khitryuk, V. V. (2020). Teachers' attitudes towards inclusive education of children with ASD: A review of Russian and foreign research. *The Education and science journal*, 21(10), 189-210.
- Bernard B (2023). Emotional Literacy and Self-Awareness in Adolescents Exploring Brené Brown's Atlas of the Heart for Schools, See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/374259727>.
- Collie Rebecca J, Andrew J. Martin , Lauren Renshaw , Kate Caldecott-Davis(2024). Students' perceived social-emotional competence: The role of autonomy-support and links with well-being, social-emotional skills, and behaviors, Contents lists available at ScienceDirect Learning and Instruction journal homepage: www.elsevier.com/locate/learninstruc
- Cheon, S. H., Reeve, J., & Ntoumanis, N. (2018). A needs-supportive intervention to help PE teachers enhance students' prosocial behaviour and diminish antisocial behaviour. *Psychology of Sport and Exercise*, 35, 74-88. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.01>
- Collie, R. J. (2022a). Instructional support, perceived social and emotional competence, and students' behavioral and emotional well-being outcomes. *Educational Psychology*, 42(1), 4-22. <https://doi.org/10.1080/01443410.2021.1994127>
- Collie, R. J. (2022b). Perceived social-emotional competence: A multidimensional examination and links with social-emotional motivation and behaviors. *Learning and Instruction*, 82, Article 101656. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2022.101656>
- Collie, R. J. (2022c). Perceived social-emotional competence scale. University of New South Wales. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YRJ24>
- Demkowicz, O., Panayiotou, M., Qualter, P., & Humphrey, N. (2023). Longitudinal relationships across emotional distress, perceived emotion regulation, and social connections during early adolescence: A developmental cascades investigation. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001407>
- Egan, T. E., Wymbs, F. A., Owens, J. S., Evans, S. W., Hustus, C., & Allan, D. M. (2019). Elementary school teachers' preferences for school-based interventions for students with emotional and behavioral problems. *Psychology in the Schools*, 56(10), 1633-1653.
- Hobbs R (2010). Digital and Media Literacy: A Plan of Action. A White Paper on the Digital and Media Literacy Recommendations of the Knight Commission on the Information Needs of Communities in A Democracy. ERIC. special medical groups. *Wiadomości Lekarskie*, 73(3), 534-540.
- Huggins, C. F., Donnan, G., Cameron, I. M., & Williams, J. H. (2020). A systematic review of how emotional self-awareness is defined and measured when comparing autistic and non-autistic groups. *Research in autism spectrum disorders*, 77, 101612.
- Kagitcibasi, C., Baydar, N., & Cemalcilar, Z. (2020). Supporting positive development in early

- adolescence: A school-based intervention in Turkey. *Applied Developmental Science*, 24(2), 170-192.
- Kumari, A. (2020). An Assessment of Psycho-Social aspects, Health Style and Nutritional Status of Panjab University Girls Students.
- Katz, N., & Heimann, N. (1991). Learning style of students and practitioners in five health professions. *The occupational therapy journal of research*, 11(4), 238-244.
- Kargin T; Demir R(2023). Empowering Children's Media Literacy in the YouTube Era: Insights into Critical Awareness, *International Journal of Research in Teacher Education (IJRTE)*, 14(3): 92-112. ISSN: 1308-951X, Copyright © 2023 DOI: 10.29329/ijrte.2023.598.07
- Kızıltepe, R., Irmak, T. Y., Eslek, D., & Hecker, T. (2020). Prevalence of violence by teachers and its association to students' emotional and behavioral problems and school performance: Findings from secondary school students and teachers in Turkey. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104559.
- Lewis, T. J., Jones, S. E., Horner, R. H., & Sugai, G. (2010). School-wide positive behavior support and students with emotional/behavioral disorders: Implications for prevention, identification and intervention. *Exceptionality*, 18(2), 82-93.
- Livarjani, S., & Hoseini Nasab, D. (2019). The Canonical Analysis of Self-Compassion Relation with Emotional Self-Awareness among Students of Medical Sciences. *Education Strategies in Medical Sciences*, 11(6), 121-128.
- Perez, L. M. (2011). Teaching Emotional Self-Awareness through Inquiry-Based Education. *Early Childhood Research & Practice*, 13(2), n2.
- Rasi P, Vuojärvi H, Rivinen S (2021). Promoting media literacy among older people: A systematic review. *Adult Education Quarterly* 71(1): 37–54.
- Rebecca J. Collie, Andrew J. Martin, Lauren Renshaw, Kate Caldecott-Davis (2024). Students' perceived social-emotional competence: The role of autonomy-support and links with well-being, social-emotional skills, and behaviors, *Learning and Instruction journal homepage: www.elsevier.com/locate/learninstruc*
- Singh G, Pandey N (2017). Role and impact of media on society: A sociological approach with respect to demonetisation. *IMPACT: International Journal of Research in Humanities, Arts and Literature* 5(10): 127–136.
- SetyariniS , Salim H, Purnawarman P (2023). Higher-Order Thinking Skills (HOTS)-based literacy media: An innovative learning strategy to promote the secondary students' social awareness, *Forum for Linguistic Studies* is published by Academic Publishing Pte. Ltd. This article is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
- Santos, T. (2021). Positive youth development in adolescence. *Journal of mother and child*, 25(3), 137-138.
- Silva, W. R. D., Campos, J. A. D. B., & Marôco, J. (2018). Impact of inherent aspects of body image, eating behavior and perceived health competence on quality of life of university students. *PloS one*, 13(6), e0199480.
- Torres-Gastelú, C. A., & Kiss, G. (2016). Perceptions of Students towards ICT Competencies at the University. *Informatics in Education*, 15(2), 319-338.
- Tuong, N. P. C., Beyers, W., & Valcke, M. (2020). Care competencies in adolescents: Development of a new measure and relationships with well-being. *Current Psychology*, 1-14.
- Vaez, H., Zargar, Y., Naami, A., Doostgharin, T., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2019). The effects of Family and Schools Together (FAST) program on behavioral problems of students. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 89-112.
- Van Son, H., Luong, T., & My, N. T. D. (2018). Self-awareness and self-management of students in grades 4 and 5 in Vietnam. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 8(1/2), 146-156.
- Yang, Y., Qi, Y., Cui, Y., Li, B., Zhang, Z., Zhou, Y., ... & Zheng, Y. (2019). Emotional and behavioral problems, social competence and risk factors in 6–16-year-old students in Beijing, China. *Plos one*, 14(10), e0223970.

بررسی هم‌نوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن و بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی در زنان متقاضی جراحی بینی

مرضیه سالاروند

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

فرح نادری

گروه روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اهواز

Investigation of Social conformity based on metacognitive assessment of body deformity and spiritual well-being and psychological capital in women applying for rhinoplasty

Marzieh Salarvand

Master of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Farah Naderi

Faculty Member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Abstract

Rhinoplasty or nose surgery is one of the most common and popular surgeries in the world and Iran. Compared to men, women tend to have more cosmetic surgeries, especially rhinoplasty. Physical appearance is an important aspect of personal identity and its relationship with a person's self-perception begins early in life. On the other hand, dissatisfaction with body image, body deformity disorder, poor self-esteem, mental health problems, social conformity, cultural factors and media advertising are among the influential factors that lead to the tendency of people to perform cosmetic surgeries. The aim of the current research is to investigate social norms based on the metacognitive assessment of body deformity and psychological capital and spiritual well-being in women applying for nose surgery. The research method is descriptive and analytical using library resources. Studies have shown that dissatisfaction with body image can lead to a decrease in psychological capital. Psychological capital is related to a wide range of behavioral, cognitive and health variables, including spiritual well-being. As people with body dysmorphic disorder place increasing importance on their appearance, decreased psychological capital and spiritual well-being can lead them to conform more to social pressures and norms and desire rhinoplasty. The variables of psychological capital and spiritual well-being were effective in conformity to demand and desire for rhinoplasty, but the metacognitive assessment of body deformity in surveys did not have an impact on social conformity in the demand for rhinoplasty. Social conformity and psychological capital and spiritual well-being had an effect on the metacognitive evaluation of the body.

Keywords: *Social conformity, metacognitive assessment of body deformity, psychological capital, spiritual well-being, rhinoplasty*

چکیده

رینوپلاستی یا جراحی بینی از رایج‌ترین و پرطرفدارترین جراحی‌ها در جهان و ایران به‌شمار می‌آید. در مقایسه با مردان، زنان گرایش بیشتری به انجام جراحی‌های زیبایی، به ویژه جراحی بینی دارند. ظاهر فیزیکی وجه مهمی از هویت شخصی است و ارتباط آن با ادراک فرد از خود در اوایل زندگی آغاز می‌شود. از سوی دیگر نارضایتی از تصویر بدن، اختلال بدشکلی بدنی، عزت نفس ضعیف، مشکلات سلامت روان، هم‌نوایی اجتماعی، عوامل فرهنگی و تبلیغ رسانه‌ها از جمله عوامل تأثیرگذاری هستند که منجر به گرایش افراد برای انجام جراحی‌های زیبایی می‌شوند. پژوهش حاضر مروری سیستماتیک بر بررسی هم‌نوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان متقاضی جراحی بینی است. روش تحقیق توصیفی تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای است. بررسی‌ها نشان‌داد نارضایتی از تصویر بدن می‌تواند به کاهش سرمایه روانشناختی بیانجامد. سرمایه روانشناختی با دامنه گسترده‌ای از متغیرهای رفتاری، شناختی و سلامت از جمله بهزیستی معنوی رابطه دارد. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اهمیت فزاینده‌ای به ظاهر خود می‌دهند، کاهش سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی می‌تواند آنها را به هم‌نوایی بیشتر با فشارها و هنجارهای اجتماعی و تمایل به جراحی بینی سوق دهد. متغیرهای سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در هم‌نوایی برای تقاضا و تمایل به جراحی بینی مؤثر بودند اما ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن در بررسی‌ها نقش تأثیرگذار بر هم‌نوایی اجتماعی در تقاضای جراحی بینی نداشت. هم‌نوایی اجتماعی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدن تأثیر داشتند.

کلمات کلیدی: هم‌نوایی اجتماعی، ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن، سرمایه روانشناختی، بهزیستی معنوی، جراحی بینی

مقدمه

درخواست برای جراحی زیبایی در کل جهان روند صعودی دارد و به یکی از رایج‌ترین جراحی‌ها مبدل گشته‌است. طبق گزارش آماری انجمن بین‌المللی جراحی پلاستیک زیبایی^{۱۲۹} (۲۰۲۰) از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، شمار جراحی‌های زیبایی در مجمع کشورهای دنیا از ۲۰/۱ میلیون به ۲۵ میلیون نفر افزایش داشته‌است. ایران هم در افزایش این آمار نقش مهمی داشته (رمندی و دیگران ۲۰۲۲) و میزان جراحی بینی در ایران هفت برابر بیشتر از آمریکا بوده‌است (حاجی‌علو و دیگران ۲۰۱۸).

جراحی زیبایی اساساً به جراحی‌هایی گفته می‌شود که فرد بدون آسیب و جراحت و بدشکلی مادرزادی، صرفاً بر پایه میل شخصی متقاضی انجام آن است ((نیکلاس و ولینگ ۲۰۱۶، توسلی و مدیری ۲۰۱۲ به نقل از سجادی و جبل عاملی ۱۳۹۸). حدود یک‌سوم از جمعیت داوطلب جراحی بینی، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن هستند این افراد به‌طور معمول انتظارات زیادی در مورد نتیجه جراحی دارند و اغلب بعد از جراحی همچنان احساس نارضایتی می‌کنند (دی سوزا^{۱۳۰} و دیگران ۲۰۲۱). (میلر^{۱۳۱} و دیگران ۲۰۲۰) نشان دادند که بین زنان و مردان در مقیاس کلی تصویر بدن، نگرانی در مورد وزن، تناسب‌اندام و سلامتی تفاوت وجود دارد [لذا] زنان با ۹۰/۷ درصد سهم بیشتری از تقاضاکنندگان جراحی بینی در ایران را دارا هستند (کلانتر و دیگران ۲۰۱۸). جراحی و خدمات زیبایی به‌شدت تحت تأثیر عواملی مانند شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، خانواده و دوستان، استانداردهای زیبایی در جامعه، تبلیغات رسانه‌ای، پیشرفت‌های علمی و فناوری در زمینه پزشکی زیبایی و مصرف‌گرایی است که به نوبه خود راه را برای معضلی به نام «پارادوکس ارزش سلامتی و ارزش زیبایی» هموار کرده است (دانش ۲۰۱۵). رسانه‌ها با عادی‌سازی عمل جراحی و کمتر نشان دادن عوارض آن نقش مهمی در پذیرش ریسک آن دارند (آشیکالی^{۱۳۲} و دیگران ۲۰۱۶). با نگاه کل‌نگر عواملی مانند میل به کسب منزلت اجتماعی، نداشتن سلامت روان، تقلید از دوستان، گرایش به جنس مخالف، سطح تحصیلات، عدم اعتمادبه‌نفس را عوامل مهم و تأثیرگذار در درخواست عمل‌های زیبایی دانسته‌اند (حجازی و یزدان‌آباد ۲۰۲۳). یکی از مسیرهایی که به درک عمیق‌تر فرایندهای زیربنایی آسیب‌شناسی روانی اختلال بدشکلی بدنی کمک می‌کند، بررسی مکانیسم‌های شناختی درگیر در دانش، تفسیر و تنظیم خود تفکر است. این مکانیسم‌ها حوزه «فراشناخت»^{۱۳۳} یا تفکر درباره تفکر هستند (ولز^{۱۳۴}، ۲۰۱۱). اختلال بدشکلی بدن یک عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی تصمیم برای جراحی پلاستیک است (زکرمند و آبراهام، ۲۰۰۸). معمولاً باور این بیماران در مورد ظاهر و چهره خود غیرواقعی است و انتظار زیادی از نتیجه جراحی دارند، جذابیت ظاهری این افراد در نظرشان آنقدر اهمیت دارد که پذیرش اجتماعی و موفقیتشان تحت تأثیر ظاهر آرمانی مدنظر آنها قرار می‌گیرد (خوشینی و دیگران ۲۰۲۱). آگاهی معنوی رشد یافته‌تر به زنان کمک می‌کند تا رابطه‌ای

- 129 . International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)
130 de Souza et al
131 Miller et al
132 Ashikali et al
133 Wells

مهربان تر و محترمانه با بدن خود به وجود آورده و با عدم تأکید بر تصویر بدن و ظاهر بیرونی، اهداف مفیدی برای ارتقای تصویر مثبت بدن فراهم کنند (تیگرم و هگ ۲۰۱۹). (وو و همکاران ۲۰۲۲) در پژوهش بین فرهنگی از زنان چینی و هلندی نشان دادند زنان درونی سازی ایده آل زیبایی و مقایسه های اجتماعی مبتنی بر ظاهر را به عنوان انگیزه های انجام جراحی زیبایی شناسایی می کنند. بر اساس مطالب ذکر شده این سؤال مطرح می شود که آیا متغیرهای ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن، بهزیستی معنوی و سرمایه روانشناختی موجب همنوایی اجتماعی که اصلی ترین عامل جراحی زیبایی است (صادقی فسایی و دیگران ۲۰۱۵) می شوند؟ هدف از پژوهش حاضر بررسی همنوایی اجتماعی بر اساس ارزیابی فراشناختی بدشکلی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان متقاضی جراحی بینی است.

روش پژوهش

مقاله پیش رو، مقاله ای مروری سیستماتیک برگرفته از پایان نامه ارشد نویسنده به راهنمایی دکتر فرح نادری با عنوان «تدوین مدل علی ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن بر اساس سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در زنان متقاضی جراحی بینی: نقش میانجی همنوایی اجتماعی» است.

مبانی نظری پژوهش

سرمایه روانشناختی

تعریف مفهومی: سرمایه روانشناختی به عنوان باور فرد به توانمندی های خود در دستیابی به اهداف، کنار آمدن کارآمد با مشکلات و فشارهای زندگی و شکل دادن به شرایط زندگی به روشی که نیازهایش را برآورده می کند، تعریف می شود (لوتانز و برود، ۲۰۲۲). سرمایه روانشناختی به عنوان خودارزیابی می تواند عملکرد افراد را پیش بینی کند و شامل چهار بعد خودکارآمدی، امید، خوش بینی و تاب آوری است که می تواند عملکرد افراد را پیش بینی کند (هوارد، ۲۰۱۷). تأکید خودکارآمدی بر تعهد و کوشش برای موفقیت در اهداف و چالش ها است. خوش بینی به نگرش مثبت درباره موفقیت های حال و آینده اشاره دارد. مقاومت و پایداری برای رسیدن به اهداف و تغییر مسیر در راه دستیابی به اهداف، مؤلفه امیدواری را تعریف می کند. انعطاف پذیری و پایداری در زمان مواجهه با مشکلات و موانع احتمالی، به تاب آوری اشاره دارد (لوتانز و برود ۲۰۲۲، ۱۳۴).

در بسیاری از موقعیت ها، سرمایه روانشناختی می تواند به عنوان یک سپر از فرد در برابر رویدادها و عوامل استرس زا، و مشکلات سلامت روان همانند افسردگی و اضطراب حمایت کند (هسلینک ۳۵، ۲۰۲۱). پژوهش هایی رابطه تصویر بدن با سرمایه روانشناختی را تأیید کرده اند که بر اساس یافته هایشان افراد دارای سرمایه روانشناختی بالاتر، از تصویر بدنی رضایت بخش تر و مناسب تری برخوردارند (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰؛ بهزادی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹) و سرمایه اجتماعی بالاتر باعث افزایش کفایت اجتماعی^{۱۳۶} می شود (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰). افزایش کفایت اجتماعی هم می تواند تمایل به جراحی زیبایی را کاهش دهد چون افرادی که احساس طرد و بی کفایتی اجتماعی می کنند بیشتر احتمال دارد جراحی زیبایی انجام دهند (محمودی و دیگران ۲۰۱۷ به نقل از سجادی و جبل عاملی ۱۳۹۸). نارضایتی از تصویر بدن به کاهش سرمایه روانشناختی منجر می شود (ارزنلی و پوراحمدی ۲۰۱۷). یزدی، ملازاده و آل یاسین (۱۴۰۰) پژوهشی تحت عنوان مقایسه سرمایه روان شناختی در زنان کاندیدای عمل جراحی زیبایی و عمل جراحی زیبایی انجام شده را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد بین سرمایه روان شناختی در زنان کاندیدای عمل جراحی زیبایی و عمل جراحی زیبایی انجام شده تفاوت تفاوت وجود دارد. ابراهیمی و هاشمیان (۱۳۹۸) پژوهشی مروری با عنوان اهمیت سرمایه های روانشناختی بر اعتماد به نفس و راهکارهایی در جهت رهایی از باورهای غیر منطقی در دختران متقاضی عمل زیبایی را مورد بررسی قرار دادند. با توجه به نتایج بدست آمده مشخص شد که، برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی، افراد را قادر می سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، مسایل خود را به صورت کارآمدتری حل نمایند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند. باید توجه داشت که عوامل اجتماعی و فرهنگی در نوع ادراک زنان از بدنشان تاثیر فراوانی دارد. احمدی، خوشنویس و غلامی حیدرآبادی (۱۳۹۷) تحقیقی با عنوان پیش بینی جراحی پوست بر اساس سرمایه روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده از زنان انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که تمامی مؤلفه های حمایت درک شده و همچنین تمامی مؤلفه های سرمایه روانشناختی (خودکارآمدی، تاب آوری، امید و خوش بینی) پیش بینی کننده های مثبت جراحی پلاستیک هستند.

برخورداری از سرمایه روانشناختی بالا همراه با سازه های روانشناسی مثبت نگر با افزایش خوش بینی، خودکارآمدی، تاب آوری و

- 134 Luthans & Broad
135 Hesselink 4. Sadeghi Fasaie et al
136 1. Social adequacy 5. Arzanli & Pourahmadi,

خوش بینی به انتخاب جهتی اطلاق می‌شود که در آن عموماً پیامدهای مثبت انتظار می‌رود و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، مشترک و درونی دیده می‌شوند (شهنی بیلاق، موحد و شکرکن، ۱۳۹۲). خوش بینی عاملی از ثبات فردی است که شامل تفاوت های کلی فردی، خلق و خوی مثبت، نگرش یا ایده ها در مورد رویدادهای آینده است. خوش بینی انتظارات مثبتی را توصیف می‌کند که انگیزه، استقامت و انعطاف پذیری را افزایش می‌دهد. انتظارات مثبت ناشی از خوش بینی، جهت گیری هدف را تسهیل می‌کند، که توجه و انرژی را به منابع درست رفتار هدایت می‌کند. در حالی که خوش بینی کم، درون نگر و کناره گیری را تسهیل می‌کند (بومگارتنر، اسپچنیدر و کاپیولا^{۱۴۲}، ۲۰۱۸). افراد خوش بین به خود و دیگران خوش بینانه نگاه می‌کنند با این انتظار که اتفاقات خوب در آینده رخ دهد و اتفاقات بد رخ ندهد. داشتن چنین باورهایی با سلامت روان همراه است. خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرسزا دارد (میرگل و دیگران ۲۰۲۳)

خوش بینی، داشتن نوعی توقع است از اینکه در آینده اتفاقات خوب بیشتر از بد رخ خواهند داد که این نگرش بر نحوه رفتار و کنار آمدن افراد با فشارهای زندگی تأثیر می‌گذارد (ویس فراتسی و دیگران^{۱۴۳} ۲۰۱۷) زیرا اطمینان از روی دادن اتفاقات مثبت موجب سازگاری روانشناختی بالا می‌شود (تیندل و دیگران^{۱۴۴} ۲۰۱۸) که حتی اگر با مشکلات و فشارها هم مواجه شوند سلامت روانی و جسمی آنها حفظ می‌شود (سینگ و شا کلا^{۱۴۵} ۲۰۱۴). خوش بینی منجر به رفاه روانی می‌شود و منعکس کننده‌ی انتظارات مطلوب افراد در مورد رویدادهای آینده است و منبع بسیار مهمی برای انگیزه و انعطاف پذیری است. خوش بینی با سطوح بالای درگیری و سطوح پایین اجتناب یا عدم مشارکت همراه است و با گام‌های فعال برای حفظ سلامت، منجر به مقاومت بیشتر می‌شود (خادمی و کدخدایی، ۱۳۹۳). افرادی که سطح امید بالاتری دارند دیگران را منبع حمایتی می‌دانند که می‌شود روی آنها حساب کرد. آنها همچنین بر این باورند که می‌توانند به طور موثر با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی با آن مواجه شوند کنار بیایند، شادی بیشتری را تجربه کنند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند (لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی) و زین العابدینی، ۱۳۹۲). خوش بینی می‌تواند پاسخ پریشانی پس از قرار گرفتن در معرض استرس را کاهش دهد (ضیا و همکاران، ۲۰۱۳). خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرسزا زندگی دارد. وقتی با یک چالش مواجه می‌شوید، افراد خوش بین اعتماد به نفس و پایداری

امیدواری موجب افزایش توان افراد برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف، ارزش‌های والای زندگی و بهزیستی معنوی می‌شود (گل پرور؛ ۲۰۱۳). ابعاد سیستم معنوی، باورها و انگیزه‌ها و اهداف از طریق میانجی‌هایی مانند معنای زندگی، حمایت اجتماعی، تقدیس جسم، منبع کنترل سلامت، قدرشناسی، امید، خوش بینی، شفقت، استرس، عواطف مثبت و منفی، مقابله و سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارند.

مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی ۱- تاب‌آوری

این مؤلفه از سرمایه‌ی روانشناختی یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار است (پرینس، امبوری و ساخوفسکی^{۱۳۷}، ۲۰۱۳)، که موجب توانایی برای عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی می‌شود (ساگون و دی کارلی^{۱۳۸}، ۲۰۱۴) و به فرد قدرت بازگشت داده، فرایند پویای سازگاری و رشد به شیوه مثبت در برابر شرایط تهدید کننده و توانایی ترمیم خویشتن را موجب می‌شود (لوح، اسکات و تورستنسن^{۱۳۹}، ۲۰۱۴) ظرفیت یک سیستم پویا برای سازگاری موفقیت آمیز با اختلالات و حفظ نشاط و سلامت روانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و سازوکار خود اصلاح‌گری تعریف شده است (ماستن^{۱۴۰}، ۲۰۱۴). تاب‌آوری توانایی فرد برای آماده شدن و انتخاب برای هماهنگی بیولوژیکی، روانی و معنوی، تعامل با فوریت زندگی، تخریب، ادغام مجدد به روشی انعطاف پذیر، بازگشت به تعادل یا از دست دادن تعادل است. این یک مدل خطی ساده است که باید مراحل طی شوند تا فرد به توانایی تاب‌آوری برسد. تاب‌آوری مفهومی چند بعدی است که برای مقابله مؤثر با عوامل استرسزا استفاده می‌شود و شامل منابع مقابله‌ای انسانی مانند خودپنداره، خوش بینی، راهبردهای مقابله و روابط اجتماعی مطلوب است (صحرائی داریان و کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۶). تاب‌آوری چیزی بیش از مقاومت منفعلانه در برابر آسیب یا موقعیت‌های تهدید کننده است. در عوض، افراد تاب‌آور به طور فعال مشارکت می‌کنند و محیط خود را می‌سازند (عمویی، عجم و بادناوا، ۲۰۱۶). تحمل برای ایفای نقش محافظتی در برابر موقعیت‌های استرسزا از طریق ارزیابی‌های شناختی و رفتارهای مقابله‌ای امکان پذیر است. چانگ^{۱۴۱} و یارنال (۲۰۱۸) در تحقیق خود با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی بر توسعه تاب‌آوری در زنان» نشان دادند که دریافت حمایت اجتماعی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مؤثر است.

۲- خوش بینی

- 142 Baumgartner, Schneider & Capiola,
143 Weiss-Faratici et al
144 Tindle et al
145 Singh & Shukla

- 137 . Prince.Embury & Saklofske
138 . Sagone, & De Caroli
139 . Loh, Schutte & Thorsteinsson
140 . Masten
141 Chang & Yarnal

باورهای خود کارآمدی منعکس کننده مفهوم سازی ساختارهای دانش است که بر فرآیندهای ارزیابی و به نوبه خود بر رفتار تأثیر می گذارد. (میلیونی و همکاران، ۲۰۱۵). افراد با خود کارآمدی بالا و شایستگی به دلیل توانایی در حل مشکلات در گذشته و دارای تجربیات موفق در مواجهه با مشکلات، با این باور که می توانند بر آن غلبه کنند، مشکلات را حل می کنند (میرزایی، کیامنش، حجازی و ... بنی جمالی، ۱۳۹۵). خود کارآمدی نه تنها بر زندگی افراد در موقعیت های استرس زا تأثیر می گذارد، بلکه افراد را به جستجوی موقعیت های چالش برانگیز تشویق می کند. با وجود این تفاوت ها، خود کارآمدی و تاب آوری مفاهیم مرتبط هستند و در تعامل با یکدیگر استفاده می شوند (اسکورز و وارنر، ۲۰۱۲). تئوری خود کارآمدی و سایر رویکردهای عمدتاً شناختی بر این باورند که ادراکات و ادراک افراد از توانایی ها و قابلیت های خود برای دستیابی به نتایج موفق و تعیین اهداف، افزایش انگیزه برای پیشرفت، خودتعیین و بهبود عملکرد مهم و ضروری است. سازه خود کارآمدی به میزان تسلط و کنترل بر اعمال و رفتار خود اشاره دارد: به عبارت دیگر، احساس کنترل بر اعمال و کردار فردی را خود کارآمدی می نامند. بر اساس گزارشها، افزایش خود کارآمدی، تاب آوری افراد را در برابر عواطف و احساسات منفی از جمله: اضطراب، افسردگی و حتی ترس افزایش می دهد. از منظر مثبت، خود کارآمدی توسعه یافته به طور علی با علاقه توسعه یافته درونی مرتبط است (حسنی و جانانعلی زاده چوبیستی، ۱۳۹۲). افراد با خود کارآمدی بالا نسبت به آینده خوش بین هستند و انتظارات مثبت آنها از آینده به آنها کمک می کند تا در برابر موانع استقامت کنند. اکثر این افراد با داشتن هدف در زندگی و تعهد برای رسیدن به اهداف خود، بهتر می توانند در برابر مشکلات ایستادگی کنند و به جای بزرگنمایی مشکلات، آنها را عادی جلوه دهند و حتی گاهی مشکلات را چالشی به عنوان سکوی پرش خود به سوی پیشرفت می دانند (اسکندری و دیگران، ۱۳۹۷). خود کارآمدی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر عزت نفس است (کریمی نژاد و دیگران، ۲۰۱۸).

۴- امید

امید یکی از پایه های اساسی تعادل و قدرت ذهنی است که موفقیت در زندگی را تعیین می کند. امید توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید با قدرت نافذ خود سیستم فعالیت را تحریک می کند تا سیستم بتواند تجربیات جدیدی به دست آورد و نیروهای جدیدی در ارگانیسم ایجاد کند. در نتیجه امید انسان را به تلاش و امید دارد و او را به سطح بالایی از کارکردهای روانی و رفتاری نزدیک می کند. سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت آن را «بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی یک فرد و نه صرفاً بیمار بودن» می داند (ارجمندنیا، خانجانی و محمودی، ۱۴۰۳).

146 Schwarzer, R., & Warner

دارند. اما بدین ها ضعیف و بی ثبات هستند. این تفاوت ها ممکن است در شرایط شدید بیشتر باشد. خوشبین ها معتقدند که می توان ناملایمات را با موفقیت مدیریت کرد، اما بدبینان انتظار بدشمانی دارند. این تفاوت در نگرش نسبت به ناملایمات بر شیوه های مقابله افراد با استرس تأثیر می گذارد (موسوی نسب و تقوی، ۱۳۸۴).

خوش بینی و امید عوامل مرتبط با تفاوت های فردی هستند که با مزایای روانشناختی متعددی مانند افزایش عزت نفس، کاهش خطر اضطراب و علائم افسردگی، کاهش افکار و تجربیات خودکشی و افزایش بهزیستی روانشناختی ذهنی مرتبط هستند (کلبر و همکاران، ۲۰۱۸). و عزت نفس اندازه اثر منفی و زیاد با گرایش به جراحی زیبایی دارد (طالبی دلیر، ۱۴۰۲).

۳- خود کارآمدی

باورهای خود کارآمدی به عنوان بخشی از خودپنداره فرد، سازه های شناختی اند که از تجربیات یادگیری مادام العمر افراد پدید می آیند (ایساک، والترز و مک لاکلان، ۲۰۱۵). خود کارآمدی توانایی سازنده ای است که به وسیله آن مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای دستیابی به اهداف مختلف به طور مؤثر سازماندهی می شوند. بنابراین فردی که از خود کارآمدی بالاتری برخوردار است از اطلاعات عاطفی خود، به نحو بهتر و مؤثرتری در سازگاری اجتماعی بهره خواهد برد (فتاله زاده و دیگران، ۱۳۹۴).

خوداندیشی یکی از ظرفیت های منحصر به فرد انسانی است که افراد به وسیله آن رفتار خود را ارزیابی و اصلاح می کنند و این خودارزیابی ها شامل برداشت هایی از خود کارآمدی است. بر اساس نظریه انتظار- ارزش، انگیزه ناشی از باور افراد در مورد پیامدهای احتمالی اعمال و ارزشی است که برای پیامدها قائل هستند. افراد زمانی برای انجام وظایف برانگیخته می شوند که نتیجه مورد انتظار برایشان ارزشمند باشد. اما زمانی که عواقب آن برای آنها ارزشمند نباشد، آمادگی کمتری برای انجام تکالیف خود خواهند داشت. انتظارات نتیجه، با باورهای کارآمدی مرتبط است زیرا این باورها انتظارات را تعیین می کنند و از آنجایی که نتیجه مورد انتظار افراد به شدت به قضاوت آنها در مورد آنچه می توانند انجام دهند بستگی دارد، اگر ادراک خود کارآمدی برای آنها کنترل شود، انتظارات نتیجه ی خوب به همراه داشته و نقش مهمی در پیش بینی رفتار دارد (روحی و همکاران، ۱۳۹۲). مهارت های خود کارآمدی یا باور افراد در مورد توانایی هایشان، بر تلاش و پشتکار آنها تأثیر می گذارد. خود کارآمدی بالا ترس از شکست را کاهش می دهد، سطح میل را افزایش داده و توانایی حل مسئله و تفکر تحلیلی را بهبود می بخشد (امیدی مظاهری و سادات حسینی، ۱۳۹۱). باورهای خود کارآمدی به فرآیندهای خودتنظیمی اشاره دارد.

۱۳۹۰). امید یک حالت انگیزشی مثبت است که بیانگر پیش بینی فرد از آینده است و میزان پایداری فرد در رسیدن به اهداف، تلاش برای دستیابی به آنها و میزان توانایی تغییر مسیر برای رسیدن به اهداف را تعیین می‌کند (آخوندی و آقا علیخانی، ۱۳۹۳). ساختاری است که دارای دو جزء است: توانایی فرافکنی گذرها به سوی اهداف مورد نظر با وجود موانع موجود. انگیزه استفاده از این گذرها، امید، متعلق به اهدافی است که دارای موانع چالش برانگیز اما غیرقابل عبور و امکان دستیابی به آن در میان مدت است، آماده سازی و رفع موانع شرط امید است. رفع موانع و فراهم کردن زمینه‌های امید، مستلزم تفکر است تا به رفتار هدفمند منجر شود. بنابراین روح و جسم در حرکت و خلاقیت هستند و این پویایی باعث شادی و نشاط می‌شود (موسوی، ۱۳۹۰). نقش واسطه‌ای امید در رابطه معنادار زندگی و رضایت از زندگی و شاخص‌های سلامت روان معنادار است (ارجمندانی و همکاران، ۱۳۹۲). به عبارت دیگر معنادار بودن زندگی به صورت غیرمستقیم و در تعامل با امید می‌تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی شود. (شمس، هاشمیان و شفیع آبادی، ۱۳۹۵).

امید مانند دارو اثرات بیولوژیکی دارد و می‌تواند در کنترل درد و ناتوانی بیماران تاثیر مثبت داشته باشد. امید و انتظار مدارهای مغز را فعال می‌کند و موجب ترشح اندورفین و انکفالین، در نتیجه کاهش درد می‌شود. با نگاهی به انواع بیماری‌های روانی و علل آنها به نظر می‌رسد که بیشتر آنها در اثر حادثه‌ای به وجود می‌آیند که منجر به از دست دادن امید در فرد شده است. معنادار بودن زندگی سازه‌ای گسترده تر از امید است و نوعی رابطه تجربی تضمین شده بین امید و معنا وجود دارد (ارجمندانی و همکاران، ۲۰۱۱). عنصر امید یکی از ویژگی‌های انسانی است که به او کمک می‌کند تا بر ناامیدی‌ها غلبه کرده، اهداف خود را دنبال کند و احساس غیر قابل تحمل بودن آینده را کاهش دهد (عمویی و همکاران، ۱۳۹۵). اعتماد به نفس وقتی به موفقیت می‌رسد یک پاداش طبیعی است، یعنی بعد از موفقیت به دست می‌آید، اما امید قبل از رسیدن به هدف، وارد بازی می‌شود. بنابراین اساس اعتماد به نفس، امید رسیدن به هدف است. بر اساس مدل شنایدر، امید، افراد را برای مقابله با عوامل استرس‌زا محافظت می‌کند، و با داشتن اهداف بیشتر، افزایش می‌یابد (ارجمندانی و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس این مفهوم، امید زمانی قوی است که شامل اهداف ارزشمندی باشد و با موانع چالش برانگیز اما غیرقابل عبور، امکان دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد. بر اساس این مفهوم، احساسات مثبت و منفی محصول جانبی تفکر هدفمند، امید و ناامیدی هستند (شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۵). افراد دارای سرمایه روان‌شناختی بالاتر، از تصویر بدنی رضایت بخش تر و مناسب تری برخوردارند (غفاری و

دیگران ۲۰۲۱ و بهزادی نژاد و دیگران ۲۰۱۹). بین امید و عزت نفس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (پورغزین و غفاری، ۱۳۹۳).

بهزیستی معنوی

تعریف مفهومی: بهزیستی معنوی به عنوان آگاهی فرد از ارزش معنوی و نیک زندگی تعریف می‌شود. بهزیستی معنوی حالتی از بودن و بازتاب شناخت‌ها، رفتارها، و احساسات در رابطه با خود، دیگران، نیرویی متعالی و طبیعت است و منجر به احساس هویت، یگانگی، رضایت، شادی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش، انسجام درونی، هدفمندی و جهت داری در زندگی است (فیشر^{۱۴۷}، ۲۰۲۱). بهزیستی معنوی همواره بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد. افرادی که از نظر معنوی موفق هستند، توانایی بالاتری در تفسیر فرصت‌های به دست آمده در زندگی، در نتیجه تعاملات فردی با محیط و اعتقاد به قدرت دارند (رحمت و همکاران، ۲۰۲۲). (کاین^{۲۰۲۳}) نشان داد دینداری با ایجاد تصویر مثبت از بدن، از فرد محافظت می‌کند؛ با وجود این افراد دیندار به جراحی زیبایی فکر می‌کنند و آن را انجام می‌دهند.

امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف سلامت مورد توجه قرار گرفته و پیشنهادهای مبنی بر گنجاندن بهزیستی معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت ارائه شده است. یکی از کاستی‌های تحقیقات مربوط به رفاه معنوی تا به امروز، ناتوانی آن در تحلیل ابعاد مختلف معنویت است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده معنویت و دین نیز باعث ایجاد سوء تفاهم و منجر به سردرگمی شده است. (کارسون ۲۰۱۹). نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده‌اند به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف معنویت وجود ندارد (فری^{۱۴۸}، ۲۰۱۳) اما از طرف دیگر، در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران این اجماع عمومی وجود دارد که بهزیستی معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (مراویجلا^{۱۴۹}، ۱۹۹۹). به طوری که در بررسی مفهوم بهزیستی معنوی، قبل از همه، بایستی به واکاوی مفهوم معنویت پرداخت. بهزیستی به توانایی فرد در استفاده از هر فرصتی برای رشد و ارتقای توانایی‌های بالقوه خود اشاره دارد. بهزیستی معنوی را می‌توان به عنوان شاخصی از کیفیت زندگی فرد در نظر گرفت، زیرا افرادی که از نظر معنوی موفق هستند، از زندگی هماهنگ تری، هم به عنوان فردی و هم به عنوان بخشی از محیط اجتماعی برخوردارند (بروبیکر و سوینی^{۱۵۰}، ۲۰۲۲).

- | | |
|-----|--|
| 147 | Fisher |
| 148 | -Fry |
| 149 | -Meraviglia 4. Ghafari et al., 5. Behzadinejad et al |
| 150 | Brubaker & Sweeney |

وجودی است، یک تجربه روانشناختی خاص که در واقع به واقعیت مقدس یا غایی مربوط نمی‌شود. (هرتز، ۲۰۰۵). از نظر روش تحقیق، معنویت یک ساختار است، هرچند بسیار انتزاعی، و به آن ساختار معنوی می‌گویند. باورهای معنوی، تجربه معنوی و رفاه معنوی مفاهیم اصلی این سازه هستند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱).

بهزیستی معنوی شکلی از تجربه معنوی انسان است که در این دو دیدگاه متفاوت است؛ دیدگاه بهداشت دینی که بر چگونگی درک افراد از سلامت در زندگی معنوی خود زمانی که به یک نیروی برتر متصل می‌شوند تمرکز دارد. دیدگاه سلامت وجودی که در مشکلات اجتماعی و روانی افراد در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط بحث می‌کند. مفهوم بهزیستی معنوی که برای اولین بار توسط دیوید او. موبرگ در سال ۱۹۷۱ با همین نام مطرح شد و بیش از هر چیز بر بهزیستی شخصی یک فرد تاکید دارد تا رابطه او با خدا (به نقل از عباسی و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر الیسون مفهوم بهزیستی معنوی از دو جزء تشکیل شده است: بهزیستی دینی که نشانه ارتباط با نیروی برتر یعنی خداوند است و بهزیستی وجودی که عنصری روانی-اجتماعی و نشانه‌ای از احساس فرد نسبت به قدرتی برتر است. (الیسون، ۱۹۸۳). رفاه دینی و رفاه وجودی هر دو مستلزم تعالی و حرکت فراتر از خود هستند. بعد سعادت دینی ما را به سوی خدا سوق می‌دهد، در حالی که بعد رفاه وجودی ما را فراتر از خود به دیگران و محیط اطرافمان می‌برد. از آنجایی که انسان به عنوان یک سیستم یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد، اگرچه جدا از هم هستند، اما با یکدیگر تعامل و همپوشانی دارند و در نتیجه احساس رفاه معنوی، رضایت و هدف را به همراه دارند. (وودز، ۱۹۹۳). آگاهی معنوی رشد یافته‌تر به زنان کمک می‌کند تا رابطه‌ای مهربان‌تر، همراه با قدردانی و محترمانه با بدن خود به وجود آورند. علاوه بر این، قدردانی و عدم تاکید بر تصویر بدن و ظاهر بیرونی، اهداف مفید و نقاط مداخله بالقوه‌ای را برای ارتقای تصویر مثبت بدن فراهم می‌کند (تیگرمین و هیگ^{۱۵۱}، ۲۰۱۹).

(معینی و دیگران، ۱۳۹۸) تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه سلامت معنوی با تمایل به انجام جراحی زیبایی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد: دانشجویان دختر از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. و افرادی که تمایلی به انجام جراحی زیبایی نداشتند نسبت به افراد متمایل به انجام جراحی زیبایی از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. با افزایش نمره سلامت معنوی به صورت کلی و بعد وجودی آن نسبت شانس تمایل به انجام جراحی زیبایی در بین دانشجویان کاهش یافت. پژوهشها رابطه بین بهزیستی معنوی با ادراک تصویر بدن و ارزیابی فراساختی بدشکلی

بهزیستی معنوی دارای سه مؤله رابطه با خدا، رابطه با خود، و رابطه با طبیعت است (دهشیری و دیگران ۱۳۹۲).

معنویت به مثابه یک سازه معنوی؛ در معنای لغوی،

معنویت، از کلمه‌ای لاتین به معنای نفس کشیدن گرفته شده است (سالاری فر، آذربایجانی و رحیمی نجات، ۱۳۸۴) و مفهومی گسترده‌تر از دین دارد و به فرآیندی پویا، شخصی و تجربی اشاره دارد. دین و معنویت در هم تنیده‌اند، چرا که هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (رینتراپ، آلتیمیر و بورنز، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، معنویت عبارت است از ادراک موجودات یا نیروهایی فراتر از جنبه‌های فیزیکی زندگی که حس عمیقی از وحدت یا پیوند با هستی ایجاد می‌کند. در حالی که برخی معتقدند مذهب تشریفات مناسک روزانه مانند نماز و روزه را تشویق می‌کند، سطح جدیدی از معنویت به دنبال معنایی فراتر از همه کارکردها است. مذاهب اغلب به جنبه‌های دیگر معنویت می‌نگرند، و این مناسک و اعمال مذهبی هدف اولیه دین نیستند، بلکه در واقع به عنوان راه‌هایی برای رسیدن به سطح بالاتری از معنویت تلقی می‌شوند. (هاکز و دیگران ۱۹۹۵).

در تعریف اصطلاحی، معنویت از لحاظ معنای زندگی و آرامش ذهنی یا رابطه با یک وجود متعالی تعریف می‌شود. از نظر شولتز، معنویت تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و نیروی برتر است که در واکنش‌ها، روایت‌ها و کنش‌ها بیان می‌شود (دهشیری، سهرابی، جعفری و ونجفی، ۱۳۸۷). مایر معتقد است که معنویت جستجوی مداوم برای معنا و هدف در زندگی، درک عمیق از ارزش زندگی، وسعت جهان، نیروهای طبیعی موجود و سیستم‌های اعتقادی شخصی است. هاینلس معنویت را تلاش برای ایجاد حساسیت نسبت به خود و سایر موجودات غیرانسانی و به خدا یا کاوش در مورد آنچه برای انسان بودن و تلاش برای رسیدن به انسانیت کامل لازم است، می‌داند (به نقل از؛ بختیاری ۱۳۸۶). سوکن از معنویت به عنوان «حضور و تجربه ارتباط انسان با محیط» یاد می‌کند (سوکن ۱۹۸۹). الکینز و همکارانش معنویت را راهی برای بودن و تجربه کردن تعریف می‌کنند که با آگاهی از بعد متعالی مشخص می‌شود و مبتنی بر ارزش‌های ویژه نسبت به خود، دیگران، طبیعت و زندگی است در این تعریف، کینز تلاش می‌کند تا مفهوم معنویت را به گونه‌ای بسط دهد که هم باورهای دینی و هم غیر مذهبی را در برگیرد (الکینز ۱۹۸۸).

در نتیجه، اگرچه نمی‌توان تعریف غالبی از معنویت ارائه کرد، اما بررسی ادبیات موضوع معنویت نشان می‌دهد که بیشتر این تعاریف معنویت را دو بعدی می‌دانند. بعد اول معنویت دینی است که در آن درک فرد از یک موجود مقدس یا واقعیت غایی در سبک و سیاق دینی بیان می‌شود، در حالی که بعد دوم معنویت

بدن را تأیید کرده‌اند (تیگرمن و هگک ۲۰۱۹، رین اسمیت و دیگران ۲۰۱۴، رضایی و دیگران ۲۰۲۱). بهزیستی معنوی با اثرگذاری باور به کنترل شدن موقعیت به وسیله خداوند یا نیروی برتر (منبع کنترل بیرونی) و توانایی خود برای کنترل موقعیت به یاری نیروی معنویت (منبع کنترل درونی) از فشار اجتماعی برای همنوایی می‌کاهد، این افراد که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، با باور به توانایی خود برای کنترل کردن موقعیت‌ها با توسل به معنویت، کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار می‌گیرند (تیمینس و مارتین، ۲۰۱۹). پژوهشگران بر این باورند که تصویر بدنی با بهزیستی معنوی رابطه دارد. بر اساس یافته‌های رین اسمیت-جونز، ادوین و زیپکین کمپبل^{۱۵۲} (۲۰۱۴) پزشکی که با بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کار می‌کنند باید به مؤلفه معنویت در این دسته از مراجعان و رابطه معنویت با تصویر از خود، تصویر بدنی خود، و البته معنویت در طول فرآیند درمان توجه زیادی داشته باشند.

همنوایی اجتماعی

تعریف مفهومی: همنوایی پدیده اجتماعی قدرتمندی است که افراد را تشویق به تغییر عقاید و رفتار شخصی خود و موافقت با اکثریت مخالف می‌کند. چنین رفتارهایی اغلب قابل مشاهده هستند و در جهت تأیید توسط اکثریت انجام می‌شوند. همنوایی اجتماعی می‌تواند منجر به عدم بیان قضاوت‌ها و نظرات خود در هنگام مواجهه با فشار همسالان در گروه‌ها شود که می‌تواند برای اثربخشی گروه‌ها در تصمیم‌گیری و تفکر نوآورانه مضر باشد (ویجنایاک و همکاران، ۲۰۲۰).

انطباق به عنوان تسلیم شدن در برابر فشار گروه تعریف شده است، زمانی که هیچ تقاضای مستقیمی از سوی گروه در مورد تطابق فردی با گروه وجود ندارد. (دروکس و وریتمند^{۱۵۳}، ۲۰۱۴). دلایل متعددی در مورد اینکه چرا برخی افراد انطباق با گروه دارند آورده شده است؛ اولین عامل کلیدی افشا است. این بدان معناست که رفتار یک فرد در یک موقعیت خاص در معرض دیگران قرار می‌گیرد. اگر رفتار یک فرد تحت نظارت دیگران و دور از انتظارات، هنجارها یا ارزشهای آنها باشد، فرد را می‌توان طرد یا مجازات کرد. بنابراین رفتار خصوصی افراد و رفتار آنها در مقابل جمعیت می‌تواند متفاوت باشد (سهرابی و دیگران ۱۳۹۲). (وو^{۱۵۴}، ۲۰۲۲) در بررسی اثر همنوایی اجتماعی بر جراحی زیبایی برای نمونه بین فرهنگ چینی و هلندی نشان دادند زنان درونی‌سازی ایده‌آل زیبایی و مقایسه‌های اجتماعی مبتنی بر ظاهر

را به عنوان انگیزه‌های انجام جراحی زیبایی شناسایی می‌کنند. پژوهش بونل (۲۰۲۱) نشان داد زنان (به طور صریح و ضمنی) تشویق می‌شوند تا تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند و در برخی موارد برای انجام دادن این کار پاداش دریافت می‌کنند؛ مانند دسترسی به شغل با فراتر رفتن از شکاف‌های طبقاتی. نتیجه مطالعه ام سی کامب و میلز (۲۰۲۱) نشان داد مقایسه ظاهری با مدل‌ها به کاهش اعتماد به نفس و افزایش ناراضی از ظاهر و وزن منجر شده است. یا در پژوهشی دیگر زنان چینی توصیف کرده‌اند که دائماً اهمیت زیبا به نظر رسیدن و قرار گرفتن در معرض اطلاعات جراحی زیبایی را در زندگی روزمره خود یادآوری می‌کنند، به عنوان مثال، در رسانه‌های اجتماعی و از طریق تشویق مستقیم و قرار گرفتن در معرض چنین فشارهایی ممکن و همسالان و قرار گرفتن مکرر در معرض چنین فشارهایی ممکن است ایده‌آل زیبایی و جراحی زیبایی را به عنوان یک راه حل قابل قبول برای ظاهر و زندگی نامطلوب تقویت کند (بونل^{۱۵۵} و دیگران، ۲۰۲۱) ۸۷ درصد از مداخلات زیبایی، با متغیر عزت نفس، منبع کنترل و تمایل به مطلوبیت اجتماعی توضیح داده می‌شود که نشان می‌دهد فشار مدل‌های اجتماعی و استانداردهای زیبایی بسیار بالا به انجام مداخلات زیبایی شناسی منجر می‌شود (ایونا^{۱۵۶}، ۲۰۲۳). یا در پژوهش دیگر توجه به شبکه‌های اجتماعی و تصاویر آرایش و زیبایی زنان موجب تمایل به آرایش و جراحی زیبایی شده است (والکر^{۱۵۷} و دیگران، ۲۰۲۱).

بر اساس یافته‌های (پیراهری و بیداران^{۱۵۸} ۲۰۱۶) با افزایش فشارهای اجتماعی گرایش به جراحی زیبایی و همنوایی با دیگران نیز بیشتر می‌شود. همنوایی اجتماعی یک نوع تأثیر اجتماعی است که تغییر در باور یا رفتار را در بر می‌گیرد تا در نهایت منجر به سازگاری فرد با یک گروه شود. این تغییر در پاسخ به فشار واقعی (شامل حضور فیزیکی دیگران) یا فشار تصویری (شامل فشار هنجارها یا انتظارات اجتماعی) از جانب یک گروه است که افراد را به تغییر باورها و رفتارهای خود و همسو کردن آن‌ها با اکثریت افراد جامعه سوق می‌دهد (ویجنایاک^{۱۵۹} و دیگران، ۲۰۲۰، پرنسز و منارانگ^{۱۶۰} ۲۰۲۰). عوامل فرهنگی - اجتماعی مانند وسایل ارتباط جمعی که ایده‌آل‌های زیبایی در افراد را شکل داده و به تصویر می‌کشند، نقش مهمی در افزایش ناراضی از تصویر بدنی و فشار اجتماعی برای همنوایی با معیارهای زیبایی دارند (مارکوس^{۱۶۱} و دیگران ۲۰۲۲). شواهد به دست آمده از مطالعات آینده‌نگر - آزمایشی تا حد زیادی حاکی از اثر منفی

155 Bonell et al

156 Ioana

157 Walker et al

158 Pirahari, & Bidaran

159 Wijenayake et al

160 Princes, E & manurung

161 Marques et al

152 Reinsmith-Jones, Adedoyin & Zipkin Campbell

153 Deaux & Wrightsman

4. Reinsmith et

5. Rezaei et al

6. Tiggemann & Hage

8. Timmins & Martin,

154 Wu et al

۲۰۱۸). اثر مستقیم بهزیستی معنوی بر همنوایی اجتماعی در زنان متقاضی جراحی بینی را می‌توان با توجه به نقش مقابله‌ای معنویت و احساس کنترل مورد بحث قرار داد. به نظر می‌رسد استفاده از معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای با کاهش اضطراب‌های مرتبط با موقعیت‌های ناگوار، که نتیجه باور به کنترل شدن موقعیت به وسیله خداوند یا نیروی برتر است همراه می‌شود؛ این مسئله موجب می‌شود افراد معنوی باور داشته باشند که می‌توان از طریق اتکال به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل درآورد و از این طریق امکان دارد کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار بگیرند (سزکزسناک^{۱۶۵}، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی با اثرگذاری بر ادراک کنترل افراد، توانایی مقابله مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی و نیز ایجاد نگرش‌های مثبت (سانگ گان^{۱۶۶} و دیگران، ۲۰۱۷) و افزایش احساس امنیت (متقی^{۱۶۷} و دیگران، ۲۰۱۷) میزان از فشار اجتماعی برای همنوایی کاسته و به این طریق ارزیابی‌های فراشناختی بدشکلی بدن را کاهش می‌دهند. علیرزاده فرد (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد در موقعیت‌های غیرقابل کنترل، میزان همنوایی افزایش می‌یابد. خستگی شناختی، باعث می‌شود فرد تصویر منفی و ناکارآمدی از خود داشته باشد و به جای اعتماد به نظرات خود، به نظرات دیگران اعتماد کند. درحالی که به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی بالا با افزایش میزان خودکارآمدی و قابل کنترل دانستن موقعیت بر توانمندی شناختی افراد و تصویر شخصی خود اثر مثبت گذاشته و در نتیجه همنوایی آن‌ها با دیگران کاهش می‌یابد. خستگی شناختی بر برداشت‌های شناختی منفی فرد از خود تأکید دارد که بر اساس آن، افراد هنگام انجام دادن یک فعالیت شناختی، هدف مشخصی را دنبال می‌کنند و با ساخت یک طرح‌واره یا برنامه شناختی طراحی شده به آن می‌رسند. در موقعیت‌های غیرقابل کنترل، بازخورد اطلاعاتی که افراد کسب می‌کنند اشتباه و بی‌معنا است، در نتیجه، خستگی شناختی یا درماندگی شناختی ایجاد شده که روش‌های ابتدایی و ساده را جانشین برنامه‌های شناختی جهت کنترل موقعیت می‌کند (کافتا و سدک، ۱۹۹۸). (Kofta & Sedek, 1998) یافته‌های عابدی (۲۰۱۱) نشان داده بین عزت نفس، سرسختی روانشناختی و منبع کنترل درونی با همنوایی گروهی رابطه منفی معنادار وجود دارد. به نظر می‌رسد سرمایه روانشناختی بالا توانایی مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی را برای افراد فراهم می‌کند، به طوری که افراد با سرمایه روانشناختی بالا و با توجه به رابطه معنادار سرمایه روانشناختی با احساس امنیت اجتماعی (متقی و دیگران، ۲۰۱۸) افراد با نمره بالای سرمایه روانشناختی در

رسانه‌ها بر تصویر بدنی و اختلال بدشکلی بدنی هستند (میمون و کرومپوزوس^{۱۶۲}، ۲۰۲۲، رضوان^{۱۶۳} و دیگران، ۲۰۲۲) که میزان همنوایی اجتماعی را نیز افزایش می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، برای ایده‌آل‌های اجتماعی-فرهنگی در زمینه جذابیت ظاهری، ارزش افراطی قائل شده، جذابیت‌های فیزیکی خود را دست کم و جذابیت دیگران را دست بالا می‌گیرند. نظریه پردازان مختلف استدلال کرده‌اند که فرهنگ و ملیت بر همنوایی تأثیر می‌گذارد و هر گونه تفاوت در انطباق می‌تواند به شیوه اجتماعی شدن مرتبط باشد. محققان به رابطه جالبی بین جامعه‌پذیری و انواع مختلف نظام‌های اقتصادی-معیشتی اشاره کرده‌اند. آنها سیستم‌های اقتصادی-معیشتی را بر اساس توانایی جمع‌آوری مواد غذایی طبقه‌بندی کردند، به گونه‌ای که ساختارهای اقتصادی شکار و ماهیگیری در جمع‌آوری مواد غذایی در دسته ضعیف و ساختارهای اقتصادی دامپروری و کشاورزی در جمع‌آوری مواد غذایی به عنوان قوی طبقه‌بندی شدند. کسانی که با شکار زندگی می‌کنند اغلب احساس تنهایی و نیاز به به اعتماد به نفس می‌کنند. جان بری در سال ۱۹۹۷ در تحقیقات خود بیان کرد که افرادی که در جوامع گروه اول اجتماعی شده‌اند باید همنوایی کمتری داشته باشند. او این فرضیه را با مطالعه مردم سیرالئون در آفریقا و اسکیموهای جزیره بافین در کانادا آزمایش کرد. مردم سیرالئون از نظر جمع‌آوری غذا از قدرت بالایی برخوردار بودند و اسکیموها قدرت کمی داشتند. نتایج تحقیقات او نشان داد که اسکیموها نسبت به سیرالئون‌ها ثبات کمتری دارند. (مقدم، ۲۰۱۸) در شرایط انطباق، فرد دچار تنش و فشار روانی می‌شود و زمانی که فرد به موقعیت پایداری در رویارویی با گروه می‌رسد، این فشار کاهش می‌یابد. دو راه اصلی برای مقابله با این وضعیت وجود دارد. یکی اینکه خود مشکل مورد توجه قرار گیرد و فرد برای تغییر موقعیت یا اجتناب از آن اقدام کند یا اینکه هیجان در کانون توجه قرار گیرد و به جای مواجهه مستقیم با مشکل، به طرق مختلف اضطراب خود را کاهش دهد (ارونسون^{۱۶۴}، ۲۰۱۴). دو تبیین علی و تجویزی برای ایجاد انطباق ارائه شده است. بر اساس تبیین علی، عوامل درونی (صفات) و عوامل بیرونی (هنجارهای گروهی، قدرت‌ها و غیره) باعث انطباق می‌شوند. به چند دلیل، عوامل علی به تنهایی برای توضیح این مفهوم کافی نیستند. زیرا از طریق اجتماعی شدن، افراد یاد می‌گیرند از هنجارهای خاصی پیروی کنند. افراد می‌توانند با الگوهای رفتاری خود سازگار شوند و در برابر فشار برای تغییر مقاومت کنند. از منظر هنجاری، انسان‌ها همیشه حق انتخاب دارند و تمایل بیشتری به پذیرش یک انتخاب دارند تا یک انتخاب دیگر (مقدم،

- 165 Szcześniak et al
166 Shang Guan
167 Motaghi

- 162 Maymone & Kroumpouzou
163 Rizwan et al
164 Bjornsson et al

به نظر می‌رسد افزایش ارزیابی‌های منفی نسبت به افکار و تصاویر مرتبط با ظاهر، ادراک تحریف شده نسبت به تصویر بدنی، رفتارهای ایمنی (مانند اجتناب) و ... زنان را به جراحی زیبایی سوق می‌دهد (زیورالی یارار، ۲۰۲۱ و زین‌الدینی و دیگران، ۲۰۱۶). بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن اثر معنادار دارد (تیگرمن و هیگک؛ ۲۰۱۹، رین اسمیت و دیگران، ۲۰۱۴، رضایی و دیگران، ۲۰۲۱) و افزایش بهزیستی معنوی با معناداری به رنج‌ها و تعارض‌های زندگی، افزایش وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی، معنوی و خود نظم‌دهی، افزایش احساس کنترل به واسطه دعا کردن می‌تواند با کاهش ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن همراه باشد (رحمت و دیگران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های متعدد نقش هم‌نوایی اجتماعی را بر نارضایتی از تصویر بدن و اختلال بدشکلی بدن تأیید کرده‌اند؛ (کاکاوند؛ ۲۰۱۴، پیراهری و بیداران؛ ۲۰۱۶، صدری و دیگران؛ ۲۰۱۹، فرشیدی‌فر؛ ۲۰۱۳، زانگ؛ ۱۷۴، ۲۰۲۱، گنجی؛ ۲۰۱۸) یعنی هم‌نوایی اجتماعی می‌تواند نارضایتی از تصویر بدن را به دنبال داشته باشد. سرمایه روان‌شناختی بالا با فراهم‌ساختن توانایی مقابله مؤثر با موقعیت‌ها و تجربیات منفی و نیز ایجاد نگرش‌های مثبت (سانگ‌گان و دیگران ۲۰۱۷) و افزایش احساس امنیت (متقی و دیگران ۲۰۱۷) میزان کنترل افراد بر موقعیت‌ها، هیجانات و افکار را بالا برده، و هم‌نوایی اجتماعی در آن‌ها کاهش می‌یابد. سرمایه روان‌شناختی بالا با افزایش میزان خودکارآمدی، منبع کنترل درونی و قابل کنترل دانستن موقعیت، توانمندی شناختی افراد و تصویر شخصی آن‌ها از خود را بهبود بخشیده و موجب می‌شود افراد تصویر مثبت‌تری از خود داشته باشند. این امر ضمن کاهش هم‌نوایی اجتماعی، می‌تواند نشخوارهای فکری و نگرانی در مورد زشت بودن، عینیت بخشیدن به افکار مربوط به بدشکلی یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل زشت بودن را کاهش دهد. به‌طوری که پژوهشگران نشان داده‌اند امید و خوش‌بینی می‌تواند اثرات نشخوار فکری را تعدیل و تضعیف کند (مسان و لویس؛ ۲۰۱۷). افزایش سرمایه روان‌شناختی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و باور به قابل کنترل بودن رویدادها می‌تواند بر چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون و برونداد اطلاعات اثر بگذارد و از این مسیر هشجاری افراطی به توجه دیگران نسبت به ظاهر یا رفتارهای ایمنی مانند اجتناب از موقعیت‌ها را کاهش دهد.

بهزیستی معنوی با اثرگذاری باور به کنترل شدن موقعیت به‌وسیله خداوند یا نیروی برتر (منبع کنترل بیرونی) و توانایی خود برای کنترل موقعیت به یاری نیروی معنویت (منبع کنترل درونی) از فشار اجتماعی برای هم‌نوایی می‌کاهد. افرادی که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، با باور به توانایی خود برای کنترل کردن موقعیت‌ها

موقعیت‌های منفی نگرش‌های مثبت‌تری دارند (سانگ‌گان؛ ۱۶۸ و دیگران، ۲۰۱۷) و مثبت‌اندیشی پیش‌بینی‌کننده عزت نفس و خودکارآمدی است (بیاتی و کشاورز ۱۴۰۲).

ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن

برخی از افراد علاقه ذهنی دائمی مشغولیت به ظاهر خود دارند و نگران وضعیت ظاهری خود هستند، ترس و نگرانی بی‌مورد ابراز می‌کنند. ممکن است قسمت‌هایی از بدن خود را زشت، غیرجذاب، تغییر شکل یافته، عجیب، ترسناک یا حتی منزجر کننده اعلام کنند، اگرچه این نقص برای دیگران قابل توجه نباشد (بوهلمن؛ ۱۹۹ و همکاران، ۲۰۰۸). اما آنها از آن رنج می‌برند و کاستی‌های خود را برای دیگران بسیار آشکار و قابل مشاهده می‌بینند. این ترس شدید می‌تواند به یک احساس تخیلی ضعف در بدن تبدیل شود.

مطالعات کیفی موجود نشان می‌دهد که بسیاری از زنان انگیزه دارند که تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند زیرا احساس غیرطبیعی به نظر رسیدن می‌کنند، به عبارت دیگر آن‌دسته از زنانی که به دنبال جراحی زیبایی هستند، لزوماً آرزوی زیبایی ندارند، بلکه فقط می‌خواهند «عادی و مانند بقیه شوند» (بونل؛ ۱۷۰ و دیگران، ۲۰۲۱). مس‌لم است که «ظاهر عادی» یک مفهوم ذهنی است (دین، فارلی و ورد؛ ۱۷۱، ۲۰۱۸). اختلال بدشکلی بدن با خرده‌مقیاس‌های فراشناختی، فرانگرانی؛ ۱۷۲ و آمیختگی فکر؛ ۱۷۳ رابطه معناداری دارد (زین‌الدینی و دیگران، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، ارزیابی منفی بالایی نسبت به افکار و تصویر بدن خود دارند. گاهی جذابیت ظاهری تا جایی اهمیت می‌یابد که پذیرش اجتماعی و موفقیت‌های فرد کاملاً تحت تأثیر ظاهری کامل و آرمانی قرار می‌گیرد. در نتیجه، فرد نارضایتی بالایی از تصویر بدن، کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی را تجربه می‌کند (خوشینی و همکاران، ۱۴۰۰) که منجر به کاهش سرمایه روانشناختی می‌شود (ارزنلی و پوراحمدی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها رابطه اختلال بدشکلی بدن با ابعاد خاصی از فراشناخت (باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر) را تأیید کرده‌اند (سلطان محمدلو و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، ارزیابی منفی بالایی نسبت به افکار و تصویر بدن خود دارند. پژوهش‌ها که رابطه تصویر بدن با سرمایه روان‌شناختی را تأیید کرده‌اند (غفاری و دیگران، ۲۰۲۱، بهزادی‌نژاد و دیگران، ۲۰۱۹).

بحث

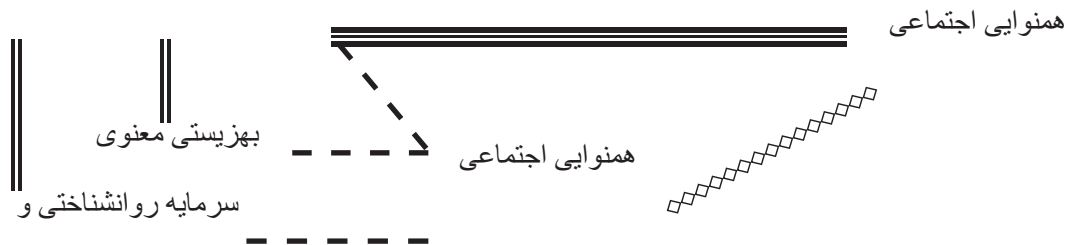
- | | |
|-----|--------------------------------|
| 168 | Shang Guan et al |
| 169 | Buhlmann |
| 170 | Bonell et al |
| 171 | Dean, Foley, & Ward |
| 172 | Meta worry |
| 173 | thought fusion 7 Zivrali Yazar |

با توسل به معنویت، کمتر تحت فشارهای اجتماعی برای همنوایی قرار می گیرند (تیمینیس و مارتین؛ ۲۰۱۹). بهزیستی معنوی همچنین با تعدیل و تغییر روش های تفسیر رویدادها و باورها می تواند بر میزان همنوایی اجتماعی و به دنبال آن ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن اثر بگذارد. بنابراین به نظر می رسد با افزایش بهزیستی معنوی نمرات همنوایی اجتماعی و ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن کاهش می یابند

نتیجه

با در نظر گرفتن همنوایی اجتماعی به عنوان مهم ترین عامل تقاضای جراحی زیبایی بینی، در پژوهش انجام شده، متغیرهای سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی در همنوایی برای تقاضا و تمایل به جراحی بینی مؤثر بودند اما ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن در بررسی ها نقش تأثیر گذار بر همنوایی اجتماعی در تقاضای جراحی بینی نداشت. اما همنوایی اجتماعی و سرمایه روانشناختی و بهزیستی معنوی بر ارزیابی فراشناختی بدن تأثیر داشتند. مدل مفهومی نتایج حاصل شده در زیر نشان داده شده است.

ارزیابی فراشناختی بدشکلی بدن



پیشنهادهای

جذابیت و معیارهای زیبایی شناختی در میان پیشینه های فرهنگی و گروه های قومی متفاوت است و معیارهای جذابیت غربی دیگر نباید برای همه اعمال شود (آرین ۱۳۷ و دیگران؛ ۲۰۲۳). دیگر اینکه بیشتر مطالعات جراحی زیبایی در کشورهای غربی انجام شده و بافت اجتماعی- فرهنگی نقش مهمی در جراحی زیبایی دارد و زمینه های مختلف فرهنگی و اجتماعی مستلزم بررسی است (آشیکالی ۱۳۸ و دیگران؛ ۲۰۲۳). در نتیجه تفاوت فرهنگ در معیارهای زیبایی به عنوان عاملی در تمایل به جراحی زیبایی در نظر گرفته شود و پژوهش برای فرهنگ های مختلف تکرار شود. استفاده مکرر از رسانه های اجتماعی ممکن است به ایده آل های غیر واقعی از بدن، نگرانی قابل توجه در مورد ظاهر و اضطراب منجر شده و نارضایتی از تصویر بدن، اعتماد به شبکه های اجتماعی شود و بیماری های اختلال بدشکلی بدن ۱۳۹ مانند افسردگی و اختلالات خوردن را بدتر کند و آن ها را به جراحی زیبایی و جراحی پلاستیک برساند (لافت ۱۳۸ و دیگران؛ ۲۰۲۳). تصاویر و پیام های بعدی ای که از رسانه ها می گیریم، این پتانسیل را دارند که بر خلق و خوی خودانگاره افراد تأثیر منفی بگذارند. نتایج نشان داده مشاهده تصاویر زنانی که تحت مراقبت های زیبایی قرار گرفته اند، بر تمایل زنان برای جراحی زیبایی تأثیر می گذارد، به ویژه اگر زمان زیادی را در شبکه های اجتماعی سپری می کنند، حساب های زیادی را دنبال می کنند و از ظاهر خود کمتر راضی هستند. این یافته ها برای والدین، پزشکان و سیاست گذاران برای درک اینکه چگونه عادات های اینترنتی، به ویژه استفاده از رسانه های اجتماعی، بر تمایل به جراحی زیبایی، از جمله انگیزه های روانی- اجتماعی زیربنای این نیت، تأثیر می گذارد مفید است (والکر ۱۳۸؛ ۲۰۲۱) بنابراین پیشنهاد می شود با نظارت بر شبکه های اجتماعی در چارچوبی قانونی و تعیین کننده در راستای فرهنگ عزت و کرامت انسان، تصاویر حاوی نمایش بدن آرمانی زنان مدل یا همسو با زن ابزاری شده برای اهداف دنیای مدرن، حذف شده و برای ارتقای تفکر زن مسلمان تصاویر مطابق با فرهنگ انسان الهی تعریف و جایگزین شود.

- 176 Timmins & Martin
- 177 Arian et al
- 178 Ashikali et al
- 179 Body dysmorphic disorder (BDD)
- 180 Laughter et al
- 181 Walker

البته مداخلات آموزشی و روان‌شناختی برای ایجاد رضایت از بدن، ایجاد نگرش مثبت نسبت به بدن و ایجاد نگرش منفی نسبت به جراحی زیبایی و عوارض آن توصیه می‌شود. ظاهراً فراهم کردن محیطی برای فعالیت بدنی و ورزش به‌ویژه برای دختران به کاهش وزن، تناسب اندام و کاهش گرایش به جراحی زیبایی دانش آموزان کمک می‌کند (کسمایی^{۱۸} و دیگران؛ ۲۰۲۰).

منابع

- ارزنلی، بنت الهدی، و پوراحمدی، الناز. (۱۳۹۷). ارتباط بین سرمایه های روانشناختی با ناراضیاتی از تصویر بدنی در زنان، کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی، خوی، <https://civilica.com/doc/823421>
- بهادری خسروشاهی، جعفر، هاشمی نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روانشناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله تخصصی پژوهش و سلامت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد. دوره ۲. شماره ۱.
- بیاتی، بهار & کشاورز، دکتر مرتضی. (۱۴۰۱). پیش بینی خودکارآمدی و عزت نفس دختران دوره دبیرستان بر اساس مثبت اندیشی والدین. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲۰۲۲. ۶۲۱۷۲. ۳۶۴۰. doi: ۱۰.۲۲۰۳۸/mjms.۲۰۲۲.۶۲۱۷۲.۳۶۴۰, ۶۵(۲), ۵۱۴-۵۲۷.
- جمشیدیان، عبدالرسول و فروهر، محمد (۱۳۹۲). سرمایه های روان شناختی سازمان، تحولی در مزیت رقابتی سرمایه انسانی. نشر آبیژ. حبیبی، عقیل؛ سواد پور، محمدتقی (۱۳۹۰). بهزیستی معنوی در بیماران تحت شیمی درمانی. مجله سلامت و مراقبت، ۳، ۱۶-۲۱.
- خوشینی، فاطمه، اکبری، مهدی، و محمدخانی، شهرام. (۱۴۰۰). رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹ (۲): ۱۰۱-۱۱۹.
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، و نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، ۴ (۳): ۱۲۹-۱۴۴.
- دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، سهرابی، فرامرز، و ترقی جاه، صدیقه. (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، ۹ (۴): ۷۳-۹۸.
- رضایی، فریده، بیاضی، محمد حسین، و رجایی، علیرضا. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری سلامت اجتماعی، جسمانی‌روانی و ارزش‌گذاری به تصویر بدنی با میانجیگری سلامت معنوی در کیفیت زندگی سالمندان. دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، ۱۰ (۶): ۱۲۹۶-۱۳۱۳.
- ساعتچی، محمود (۱۳۹۰). روانشناسی کار. نشر ویرایش.
- سید فاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم؛ حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۴، ۲۹۵-۳۰۴.
- طالبی دلیر معصومه. (۲۰۲۳). فراتحلیل عوامل روانشناختی-اجتماعی موثر بر گرایش به جراحی زیبایی در ایران.
- طاهری، سارا؛ (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سرمایه روان شناختی با شادکامی ذهنی و عملکرد جنسی پرستاران زن بیمارستان های دولتی شهر قزوین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا(س).
- فرخی، الهام، سبزی، ندا؛ (۱۳۹۴). شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی، سال یازدهم، شماره ۴۳، ۳۱۳-۳۲۴.
- کریمی نژاد، کلثوم، منصوری، موحدی و حسینی. (۲۰۱۸). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر عزت نفس و انگیزش پیشرفت زنان معلول بهزیستی شهرستان خرم آباد. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی. ۶ (۴۳-۵۰).
- مطهری، مرتضی (۱۳۹۶). مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، تهران: صدرا.
- موسوی، سیده زهرا. (۱۳۹۱). اندیشه‌های راهبردی زن و خانواده. دبیرخانه نشست اندیشه‌های راهبردی.
- میرگل، احمد، علیصوفی، اله نظرو محسنی. (۲۰۲۳). تعیین نقش خوش بینی و باورهای امید در پیش بینی سرزندگی تحصیلی دانشجویان. دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی ۱۶ (۵). ۵۱۱-۵۱۸.

1. Ashikali, E-M., Dittmar, H., & Ayers, S. (2016). Adolescent girls' views on cosmetic surgery: A focus group study. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 112-121. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314522677>
2. Avey, J.B., Luthans, F., Smith, R.M., & Palmer, N.F. (۲۰۱۰). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, ۱۵, ۱۷-۲۸.
3. Balboni TA, Vanderwerker L C, Block S D, Paulk M E, Lathan CS, Peteer J R, Prigerson H G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical Oncology*, 25(5): 555-560.
4. Bandura, A.(1997). Self- efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press.
5. Baumgartner, J. N., Schneider, T. R., & Capiola, A. (2018). Investigating the relationship between optimism and stress responses: A biopsychosocial perspective. *Personality and Individual Differences*, 129, 114-118.
6. Bjornsson AS., Didie ER., Grant JE., Menard W., Stalker E., Phillips KA.(2013). [Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder](#). *Comprehensive Psychiatry*, 54,7,893-903.
7. Brubaker, M. D., & Sweeney, T. J. (2022). Wellness and wellness counseling: History, status, and future. *Counselor Education and Supervision*, 61(1), 25-37.
8. Buhlmann U. , Teachman B. A. ,Gerbershagen A. , Kilul J. ,Riefm w. (2008) . Implicit and Explicit self-esteem and Attractiveness Beliefs among Individuals with body dysmorphic disorder. [Cognitive Therapy and Research](#) ,32, 213-225.
9. Carson NB. (2019). *Spiritual Dimension of Nursing Practice*. Philadelphia: W.B Saunders.
10. Chang, P. J., & Yarnal, C. (2018). The effect of social support on resilience growth among women in the Red Hat Society. *The Journal of Positive Psychology*, 13(1), 92-99
11. de Souza, T. S. C., Patrial, M. T. C. R. D. O., Meneguetti, A. F. C., de Souza, M. S. C., Meneguetti, M. E., & Rossato, V. F. (2021). Body dysmorphic disorder in rhinoplasty candidates: prevalence and functional correlations. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(2), 641-648.
12. Ellison C.W, Jonker- Bakker I .(1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Psycholo theol*. 11(4): 30-40.
13. Fisher, John. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called Shalom Religions 1: 105-121.
14. Fry, LW. (2013). Toward a theory of spiritual leadership, *The Leadership Quarterly* 14:693-727.
15. Hasani M., Mehrabizadeh honarmand M., Bassak Nejad S.(2008). Epidemiology of body dysmorphic disorder and narrative group therapy on reduction of it among university students. [Thesis]. Ahvaz, Iran: clinical psychology shahid chamran University.
16. Hawks S R, Hull M, Thalman R L, Richins P M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of health Promotion*. 9(5): 371- 378.
17. Hesselink, J. O. (2021). Does Psychological Capital have an Impact on Effects of Exposure to User Generated Instagram Content on Well-being? (Bachelor's thesis, University of Twente).
18. Leung K K, Chiu T Y, Chen C Y. (2006). The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being terminal cancer patients. *Journal of pain Symptoms Manage*. 5: 449-456.
19. Luthans, F., & Broad, J. D. (2022). Positive psychological capital to help combat the mental health fallout from the pandemic and VUCA environment. *Organizational dynamics*, 51(2), 100817.
20. Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33 (3), 321-349.
21. Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach.
22. Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
23. Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2017). Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African-American college women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 693-698. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27357464/>

24. Mckey D., Neziroglu F., Yaryura-Tobias J.A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive - compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 447 – 454.
25. Meraviglia MG. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Prayer and meaning in life. Journal of Holist Nurs*, 17(1): 18-33.
26. Miller, MA. (1995). Culture, spirituality, and womens health. *Journal of Obstet Gynecology Neonatal Nursing* 24(3): 257-263.
27. Nikolaeva, E. I., & Elnikova, O. E. (2015). A Comparative Analysis of the Parameters of “Hardiness” and “Resilience”. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(5), 219-224.
28. Phillips KA. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder*. Oxford press.
29. Rahmat, H. K., Basri, A. S. H., Putra, R. M., Mulkiyan, M., Wahyuni, S. W., & Casmini, C. (2022). THE INFLUENCED FACTORS OF SPIRITUAL WELL-BEING: A SYSTEMATIC REVIEW. *Sociocouns: Journal of Islamic Guidance and Counseling*, 2(1), 43-58.
30. Reily, BB; Perna, R; Tate, DG. (1998). Type of spiritual Well-being among person with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. *Arch phys Med Rehabil*, 79(3): 258-264.
31. Reinsmith-Jones, K., Adedoyin, C., & Zipkin Campbell, E. (2014). Spiritually based treatment for people with body dysmorphia disorder: The Reinsmith-Jones Model as a proposed model of treatment. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33(3-4), 300-316.
32. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1): 31-37.
33. Sajadi E, Jabalameli S. The effect of group positive psychotherapy on social competence of women candidates for cosmetic rhinoplasty. *jdc* 2019; 10 (3) :148-160
URL: <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5405-fa.html>
34. Schwarzer, R., & Warner, L. M. (2012). Perceived self-efficacy and its relationship to resilience. In *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 139-150). New York, NY: Springer New York.
35. Singh S, Shukla A. Optimism among institutionalized elderly: A gender study. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2014;5(10):1198-200
36. Soltanmohammadlou, S., Farani, A. R., Aliakbari, M., Nadri, S. S., & Beigverdi, B. (2022). Adolescent Girls' Body Dysmorphic Symptoms: A Path Analysis of Body Dysmorphic Disorder Based on Obsessive-Compulsive Symptoms, Obsessive and Metacognitive Beliefs. *Psychological Studies*, 1-12.
37. Tiggemann, M., & Hage, K. (2019). Religion and spirituality: Pathways to positive body image. *Body image*, 28, 135-141.
38. Tindle HA, Duncan MS, Liu S, Kuller LH, Fugate Woods N, Rapp SR, et al. [Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-06] Optimism, pessimism, cynical hostility, and biomarkers of metabolic function in the Women's Health Initiative. *Journal of diabetes*. 2018;10(6):512-23
39. Tsanasis, J, Nikolaou, I, Serdoris, N, Judge, T.A. (2007). Do the care-self evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Journal of Personality and Individual Difference*, 42: 1441-1452.
40. Weiss-Faratei N, Lurie I, Benyamini Y, Cohen G, Goldbourt U, Gerber Y, editors. Optimism during hospitalization for first acute myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. *Mayo Clinic Proceedings*; 2017: Elsevier
41. Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
42. Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive Organizational Behavior in the Workplace: The Impact of Hope, Optimism, and Resilience. *Journal of Management*, 33(5), 774-800.
43. Zeinodini, Z., Sedighi, S., Rahimi, M. B., Noorbakhsh, S., & Esfahani, S. R. (2016). Dysfunctional metacognitive beliefs in body dysmorphic disorder. *Global journal of health science*, 8(3), 10.
44. Zhang, J. (2021, December). The Effects of Conformity on Women's Body Images under Different Social Norms and Different Cultures. In *2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)* (pp. 238-241). Atlantis Press. <https://www.atlantis-press.com/proceedings/>

اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خودکارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

آهو مراد ثمرین

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

فرحناز مسچی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

شیدا سوداگر

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

علیرضا رجایی

استاد، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

Effectiveness of schema therapy on emotional processing and self-efficacy belief in people with rheumatoid arthritis

Ahoomorad Samarin

PhD student in health psychology, department of health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Farhanaz Meschi. (Corresponding Author)

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

Sheida Sodagar

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

Alireza Rajaei.

Professor, Department of Psychology, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Abstract

The purpose of the present study was to effectiveness of schema therapy on emotional processing and self-efficacy belief in people with rheumatoid arthritis. The present study was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with one experimental group and a control group with a 3-month follow-up test. The statistical population of this research included all the people suffering from rheumatoid arthritis under regular drug treatment, who had filed a case in Loqman Hospital in Tehran during 2021-2022 due to mechanical and non-inflammatory pains. The sampling method in this research was firstly targeted sampling and 40 people (20 people in each group) were selected as a sample. From emotional processing questionnaires by Baker et al. (2007) and general self-efficacy by Scherer and Maddox (1982) was used to collect data. Also, Yang et al. 's (2003) schema therapy protocols were used for intervention. Mixed analysis with repeated measurements with SPSS version 25 software was used for data analysis. The results showed that the schema therapy was affective in improving the emotional processing and self-efficacy ($P < 0.01$). according to the findings of the present study, the schema therapy approach can be used as an effective method in therapeutic interventions for rheumatoid arthritis patients.

Key Words: schema therapy, emotional processing, self-efficacy belief, rheumatoid arthritis

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای بدنی و غیر عفونی در بیمارستان لقمان شهر تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل پرونده داده بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) از این بیماران بود که به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۰۷) و خود کارآمدی عمومی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بود. همچنین از پروتکل داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) برای مداخله استفاده گردید. با اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که به طور کلی رویکرد طرحواره درمانی بر بهبود پردازش هیجانی و (با توجه به یافته های پژوهش حاضر، رویکرد طرحواره درمانی میتواند به عنوان روشی کارآمد در P خود کارآمدی موثر بود (۰/۱۰ < مداخلات درمانی برای بیماران آرتریت روماتوئید مورد استفاده قرار گیرند.

واژه های کلیدی: آرتریت روماتوئید، باور خود کارآمدی، پردازش هیجانی، طرحواره درمانی.

مقدمه

بیماری آرتریت روماتوئید^{۱۸۳} شایعترین بیماری مزمن التهابی روماتیسمی و یک بیماری خود ایمنی مزمن است که ۲/۰ تا ۲/۱٪ از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می دهد (آلموتاری^{۱۸۴} و همکاران، ۲۰۲۱). این بیماری با یک پلی آرتریت التهابی (التهاب چند مفصل) بروز مییابد و بیشتر مواقع مفاصل کوچک را درگیر می کند. این بیماری چند علتی است و عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی در بروز آن دخالت دارند (سنگ^{۱۸۵} و همکاران، ۲۰۲۰). آرتریت روماتوئید هزینه های اقتصادی مستقیم مانند (هزینه دارو، آزمایشات و غیره) و غیرمستقیم مانند (غیبت و ناتوانی کاری و غیره) زیادی را بر جامعه تحمیل میکند (هسیه^{۱۸۶} و همکاران، ۲۰۲۰) و همه ابعاد زندگی فرد را متاثر می سازد و در کنار ناتوانی های جسمانی، پیامدهای اجتماعی و روانشناختی نیز در پی دارد (لئون^{۱۸۷} و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش ها نشان می دهند که جنبه های هیجانی مانند نحوه پردازش هیجانی^{۱۸۸} می تواند در بروز و شدت نشانه گان بیماری موثر باشد (آدانته^{۱۸۹} و همکاران، ۲۰۱۹). پردازش هیجانی و شناختی بیماران در اینکه آنها هنگام بیماری و وقایع تنش زا برای سازگاری تلاش می کنند یا دچار گسستگی می شوند، بسیار تعیین کننده است (خیا^{۱۹۰}، ۲۰۱۸). مشکلات ناشی از بیماری مزمن بر زندگی روزانه فرد مبتلا تأثیر گذار است. همچنین استرس و آشفتگی هیجانی ناشی از آن یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم درد در بیماران مبتلا به درد مزمن است (شوبرت^{۱۹۱} و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلات تنظیم هیجان در شروع سوء مصرف در بیماران مبتلا به بیماری جسمی نقش مهمی دارد، طوری که هر چه بیماران مشکلات تنظیم هیجان بیشتری داشته باشند احتمال اعتیاد و تمایل به رفتارهای مرتبط به اعتیاد به عنوان یک راهبرد مقابله با مشکلات هیجانی، زیاد است (لوتر^{۱۹۲} و همکاران، ۲۰۱۸). از دیگر سو، شواهد علمی نشان می دهد که باور خود کارآمدی^{۱۹۳} نقش مؤثری بر شروع، حفظ و تداوم رفتارهای بهداشتی و آسیب شناسی رفتاری در بیماران مزمن دارد و می تواند برای مبتلایان به دردهای مزمن مانند بیماران آرتریت روماتوئیدی نیز قابل توجه و همکاران، ۲۰۲۱؛ اوریتانی^{۱۹۵} و همکاران، ۲۰۲۱. باورهای خود کارآمدی می توانند بر روی سلامت فرد تأثیر مطلوب باشد (دیومن^{۱۹۴}

- 183 rheumatoid arthritis
- 184 Almutairi
- 185 Seng
- 186 Hsieh
- 187 Leon
- 188 emotional processing
- 189 Addante
- 190 Xia
- 191 Schubert
- 192 Lutz
- 193 self-efficacy belief
- 194 Doumen
- 195 Uritani

چارچوب این رابطه، تجارب هیجانی سالم و مواجهه همدلانه صورت پذیرد. در نهایت، طرحواره درمانی اهداف روشنی را تعیین می کند که درمانگر بایستی به آن ها دست یابد، مانند کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه هایی سالم برای برآورده کردن این نیازها به روشی سازگارانه که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است (رفائلی^{۲۰۲} و همکاران، ۲۰۱۲).

سنت های طرحواره درمانی مبتنی بر مفروضه های تجارب کودکی است (باچراج^{۲۰۳} و همکاران، ۲۰۲۳)؛ محور اصلی طرحواره درمانی، التیام طرحواره های ناسازگار اولیه است که در دوران کودکی شکل گرفته و نقش مهمی در شکل دهی به تفکر ما در زندگی شخصی و اجتماعی و شکل گیری احتمالی اختلالات روانی ایفا می کند (ورهاک^{۲۰۴} و ترهیده، ۲۰۲۳) با توجه به آسیب پذیری بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و از آنجایی که امکان دارد آسیب های روانی آنها به فرد ختم نشده و تبدیل به آسیب های اجتماعی شود، لزوم بکارگیری مداخلاتی جهت کمک به افزایش سلامت روان این بیماران بیش از پیش احساس می شود. از طرفی در صورت تأیید مؤثر بودن روش های درمانی فوق الذکر پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه های بیشتری برای درمانگران در جهت درمان این افراد در دسترس خواهد بود. لذا با توجه به مطالب فوق، مسئله اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت وجود دارد؟

روش شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر شبه تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون و دوره پیگیری با سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای بدنی و غیرعفونی در بیمارستان لقمان شهر تهران سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل پرونده داده بودند و در بازه زمانی تشخیص آرتریت روماتوئید را از پزشک متخصص روماتولوژی دریافت کرده بودند. از آنجا که برای پژوهشهای آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه شده (دلاور، ۱۳۹۸)، لذا حجم نمونه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۲۰ نفر)، که به نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو شیوه گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش ۱۰ جلسه تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ملاکهای ورود شامل رده سنی ۲۴-۴۵ سال برای بیماران، داشتن حداقل میزان سواد برای پاسخدهی

یا نامطلوب داشته باشند. این باورها بر نوع تفکر، احساس، انگیزش یا رفتار فرد تأثیر می گذارد. کاهش باور خود کارآمدی می تواند بر سازگاری و توانایی فرد در غلبه بر بیماری اثر نامطلوب ایفانتوپولو^{۱۹۶}، ۲۰۱۵). در همین راستا دانشمندان بگذار (ان علوم اجتماعی و رفتاری معتقدند که سیستم باوری افراد بر رفتار و بنابراین پیامدهای سلامتی آنها تأثیر می گذارد. به عنوان مثال، خود کارآمدی بر توانایی فرد در پایبندی به نسخه های پزشکی برای درد سرطان تأثیر می گذارد و در نتیجه بر نتایج کنترل درد نیز تأثیر می گذارد (چین^{۱۹۷} و همکاران، ۲۰۲۱). باور خود کارآمدی با توانایی کنترل اعمال خود برای دستیابی به نتایج مطلوب حتی در شرایط نامساعد، ارتباط دارد. این نشان دهنده باورهای فرد در مورد توانایی او در تغییر رفتار هنگام تشخیص بیماری یا جلوگیری از مشکلات احتمالی سلامتی است. افزایش خود کارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن موجب بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز می شود (ژانگ^{۱۹۸} و همکاران، ۲۰۲۳)؛ زیرا باور خود کارآمدی برای انگیزه فرد برای پیروزی و میزان تلاش و پشتکار در شرایط پیش آمده نقش مهمی را بازی می کند. نتایج پژوهش ها نشان می دهند که باور خود کارآمدی منبع روانی مهمی در سازگاری با بیماریهای مزمن است (دین و بوئر^{۱۹۹}، ۲۰۲۳). همچنین از لحاظ فیزیولوژیک بندورا و همکاران (۱۹۸۷) معتقدند که در افراد با باور خود کارآمدی بالا هنگام مواجهه با یک محرک دردناک، ترشح اپیوئیدهای درون زاد افزایش می یابد که این امر منجر به افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می شود. همچنین احساس خود کارآمدی بالا از طریق کاهش عواطف منفی و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه آن، موجب کاهش احساس درد می شود. زیرا عواطف منفی از طریق افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک به افزایش درد منجر می شود (بنانو^{۲۰۰} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین بیماران دارای باور خود کارآمدی پایین سطوح بالایی از درد، خستگی، اضطراب و افسردگی را نشان می دهند. مرور شواهد پژوهشی نشان می دهد که در چند سال اخیر برای اثربخشی طرحواره درمانی بر بسیاری از متغیرهای روان شناختی و هیجانی در جمعیت های مختلف شواهد موفق علمی وجود دارد (پیترس^{۲۰۱} و همکاران، ۲۰۲۲). این شیوه درمانی برخلاف بیشتر رویکردهای سنتی، به طور مشخص با شکل گیری (سبب شناسی) علائم کنونی سروکار دارد، نه صرفاً با عوامل تداوم بخش آن. در این شیوه درمانی تأکید ویژه ای بر رابطه درمانگر و مراجع وجود دارد و در تدارک آن است که در

- | | |
|-----|-----------------|
| 196 | N. Ifantopoulou |
| 197 | Chin |
| 198 | Zhang |
| 199 | Dihn & Bonner |
| 200 | Bonnano |
| 201 | Peeters |

- | | |
|-----|----------|
| 202 | Rafaeli |
| 203 | Bachrach |
| 204 | Verhaak |

به ابزارهای خود گزارشی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری آرتریت روماتوئید طبق تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی، توانایی جسمی و روانی و تمایل آزمودنی برای شرکت در جلسات درمانی تعیین شده، عدم ابتلا فرد بطور همزمان با بیماری آرتریت روماتوئید به هریک از بیماریهای مزمن و حاد، که با مراجعه به پرونده بیماران در دسترس می باشد، عدم ابتلا بیمار به انواع اختلالات روانپزشکی و ملاکهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به هر یک از اختلالات روانپزشکی یا جسمانی دیگر در حین مداخله، عدم پاسخدهی به سوالات پرسشنامه های پژوهش در هر یک از مراحل پژوهش و همچنین عدم تمایل هر یک از بیماران به ادامه مشارکت در پژوهش بود. داده های جمع آوری و آزمون تحلیل واریانس با SPSS26 شده با استفاده از نرم افزار اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه و تحلیل شد. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود

پرسشنامه پردازش هیجانی: این ابزار خود گزارشی در سال ۲۰۱۰ به وسیله باکر و همکاران به منظور سنجش پردازش هیجانی تدوین شده است. این ابزار شامل ۲۵ گویه طراحی شده است و پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس با عناوین سرکوب هیجانی، تجربه هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان، اجتناب و کنترل هیجان است. نمره گذاری گویه ها در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) می باشد. پرسشنامه یک نمره کلی و برای هر کدام از مؤلفه ها نیز نمره جداگانه دارد. سازندگان روایی سازه و محتوایی را تأیید کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش دادند. لطفی و همکاران (۱۳۹۶) در یک پژوهش روایی سازه و محتوا تأیید ها به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش داد. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد. پرسشنامه خود کارآمدی عمومی: این ابزار خود گزارشی در سال ۱۹۸۲ به وسیله شرر و مادوکس به منظور سنجش خود کارآمدی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه با ۳ زیر مقیاس شامل گرایش به آغاز نمودن رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری کردن در صورت ناکامی است. نمره گذاری سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم میشود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق میگیرد. در این پرسشنامه سؤال های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ بر حسب مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره میگیرند. آیتم شماره های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. بدین ترتیب

بالاترین نمره خود کارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین ترین نمره ۱۷ می باشد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای مقیاس خود کارآمدی عمومی بدست آوردند. این مقیاس توسط براتی بختیاری (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی بختیاری (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خود کارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خود کارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود. همچنین در پژوهش رحیمی پردنجانی و غباری بناب (۱۳۹۰) برای بررسی پایایی خود کارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمده است. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. خلاصه روند درمان طرحواره درمانی بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه اول	ارتباط و ارزیابی اولیه	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، مطرح کردن قوانین گروه در مورد مواردی مانند وقت شناسی، رازداری
جلسه دوم	آموزش طرحواره	تعریف طرحواره درمانی، آموزش در مورد نیازهای هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکل گیری آنها، ربط دادن مشکلات فعلی زندگی به آنها
جلسه سوم	مفهوم سازی مشکل	مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، بررسی موارد تایید کننده یا رد کننده طرحواره‌های بیمار برپایه شواهد زندگی فعلی و تجارب دوران کودکی و گذشته
جلسه چهارم	راهبردهای شناختی	توضیح منطق تکنیک‌های شناختی، پیکان عمودی رو به پایین، استفاده از تکنیک رویارویی همدلانه، آزمون اعتبار طرحواره و باز تعریف شواهد تایید کننده طرحواره.
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	توضیح منطق تکنیک‌های تجربی، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن، توصیف تصویرسازی ذهنی گذشته و ربط دادن آن به حال.
جلسه ششم	ادامه و کاربرد راهبردها	آموزشی گفتگوی خیالی و تمایز قائل شدن بین بخشهای متفاوت و معمولاً متعارض.
جلسه هفتم	ادامه و کاربرد راهبردها	ادامه تکنیک گفتگوی خیالی جلسه پیش، درمانگر به بیمار کمک میکند که احساسات خود نسبت به مراقبین و نیازهای برآورد نشده توسط آنها را شناسایی کند و بتواند هیجانهایی منع شده خود را برون-ریزی کند.
جلسه هشتم	راهبردهای رفتاری	توضیح منطق تکنیک‌های رفتاری، تغییر رفتار برای تغییر زندگی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار کنونی و آمادگی برای الگوشکنی رفتاری. تهیه فهرستی از رفتار مشکل ساز که فرد تمایل به تغییر آنها دارد. اولویت بندی رفتارها و مشخص کردن مشکل سازترین آنها، و انتخاب آماج درمانی. تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید. آموزش مهارت‌های لازم در صورت نیاز مانند (مهارت جرات‌ورزی، مهارت حل مساله...).
جلسه نهم	ادامه راهبردهای رفتاری	توجه به رفتارهای تداوم بخش طرحواره، بررسی موانع تغییر رفتار از نظر بیماران و همچنین بررسی موانعی که بیماری آرتریت روماتوئید در جریان تغییر رفتار ایجاد می کند. غلبه بر موانع تغییر رفتار، مجدداً راهبردهای رفتاری مانند آموزش مهارتها و ایفای نقش اجرا شد.
جلسه دهم	جمع بندی و اختتام	گرفتن بازخورد و پاسخ به سوالات بیماران، رفع اشکال و جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا که به مرور سریع آموزش‌ها انجامید. اجرای پس آزمون و خداحافظی.

روش اجرای پژوهش

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز لازم جهت پژوهش حاضر به کلینیک و درمانگاه روماتولوژی بیمارستان لقمان مراجعه و پس از انجام مراحل درخواست اداری و اجرایی و اخذ همکاری، نمونه لازم از بین جامعه مورد نظر انتخاب شد. آنجایی که بیمارستان اجازه پژوهش همزمان روی هر دو گروه زنان و مردان را صادر نکرد، پژوهش روی گروه زنان اجرا شد. از بین زنان مراجعه کننده بین سال‌های ۱۴۰۰ الی ۱۴۰۱ (که کلاً ۳۸۰۰ نفر زن بودند) افراد دارای ملاکهای ورود انتخاب شدند و با آنها به صورت انفرادی (برخی تلفنی و برخی حضوری در بیمارستان) تماس گرفته شد و در خصوص اهداف و نحوه اجرای پژوهش توضیح داده شد. پروپوزال مطالعه حاضر توسط کارگروه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج با کد اخلاق IR. IAU. K. REC. 1401. 078 تأیید شده است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر نیز شامل رضایت آگاهانه و داوطلبانه، حق انصراف از پژوهش، حفظ حریم خصوصی/رازداری، اجتناب از آسیب رساندن، اجتناب از تبعیض و عدم استعمار بود.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه نمونه آزمایش $47/76 \pm 33/76$ و میانگین سنی گروه کنترل $47/32 \pm 33/32$ بود. در جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	وضعیت	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
پردازش هیجانی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	70/68	63/4	21/0-	67/0-
		پس آزمون	21/56	88/2	30/0-	43/0
		پیگیری	23/57	02/3	18/0-	71/0-
	کنترل	پیش آزمون	20/68	02/4	02/1	08/1
		پس آزمون	91/68	07/4	13/0	30/1-
		پیگیری	13/69	43/4	09/0-	27/1-
باور خود کارآمدی عمومی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	35/48	39/2	22/0	37/0-
		پس آزمون	89/55	33/3	05/0	32/0-
		پیگیری	59/55	29/3	15/0	10/0-
	کنترل	پیش آزمون	71/47	72/2	16/0-	40/0-
		پس آزمون	89/47	61/2	27/0-	06/0
		پیگیری	15/48	55/2	69/0	41/0-

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات افراد در پیش آزمون در دو گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل متفاوت هستند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز در مقایسه با مرحله پیش آزمون دچار تغییر شده است. مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها نشان می‌دهند که داده‌های پژوهش نرمال هستند. همچنین جهت بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز

گروه	متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
طرحواره درمانی	پردازش هیجانی	970/0	20	152/0
	باور خود کارآمدی عمومی	983/0	20	536/0
کنترل	پردازش هیجانی	9890/	20	7120/
	باور خود کارآمدی عمومی	9780/	20	4460/

با توجه به جدول فوق، مقدار آماره به دست آمده برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت فرض نرمال بودن در داده‌ها برقرار هست.

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس، برای بررسی مفروضه یکنواختی کواریانس‌ها از آزمون کرویت موشلی استفاده شد که نتایج آن در ۴ ارائه شده است. اگر معناداری در آزمون کرویت موشلی بالاتر از ۰۵/۰ باشد، به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون موشلی برای پردازش هیجانی بالاتر از ۰۵/۰ بدست آمد از نتایج آزمون کرویت و برای باور خود کارآمدی عمومی کمتر از ۰۵/۰ بدست آمد که از نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موشلی برای پردازش هیجانی و باورهای خود کارآمدی

متغیر	موشلی شاخص W	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	گرینهاوس - گیسر
پردازش هیجانی	۸۷۶/۰	۸۸۰/۴	۲	۰۸۷/۰	-
باور خود کارآمدی عمومی	۲۵۴/۰	۷۰۲/۵۰	۲	۰۰۱/۰	۵۷۳/۰

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پردازش هیجانی	۷۶۶/۰	۱	۳۸	۳۸۷/۰
باور خود کارآمدی عمومی	۸۳۸/۰	۱	۳۸	۳۶۶/۰

برای متغیر پردازش هیجانی و F نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس گروه ها را نشان می دهد. مقدار به دست آمده برای آزمون باور خود کارآمدی عمومی معنادار نیست، بنابراین فرض همگنی واریانس ها در دو گروه برقرار است. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی

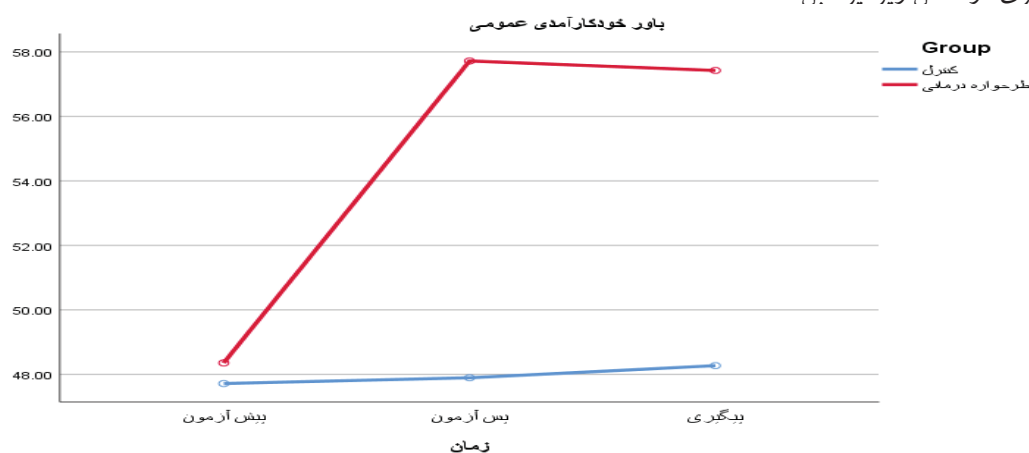
متغیر	تحلیل واریانس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پردازش هیجانی	بین آزمودنی ها	گروه	۰۴۸/۳۰۲۴	۱	۰۴۸/۳۰۲۴	۸۷۷/۶۹	۰۰۱/۰	۶۴۸/۰
		خطا	۵۱۷/۱۶۴۴	۳۸	۲۷۷/۴۳			
	درون آزمودنی ها	اثر زمان	۵۴۱/۷۹۲	۱	۵۴۱/۷۹۲	۲۲۲/۴۰	۰۰۱/۰	۶۰۰/۰
		اثر متقابل گروه و زمان	۵۶۸/۱۰۴۲	۱	۵۶۸/۱۰۴۲	۹۱۱/۵۲	۰۰۱/۰	۵۸۲/۰
باور خود کارآمدی عمومی	بین آزمودنی ها	گروه	۱۴۸/۱۲۸۳	۱	۱۴۸/۱۲۸۳	۰۸۹/۶۶	۰۰۱/۰	۶۳۵/۰
		خطا	۷۹۱/۷۳۷	۳۸	۴۱۶/۱۹			
	درون آزمودنی ها	اثر زمان	۲۰۳/۴۶۳	۱	۲۰۳/۴۶۳	۶۳۸/۱۱۷	۰۰۱/۰	۷۵۶/۰
		اثر متقابل گروه و زمان	۵۲۶/۳۶۲	۱	۵۲۶/۳۶۲	۰۷۰/۹۲	۰۰۱/۰	۷۰۸/۰

با توجه به جدول فوق، تاثیر گروه بر پردازش هیجانی ($F=877/69$) و بر باور خود کارآمدی عمومی ($F=089/66$) معنادار است، این نتایج نشان می دهد که حداقل یکی از گروه ها با یکدیگر در متغیر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی با هم تفاوت دارند. بر طبق نتایج، مقدار F اثر زمان معنادار است؛ یعنی بین نمره های سه زمان مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین طبق جدول فوق، اثر تعاملی گروه و زمان در پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی نیز به لحاظ آماری معنادار است؛

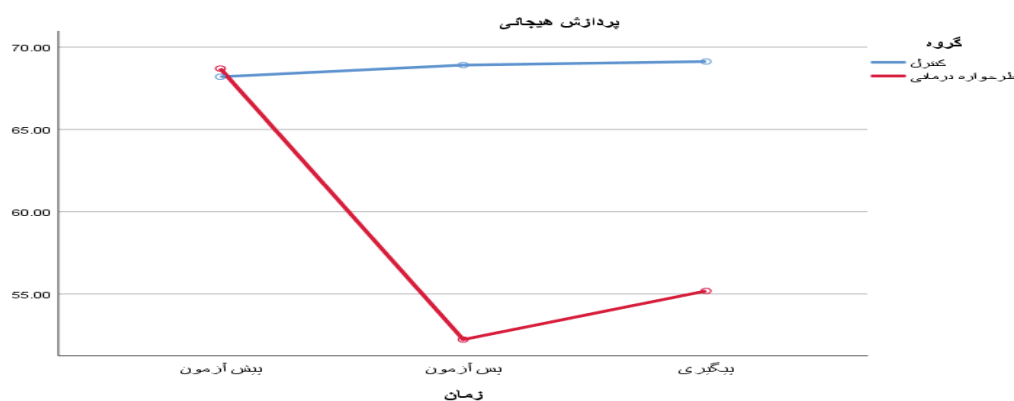
این یافته نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارند. جهت مشخص شدن دقیق‌تر این تفاوت، در شکل ۱ و ۲ نمودار تفاوت میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در جدول ۷ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل مختلف نمایش داده شده است. جدول ۷. مقایسه زوجی پردازش هیجانی به تفکیک اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
پردازش هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷۲۵/۰	۰۰۱/۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹۹۳/۰	۰۰۲/۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۸۶۸/۰	۲۲۷/۰
باورهای خودکارآمدی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۸۶/۰	۰۰۱/۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴۴۴/۰	۰۰۱/۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۵۱/۰	۰۰/۱

طبق نتایج جدول فوق، تفاوت میانگین پردازش هیجانی و باور خودکارآمدی عمومی در مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار است ولی این تفاوت میانگین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار نبود و این نشان می‌دهد اثر طرحواره درمانی در طول زمان ثابت داشته است. این تفاوت معنادار در میانگین سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شکل ۱، زیر نیز قابل مشاهده است.



شکل ۱. میانگین نمرات باور خودکارآمدی عمومی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



شکل ۲. میانگین نمرات پردازش هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثربخش است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش های ابدی و همکاران (۲۰۲۳)، هرتس و ایوانس (۲۰۲۲) و افسر و همکاران (۲۰۲۱) بود. بیماری آرتریت روماتوئید تجربه ای تنش زا و در مواردی درمانده ساز است که موجب بروز هیجانهای منفی و شدید می شود. هیجانهای منفی در چرخه ای معیوب موجب عود مجدد و یا افزایش پیامدهای جسمی و روانی می شوند (اوله و همکاران، ۲۰۲۰). در طرحواره درمانی طرحواره ها و هیجانها ارتباط بسیار نزدیکی باهم دارند. برخی مشکلات هیجانی باعث ایجاد طرحواره های ناسازگار می شوند، نیازهای هیجانی اساسی در انسان باید بر آورده شوند، در غیر این صورت منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه می شود. به معنای دیگر، هدف اصلی طرحواره درمانی بهبود طرحواره ها است و چون طرحواره ها سازمانی تشکیل شده از خاطرات، هیجانها، احساسهای بدنی و افکار در مورد یک موضوع هستند، به دنبال بهبود طرحواره ها بهبود همه آنها نیز امکانپذیر است (تایلر و همکاران، ۲۰۱۷). می توان اینگونه استنباط کرد که طرحواره درمانی در مرحله اولیه صورت می گیرد و فرد را برای پذیرش و تعهد آماده می کند. فردی که هنوز پردازش هیجانی مناسب و تنظیم شده ای ندارد، کمی سخت تر می تواند با روان درمانی هایی که کمتر عمیق هستند درمان شود. طرحواره های ناسازگار اولیه دارای درون مایه های عمیق، فراگیر و به شدت ناکارآمد هستند که ریشه در خاطرات، هیجانها، افکار و احساسات و حسهای بدنی دارند و هنگام فعال شدن، سطح بالایی از عواطف و هیجانها را در بر می گیرند که حال تکامل خلقووی کودک در اثر تجارب ناخوشایند او با مراقبین ناکارآمد در اوایل زندگی می باشد و در مسیر زندگی تداوم داشته است (بار و همکاران، ۲۰۲۳).

در تبیینی دیگر می توان گفت، این رویکرد نقش یک هیجان در تشدید خود یا سایر هیجانها را تعیین می کند. همچنین به ابراز و اعتبار بخشی هیجانها کمک می کند و برداشت ما را از هیجان بهبود می بخشد، بین هیجانهای گوناگون تمایز قائل شده و در نهایت از احساس گناه و شرم کم کرده و باور به تحمل پذیری تجربه هیجانی را افزایش می دهد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۹). مطابق با رویکرد طرحواره درمانی پس از فراخوانی یک هیجان، تفسیرها، واکنشها و پردازش های هیجانی در تعیین اینکه هیجان برانگیخته شده چقدر طول می کشد و آیا با گذشت زمان شدت آن کم یا زیاد می شود، نقش مهمی دارند. بیماران آرتریت روماتوئید به دلایل جسمی و روانی مانند پریشانی هیجانی، وابستگی و

درد اغلب از راهبردهای ناسازگار مانند فاجعه پنداری درد و اجتناب استفاده می کنند (علی اکبری و همکاران، ۱۴۰۲). در طرحواره درمانی درمانگر نخست راهبردهای مقابله ای ناکارآمد که مراجع در زندگی بکار می گیرد مانند درگیر شدن در فرایند پردازش پس رویدادی و راهبردهای اجتناب شناختی را شناسایی کرده و سپس با پذیرش هیجانها و توجه به آنها و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجانهای فرد موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار و هیجانهای ناخوشایند می شود و به فرد کمک میکند بدون قضاوت هیجانهایش را پذیرفته، مشاهده و ابراز کند و در نهایت این رفتار به کاهش علائم و آشفتگی هیجانی منجر می شود.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر باور خود کارآمدی عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثربخش است. نتایج این یافته همسو با یافته های نصیرهرند و همکاران (۱۴۰۳) و وینسنت و همکاران (۲۰۲۱) بود. وجود طرحواره های ناسازگار سبب اضطراب، افسردگی، احساس عدم رضایت از زندگی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی در بیماران مزمن (چاو و همکاران، ۲۰۲۳) و نیز برداشت منفی از خود که مهمترین منبع خود کارآمدی از نظر بندورا (۱۹۹۷) است می شود. طرحواره درمانی از طریق اصلاح طرحواره های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی و برداشت مثبت از خود می شود (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸). که به افزایش خود کارآمدی کمک می کند. اثربخشی طرحواره درمانی شاید به این دلیل است که با حل کردن مسائل بنیادی تر از جمله افکار و باورهای تحریف شده که از نظر بک (۱۹۸۳) و شناختی ها ریشه افسردگی می باشد، موجب کاهش هیجانهای منفی و در نتیجه افزایش باور خود کارآمدی در این افراد شود.

همچنین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی، می توان گفت که این رویکرد درمانی در واقع ارزیابی همه مؤلفه های طرحواره ها و رفتارهای ناسازگار است تا افراد بتوانند نیازهای هیجانی خود را از راه های سازگارانه و سالم برآورده کنند. برای این منظور، تکنیک های شناختی، تجربی و رفتاری، همراه یک رابطه درمانی بازوالدینی حدو مرزدار است استفاده می شود؛ زیرا تقویت بخشی از خود که درک می کند و نسبت به خود و نیازهای هیجانی خود آگاه می شود، یک هدف مهم طرحواره درمانی است؛ به عبارت دیگر طرحواره درمانی با ایجاد تغییرات اساسی در زمینه های رفتاری، شناختی و هیجانی، طرحواره های ناسازگار و راهبردهای ناکارآمد را به چالش می کشد و افکار و توانمندی های مثبت را جایگزین آن می کند (باخ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ افزایش توانمندیها خود کارآمدی فرد را افزایش می دهد. در تبیینی دیگر می توان در نظر گرفت که در طرحواره درمانی فرد با استفاده از تکنیک های اشاره شده یاد می گیرد چگونه با شرایط مواجه شود و ذهنیت

خود را یکپارچه کند، زیرا بزرگسال سالم باورهای قدیمی را ارزیابی مجدد کرده و بین قسمت‌های متعارض تعادل برقرار می‌کند که به حل مسئله کارآمد منجر شده و توانایی در حل مسئله موجب افزایش باور خودکارآمدی می‌شود. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت محدودیت‌های ناشی از بیماری خود، دچار خودارزشیابی منفی میشوند و برداشت منفی از خود می‌تواند مهمترین عامل کاهش باور خودکارآمدی باشد. در این راستا با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی این بیماران میتوانند به خوشبینی و مثبت‌نگری، احساس مسئولیت و مسئولیت‌پذیری در مقابل بیماری خود، ابراز هیجانها، روابط بین فردی مثبت و در نهایت مقابله با خودارزشیابی منفی دست یابند که همگی در مجموع منجر به افزایش احساس خودکارآمدی این بیماران میگردد. زیرا، تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی در بیماران به تقویت باورهای کارآمد و تصحیح باورهای ناکارآمد می‌پردازد و منجر به باورهای واقع‌بینانه به توانایی‌هایشان در نتیجه ارتقا خودکارآمدیشان می‌شود. از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر محدود بودن گروه نمونه به زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید بود که دلیل این موضوع عدم همکاری بیمارستان برای نمونه‌گیری پژوهشگران از دو گروه زن و مرد بود. همچنین به دلیل محرمانه بودن پرونده بیماران دسترسی به گروه نمونه بسیار زمانبر بود و موانع اداری روند اجرای پژوهش را کند کرده بود. بررسی حجم نمونه بزرگ‌تر از هر دو جنس در مطالعات آینده عاقلانه خواهد بود تا یافته‌ها را به درستی به جامعه عمومی تعمیم دهیم. در این مطالعه، فقط یک ارزیابی سه ماهه انجام شد، اهمیت ارزیابیهای بلندمدت باید برجسته شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، متخصصان حوزه سلامت باید در تدوین مداخلات درمانی برای بهبود خودکارآمدی و پردازش هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به طرحواره درمانی توجه ویژه داشته باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را دارند.

منابع

- دلاور، علی. (۲۰۱۴). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ چهل و چهارم). تهران: انتشارات ویرایش.
- رحیمی‌پردنجانی، سعید؛ و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۰). تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱ (۱)، ۷۳-۸۶.
- علی اکبری، مهناز؛ حسن‌زاده‌دهنوی، مریم؛ علیپور، احمد؛ و بیات، نوشین. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتریت روماتوئید. روانشناسی سلامت، ۱۲ (۴۵)، ۱۴۷-۱۶۲.
- لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۱۴ (۵۳): ۱۰۱-۱۱۱.
- نصیرهرند، منصوره؛ مکنونی، بهنام؛ پاشا، رضا؛ و باوی، ساسان. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی.
- A. (2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BMC Health Services Research, 23 (1), 923.
- Abbady, A. S. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on improving emotion regulation and reducing neurotic perfectionism among university students. Natural Science, 12 (4), 1853-1862.
- Addante, R., Naliboff, B., Shih, W., Presson, A. P., Tillisch, K., Mayer, E. A., & Chang, L. (2019). Predictors of health-related quality of life in irritable bowel syndrome patients compared with healthy individuals. Journal of clinical gastroenterology, 53 (4), e142-e149.
- Afsar, M., Hassani, F., Farzad, V., & Golshani, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Schema Therapy (MBST) on Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder (BPD). Applied Family Therapy Journal (AFTJ), 2 (1), 262-276.
- Almutairi, K., Nossent, J., Preen, D., Keen, H., & Inderjeeth, C. (2021). The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. Rheumatology international, 41 (5), 863-877.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy, 47 (4), 328-349.
- Bachrach, N., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Huntjens, R. J. (2023). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: a case report. Frontiers in Psychiatry, 14, 1151872.
- Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral. Bandura, A. (2001). Exercise of human agency through collective efficacy. Journal of Psychological Science, 9, 75-78.
- Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 96 (3), 716-

747.

Chin, C. H., Tseng, L. M., Chao, T. C., Wang, T. J., Wu, S. F., & Liang, S. Y. (2021). Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. *PloS one*, 16 (2), e0246430.

Dinh, T. T. H., Bonanno, M., Papa, D., Cerasa, A., Maggio, M. G., & Calabrò, R. S. (2024). Psycho-Neuroendocrinology in the Rehabilitation Field: Focus on the Complex Interplay between Stress and Pain. *Medicina*, 60 (2), 285.

Doumen, M., De Cock, D., Pazmino, S., Bertrand, D., Joly, J., Westhovens, R., & et al. (2021). Treatment response and several patient-reported outcomes are early determinants of future self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, 23 (1), 1-11.

Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20 (1), 22-38.

Hsieh, P. H., Wu, O., Geue, C., McIntosh, E., McInnes, I. B., & Siebert, S. (2020). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. *Annals of the rheumatic diseases*, 79 (6), 771-777.

Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12 (1), 1-4.

Leon, L., Redondo, M., Fernández-Nebro, A., Gómez, S., Loza, E., Montoro, M.,... & Galindo, M. (2018). Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 38 (12), 2167-2182.

Lutz, J., Gross, R. T., & Vargovich, A. M. (2018). Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive behaviors*, 87, 200-205.

N. Ifantopoulou, P., K. Artemiadis, A., Triantafyllou, N., Chrousos, G., Papanastasiou, I., & Darviri, C. (2015). Self-esteem is associated with perceived stress in multiple sclerosis patients. *Neurological research*, 37 (7), 588-592.

Oláh, C., Kardos, Z., Andrejkovics, M., Szarka, E., Hodosi, K., Domján, A., ... & Szekanecz, Z. (2020). Assessment of cognitive function in female rheumatoid arthritis patients: associations with cerebrovascular pathology, depression and anxiety. *Rheumatology International*, 40, 529-540.

Peters KM, Killinger KA, Jaeger C, Chen C. Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. *Low Urin Tract Symptoms*. 2015 Sep;7 (3): 138-42. doi: 10. 1111/luts. 12066. Epub 2014 Jul 8. PMID: 26663728.

Schubert, C., Ott, M., Hannemann, J., Singer, M., Bliem, H. R., Fritzsche, K & et al. (2021). Dynamic Effects of CAM Techniques on Inflammation and Emotional States: An Integrative Single-Case Study on a Breast Cancer Survivor. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1534735420977697.

Seng, J. J. B., Kwan, Y. H., Fong, W., Phang, J. K., Lui, N. L., Thumboo, J., & Leung, Y. Y. (2020). Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. *European Journal of Rheumatology*, 7 (2), 71-79.

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90 (3), 456-479.

Uritani, D., Koda, H., & Sugita, S. (2021). Effects of self-management education programmes on self-efficacy for osteoarthritis of the knee: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC musculoskeletal disorders*, 22 (1), 1-10.

Verhaak, L., & Ter Heide, J. J. (2024). Group Schema Therapy for Refugees with Treatment-Resistant PTSD and Personality Pathology. *Case reports in psychiatry*, 2024 (1), 8552659.

Vincent, A. M., Stewart, J. A., & Egloff, N. (2021). Motive Satisfaction in Chronic Pain Patients: Does It Improve in Multidisciplinary Inpatient Treatment and, if so, Does It Matter?. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 28 (2), 331-343.

Xia Z, Lili GU. (2018). Effect of expressive writing on negative emotions and benefit finding of breast cancer patients with chemotherapy. *CJIN*, 4 (7): 19 -22.

Zhang, X., Ma, H., Lam, C. Y., Ho, G. W., & Mak, Y. W. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 46-58.

اثربخشی ایماگوتراپی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی در زوجین دارای تعارضات زناشویی

فائزه محمدی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

محبوبه ظریف

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

The Effectiveness of Imagotherapy on Self-Differentiation and Emotional Expressiveness in Couples with Marital Conflicts

Faezeh Mohammadi

M.A, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Mahboobeh Zarif

M.A, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of imagotherapy on self-differentiation and emotional expressiveness of couples with marital conflicts. The research design was descriptive and quasi-experimental with a pre-test-post-test method. The statistical population of the study was all married women referring to counseling centers in Shiraz in 1403. Among these individuals, 30 people were selected voluntarily through available sampling method and 15 people were randomly assigned to the experimental group and 15 people to the control group. The experimental group received imago therapy treatment, but no intervention was performed in the control group. Participants in the two groups answered the marital conflict questionnaires (MCQ, Barati and Sanaei, 1379), self-differentiation (DSI-R, Skorown and Friedlander, 1998), and emotional expressiveness (EEQ, King and Emmons, 1990) before and after the intervention. SPSS 23 software was used to analyze the data and the research hypotheses were examined with multiple covariance test. The results showed that the imagotherapy program had a significant effect on increasing self-differentiation and emotional expressiveness of couples ($p \geq 0.005$) and the research hypothesis was confirmed. According to the results obtained, it is suggested that therapists and couples counselors should use the imagotherapy method to treat couples with marital problems in order to increase the productivity of the results and improve the quality of the couples' relationships.

Keywords: *Couples, Marital Conflicts, Imagotherapy, Self-Differentiation, Emotional Expressiveness*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ایماگوتراپی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی انجام شد. طرح پژوهش، توصیفی و از نوع نیمه آزمایشی به شیوه پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه‌ی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ بود. از بین این افراد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان ایماگوتراپی قرار گرفت اما در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. شرکت کنندگان دو گروه، قبل و پس از مداخله به پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی (MCQ، براتی و ثنائی، ۱۳۷۹)، تمایز یافتگی خود (DSI-R، اسکورون و فریدلندر، ۱۹۹۸) و ابرازگری هیجانی (EEQ، کینگ و امونز، ۱۹۹۰) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 23 استفاده شد و با آزمون کوواریانس چند گانه به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد. نتایج نشان داد که برنامه ایماگوتراپی بر افزایش تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی زوجین تأثیر معناداری داشته است ($p \leq 0/05$) و فرضیه پژوهش تایید شد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می شود درمانگران و مشاورین زوجین برای درمان زوجین دارای مشکلات زناشویی از روش ایماگوتراپی جهت افزایش بهره‌وری نتایج و بهبود کیفیت روابط زوجین بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: زوجین، تعارضات زناشویی، ایماگوتراپی، تمایز یافتگی خود، ابرازگری هیجانی

مقدمه

ازدواج یکی از مراحل مهم در زندگی است که در آن فرد، شریک زندگی خود را با مسئولیت‌ها و انتظارات جدیدی انتخاب می کند. این رویداد، به معنای پیوستن دو نفر با ویژگی‌های متفاوت به عنوان همسر است که تصمیم می گیرند برای ساختن خانواده‌ای مشترک همکاری کنند. اگر زوجین بتوانند رابطه‌ای گرم و صمیمی برقرار کنند، نه تنها در فضایی پر از عشق زندگی خواهند کرد، بلکه با تربیت صحیح فرزندان در این محیط گرم، می توانند به سلامت و خوشبختی جامعه نیز کمک کنند. اما عوامل متعددی می تواند بر کیفیت روابط زناشویی تأثیر گذار باشد که یکی مهمترین آنها تعارضات زناشویی است. تعارض در ازدواج زمانی به وجود می آید که نیازها و خواسته‌های همسران با یکدیگر همخوانی نداشته باشد (طریفی، معینان و ملازاده، ۱۴۰۱). این امر به دلیل تعامل مداوم زوجین در مسائل مختلف ازدواج، اجتناب ناپذیر است. وجود تعارض به خودی خود نمی تواند به رضایت یا ثبات زناشویی آسیب بزند، بلکه نحوه مدیریت آن توسط همسران در زمان بروز تعارض اهمیت دارد (ادکمی^{۲۰۵} و همکاران، ۲۰۲۲). تعارضات زناشویی معمولاً ناشی از اهداف و علایق ناسازگار زوجین و ارزیابی‌های متفاوت آن‌ها از مسائل زندگی است. اگر این تعارضات به درستی مدیریت شوند، می توانند به یادگیری و بهبود روابط کمک کنند (مایا^{۲۰۶} و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، عدم مدیریت صحیح این تعارضات می تواند پیامدهای منفی بر سلامت روانی و جسمی افراد داشته باشد، از جمله افسردگی (نوگراهانی و راجما^{۲۰۷}، ۲۰۲۴)، اضطراب و اختلالات غذایی (ویلسون^{۲۰۸} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، تعارضات در ازدواج ممکن است به شرایط بهداشتی نامناسبی منجر شود و خطر ابتلا به بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی و سرطان را افزایش دهد (کاکس و دمیت^{۲۰۹}، ۲۰۱۳؛ جعفری منش و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این، این تعارضات می توانند بر عملکرد والدین و سازگاری فرزندان تأثیر منفی بگذارند و موجب افزایش تنش در روابط خانوادگی شوند (خوانین زاده و همکاران، ۱۴۰۲).

تعارضات زناشویی به عنوان یکی از چالش‌های رایج در روابط زوجین، تحت تأثیر عوامل روانشناختی متعددی نظیر تمایز یافتگی خود^{۲۱۰} قرار دارد. تمایز فرآیند فعال و مداوم تعریف خود، آشکارسازی خود، روشن کردن مرزها و مدیریت اضطراب ناشی از به خطر انداختن صمیمیت بیشتر یا جدایی بالقوه است (خئون^{۲۱۱}، ۲۰۲۳). افراد هر روز احساسات مختلف را در واکنش به رویدادهای جزئی و لحظات مهم زندگی خود تجربه می کنند. احساسات و هیجانات می توانند باعث شوند که فرد احساس سربلندی و یا برعکس، احساس سرافکنندگی داشته باشد. احساساتی که در پاسخ به رویدادها تجربه می شوند، می توانند با ارائه اطلاعاتی در مورد آنها به هدایت این

- | | |
|-----|----------------------|
| 205 | Adekemi |
| 206 | Maya |
| 207 | Nugrahani & Rochma |
| 208 | Wilson |
| 209 | Cox, Demmitt |
| 210 | Self-differentiation |
| 211 | Jeon |

تکامل یافته دارد (امیری و سپهریان آذر، ۱۳۹۵). نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تجربه هیجانات و بیان آن‌ها از طریق صداها، چهره‌ها و حرکات بدنی کلید ارتباطات انسانی است (مارشال، ۲۰۰۶). همچنین، هنجارها و باورهای فرهنگی تأثیر زیادی بر نحوه ابراز هیجانی افراد دارند و عبارات مناسب در یک فرهنگ ممکن است در فرهنگ دیگر غیر قابل قبول باشند (میری و همکاران، ۱۴۰۲).

تعارضات زناشویی یکی از چالش‌های رایج در روابط زوجین است که می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی و کاهش سلامت روان اعضای خانواده منجر شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند به طور مؤثری در کاهش این تعارضات و بهبود کیفیت زندگی زناشویی نقش داشته باشند (کوچاک^{۲۲۰}، ۲۰۲۴؛ دریکوندی و اصفهانی اصل، ۱۴۰۳). تاکنون روش‌های مختلفی برای اصلاح ساختار خانواده شکل گرفته و مورد استفاده قرار گرفته است اما یکی از روش‌هایی که در این زمینه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است ایماگوتراپی^{۲۲۱} می‌باشد. ایماگوتراپی در روابط زناشویی ابزاری برای دستیابی به یک رابطه آگاهانه و درمان آگاهانه متقابل است که بهبود آسیب‌های دوران کودکی را بین همسران تسهیل می‌کند. بر اساس یک اصل نظری، این باور وجود دارد که افراد بر اساس تصویر ناخودآگاه فردی که می‌تواند آن‌ها را کامل کند، همسر خود را انتخاب می‌کنند که به آن ایماگو یا تصویرسازی ارتباطی می‌گویند (گرون و ایسکندر^{۲۲۲}، ۲۰۲۳). این تصویر ذهنی آمیزه‌ای از بازنمایی ذهنی والدین یا سرپرست فرد در زمان کودکی است، به‌ویژه خصلت‌های منفی آن‌ها که بیشترین آسیب‌های عاطفی را به فرد وارد کرده است و جنبه‌های اصلی و اولیه وجودی انسان را تحت تأثیر قرار داده است (اشمیت و گلهرت^{۲۲۳}، ۲۰۱۷). نظریه پردازان معتقدند که برخی از افراد قادر به عبور کامل از مراحل رشد در نوجوانی و جوانی نیستند، زیرا نیازهای دوران کودکی‌شان به درستی تأمین نشده است. این امر باعث می‌شود که ترس‌ها و زخم‌های عاطفی دوران کودکی در روابط عاشقانه آینده بروز کند (اشمیت و گلهرت، ۲۰۱۷). این زوجین تصاویر ذهنی کودکی خود را در یک‌دیگر جستجو می‌کنند تا بتوانند مشکل را حل کنند. از این رو به دنبال فردی می‌گردند که مانند والدین یا مراقب اولیه باشد و البته بتواند آنچه را والدینشان در کودکی به آن‌ها نداده است، به او بدهد و بدین ترتیب رنج‌های روانی دوران کودکی را التیام بخشد (سالاری فر و همکاران، ۱۴۰۲). فرآیند ایماگوتراپی شامل متعهد شدن فرد به درک آسیب‌های عاطفی خود و همسرش به منظور یادگیری مهارت‌های جدید و تفسیر

رویدادها کمک کنند، که به نوبه خود می‌تواند به افراد برای مقابله با موقعیت کمک کند (سته^{۲۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). فرآیند مهمی که از طریق آن می‌توان از احساسات به صورت انطباقی استفاده کرد، تمایز یافتگی است. تمایز احساسات به عنوان تمایل به تمایز بین احساسات خود و برچسب زدن احساسات خود به روشی گسسته و حساس به زمینه تعریف می‌شود (کاشدان^{۲۱۳} و همکاران، ۲۰۱۵). به عنوان مثال، هنگامی که از فردی در خصوص احساساتش در پاسخ به رویدادهای مختلف سؤال شود، یک فرد با توانایی کم در تمایز ممکن است در همه موقعیت‌ها احساس غمگینی و اضطراب را گزارش کند، در حالی که یک فرد دارای تمایز یافتگی بالا احساسات متفاوتی را در موقعیت‌های مختلف گزارش می‌کند (اسکلاند^{۲۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). مشخص شده است که تمایز یافتگی با شاخص‌های مختلف رفاه مرتبط است. به عنوان مثال، تمایز احساسات منفی با سطوح پایین‌تر شدت هیجان منفی، افسردگی، روان رنجورخویی و سطوح بالاتر عزت نفس زوجین مرتبط است (لیو^{۲۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ ویلر^{۲۱۶} و همکاران، ۲۰۱۹).

دیگر عاملی که ممکن است با تعارضات زوجین مرتبط باشد ابرازگری هیجانی^{۲۱۷} است. ابرازگری هیجانی به معنای نمایش احساسات به شکل‌های مختلفی است که شامل حرکات چهره، کلمات و حرکات بدنی می‌شود. این ابراز ممکن است به صورت آگاهانه یا ناخودآگاه انجام شود و شامل تغییراتی در رفتار مانند تغییرات چهره، تن صدا و حرکات بدن است (کنونی^{۲۱۸} و همکاران، ۲۰۲۳). فرایندهای کنترل و ابراز هیجان نقش مهمی در سلامت روان افراد دارند و می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات روانی و مشکلات جسمانی باشند. لازم است ابرازگری هیجانی را از تجربه هیجانی متمایز کنیم؛ زیرا فرد می‌تواند احساسات را بدون بروز آنها تجربه کند. ابراز هیجانات می‌تواند شامل رفتارهای ساده مانند گریه یا خنده و فعالیت‌های پیچیده‌تری مانند نوشتن نامه یا هدیه دادن باشد (بهرامی مشعوف، احمدی و رسولی، ۱۴۰۱). افرادی که در ابراز احساسات مهارت دارند، معمولاً کنترل بیشتری بر بیان هیجانی خود دارند، اما نیازی به آگاهی کامل از وضعیت عاطفی خود برای ابراز آن احساسات حس نمی‌کنند (کلتنر^{۲۱۹} و همکاران، ۲۰۱۹). محققان روان‌شناسی مدل‌های نظری متنوعی برای توضیح احساسات و بیان عاطفی ارائه داده‌اند که ریشه در نظریه‌های چارلز داروین درباره احساسات به عنوان یک ظرفیت

- 220 Koçak
221 Imagotherapy
222 Güven & İskender
223 Schmidt & Gelhert

- 212 Seah
213 Kashdan
214 Askelund
215 Liu
216 Willroth
217 Emotional Expressiveness
218 Cannoni
219 Keltner

زناشویی و ناگویی هیجانی نمرات بالا و از پرسشنامه تمایز یافتگی خود نمرات پایین کسب کردند به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. این افراد به روش نمونه گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان ایماگوترایی قرار گرفت اما در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. لازم به ذکر است که ملاک ورود به پژوهش شامل گذشت حداقل ۳ سال از زمان ازدواج، عدم انجام روان درمانی و استفاده از دارو بود. همچنین ملاک خروج از پژوهش، اقدام به طلاق و ابتلا به بیماری های مزمن جسمی و روانی بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 23 استفاده شد و با آزمون کوواریانس چند گانه به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تعارضات زناشویی^{۲۲۶} (MCQ): این پرسشنامه توسط براتی و ثنائی (۱۳۷۹) ساخته شده است و دارای ۴۲ سوال و ۷ خرده مقیاس است که برای سنجیدن تعارضات میان زوجین بکار گرفته می شود. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ می باشد. گزینه ها به صورت لیکرت «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای هفت خرده مقیاس آن از ۰/۶۰ (کاهش رابطه جنسی) تا ۰/۸۱ (کاهش رابطه با خانواده همسر) متغیر بوده است (براتی و ثنائی، ۱۳۷۹). روایی پیش بینی آن برای پیش بینی بیمارهای روان تنی تأیید شده از جمله پیش بینی سردرد میگرن که معادل ($p=0/01$ و $p=0/28$) بدست آمد (براتی و ثنائی، ۱۳۷۹). همچنین در هنجار یابی صورت گرفته توسط دهقان (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ کل پرسش نامه برابر ۰/۷۱ گزارش گردیده و برای هفت مولفه آن به ترتیب عبارت است از: کاهش همکاری ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۰، افزایش واکنشهای هیجانی ۰/۷۴، افزایش جلب حمایت از فرزند ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱، و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۴ و برای مولفه های کاهش همکاری ۰/۸۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۳، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۶۵، افزایش جلب حمایت از فرزند ۰/۷۹، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۳، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۷۴، و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه تمایز یافتگی خود^{۲۲۷} (DSI-R): پرسشنامه تمایز یافتگی

رفتارهای آسیب زا و مضر است و در مسیری است که تکه های گمشده و منکر شده وجودشان را به آنها باز می گرداند تا از این طریق به تکامل روانی و معنوی برسند (بن-اری^{۲۲۴}، ۲۰۲۲). به طور کلی هدف اصلی این درمان بازگرداندن یکپارچگی و نشاط در هسته است و در این راستا از استعاره چهار سفر در طول درمان استفاده می شود که عبارتند از: سفر در عالم که منجر به احساس یگانگی می شود، سفر تکاملی که منجر به احساس امنیت، سفر اجتماعی که نتیجه تکمیل است و در نهایت سفر روانی که منجر به بهبود نیازهای ارضا نشده و تجربه احساس می شود (ایوانووا^{۲۲۵}، ۲۰۲۳).

ایماگوترایی می تواند به زوج ها کمک کند تا الگوهای منفی ارتباطی را شناسایی و تغییر دهند و در نتیجه به ایجاد فضایی امن و حمایتی برای ابراز هیجانات و احساسات واقعی خود برسند. این امر نه تنها به کاهش تعارضات کمک می کند، بلکه به تقویت پیوند عاطفی بین زوجین نیز منجر می شود. همچنین ایماگوترایی به افراد کمک می کند تا بهتر خود را بشناسند و نیازها و خواسته های عاطفی خود را شفاف تر بیان کنند. این آگاهی از خود، که بخش مهمی از تمایز یافتگی خود است (اسکلاند و همکاران، ۲۰۲۳)، به افراد اجازه می دهد تا در مواجهه با تعارضات، واکنش های عاطفی کمتری داشته باشند و بتوانند با آرامش بیشتری به حل مسائل بپردازند. از آنجا که تاکنون پژوهشی در زمینه تاثیر ایماگوترایی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی به طور همزمان در زوجین انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ایماگوترایی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی انجام شد. چنین پژوهش هایی در زوج های متعارض نه تنها برای توسعه مداخلات درمانی مؤثر ضروری است، بلکه می تواند به درک عمیق تری از روابط انسانی و چالش های عاطفی که زوج ها با آن مواجه هستند، منجر شود. نتایج این پژوهش علاوه بر توسعه دانش در این حوزه می تواند کیفیت زندگی بسیاری از زوجین دارای تعارضات زناشویی را بهبود بخشد و به ایجاد روابط سالم تر و پایدارتر و در نتیجه رفاه اجتماعی بیشتر کمک کند.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع نیمه آزمایشی به شیوه پیش آزمون-پس آزمون می باشد. جامعه ی آماری پژوهش کلیه ی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ بود. در ابتدا از زنان مراجعه کننده به مراکز خواسته شد تا به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دهند. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و بررسی آنها، ۳۰ نفر که از پرسشنامه های تعارضات

226 Marital Conflict Questionnaire

227 Differentiation of Self Inventory-Revised (DSI-R)

224 Ben-Ari

225 Ivanova

آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۷، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ بدست آمد.

مداخله ایماگوتراپی: برنامه ایماگوتراپی انجام شده در پژوهش حاضر از برنامه ایماگوتراپی مورو^{۳۱} و همکاران (۲۰۱۶) استنباط شده است. این برنامه در ده جلسه گروهی برای شرکت کنندگان برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

231 Muro

۴۵ آیتمی توسط اسکورون و فریدلندر^{۳۲} (۱۹۹۸) ساخته شده است که شامل ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است و در طیف ۶ درجه‌ای پاسخ داده می شود. اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) همسانی درونی نمره کل و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را برای واکنش پذیری عاطفی ۰/۸۴، هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۴، جایگاه من ۰/۸۳، گریز عاطفی ۰/۸۲ و نمره کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش کردند. در مطالعه نجف‌لویی (۱۳۸۵) روایی محتوای این پرسشنامه تایید شد و همچنین آلفای کرونباخ برای واکنش پذیری عاطفی ۰/۸۱، هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۹، جایگاه من ۰/۶۴، گریز عاطفی ۰/۷۶ و نمره کل مقیاس ۰/۷۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای واکنش پذیری عاطفی ۰/۷۶، هم آمیختگی با دیگران ۰/۶۸، جایگاه من ۰/۷۹، گریز عاطفی ۰/۸۰ و نمره کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی^{۳۳} (EEQ): پرسشنامه ابرازگری هیجانی توسط کینگ و امونز^{۳۴} (۱۹۹۰) برای بررسی ابراز هیجان طراحی شده است. پرسشنامه ابرازگری هیجانی ۱۶ سوال سه زیر مقیاس بیان هیجان مثبت، صمیمیت و ابراز هیجان منفی است. روش نمره گذاری آن به شیوه لیکرت است که به پاسخ کاملاً موافق، نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف، نمره ۱ تعلق می گیرد. البته در مورد پاسخ سؤالات ۶، ۸، ۹ روش نمره گذاری به دلیل منفی بودن جهت مواد با ابراز هیجان، معکوس است. نمره کل فرد از ۱۹ تا ۸۰ متغیر خواهد بود که نمره بالاتر بیانگر ابرازگری هیجانی بالاتر است. در صورتی که نمرات بالای ۴۸ باشد، میزان ابرازگری هیجانی بسیار خوب می باشد. روایی محتوای این مقیاس توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین در ایران نیز این پرسشنامه توسط علوی، اصغری مقدم، رحیمی نژاد و فراهانی (۱۳۹۶) روی ۵۲۱ دانشجوی مورد هنجاریابی قرار گرفت. برای بررسی اعتبار پرسشنامه از اعتبار سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی) و اعتبار همگرا استفاده شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش‌های آلفای کرونباخ، پایایی دونیمه سازی و ضریب پایایی بازآزمایی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان، حاکی از وجود دو عامل دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و ابراز هیجان‌های منفی بود که در مجموع ۶۵/۱۴ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی، موید ساختار به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی بود ($KMO=1/6$ ؛ $2Bartlett=2261/90$ ؛ $df=359$ ؛ $P<1/119$) بود. ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و عاملهای تشکیل دهنده آن در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ و ضرایب اسپیرمن-بروان در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ بود. در پژوهش حاضر نیز

- 228 Skorown & Friedlander
229 Emotional Expressiveness Questionnaire
230 King, Emmons

جدول ۱. خلاصه برنامه ایماگوتراپی

جلسه	موضوع	هدف و شرح جلسه
۱	بررسی تصویر ذهنی رابطه	دو برگ کاغذ برداشته و یک سری جملات کوتاه که بیان کننده رابطه تصویر شما از یک رابطه عشقی ارضا کننده است را بنویسید. همچنین از همسران نیز بخواهید اینکار را انجام دهند. جملات را با همسران در میان بگذارید. چنانچه همسران جملاتی نوشته و شما به فکران نرسیده بود آن جملات را به لیست خود اضافه کنید. دو جمله ای که بیش از بقیه برایتان اهمیت دارند را با کشیدن دایره ای به دور آنها مشخص کرده و همچنین مواردی را که فکر می کنید برای هر دوی شما رسیدن به آن مشکل خواهد بود با ستاره مشخص کنید.
۲	بررسی زخمها و جراحات دوران کودکی	حال که تصویری از آینده در ذهن خود ساخته اید می توانید به کمک این تصویر به گذشته سفر کنید. این تمرین بدین منظور طراحی شده است که خاطرات شما از والدینتان و دیگر کسانی که در کودکی بر شخصیت شما تاثیر گذار بوده اند را زنده کند، به طوری که بتوانید ایماگوی خود را بازسازی کنید.
۳	آموزش تعکس	این تمرین به شما آموزش خواهد داد پیام های واضح تر و ساده تری را به همسران مخابره کنید. شنونده بهتری برای او باشید و بتوانید که گفته های او را به طور دقیق و با بیان دیگری به او انتقال دهید.
۴	تصمیم بی بازگشت	این تمرین دو هدف مهم دارد: اول این که تضمین می کند تا قبل از آن که کار بر روی تمرینات را به اتمام نرسانده اید از یکدیگر جدا نخواهید شد و دوم آن که صمیمیت شما با همسران را به تدریج افزایش خواهد داد.
۵	رومانیک سازی مجدد	این تمرین به شما کمک خواهد کرد تا با صحبت با همسران در مورد چیزهایی که شما را خوشحال می کند و نیز تعهد به اینکه شما نیز همسران را به طور منظم خوشحال کنید، بتوانید رابطه تان را به محیطی امن بدل کنید.
۶	بررسی لیست تعجب	هدف از اجرای این تمرین افزایش و بهبود رفتارهای محبت آمیز به عنوان لذت غیرمنتظره می باشد تا حس امنیت و ارتباط در شما افزایش یابد.
۷	تمرین کشسانی	هدف از این تمرین این است که آگاهی شما را نسبت به عمیق ترین نیازهای روحی همسران افزایش دهد و به شما امکان دهد تا بتوانید به منظور بر آورده ساختن آن نیازها رفتار خود را تغییر دهید. این سبب می شود موجب التیام همسران شوید و در این میان خود نیز فردی کاملتر، مهربان تر و رشد یافته تر می شوید.
۸	مراوده (تبادل) کنترل	این تمرین به شما امکان می دهد تا خشم و انزجار خود را نسبت به همسران در محیطی امن و به نحوی غیرمخرب ابراز کنید. هدف این است که این تمرین به صورت روش همیشگی در برخورد با خشم در آید.
۹	یکپارچگی خویش	این تمرین به این منظور طراحی شده است تا به شما کمک کند خویشن گمشده خویش را باز یابید و خویشن دروغین و انکار شده خود را بعد از پذیرش و اعمال تغییرات مثبت و بالغانه دوباره در قالب نظم یکپارچه و متعادل با یکدیگر تلفیق کنید و به کمال و یکپارچگی نخستین خویش که در بدو تولد داشتید وقوف بیشتری بیابید.
۱۰	تجسم عشق	این تمرین تغییرات مثبتی را که در رابطه تان اعمال کرده اید با بکارگیری نیروی تجسم شما تقویت و تثبیت میکند.

یافته‌ها

نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد که از میان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳) بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۶ نفر (۴۰ صدم) بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۷ نفر (۴۶/۷) ۳۱ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه به ترتیب برابر با ۲۸/۷۹ و ۳/۶۳ بود. همچنین در شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳) بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۵ نفر (۳۳/۳) بین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۸ نفر (۵۳/۴) ۳۱ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه به ترتیب برابر با ۲۹/۲۴ و ۳/۹۲ بود. در زمینه تحصیلات در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ صدم) دیپلم و زیر دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷) لیسانس و ۵ نفر فوق لیسانس (۳۳/۳) بودند. در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ صدم) دیپلم و زیر دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۴) لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس (۲۶/۶) بودند. در ادامه آمار توصیفی و وضعیت نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
واکنش‌پذیری عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۴۷	۴/۰۹	۰/۷۱	۰/۷۹
		کنترل	۳۴/۳۸	۳/۷۸	۰/۵۴	۰/۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۷/۰۰	۴/۱۵	۰/۷۹	۰/۶۳
		کنترل	۳۲/۹۴	۳/۸۶	۰/۴۰	۰/۵۸
هم‌آمیختگی با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۸/۰۰	۳/۸۲	۰/۹۱	۰/۷۶
		کنترل	۲۷/۶۰	۲/۹۲	۰/۷۷	۰/۶۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۰/۳۳	۳/۱۶	۰/۷۳	۰/۴۵
		کنترل	۲۸/۹۳	۳/۰۸	۰/۶۶	۰/۸۷
جایگاه من	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۵۸	۳/۳۸	۰/۶۵	۰/۶۸
		کنترل	۳۲/۸۳	۴/۱۷	۰/۵۰	۰/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۶/۱۲	۴/۷۲	۰/۳۸	۰/۹۵
		کنترل	۳۳/۴۷	۳/۹۳	۰/۴۳	۰/۵۳
گریز عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۵/۵۴	۴/۷۴	۰/۷۸	۰/۶۰
		کنترل	۳۶/۶۲	۴/۱۹	۰/۸۳	۰/۴۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۸/۹۲	۴/۱۳	۰/۵۶	۰/۷۱
		کنترل	۳۵/۸۵	۴/۴۸	۰/۶۳	۰/۶۲
ابراز هیجان مثبت	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۱۳	۲/۲۷	۰/۶۷	۰/۹۸
		کنترل	۱۴/۸۷	۲/۷۶	۰/۵۴	۰/۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۸۴	۲/۷۳	۰/۷۹	۰/۶۳
		کنترل	۱۵/۱۹	۲/۱۰	۰/۴۰	۰/۵۸
ابراز هیجان منفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۱۵	۲/۵۲	۰/۹۱	۰/۷۶
		کنترل	۱۳/۷۳	۲/۴۴	۰/۶۴	۰/۶۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۸۱	۲/۸۶	۰/۷۳	۰/۴۵
		کنترل	۱۲/۹۴	۲/۴۸	۰/۴۲	۰/۸۷
ابراز صمیمیت	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۳۶	۳/۰۶	۰/۶۵	۰/۶۸
		کنترل	۱۱/۶۹	۲/۳۷	۰/۵۰	۰/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۶۳	۲/۶۳	۰/۳۸	۰/۸۷
		کنترل	۱۲/۱۷	۲/۸۷	۰/۵۴	۰/۷۲

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود سطح معنی داری به دست آمده در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است ($p > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، توزیع هیچ یک از داده ها به شکل معنی داری از توزیع نرمال انحراف ندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها به شکل مناسبی برای نمرات تایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی برقرار است. دیگر پیش فرض لازم جهت استفاده از آزمون های پارامتریک عدم هم خطی چند گانه بین متغیرهای پژوهش است. هم خطی متغیرهای این پژوهش با استفاده از آماره تحمل و آماره تورم واریانس بررسی شد و نتایج نشان داد که آماره تحمل بدست آمده برای متغیرهای پژوهش حاضر بیشتر از ۰/۱ (۰/۴۲ تا ۰/۷۱) و مقدار عامل واریانس تورم کوچکتر از ۱۰ (۳/۶۵ تا ۵/۳۹) بود که نشان دهنده عدم هم خطی بین متغیرها است. براساس دیدگاه مایرز^{۳۳} و همکاران (۲۰۰۶) ارزش عامل واریانس تورم کمتر از ۱۰ و ارزش ضریب تحمل بالاتر ۰/۱ نشان دهنده عدم هم خطی است. برای بررسی پیش فرض همگونی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز از آزمون ام باکس استفاده شد. براساس نتایج این آزمون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین داده های تحقیق فرض تساوی ماتریس های واریانس-کوواریانس را زیر سوال نبرده است و می توان از آزمون کوواریانس استفاده کرد. بدین ترتیب به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه برنامه ایماگوترابی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی شرکت کنندگان تاثیر دارد؛ از آزمون کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- آزمون کوواریانس جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلای	۰/۶۰۴	۲۳/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۶۲	۲۳/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۲/۷۳۱	۲۳/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
بزرگ ترین ریشه روی	۲/۷۳۱	۲۳/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معناداری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره ($p \leq ۰/۰۰۱$) کوچکتر از سطح معناداری ($\alpha = ۰/۰۵$) می باشد. بنابراین بین تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارتی مداخله ایماگوترابی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی شرکت کنندگان تاثیر گذار است.

جدول ۴- اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	آماره F	P	η	توان آماری
تمایز یافتگی خود	۱۸۲/۶۲۱	۱	۱۴/۸۰۳	۰/۰۰۵	۰/۴۱۱	۰/۶۸۳
ابرازگری هیجانی	۲۷۱/۱۵۸	۱	۲۲/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲	۰/۸۵۴

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۴ نشان می دهد که برنامه ایماگوترابی بر افزایش نمرات کل تمایز یافتگی خود ($F=۱۴/۸۰۳$ ، $P=۰/۰۰۵$ و $\eta=۰/۴۱۱$) و ابرازگری هیجانی ($F=۲۲/۱۶۷$ ، $P=۰/۰۰۱$ و $\eta=۰/۵۸۲$) تاثیر معناداری داشته است ($p \leq ۰/۰۰۵$). بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش تأیید می گردد.

در ادامه به منظور بررسی فرضیه فرعی اول مبنی بر اینکه برنامه ایماگوترابی بر تمایز یافتگی خود تاثیر گذار است؛ از آزمون کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ مشاهده می شود.

جدول ۵- اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون تمایز یافتگی خود

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P	η	توان آماری
واکنش پذیری عاطفی	۵۸/۷۵۱	۱	۹/۸۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۶۹۱
هم آمیختگی با دیگران	۳۴/۸۰۹	۱	۸/۷۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۸۳	۰/۷۹۱
جایگاه من	۶۹/۷۶۹	۱	۱۰/۸۷۳	۰/۰۹۶	۰/۲۹۷	۰/۸۵۱
گریز عاطفی	۵۵/۶۳۰	۱	۱۱/۴۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۵۱	۰/۷۵۵

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که برنامه ایماگوتراپی بر افزایش نمرات واکنش‌پذیری عاطفی ($F=9/875$, $P=0/001$, $\eta^2=0/324$)، هم‌آمیختگی با دیگران ($F=8/746$, $P=0/005$, $\eta^2=0/283$) و گریز عاطفی ($F=11/434$, $P=0/002$, $\eta^2=0/251$) تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه فرعی اول تأیید شد. به منظور بررسی فرضیه فرعی دوم مبنی بر اینکه ایماگوتراپی بر ابرازگری هیجانی شرکت کنندگان تأثیر گذار است؛ از آزمون کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶- اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P	η^2	توان آماری
ابراز هیجان مثبت	۵۳/۸۲۳	۱	۱۳/۲۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	۰/۸۹۲
ابراز هیجان منفی	۵۱/۷۵۶	۱	۱۰/۶۷۴	۰/۰۰۳	۰/۳۷۶	۰/۷۹۲
ابراز صمیمیت	۴۴/۵۴۲	۱	۱۱/۵۳۱	۰/۰۰۳	۰/۳۸۱	۰/۸۱۳

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که برنامه ایماگوتراپی بر افزایش ابراز هیجان مثبت ($F=13/240$, $P=0/001$, $\eta^2=0/253$)، ابراز هیجان منفی ($F=10/674$, $P=0/003$, $\eta^2=0/376$) و ابراز صمیمیت ($F=11/531$, $P=0/003$, $\eta^2=0/381$) تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه فرعی دوم نیز تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ایماگوتراپی بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی انجام شد. نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که برنامه ایماگوتراپی به‌طور معناداری بر تمایز یافتگی خود و ابرازگری هیجانی شرکت کنندگان تأثیر گذار بود. نتایج به‌دست آمده در خصوص اثربخشی برنامه ایماگوتراپی بر بهبود تمایز یافتگی خود، از جهاتی با نتایج پژوهش‌های وجد و همکاران (۱۴۰۱)، سیدآبادی (۱۳۹۹)، نظریور و همکاران (۱۳۹۹)، نوی-شاراو^{۱۳۳} (۲۰۲۴) و بن-اری (۲۰۲۲) همسو است. در راستای تبیین این نتیجه می‌توان این‌چنین گفت که ایماگوتراپی بر کاوش تصاویر و الگوهای ناخودآگاه که افراد به روابط خود می‌آورند تأکید دارد (نوی-شاراو، ۲۰۲۴). با شناسایی این تأثیرات، زوج‌ها می‌توانند بهتر احساسات و واکنش‌های عاطفی خود را درک کنند. این آگاهی موجب تمایز خود از انتظارات و رفتارهای شریک زندگی می‌شود. درمان ایماگو، یک رویکرد درمانی است که به زوج‌ها کمک می‌کند تا روابط خود را درک و بهبود بخشند و الگوهای ناخودآگاه ناشی از تجربیات کودکی را مورد بررسی قرار دهند. همچنین این درمان تکنیک‌های ارتباطی سازنده‌ای را ترویج می‌کند که به زوجین کمک می‌کند نیازها و احساسات خود را بدون سرزنش یا کناره‌گیری بیان کنند. بهبود ارتباطات منجر به افزایش صمیمیت عاطفی می‌شود که از تمایز یافتگی خود حمایت می‌کند زیرا هر شریک یاد می‌گیرد تا افکار و احساسات خود را به وضوح بیان کند. ایماگوتراپی فرآیند شفای زخم‌های عاطفی گذشته را تسهیل می‌کند که غالباً بر روابط فعلی تأثیر می‌گذارد (وجد و همکاران، ۱۴۰۱). با پرداختن به این مسائل، افراد می‌توانند حس قوی‌تری از خود ایجاد کنند که برای تمایز یافتگی ضروری است. ایماگوتراپی مهارت‌های ارتباطی موثری را آموزش می‌دهد که به زوج‌ها کمک می‌کند تا نیازها و احساسات خود را به شیوه‌ای سازنده بیان کنند. این مهارت‌ها موجب می‌شود که زوج‌ها از الگوهای ارتباطی منفی مانند اجتناب یا کناره‌گیری دوری کنند و در عوض، ارتباطات مثبت‌تری برقرار نمایند. رویکرد ایماگوتراپی بر این باور است که تجربیات عاطفی و روانی ما در دوران کودکی، به ویژه رابطه با والدین، تأثیر عمیقی بر انتخاب شریک زندگی و رفتارهای ما در روابط دارد. این روش به افراد کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری خود را شناسایی کرده و درک کنند که چگونه این الگوها از تجربیات گذشته‌شان نشأت می‌گیرد. افزایش خودآگاهی که از این فرآیند حاصل می‌شود، می‌تواند به بهبود تمایز یافتگی خود در زوجین و کاهش تعارضات منجر شود. این درمان زوج‌ها را تشویق می‌کند تا با تعارضات حل‌نشده و تروماهای کودکی روبرو شوند و اجازه رشد شخصی عمیق‌تری را بدهد. ایماگوتراپی باعث افزایش همدلی بین زوج‌ها می‌شود که این امر به نوبه خود موجب تقویت تمایز یافتگی می‌گردد. وقتی هر یک از زوجین قادر به درک احساسات و نیازهای یکدیگر باشند، می‌توانند هویت خود را بدون وابستگی شدید به شریک زندگی حفظ کنند. علاوه بر این محیط درمانی که در ایماگوتراپی ایجاد می‌شود، به زوج‌ها اجازه می‌دهد تا موضوعات حساس را به طور ایمن بررسی کنند. این امنیت آسیب‌پذیری را تشویق می‌کند و به شرکا اجازه می‌دهد تا خود واقعی‌شان را

بدون ترس از قضاوت یا رد کردن بیان کنند که این موضوع برای توسعه تمایز یافتگی خود و بهبود تعارضات زناشویی موثر است. هانطور که اشاره شد دیگر نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی معنادار برنامه ایماگوتراپی بر ابرازگری هیجانی زوجین بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های یداله‌ی و کرباسی زاده (۱۴۰۲)، رفعی و همکاران (۱۴۰۱) و گوون و ایسکندر^{۳۴} (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرایندهای ناهشیار بر رابطه زناشویی و تجارب آسیبهای اولیه نقش بسزایی دارد. ایماگوتراپی باعث می‌شود فرد افکار و احساسات خود را بیان می‌کند در حالی که همسر او با دقت گوش می‌دهد بدون اینکه قطع کند. سپس شنونده آنچه را که شنیده بازتاب می‌دهد تا اطمینان حاصل کند که فهمیده شده است. این فرآیند به جلوگیری از سوء تفاهم کمک کرده و اجازه می‌دهد تا گوینده احساس شنیده شدن کند. با تمرین همدلی و اعتباربخشی از طریق فرآیند گفت‌وگوی ایملگو، زوج‌ها معمولاً تجربه‌ای عمیق‌تر از پیوند عاطفی پیدا می‌کنند. این پیوند تقویت شده شرکا را تشویق می‌کند تا احساسات خود را بیشتر به صورت راحت و صادقانه بیان کنند که موجب افزایش صمیمیت در رابطه می‌شود. در این درمان زوج‌ها تشویق می‌شوند تا تجربیات دوران کودکی خود را مورد بحث قرار دهند و اینکه چگونه این تجربیات بر واکنش‌های عاطفی رابطه فعلی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. با اشتراک گذاری این داستان‌ها، شرکا می‌توانند الگوهای را شناسایی کنند که ممکن است باعث تعارض یا فاصله عاطفی شود. زوج‌ها آموزش می‌بینند تا از سرزنش و انتقاد در طول بحث‌ها پرهیز کنند و به جای آن بر بیان احساسات و نیازها تمرکز کنند. این امنیت، آسیب‌پذیری را تشویق کرده و اجازه می‌دهد تا شرکا احساسات عمیق‌تری را بدون ترس از قضاوت به اشتراک بگذارند. از طریق گفت‌وگوی ساختاریافته و کاوش در تجربیات گذشته، زوج‌ها سواد عاطفی بیشتری پیدا می‌کنند (گوون و ایسکندر، ۲۰۲۳) که این مهارت برای ابراز مؤثر احساسات و پاسخ‌دهی همدلانه به احساسات همسر بسیار موثر است. همچنین درمان ایملگو زوج‌ها را با ابزارهایی برای مدیریت تعارضات به طور سازنده مجهز می‌کند. به جای تشدید مشاجرات، شرکا یاد می‌گیرند از تکنیک‌های گفت‌وگوی استفاده کنند که فهم و حل مسئله را ترویج کند. این تغییر باعث کاهش نوسانات هیجانی در طول اختلافات شده و رویکردی همکاری‌آمیز برای حل مشکلات ایجاد می‌کند. توانایی در ابراز هیجانات مثبت و منفی نه تنها بر روابط تأثیرگذار است بلکه بر سلامت روانی فرد نیز مؤثر است. افرادی که توانایی بیشتری در بیان احساسات خود دارند، کمتر دچار اضطراب یا افسردگی خواهند شد. بنابراین، ایماگوتراپی با تمرکز بر ابرازگری هیجانی نه تنها به زوجین کمک می‌کند تا روابط خود را تقویت کنند بلکه موجب رشد شخصی و افزایش سلامت روانی آن‌ها نیز می‌شود. با یادگیری تکنیک‌های مؤثر برای بیان احساسات، افراد قادر خواهند بود روابط عمیق‌تر و معنادارتری را تجربه کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به یک شهر اشاره کرد و از آنجا که شرکت کنندگان بر اساس در دسترس بودن انتخاب شدند ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به جمعیت وسیع‌تر محدود شود. همچنین مطالعه حاضر با تنها ۳۰ شرکت‌کننده ممکن است نتواند به‌خوبی تنوع تجربیات زوج‌های درگیر در تعارض را نمایندگی کند. تنوع در تکنیک‌های درمانی و پابندی به اصول اصلی ایماگوتراپی می‌تواند منجر به نتایج نامتجانس در مطالعات شود. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی با حجم نمونه بزرگ‌تر و ارزیابی‌های پیگیری طولانی مدت برای درک بهتر اثربخشی ایماگوتراپی برای زوج‌های درگیر در تعارض انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی با این موضوع بر روی مردان متأهل نیز انجام شود. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین زوجین برای درمان زوجین دارای مشکلات زناشویی از روش ایماگوتراپی جهت افزایش بهره‌وری نتایج و بهبود کیفیت روابط زوجین بهره ببرند.

منابع

- امیری، سهراب، و سپهریان، آذر فیروزه. (۱۳۹۵). روابط ابرازگری هیجانی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی با صفات سه‌گانه تاریک شخصیتی (ماکیاولیسم، خودشیفته، ضداجتماعی). ابن سینا، ۱۸ (۲): ۱۱-۱۸.
- بهرامی، مشعوف، راضیه، احمدی، صدیقه، و رسولی، محسن. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای ابرازگری هیجانی در رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و رضایت زناشویی در معلمان زن. مطالعات زن و خانواده، ۱۰ (۳): ۳۲-۵۲.
- جعفری منش، مریم، زهراکار، کیانوش، تقوایی، داوود، و پیرانی، ذبیح. (۱۳۹۹). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین با تعارض زناشویی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۸ (۴): ۴۳۵-۴۴۶.
- خوانین زاده، زهرا، رسولی، رویا، و رضائیان، حمید. (۱۴۰۲). تجربه زیسته فرزندان نوجوان خانواده‌های دارای تعارض زناشویی در ایران. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۴ (۵۴): ۸۵-۱۱۴.
- دریکوندی، علی، و اصفهانی اصل، مریم. (۱۴۰۳). اثربخشی زوج‌درمانگری متمرکز بر شفقت بر ابرازگری هیجانی مثبت و منفی و ابرازگری صمیمیت در زوج‌های ناسازگار. مجله علوم روانشناختی، ۲۳ (۱۳۵): ۱۹۳-۱۷۷.

رفعی، فرزانه، اسدی، جوانشیر، و خواجوند خوشلی، افسانه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای واقعیت درمانی و تصویرسازی ارتباطی (ایماگو تراپی) بر ابرازگری هیجانی زنان متقاضی طلاق. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۲): ۲۰۲-۲۰۲. سالاری فر، مرضیه، دشت پزرگی، زهرا، و جدیدی، محسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش روانشناختی ایماگو تراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر در زوجین متقاضی طلاق. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۷): ۱۴۳۳-۱۴۱۵. سیدآبادی، صدیقه، نورانی پور، رحمت اله، و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی هیجان _ مدار و تصویرسازی ارتباطی (ایماگو تراپی) بر تعارضات زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره)*، ۱۹ (۷۶): ۲۳-۴. میری، ندا، زربخش بحری محمدرضا، قربان شیرودی شهره. (۱۴۰۲). اعتماد در زوجین آسیب دیده از خیانت بر اساس طرحواره های هیجانی با میانجیگری ابرازگری هیجانی. *رویش روان شناسی*، ۱۲ (۷): ۱۵۴-۱۴۳. نظرپور، داود، حیدرنیا، احمد، پوریحی، سیدمصطفی، و داورنیا، رضا. (۱۳۹۹). تاثیر زوج درمانی گروهی به شیوه تصویرسازی ارتباطی (ایماگو تراپی) بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج ها. *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، ۲۷ (۴): ۳-۱۴. وجد سارا، رضایی دهنوی صدیقه، صالحی اعظم. (۱۴۰۱). اثربخشی ایماگو تراپی بر فرایند مکالمه و ارتباط عمیق زوجین شهر بندرعباس. *رویش روان شناسی*؛ ۱۱ (۷): ۹۶-۸۷. یدالهی، سمیرا و کرباسی زاده، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی ایماگو تراپی بر ابرازگری هیجانی و بهزیستی روانشناختی دختران در شرف ازدواج، نهمین کنگره انجمن روان شناسی ایران؛ با تاکید بر «روان شناسی و مسائل اجتماعی»، تهران، <https://civilica.com/doc/2010594>

- Adekemi Omowonuola Loto, Justinah Oghenerioboru Ogboru & Omolabake Wosilat Adebayo. (2022) Home Economics Programme as a Tool for Marital Conflict Management. *International Journal of Home Economics, Hospitality and Allied Research* 1:2, 306-317.
- Askelund, A. D., Ask, H., Ystrom, E., Havdahl, A., & Hannigan, L. J. (2023). Exploring the differentiation of behavioural and emotional problems across childhood: A prospective longitudinal cohort study. *JCPP advances*, 3(4), e12176.
- Ben-Ari, K. (2022). Healing Through the Screen: Using Imago Relationship Therapy Online. In *Advances in Online Therapy* (pp. 240-248). Routledge.
- Cannoni, E., Pinto, G., & Bombi, A. S. (2023). Typical emotional expression in children's drawings of the human face. *Current Psychology*, 42(4), 2762-2768.
- Cox F, Demmitt K. (2013). *Human Intimacy: Marriage, the Family, and Its Meaning*. 11 rd rev. ed. Canada: Cengage Learning; p. 131.
- Güven, N., & İskender, M. (2023). An Application of The Imago Relationship Approach and Group Counselling for Developing the Marriage Relationship. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(39), 1047-1069.
- Ivanova, I. M. (2023). The History of the Development of Imago Therapy in Russia. *Transactional Analysis in Russia*, 3(3), 60-68.
- Jeon, S. (2023). Aging Mother-Adult Daughter Differentiation, Psychological Well-Being, and Parental Status. *Healthcare* 11, 13: 1865.
- Kashdan T. B., Barrett L. F., McKnight P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation: transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 24, 10-16.
- Keltner, D., Sauter, D., Tracy, J., & Cowen, A. (2019). Emotional Expression: Advances in Basic Emotion Theory. *Journal of nonverbal behavior*, 43(2), 133-160.
- King, L.A, Emmons, R.A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and

- physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 864- 877.
- Koçak, A. (2024). From marital conflict to life satisfaction: How basic psychological need satisfaction operates—A dyadic analysis study. *Asian Journal of Social Psychology*.
- Liu D. Y., Gilbert K. E., Thompson R. J. (2020). Emotion differentiation moderates the effects of rumination on depression: a longitudinal study. *Emotion* 20, 1234–1243.
- Marshall, T. C. (2006). Emotional intimacy in romantic relationships: A comparison of European and Chinese Canadian students. *Library and Archives Canada= Bibliothèque et Archives Canada*, Ottawa.
- Maya, J., Fuentes, I., Arcos-Romero, A. I., & Jiménez, L. (2024). Parental Attachment and Psychosocial Adjustment in Adolescents Exposed to Marital Conflict. *Children*, 11(3), 291.
- Muro L, Holliman R, Luquet W. Imago relationship therapy and accurate empathy development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2016;15(3):232 –46.
- Noy-Sharav, D. (2024). Perspective Chapter: Online Imago Couple Therapy-Characteristics and Unexpected Advantages.
- Nugrahani, A., & Rochma, I. (2024). Balancing Act: Examining the Relationship Between Role Conflict and Marital Satisfaction in Dual-Earner Families. *Journal of health research and technology*, 2(2), 171-184.
- Schmidt, C. D., & Gelhert, N. C. (2017). Couples therapy and empathy: An evaluation of the impact of imago relationship therapy on partner empathy levels. *The Family Journal*, 25(1), 23-30.
- Seah T. S., Aurora P., Coifman K. G. (2020). Emotion differentiation as a protective factor against the behavioral consequences of rumination: a conceptual replication and extension in the context of social anxiety. *Behav. Ther.* 51, 135–148.
- Skorown, E. Friedlander, M. (1998). The differentiation of self inventory: development and initial validation. *Journal of counseling psychology*. 45, 235- 246.
- Willroth E. C., Flett J. A., Mauss I. B. (2019). Depressive symptoms and deficits in stress-reactive negative, positive, and within-emotion-category differentiation: A daily diary study. *J. Pers.* 88, 174–184.
- Wilson, S. J., Syed, S. U., Yang, I. S., & Cole, S. W. (2024). A tale of two marital stressors: Comparing proinflammatory responses to partner distress and marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 119, 898-907.

(Footnotes)

- 1 - نقاط برش بر اساس دیدگاه کلاین (2016)
- 2 -Chi-Square
- 3 - normed chi-square
- 4 -Goodness Fit Index
- 5 -Adjusted Goodness Fit Index
- 6 -Comparative Fit Index
- 7 -Root Mean Square Error of Approximation