



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
راحله 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

نشانی دفتر نشریه: کرج ، بلوار مودن ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ، دانشکده علوم پزشکی ، گروه روانشناسی سلامت و بالینی

دورنگار: ۰۲۶-۳۴۴۱۸۱۵۶ تلفن: ۰۲۶-۳۴۱۸۲۵۲۱ کد پستی: ۳۱۴۹۹۶۸۱۱۱ وب سایت: <https://sanad.iau.ir/journal/jhpsy>

پست الکترونیک: healthpsychology@kiau.ac.ir یا healthpsychologyJournal@gmail.com



Organizational structure of Interdisciplinary Journal of Health and Psychology

Publisher: Islamic Azad University, Karaj branch

Director in charge: Alireza Shokrgozar

Editor-in-Chief: Hassan Ahadi

Honorary members:

Ali Montazeri , Professor of General Health and chancellor of Research Council of Health ACECR
Hassan Ashayeri, Neurologist and Neuropsychologist, Professor at Iran University of Medical Sciences

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

Shiva Dolatabadi, Psychologist and President of the Iranian Psychological Association

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

Esmat Danesh , Psychologist , Professor of Shahid Beheshti University

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

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

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

Editorial Board:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manager: Saied Malihialzackerini

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

Scientific advisors:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Executive group members:

Sharareh zeighami Mohammadi , Saied Malihialzackerini , 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 پیش از نگارش مقاله، راهنمای زیر را به دقت مطالعه و بر اساس آن مقاله را تنظیم و تحریر نمایند. آن دسته از مقاله های ارسالی به این مجله که مطالب ذکر شده در این راهنما را رعایت نکرده باشند، جهت اعمال اصلاحات اولیه مقتضی به نحوی که متناسب با این مجله باشد بازگردانده خواهند شد و زمان سپری شده در این مرحله از ارسال اولیه تا ارسال نسخه منطبق بر چارچوب مجله سلامت و روان شناسی، جزو مدت در جریان بودن مقاله در این مجله محسوب نشده و هیچگونه حقی برای نویسنده ایجاد نمی نماید. این مرحله تنها اعلام وصول مقاله ای به این نشریه که مطابقت موضوعی و یا ساختاری آن هنوز مشخص نیست و مستلزم بررسی اولیه می باشد را گواهی می نماید و تنها پس از بررسی اولیه و تایید انطباق مقاله رسیده با شرایط لازم و یا متعاقب انجام اصلاحات اولیه است که ثبت مقاله و قرارگیری آن در روند ارزیابی و ارسال به داوران مورد گواهی مجله بوده و در صورت نیاز به تاییدیه، به صورت کتبی روی سربرگ اختصاصی فصلنامه و ممهور به مهر مجله یا از طریق سامانه ی سند و تارنمای نشریه ارائه می شود. 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)

خواهشمند است حتما فرم های عدم تعارض منافع و تعهد نویسندگان را تکمیل، امضا، اسکن و در وبسایت نشریه بارگذاری کنید.

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 اسم یا واژه جایگزین فارسی مصطلح یا مناسب نباشد، می توان با حروف فارسی از آوانویسی استفاده و اصل واژه لاتین در زیرنویس نگاشته شود

نشریه سلامت و روانشناسی دارای امتیاز علمی - پژوهشی از وزارت ارشاد و رتبه علمی - پژوهشی (درجه C60) در سامانه ارزیابی نشریات دانشگاه آزاد اسلامی می باشد.

انواع مقالات مورد قبول:

مقاله های قابل پذیرش در مجله روان شناسی سلامت 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 (پیشنهاد میشود در نگارش این مقاله های حتما از وجود یک نفر کارشناس ارشد یا دکترای آمار، روش شناسی یا روان سنجی استفاده شود. در غیر این صورت حتما جهت ارزیابی توسط متخصص روان سنجی نیز ارسال خواهد شد.

ب- مقاله های نقد و بررسی (مروری) که در برگزیده کلیه مطالعات انجام شده در یک موضوع جدید علمی هستند. این مقاله های 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. مقاله های مروری غیردرخواستی تحت مراحل ارزیابی معمول مجله قرار خواهند گرفت. این مقاله های فقط در صورتی که از سوی اساتید برجسته و ماهر که در زمینه موضوع مربوطه دارای تجربیات تحقیقاتی متعدد و جایگاه متمایزی هستند ارسال شود، پذیرفته خواهد شد.

نویسنده مسئول مقاله مروری باید جزو نویسندگان حداقل ۳ مورد از منابع ارائه شده در انتهای مقاله باشد. تعداد منابع نیز نباید کمتر از ۳۰ مورد باشد. این مقاله های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی که الزامی به ساختارمند بودن آن نیست)، مقدمه، روش بررسی (این بخش شامل روشهای جستجو و دستیابی به کلیه منابع و مآخذ مرتبط و تعداد هریک از انواع در دسترس همانند کتاب، مجله، سایت و .. در زمینه موضوع مقاله می باشد که نویسنده از کلیه موارد مورد اشاره، تعداد منتخب هریک از انواع که در انتهای مقاله ارائه نموده، ذکر می نماید)، بحث، نتیجه گیری و منابع می باشد.

ج- مقاله های گزارش مورد فقط در صورتی که یک مورد جالب، نادر و استثنایی را گزارش کنند، چاپ خواهند شد. این مقاله های شامل چکیده (فارسی و انگلیسی که الزامی به ساختارمند بودن آن نیست)، 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 سلامت روان 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.

هـ- نامه به سردبیر شامل نظرات و نوشته‌های خوانندگان مجله در باره آخرین مقاله‌های منتشر شده می‌باشد.

ارسال مقاله:

مقاله‌ها از طریق وبسایت نشریه به نشانی زیر بارگذاری و ارسال شوند و در صورت نیاز به ارتباط با دفتر مجله به ایمیل نشریه پیام ارسال گردد.

<https://jhpsy.karaj.iau.ir/>

Email:healthpsychology@kiaiu.ac.ir

Email:healthpsychologyjournal@gmail.com

همراه مقاله‌های یک نامه پیوست خطاب به سردبیر مبنی بر درخواست چاپ که توسط کلیه نویسندگان امضا شده و تاریخ خورده اسکن و ارسال شود و در آن عنوان مقاله، نام نویسندگان و تعهد مبنی بر عدم چاپ یا ارسال به جاهای دیگر قید گردد. در مورد مقالاتی که قبلاً به مجلات دیگر ارسال و رد شده‌اند، اطلاعات لازم در این زمینه شامل نام مجله، تاریخ و دلایل اصلی ذکر شده نیز بیان شود.

مقاله‌های باید در محیط ویندوز و برنامه Word قابل قرائت با نرم‌افزار Office ۹۷ - ۲۰۰۷ با فونت ب لوتوس شماره ۱۲ در خطوطی که یک خط فاصله باهم داشته و حدود ۲/۵ سانتی‌متر 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. با توجه به اینکه کل مقاله‌ها مجدداً در برنامه‌ی ایندیزاین حروف چینی می‌شوند، دقت فرمایید که ساختار متن تک ستونه، جداول کاملاً فارسی باشد و از تایپ حروف بصورت متصل به یکدیگر و استفاده از (Shift+Space) اجتناب شود و واژگان با یک فاصله تایپ شوند.

تنظیم مقالات:

الف- صفحه عنوان: عنوان کامل مقاله (بصورت Bold و فونت شماره ۱۶)، نام کامل نویسندگان (بصورت Bold و فونت شماره ۱۴)، 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 نویسنده مسئول که با علامت ستاره (*) از دیگران متمایز شده باشد (با فونت شماره ۱۲) درج شود.

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

ج- چکیده و یا متن کامل به زبان انگلیسی: همانند چکیده فارسی و دقیقاً معادل آن و شامل بخش‌های Materials, objective, Results, & Methods, Conclusion و Keywords باشد. در صورتیکه نگارنده / نگارندگان مایل به چاپ مقاله به هردو زبان انگلیسی و فارسی می‌باشند، باید متن انگلیسی را همانند متن فارسی و با رعایت استاندارد تنظیم و ارسال فرمایند.

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

هـ- روش بررسی: باید دقیقاً روش کار، مشاهده، آزمایش یا مداخله را مورد اشاره قرار داده و نوع و مدت تحقیق، جامعه آماری، نمونه‌ها و نحوه انتخاب آنها، معیارهای ورود و خروج و متغیرهای پایه‌ای مربوطه که مورد لحاظ بوده‌اند، موضوعات آزمایشگاهی، متغیرهای مورد بررسی و ابزارهای سنجش بکار رفته و روایی و پایایی آنها را مشخصاً ذکر نماید. چنانچه آزمون، پرسشنامه و یا دستگاهی مورد استفاده قرار گرفته است، نام و آدرس سازنده داخل پرانتز ذکر شود. چنانچه مدت و روش بکار رفته قبلاً اثبات شده و استاندارد است، به منابع مربوطه اشاره شود، ولی اگر روش اجرا جدید می‌باشد، اطلاعات کافی در حدی که برای دیگران نیز قابل انجام و تکرار باشد لازم است. در صورتی که دارویی بکار رفته است، نام ژنریک، مقدار و نحوه تجویز آن، همچنین جنسیت و میانگین و انحراف معیار سن بیماران لازم است.

کداخلاق و ملاحظات اخلاقی لحاظ شده و نیز باید ذکر شوند. از جمله: کسب رضایت آگاهانه از کلیه کسانی که اطلاعاتی از آنها اخذ و یا مورد آزمایش قرار گرفته‌اند، شامل افراد بزرگسال شرکت کننده و یا والدین یا قیم قانونی افراد نابالغ. ذکر نام اختصاصی سازمان،

ارگان یا کمپسینی که طرح را بررسی و مورد موافقت یا حمایت قرار داده است. مطابقت روشهای نگهداری و مراقبت از حیوانات آزمایشگاهی با راهنمای بهداشتی انستیتو ملی استفاده از حیوانات آزمایشگاهی توسط انسان. روشهای آماری بکار رفته و برنامه کامپیوتری مربوطه نیز در انتهای این بخش بیان شود.

و - یافته‌ها: می‌تواند بصورت متن، جداول و یا 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. چنانچه در مطالعه، دو یا چند گروه از نظر متغیر یا متغیرهایی، یا اثرات مداخله‌ای مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، ابتدای یافته‌ها جدولی جهت مقایسه گروهها از نظر متغیرهای پایه ای و زمینه ای موثر بر متغیرهای مورد بررسی و مشخصات دموگرافیک، مشتمل بر میانگین و انحراف معیار در متغیرهای کمی و فراوانی و درصد در متغیرهای کیفی و مقدار دقیق احتمال (P-value) بدست آمده از مقایسه آنها با روشهای آماری متناسب ارائه شود که نشان‌دهنده وجود یا عدم اختلاف معنادار دو گروه و یکسان بودن آنها در این متغیرها باشد و در صورت یکسان نبودن در برخی از آنها، حتماً تعدیل اثر مخدوش کنندگی آنها انجام و اشاره شود.

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

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

ط - تشکر و قدردانی: تمامی کسانی که معیارهای لازم جهت حضور در بین نویسندگان را نداشته ولی به نوعی در انجام تحقیق مشارکت داشته‌اند، شامل ارائه کمکهای تکنیکی، فنی و نوشتاری و یا گروه‌ها و دپارتمان‌های علمی همراهی کننده، همچنین حمایت کننده‌های مالی و تهیه کنندگان مواد و لوازم مصرفی در این بخش مورد تشکر و سپاس قرار می‌گیرند.

ی- جداول و نمودارها: حتماً هر یک در صفحات جداگانه در انتهای مقاله ارائه شوند، البته وجود آنها در متن اشکالی ندارد، به شرطی که در انتها تکرار شوند. عنوان جدول باید در بالای آن ذکر و تعداد آنها بیشتر از ۶ نباشد. موضوعات توضیحی لازم در مورد جداول، بصورت زیرنگاشت جدول ذکر شود. عنوان نمودارها در زیر آنها قرار گرفته و فقط در صورتی که اطلاعات جدید و اضافه‌تری از سایر موارد ارائه می‌کنند ارسال شوند. از ارسال عکس جداول و نمودارها بپرهیزید. اعداد و کلمات بکار رفته در جداول و نمودارها بهیچوجه نباید انگلیسی باشد و حتماً باید به فارسی ارائه شود.

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

ل- منابع: تمامی مقاله‌های باید دارای منابع مستند، صحیح و مرتبط باشند و نویسنده باید از صحیح بودن آنها مطمئن باشد. از آنجا که بررسی صحت و سقم کلیه منابع در تمامی مقالات، توسط هیئت تحریریه و داوران بطور کامل مقدور نیست، لذا مسئولیت این موضوع بعهد نویسنده مسئول مقاله بوده و به‌منظور کاهش خطاهای احتمالی لازم است تا قبل از ارسال مجدداً چک شوند. چنانچه در بررسی منابع هر گونه اشکال و خطا در نحوه گزارش منابع (اعم از عنوان مقاله، کتاب و ... مربوطه، نام و تعداد نویسندگان، عنوان کامل یا اختصاری مجله و سال، دوره، شماره و صفحات) رویت شود، مقاله مذکور در هر مرحله از ارزیابی که باشد رد خواهد شد. به منظور کنترل بهتر و دقیقتر منابع، لازم است تا منابع مقاله‌های به همراه URL هر یک از آنها در نرم افزار Endnote وارد و فایل کتابخانه آن (Library) همراه مقاله ارسال گردد.

نوشته‌های شخصی و غیر رسمی و اطلاعات منتشر نشده از قبیل مقالاتی که تحت ارزیابی بوده و هنوز پذیرفته نشده‌اند، نباید بعنوان منبع استفاده شوند و فقط می‌توان در متن و داخل پرانتز به آنها اشاره نمود. منابع مورد استناد براساس سیستم ونکور در انتهای مقاله بترتیب ارجاع و استفاده در متن تنظیم، مرتب و شماره‌گذاری و در متن فقط به شماره آنها داخل پرانتز اشاره شود. منابع فارسی بکار رفته نیز باید به انگلیسی نوشته شوند. به این منظور پس از ذکر نام نویسندگان، عنوان مقاله یا کتاب یا ... به انگلیسی نوشته شده و کلمه Persian داخل پرانتز در انتهای آن ذکر و کل عنوان انگلیسی و (Persian) داخل کروشه قرار گرفته و سپس در صورت استناد به مجله فارسی، نام انگلیسی مجله مزبور و سایر اطلاعات ارائه شوند. اطلاعات کامل در مورد هریک از منابع بکار رفته مطابق دستورالعمل زیر باید ارائه شود (لطفاً به مثالها در بخش انگلیسی سایت دقیقاً توجه فرمایید).

ی- مجله: نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده «گان» (از نفر هفتم به بعد نام سایر نویسندگان با واژه همکاران جایگزین شود). سال انتشار، عنوان مقاله، عنوان اختصاری مجله (مطابق لیست منتشره سالانه نام‌های اختصاری مجلات در ایندکس مدیکوس، چنانچه مجله مزبور در آن نمایه می‌شود) و یا عنوان کامل مجله (در مورد مجلاتی که در ایندکس مدیکوس نمایه نیستند). دوره، شماره، صفحات انتخابی

گفتار ویژه

روانشناسی در ایران امروز؛ نگاهی به آینده سلامت روان با رویکردی میان‌رشته‌ای

پروفسور دکتر عصمت دانش
استاد گروه روانشناسی بالینی و سلامت دانشگاه شهید بهشتی

بسی مایه خوشوقتی است که در این گفتار ویژه، همزمان با انتشار یازدهمین شماره نشریه علمی-پژوهشی و میان‌رشته‌ای "سلامت و روانشناسی"، به تأمل و گفتگو پیرامون جایگاه و رسالت روانشناسی در ایران امروز بپردازم. در دنیای پرشتابی که جوامع با چالش‌های بی‌سابقه‌ای روبرو هستند؛ نقش ما به‌عنوان متخصصان سلامت روان بیش از هر زمان دیگری حیاتی و تعیین‌کننده است.

موقعیت کنونی کشورمان، با تمام فراز و نشیب‌ها، فرصتی بی‌نظیر برای بازاندیشی و نوآوری در رویکردهایمان فراهم آورده است. زمان آن رسیده است که با نگاهی عمیق‌تر به بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایران، راهکارهای بومی و اثربخش‌تری را توسعه دهیم. این به معنای نادیده گرفتن دانش جهانی نیست؛ بلکه تلفیق هوشمندانه آن با واقعیت‌های زیسته مردم ماست. شاید تا پیش از این، تمرکز اصلی ما بر "انطباق" مراجعان با شرایط دشوار بود؛ اما اکنون باید فراتر از انطباق، به سوی "تاب‌آوری فعال" حرکت کنیم. تاب‌آوری فعال تنها به معنای کنار آمدن با مشکلات نیست؛ بلکه شامل توانایی افراد برای رشد و بالندگی حتی در مواجهه با چالش‌هاست. این رویکرد مستلزم آموزش مهارت‌هایی است که نه تنها به افراد در عبور از بحران‌ها یاری رساند؛ بلکه منجر به تقویت خودباوری، توسعه مهارت‌های حل مسئله و افزایش حس عاملیت در زندگی‌شان شود.

اساتید، پژوهشگران و درمانگران ارجمند رسالت ما فراتر از درمانگاه‌ها و مطب‌هاست؛ باید در پیشگیری فعال و نیز در آموزش سواد سلامت روان پیشرو باشیم و در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، صدای سلامت روان را طنین‌انداز کنیم. این یعنی حرکت از درمان به سوی ارتقاء، و از واکنش به سوی کنشگری. در ایران، با غنای فرهنگی و تاریخی خود، می‌توانیم به منابع بومی نیز توجه کنیم و از مفاهیم غنی ادبیات فارسی، حکمت عرفانی یا حتی الگوهای سنتی حل مسئله در رویکردهای درمانی خود الهام بگیریم.

نشریه "سلامت و روانشناسی" با رویکردی میان‌رشته‌ای خود، پلی است میان تخصص‌های گوناگون روان‌شناسی و علوم مرتبط. این ویژگی منحصر به فرد، ما را قادر می‌سازد تا مسائل پیچیده سلامت روان را از زوایای مختلف بررسی کنیم و به راهکارهایی جامع‌تری دست یابیم. روان‌شناسی امروز دیگر به یک شاخه محدود نمی‌شود؛ بلکه همچون درختی تنومند با شاخه‌های متعدد، زندگی انسان را از ابعاد گوناگون پوشش می‌دهد. این نشریه با آغوش باز پذیرای پژوهش‌ها و مقالات ارزشمند در حوزه‌های متنوع روان‌شناسی نظیر روانشناسی بالینی، عمومی، رشد، اجتماعی، شناختی، عصب‌شناختی، تربیتی و آموزشی، صنعتی و سازمانی، سلامت و همچنین سایر رشته‌های مرتبط مانند جامعه‌شناسی، عصب روان‌شناختی، پزشکی، قضایی و دیگر علوم انسانی و پایه است. هدف ما ترویج دانشی است که نه تنها در محیط‌های آکادمیک ارزش دارد؛ بلکه به صورت کاربردی بتواند به ارتقاء کیفیت زندگی افراد و جامعه کمک کند.

دانشجویان عزیز که سرمایه‌های آینده این رشته هستند. با جرأت و پرسشگری می‌توانند از چارچوب‌های موجود فراتر روند و با نگاهی انتقادی به دنبال راه‌حل‌های نوآورانه برای مسائل پیچیده جامعه باشند. به یاد بسپاریم که موفقیت تنها در تعداد مراجعان یا مقالات علمی نیست؛ بلکه در تأثیری است که بر زندگی انسان‌ها می‌گذاریم و تغییری که در جامعه ایجاد می‌کنیم. ارتباط با مردم، درک دردهایشان و تلاش برای التیام زخم‌هایشان، والاترین هدف ماست. با کمال احترام و قدردانی، بازگشت موفق و پر قدرت نشریه "سلامت و روانشناسی" پس از وقفه‌ای نسبتاً طولانی را که مرهون تلاش‌های بی‌وقفه و دغدغه‌مند جناب آقای دکتر سعید ملیحی الذاکرینی، عضو شورای دبیران و مدیر داخلی محترم نشریه است تبریک بگویم. ایشان و همکارانشان با پشتکار مثال‌زدنی خود، زمینه را برای ازسرگیری فعالیت نشریه فراهم آوردند. این اقدام نه صرفاً برای انتشار مقالات، بلکه برای ایجاد بستری پویا جهت تبادل اندیشه، کشف راهکارهای نوین و پیشبرد مرزهای دانش در تمامی شاخه‌های روان‌شناسی است. همچنین لازم می‌دانم از تمامی اعضای شورای دبیران، نویسندگان مقالات و داوران محترم که با همراهی و همکاری دلسوزانه خود به غنای این شماره و تداوم مسیر علمی نشریه یاری رساندند؛ صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

بدیهی است، آینده سلامت روان در ایران، با تعهد و تلاش جمعی ما، روشن‌تر خواهد بود.

صفحه

فهرست

- ۸ بررسی علل تمایل به خودکشی در میان دانشجویان شهرستان مرند براساس نظریه اگنیو
نگار بهاری دلگشا
- ۲۰ اثربخشی زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار در پرستاران بیمارستان شهید
بهشتی شهر بابل
روجا تفکری / ارسلان خانمحمدی
- ۳۱ اثربخشی آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در
زنان وسواسی شهر امل
قاسم یعقوبی / ستایش درزی
- ۴۳ پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت در زنان شاغل
شهر مرودشت
زهرا شکوهی / نوشاد قاسمی
- ۵۳ استفاده از هوش مصنوعی و تاثیر آن بر سلامت روان
مریم شنوائی عباسی / علی اصغر یزدان بخش
- ۵۹ بررسی رابطه استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان
گوگان
نگار بلالی / مرتضی عزیزی
- ۷۰ مقایسه میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا و
بدون تجربه یوگا در استان مازندران
فائزه احسانگر فکجور / خدیجه حاتمی پور
- ۷۷ ارائه مدل کیفی واکنش به تشخیص اوتیسم در فرزندان؛ گذار از مرحله تشخیصی به مرحله پسا
واکنشی
حسین کدخدا / علیرضا قربانی
- ۸۸ تحلیل روانشناختی رابطه انسجام خانوادگی و اعتیاد پذیری دانشجویان
سهیل معظمی گودرزی / معصومه آزموده / سید داود حسینی نسب
- ۹۷ پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای
اختلال یادگیری
نغمه مرادی / نقیسه درودیان / مریم کلهرنیا گل کار
- ۱۰۸ پیش بینی افکار پارانوئید براساس طرحواره های ناسازگار اولیه
زهرا تفتیان / سیده زهرا سیدمیرزایی / منوچهر لرنی
- ۱۲۶ اثربخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان شرکت
بیمه سامان
دکتر افشین رباطی / محمد سرحدی

بررسی علل تمایل به خودکشی در میان دانشجویان شهرستان مرند براساس نظریه اگنیو

نگار بهاری دلگشا

کارشناس ارشد روانشناسی

Investigating the Causes of Suicidal Tendencies Among Marand City Students Based on Agnew's Theory

Negar Bahari Delgosha

Master of Psychology

Abstract

Agnew's pressure theory is a criminological theories. popularity of this theory is due to its scope , which allows researchers to investigate the effects of a range of structural and psychological stressors on a range of traumatic outcomes. Although this theory, in addition to explaining crime, has been developed and tested, it can also be used for similar behaviors such as substance abuse, deviant behaviors, and suicide. Since the conducted investigations show that no research has been done in the country in the field of student suicide from the perspective of Agnew's pressure theory, therefore, in the present study, the applicability of this theory in explaining the tendency to commit suicide among students was tested. main purpose of the current research explained the desire to commit suicide among students of Mazandaran . To achieve purpose, research method and questionnaire tool were used to collect information. The statistical population of this research is made up of all the students studying in Marand University in the academic year of 1401-1400, and a total of 200 students selected by random sampling of proportional . results of research show that mental pressure, relational pressure and removal of positive stimuli have a direct and significant relationship with the dependent variable (suicidal tendency). a direct and significant relationship between pressure and negative emotional states of students has been observed. prediction of suicidal tendency is the removal of positive stimulus, followed by pressure and relationships.

Keywords: *Suicidal tendencies, stress, relations, pressure, dignity, negative emotions*

چکیده:

نظریه فشار عمومی اگنیو، یکی از معروفترین نظریه های جرم شناختی است. معروفیت این نظریه ناشی از قلمرو و گستره آن است که به محققان اجازه میدهد درباره آثار طیفی از محرکهای تنشزای ساختاری و روانشناختی بر روی گستره های آسیبزا تحقیق کنند. گرچه این نظریه، افزون بر تبیین جرم توسعه یافته و مورد آزمون قرار گرفته، همچنین می تواند برای رفتارهای مشابه مثل سوءمصرف مواد، رفتارهای انحرافی و خودکشی نیز استفاده شود. از آنجا که بررسیهای انجام شده نشان می دهند که در داخل کشور پژوهشی در زمینه بررسی خودکشی دانشجویان از دیدگاه نظریه فشار اگنیو انجام نشده است، لذا در پژوهش حاضر، کاربردپذیری این نظریه در تبیین تمایل به خودکشی در میان دانشجویان مورد آزمون قرار گرفت. هدف اصلی تحقیق حاضر تبیین تمایل به خودکشی در میان دانشجویان دانشگاه مرند بوده است. برای نیل به این منظور از روش تحقیق پیمایشی و ابزار پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات بهره گرفته شد. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه مرند در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل داده اند، که در مجموع ۲۰۰ نفر از این دانشجویان به روش نمونه گیری تصادفی طبقه های متناسب انتخاب شدند. نتایج تحقیق نشان میدهد که فشار منزلی، فشار رابطه ای و حذف محرک مثبت با متغیر وابسته (تمایل به خودکشی) رابطه مستقیم و معناداری داشته اند. همچنین رابطه مستقیم و معناداری بین فشار و حالات عاطفی منفی دانشجویان مشاهده شده است. قویترین پیشبینی کننده تمایل به خودکشی، حذف محرک مثبت است و پس از آن فشار منزلی و رابطه ای در رتبه های بعدی قرار داشته اند.

کلیدواژه ها: تمایل به خودکشی، فشار رابطه ای، فشار منزلی، احساسات منفی

مقدمه

مسائل اجتماعی جامعه، پدیده هایی اجتماعی اعم از شرایط ساختاری و الگوهای کنشی هستند که در مسیر تحولات اجتماعی بر سر راه توسعه؛ یعنی بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب قرار میگیرند و مانع تحقق اهداف و تهدیدکننده ارزشها و کمال مطلوبها می شوند. این مسائل اجتماعی به عنوان پدیده هایی نامطلوب اذهان نخبگان و افکار عمومی مردم را به خود مشغول میدارند، به طوری که نوعی وفاق و آمادگی جمعی برای مهار آنها پدید میآید و مقامات رسمی کشور را به چاره جویی و اقدام در جهت اصلاح و رفع و یا پیشگیری از آنها وای می دارد (عبداللهی، ۱۳۸۳: ۱۱). یکی از رفتارهای پرخطر در جامعه کنونی که در زمره مسائل و آسیبهای اجتماعی رایج قرار میگیرد، خودکشی است، که تغییر ساختاری و جواترشدن افراد جوانی که اقدام به این رفتار می کنند نیز بر اهمیت این مسأله افزوده است (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). این پدیده به عنوان نقطه پایانی طیفی توصیف شده که با ایده پردازی خودکشی (فکر کردن به خودکشی) شروع و با برنامه ریزی و آماده سازی برای خودکشی و در نهایت با تهدید، اقدام و تکمیل خودکشی همراه می شود (باریوس و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۲۹). تحقیقات نشان داده اند که سابقه گذشته از اقدام به خودکشی، بهترین شاخص برای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در آینده است (اسپوزیتو و همکاران، ۲۰۰۳).

خودکشی یک مسأله بهداشتی مهم در میان جوانان در سرتاسر جهان است (هیرسچ و همکاران، ۲۰۰۷: ۱۷۷)؛ به طوری که براساس آمارها و پژوهشهای موجود در خارج از کشور، سومین علت عمده مرگ در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (هویت و همکاران، ۱۹۹۹؛ اندرسون و اسمیت، ۲۰۰۳) و دومین علت عمده مرگ در میان دانشجویان است (شوارتز، ۲۰۰۶، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۰۷، ونگ، ۲۰۱۱: ۳؛ محمدی نیا و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۴). طبق مطالعاتی که در سال (۲۰۰۱) در کشور ایالات متحده صورت گرفت، مشخص شد که ۹/۵ درصد از دانشجویان کالج در سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ به صورت جدی به خودکشی فکر می کنند و ۱/۵ درصد از آنها نیز به خودکشی اقدام کرده اند (کیسچ و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این یافته های مطالعاتی دیگر در ایالات متحده گویای آن بود که در فاصله سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۴، ۱۴۰۴ مورد خودکشی در طول این ۱۴ سال گزارش شده است که میزان آن معادل ۶/۵ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار دانشجو بوده است (شوارتز، ۲۰۰۶).

در ایران نیز شواهد موجود بیانگر آن است که میزان خودکشی، بخصوص در میان جوانان در سالهای اخیر در حال افزایش است. مطابق با آمار دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، در ایران در فاصله سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۳، ۲۹۲ مورد خودکشی در بین دانشجویان گزارش شده، که از این میان ۲۵ مورد (۸/۶ درصد) خودکشی کامل بوده است (رضایی آدریانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۲). همچنین، پناغی و همکاران (۱۳۸۷) با بررسی آمار پزشکی قانونی نشان دادند در سالهای ۸۵-۱۳۸۳ تعداد ۲۳۰ خودکشی در دانشجویان زیر پوشش وزارت علوم رخ داده است، که بر پایه آن بیشینه نرخ خودکشی دانشجویی در ایران ۳ در ۱۰۰۰۰ نفر است. بنابراین، میتوان گفت که دانشجویان به عنوان قشر جوان جامعه، از جمله گروه های سنی آسیبپذیر در برابر خودکشی هستند. دوران دانشجویی، دوره انتقالی مهمی است که طی آن فرد فشارهای تحصیلی، انتخاب های شغلی، تصمیم گیری در مورد اهداف زندگی و تنهایی و دوری از خانواده و شبکه حمایت اجتماعی را پشت سر میگذارد (پناغی و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۸). خودکشی و ایده پردازی خودکشی در میان

ارزشیابی یا تأیید اعتبار تجربی این نظریه می شود، بلکه می تواند به نحو بهتری ما را در شناخت علل و عوامل مؤثر بر بروز رفتارهای خودکشانه و ارائه راهکارهای مؤثر بر مبنای نظریه فشار عمومی اگنیو یاری رساند. علاوه بر این، مطالعه تمایل به خودکشی به برنامه ریزان کمک می کند تا برنامه های لازم برای کنترل و کاهش رفتارهای خودکشانه در میان دانشجویان را بر اساس دلالت های سیاسی مبتنی بر نظریه های فشار، به خصوص نظریه فشار عمومی اگنیو طراحی و اجرا کنند.

پیشینه تحقیق

با توجه به بررسیهای انجام شده در داخل کشور، اگرچه در مورد خودکشی و مسائل مربوط به آن پژوهش های متعددی صورت گرفته است، ولی به نظر میرسد که هیچ تحقیقی نظریه فشار عمومی اگنیو را به عنوان یک مدل تبیینی برای خودکشی مورد آزمون قرار نداده است. از این رو، در این تحقیق در بخش تحقیقات داخلی صرفاً به تحقیقاتی پرداخته شد که صرف نظر از چهارچوب نظریات به بررسی خودکشی در میان دانشجویان پرداخته اند. بر خلاف تحقیقات داخلی، با بررسی تحقیقات انجام شده در خارج از کشور، مشخص شد که شمار اندکی از این تحقیقات، این نظریه را به عنوان یک مدل تبیینی برای خودکشی آزمون کرده اند. از این رو، در بخش تحقیقات خارجی صرفاً به تحقیقاتی که از دیدگاه نظریه فشار عمومی اگنیو به بررسی خودکشی پرداخته اند، اشاره شده است.

اگنیو (۱۹۹۸) پژوهشی را با عنوان «پذیرش خودکشی: یک مدل روان شناختی اجتماعی» انجام داده است که هدف از انجام آن، توسعه و آزمون مدلی بود که در پی تبیین تغییرات فردی در پذیرش خودکشی بر حسب ویژگیها و مشخصه های فردی در محیط اجتماعی بود. مدل مورد نظر بر اساس سه تئوری عمده در جرم و انحراف؛ یعنی تئوریهای فشار، یادگیری اجتماعی و کنترل اجتماعی طراحی شده بود. در این تحقیق، از داده های مربوط به پیمایش عمومی اجتماعی سال ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ که توسط مرکز تحقیقات نظرسنجی ملی در دانشگاه شیکاگو صورت گرفته است، استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که فشار، استرس و پیوند اجتماعی ضعیف با دیگران نسبتاً تأثیر کمی بر پذیرش خودکشی دارند.

وات و شارپ (۲۰۰۱) پژوهشی را با عنوان «تفاوت های جنسیتی در فشارهای مرتبط با رفتارهای خودکشیگر در میان نوجوانان» انجام داده اند، که برای این کار از داده های بهداشتی نوجوانان در ایالت کارولینای شمالی آمریکا استفاده شده است. مطالعه مذکور، با استفاده از نمونه گیری خوشه ای، اطلاعاتی را در مورد اقدام به خودکشی برای تقریباً ۱۹ هزار نوجوان فراهم نمود. اقدام به خودکشی به عنوان متغیر وابسته و فشارهای منزلی و رابطه ای به عنوان متغیرهای مستقل در این تحقیق هستند. یافته های توصیفی

جوانان با پیشینی کننده هایی، مثل طرد و احاطه اجباری خانواده (فریدن تهال و استیفمن، ۲۰۰۴؛ پلکونن و ماراتونن، ۲۰۰۳؛ بچتولد، ۱۹۹۴) عملکرد تحصیلی ضعیف (گروسمن، میلیکان و دیو، ۱۹۹۱) و مسائل مربوط به سلامت روانی، از جمله افسردگی (لماستر و همکاران، ۲۰۰۴؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲، به نقل از والز و همکاران، ۲۰۰۷) پرخاشگری، نومیدی، کمالگرایی و عزت نفس پایین (وات و شارپ، ۲۰۰۲: ۲۳۵) گره خورده است.

به علت نقش مهمی که دانشجویان در اداره آینده کشور به عهده دارند، توجه به سلامت روان آنها و آشنایی با مسائل و مشکلاتی که در واقع شالوده بحرانهای رفتاری، به ویژه رفتار اجتماعی آنان است، ضروری است و هر گونه عدم آشنایی با این مسائل، ممکن است سبب تشدید واکنشهای زمینه ساز در بروز رفتارهای غیرعادی خطرناکی شود که می تواند دامن گیر جامعه هم گردد. در این شرایط جامعه نه تنها بخشی از نیروهای مولد خود را از دست میدهد، بلکه به علت بیماریها، معلولیتها و آسیبهای جسمی و روانی- اجتماعی ناشی از این معضل، باید هزینه های نگهداری و ارائه مراقبتهای خاص را برای سالهای طولانی بپردازد. از سوی دیگر، خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده قربانیان آسیب می زند، تأثیرات منفی بر زندگی اجتماعی آنها به جای میگذارد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش میدهد (علیوردینا و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). لذا، شناخت همه جانبه این پدیده در میان جوانان و دانشجویان در جهت اتخاذ رویکردهای پیشگیرانه، ضروری به نظر میرسد.

نظریه فشار عمومی اگنیو، که امروزه یکی از معروفترین نظریه های جرم شناختی است و معروفیت آن ناشی از قلمرو و گستره آن است، به محققان اجازه میدهد تا در مورد آثار طیفی از محرکهای تنشزای ساختاری و روان شناختی بر روی گستره ای از پیامدهای آسیبزا تحقیق کنند (همان: ۲۲۰). درواقع، گرچه این نظریه، برای تبیین جرم توسعه یافته و مورد آزمون قرار گرفته، همچنین می تواند برای رفتارهای مشابه مثل سوء مصرف مواد، رفتارهای انحرافی و خودکشی نیز استفاده شود (استاک و واسرمان، ۲۰۰۷: ۱۰۴). نظریه فشار عمومی اگنیو، به ویژه برای تبیین خودکشی در میان جوانان مناسب است، چون آنها فاقد قدرت هستند و اغلب مجبورند تا در موقعیتهایی که آن را آزارنده میدانند، باقی بمانند (والز و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۲۱). لذا، تحقیق حاضر به دنبال تبیین جامعه شناختی تمایل به خودکشی در میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه مرند است. به عبارت دیگر، هدف از تحقیق حاضر این است که طیفی از محرکهای تنشزا از دیدگاه نظریه فشار عمومی اگنیو در ارتباط با رفتارهای خودکشانه بررسی کند. از آنجا که بررسی های انجام شده نشان می دهند، در داخل کشور پژوهشی در زمینه بررسی خودکشی دانشجویان از دیدگاه نظریه فشار اگنیو انجام نشده است. لذا انجام این تحقیق نه تنها موجب

و رفتاری ناشی از فشارهای جدی را بر اساس تفاوت‌های جنسیتی آزمون کرد. یافته‌های توصیفی این پژوهش بیانگر آن بودند که هم تجربه فشار و هم احساسات منفی ناشی از آن، هر دو ماهیتاً جنسیتی هستند. زنان در مقایسه با مردان بیشتر احتمال داشت که دوستان و اعضای خانوادگی داشته باشند که در یک سال گذشته خودکشی کرده باشند، درحالی‌که مردان با احتمال بیشتری نسبت به زنان قربانی خشونت شده بودند. یافته‌ها همچنین نشان داد در حالی‌که هیچ تفاوت آماری معناداری بین مردان و زنان با توجه خشم وجود ندارد، زنان سطوح بالاتری از افسردگی را نسبت به مردان گزارش کردند.

تحقیقی دیگر توسط ژانگ و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان «تنش‌های روان‌شناختی و خودکشی جوانان در چین» انجام شده است. در این مطالعه، ترکیبی از نقش عوامل روانی و اجتماعی در پیش‌بینی خودکشی که به فرهنگ چینی مرتبط است، در ارتباط با خودکشی شناسایی شد و نظریه فشار از خودکشی، با داده‌های چینی مورد آزمون قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان و زنان جوان در گروه‌های سنی ۱۵-۳۴ سال از ۱۶ منطقه روستایی در چین در سال ۲۰۰۸ هستند، که از این تعداد ۳۹۲ مورد خودکشی و ۴۱۶ گروه کنترل به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه مورد نظر با دو فرد مطلع برای هر خودکشی و هر گروه کنترل مصاحبه شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که ازدواج و مذهب یا تعصب مذهبی در میان زنان جوان روستایی، عامل تمایز گروه خودکشی از گروه کنترل نیستند و فشارهای روانشناختی در شکل‌هایی از قبیل: محرومیت نسبی، آرزوهای تحقیق‌ناافته و فقدان مهارت‌های مقابله با خودکشی ارتباط معناداری داشتند.

با بررسی تحقیقات انجام شده در داخل کشور، می‌توان گفت که تعداد کمی از این تحقیقات در زمینه بررسی خودکشی در میان دانشجویان بوده است، که از این میزان، تنها تعداد ناچیزی گرایش به خودکشی را در این گروه جمعیتی بررسی کردند. همچنین، تعداد اندکی از تحقیقات انجام شده در زمینه خودکشی در میان دانشجویان از منظر جامعه‌شناختی این پدیده را بررسی کردند. علاوه بر این، با بررسی تحقیقات انجام شده در داخل کشور، می‌توان گفت که به نظر می‌رسد هیچ تحقیقی نظریه فشار عمومی اگنیو را به عنوان یک مدل تبیینی برای خودکشی آزمون نکرده است. متأسفانه، به واسطه مدیکالیزه شدن مسائل اجتماعی عمده تحقیقات داخلی انجام شده در این زمینه، از منظر روانشناختی و پزشکی به این مسأله پرداختند که اغلب آنها به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و روانی و همچنین، وضعیت سلامت جسمانی فرد خودکشی می‌پردازند و خلأ جدی در این حوزه پژوهشی وجود دارد. مدیکالیزه شدن، فرآیندی است که در آن مشکلات غیرپزشکی به نوعی تعریف می‌شود و به گونه‌ای برخورد می‌شود که گویی مسئله‌ای پزشکی است. در این فرآیند،

این پژوهش نشان دادند که بین ۱۹۰۰۰ نوجوانی که با آنها مصاحبه شد، ۲ تا ۶ درصدشان اظهار کردند که در یک سال گذشته به خودکشی اقدام نموده‌اند که این میزان، برای زنان به طور در خور توجهی بیشتر از مردان بوده است. نتایج همچنین نشان‌دهنده آن بود که مردان و زنان به هر دو نوع فشار (رابطه‌ای و منزلی) واکنش نشان می‌دهند، اما زنان تمایل بیشتری نسبت به فشارهای رابطه‌ای و مردان نیز تمایل بیشتری به فشارهای منزلی مرتبط با اقدام به خودکشی دارند. به طور کلی، از مهمترین یافته‌های این تحقیق این بوده که داشتن دوستان نزدیک، به صورت مثبت با اقدام به خودکشی برای زنان رابطه دارد.

والز و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی را با عنوان «فشار، هیجان و خودکشی در میان جوانان آمریکایی» انجام داده‌اند که در آن مطلوبیت نظریه فشار عمومی اگنیو، برای تبیین رفتارهای خودکشانه در میان جوانان آمریکایی مورد آزمون تجربی قرار گرفته است. داده‌های این پژوهش از ۷۲۱ جوان از آمریکای مرکزی و کانادا گردآوری شد. در این مطالعه آثار فشار و محرک‌های تنش‌زا بر روی خودکشی از طریق آزمون آثار واسطه‌ای احساسات منفی بر روی روابط بین محرک‌های تنش‌زا و تمایل به خودکشی، مورد سنجش قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده آن بود که فشارها و محرک‌های تنش‌زای متعددی با تمایل به خودکشی در ارتباطند که عبارتند از: سختگیری والدین، بی‌سرپرستی، گرایش‌های منفی مدرسه و مورد تبعیض قرار گرفتن. یافته‌ها همچنین نشان دادند که علایم افسردگی و خشم به عنوان آثار واسطه‌ای، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای خودکشی محسوب می‌شوند.

سیگفوس دوتیر و همکاران (۲۰۰۸) در مقاله‌ای با عنوان «مدل اثرات بهره‌کشی جنسی بر روی رفتار خودکشانه و بزهکاری: نقش احساسات به عنوان عوامل واسطه‌ای» با استفاده از آزمون برخی از اصول نظریه فشار عمومی اگنیو به بررسی این پرداختند که آیا حالات افسردگی و خشم به عنوان آثار واسطه‌ای بهره‌کشی جنسی، بر روی رفتارهای خودکشانه و بزهکاری تأثیر دارند یا نه؟ داده‌های این پژوهش از پیمایش ملی نوجوانان ایسلندی در سال ۲۰۰۴ جمع‌آوری شده بود. در این پژوهش مدل‌سازی معادله ساختاری نشان داد که برخلاف بزهکاری به ظاهر مستقیم، که احساس خشم در آن دارای نفوذ بیشتری است، در رفتارهای خودکشانه، افسردگی از نفوذ بیشتری نسبت به احساس خشم برخوردار است.

کافمن (۲۰۰۹) مقاله‌ای را با عنوان «پاسخ‌های جنسیتی به فشارهای جدی: استدلالی برای نظریه فشار عمومی» انجام داده است. در این پژوهش، از داده‌های ی که قبلاً توسط سازمان ملی سلامت نوجوانان در کارولینا گردآوری و شامل ۱۲۰۱۸ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر اهل کارولیناست، استفاده شد. کافمن با استفاده از داده‌های مربوط به سلامت نوجوانان، تجربه احساسی

بین اهداف اقتصادی و آرزوهای تحصیلی از تئوری فشار حمایت کردند، قدرت تبیینی متغیرهای فشار در ارزیابی با متغیرهایی از سایر تئوریا (مثل تئوری کنترل و یادگیری اجتماعی) ضعیف بوده است (مازروول، ۱۹۹۸: ۶۷). در تلاش برای احیای مجدد تئوری فشار در سطح فردی، اگنیو در سال (۱۹۹۲) نظریه فشار عمومی را در ادامه نظریه های قبلی فشار توسعه داد (وق ۲۰۱۱: ۱۷). مطابق با نظریه فشار عمومی، فشار به عنوان روابط منفی با دیگران تعریف می شود: روابطی که در آن دیگران آن گونه که فرد می خواهد با او رفتار شود، رفتار نمی کنند (ساویج، ۲۰۱۱: ۳۸؛ اگنیو، ۱۹۹۲: ۴۸؛ وارهام، ۲۰۰۵: ۲۲). برخلاف نظریه های فشار پیشین که بر فشار اقتصادی متمرکز بودند، اگنیو بر پیچیده بودن فشار در جامعه مدرن تأکید داشت (سیگل و سینا، ۱۹۹۷: ۱۶۹). از این رو، وی در نظریه فشار عمومی خود به سه منبع اصلی فشار اشاره می کند که این منابع عبارتند از:

فشار ایجاد شده به خاطر شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت

بر اساس اولین جزء از نظریه فشار عمومی اگنیو، افرادی که در رسیدن به اهداف ارزشمند مثبت خود شکست می خورند، فشار را تجربه خواهند کرد (برگرن، ۲۰۱۰: ۱۷). این نوع از فشار خود به سه مقوله فرعی تقسیم بندی می شود که عبارتند از: الف) گسست میان آرزوها و توقعات؛ ب) گسست میان توقعات و دستاوردهای واقعی؛ ج) گسست میان پیامدهای مورد انتظار و پیامدهای واقعی (بلونیز و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۵۰).

حذف محرک های ارزشمند مثبت

دومین منبع فشار، حذف محرک های ارزشمند مثبت را در بر می گیرد. این نوع از فشار شامل ترس از دست دادن یا از دست دادن واقعی محرک های ارزشمند مثبت است. اگنیو استدلال می کند که افراد ممکن است سعی کنند تا از دست دادن این محرک ها جلوگیری کنند و در نتیجه ممکن است خودشان را در اعمال خلاف درگیر کنند (پک، ۲۰۱۱: ۱۳)؛ برای مثال، از دست دادن دوست پسر یا دوست دختر، مرگ یا بیماری وخیم یک دوست، انتقال به یک مدرسه جدید، طلاق یا جدایی والدین، اخراج شدن از مدرسه و وجود شرایط ناسازگار متنوع در کار می تواند موجب فشار باشد (گالوپ، ۲۰۰۶: ۱۱). به طور کلی، هنگامی که فرد سعی در مقابله با حذف محرک مثبت دارد، یا به دنبال انتقام از کسانی است که آن انگیزه مثبت را از او گرفتند و یا زمانی که سعی در جایگزین کردن آن با استفاده از مواد غیرمجاز دارد، نتیجه آن ممکن است بزهکاری باشد (وارهام، ۲۰۰۵: ۲۶).

حضور محرک های منفی

سومین منبع فشار، از طریق مواجهه با محرک های منفی یا مضر ایجاد می شود. محرک های مضر یا منفی، موقعیتهای قدرتمندی هستند

با هویت پزشکی بخشیدن به حوزه هایی که قبلاً غیرپزشکی تعریف می شد، مثل آسیب های اجتماعی، قلمرو علم پزشکی به حوزه های غیرپزشکی نیز گسترش می یابد (علیوردی نیا، ۱۳۸۹: ۶۹). درواقع، گفتمان پزشکی، بر شخصیت فرد از طریق ابزار بیرونی (پزشکان، روان پزشکان، تجویز دارو و...) تمرکز دارد (همان: ۷۰). همچنین، فقدان چهارچوب نظری و ضعف های روش شناختی از مصادیق بارز بسیاری از پژوهش های انجام شده در داخل کشور در زمینه خودکشی است. از سوی دیگر، بسیاری از این پژوهش ها در سطح توصیفی بوده و از حد همبستگی های ساده آماری فراتر نرفته است. لذا سهم پژوهش های جامعه شناختی که مبتنی بر بینش تئوریک بوده و در پی تبیین سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر آن باشد، اندک است (علیوردینیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۳). از مهمترین یافته های تحقیقات داخلی که میتوان به آن اشاره کرد، این است که عواملی مثل میزان افسردگی، وابستگی به الکل، پیشرفت تحصیلی، نظارت خانواده، طلاق والدین، حمایت اجتماعی و میزان بزهکاری، از جمله عوامل مهمی هستند که با خودکشی دانشجویان در ارتباط هستند.

برخلاف تحقیقات داخلی، در خارج از کشور درباره تئوری فشار عمومی اگنیو و خودکشی مطالعات و پژوهش هایی انجام شده است. از مهمترین یافته های تحقیقات انجام شده در خارج از کشور که میتوان به آن اشاره کرد، این است که عوامل فشارزا مثل: والدین مقتدر، بیسرپرستی، تجارب منفی مدرسه، قربانی تبهکاری شدن و فشار اقتصادی، از جمله عوامل مهم در ارتباط با خودکشی بوده و در اکثر موارد حالات عاطفی منفی مثل خشم و افسردگی به عنوان عوامل واسطه ای در تبیین خودکشی اثرگذار بوده اند. همچنین، اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه به ابعاد خاصی از نظریه فشار عمومی اگنیو پرداخته اند و جمعیت تحقیق از دانشجویان دانشگاه ها یا کالج ها نبوده اند. لذا جای یک تحقیق جامعه شناختی که تمامی منابع فشار اگنیو را برای تبیین خودکشی و آن هم در میان دانشجویان بررسی کند، در این تحقیقات خالی است.

چهارچوب نظری

نظریه های فشار از جمله نظریه های ساختاری هستند که به دلیل داشتن محدودیتهایی در معرض انتقاد شدید قرار گرفته اند. به دنبال این انتقادات، رابرت اگنیو از جمله کسانی بود که به حمایت از این نظریه برآمد و برای پاسخ به این انتقادات نظریه مذکور را مورد بررسی مجدد قرار داد و دوباره تدوین کرد (علیوردی-نیا، ۱۳۸۹: ۹۷). مخربرترین عاملی که موجب سقوط نظریه فشار کلاسیک گردید، پشتیبانی تجربی ضعیف آن در سطح فردی بوده است. در نظریه فشار کلاسیک، محققان معمولاً فشار را به عنوان شکاف بین آرزوها و انتظارات شغلی و آموزشی بررسی کردند که حمایت از نظریه فشار در این شکل ضعیف بوده است. با این حال، گرچه برخی از تحقیقات از طریق سنجش فشار به عنوان شکاف

خودکشی این بود که او به جای مطالعه تعاملات فردی در متن جامعه بر مطالعه گروه‌هایی از افراد در جامعه پرداخته بود (دیرکز، ۲۰۰۷: ۱۰). این نظریه، بر روی روابط منفی با دیگران که ممکن است از دستیابی فرد به اهداف ارزشمند مثبت جلوگیری کند و همین‌طور ممکن است که او را به سمت محرک‌های منفی هدایت کند، تأکید می‌کند. جوانانی که تحت فشار قرار می‌گیرند، از طریق حالات عاطفی منفی مثل خشم و احساسات مرتبط با آن، به سمت رفتارهای بزهکارانه تمایل پیدا می‌کنند و این احساسات اغلب پیامد روابط منفی با دیگران هستند. نظریه فشار عمومی در جایی که رفتار منفی ممکن است: ۱- وسیله‌ای برای فرار از موقعیتهای آزارنده باشد و یا ۲- هنگامی که فرار ممکن نیست، در نتیجه از طریق احساسات بیرونی (مثل خشم) وارد عمل می‌شود، به حل مسأله یا کنار آمدن با ماهیت رفتارهای بزهکارانه یا رفتارهای مخاطره آمیز تأکید دارد. در این مورد، رفتارهای خودکشیگر به عنوان رفتاری نابهنجار یا بزهکارانه در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند به صورت واضح‌رهای برگشت‌ناپذیر از فشار و نیز احساسات منفی مرتبط با آن و همچنین، یک واکنش احساس محور را در ناتوانی برای رهایی نشان دهد (والز و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۲۲).

فرضیه‌های تحقیق

تمایل به خودکشی تابعی مثبت از حذف محرک ارزشمند مثبت است. تمایل به خودکشی تابعی مثبت از قرار گرفتن در معرض محرک منفی است. دانشجویان با فشارهای منزلی احتمال بیشتری وجود دارد که به خودکشی تمایل داشته باشند. دانشجویان با فشارهای رابطه‌ای احتمال بیشتری وجود دارد که به خودکشی تمایل داشته باشند. دانشجویانی که از افسردگی و خشم بالاتری برخوردارند، احتمال بیشتری وجود دارد که به خودکشی تمایل داشته باشند. دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر احتمال بیشتری وجود دارد که به خودکشی تمایل داشته باشند. دانشجویانی که رفتارهای انحرافی بیشتری را تجربه کردند، احتمال بیشتری وجود دارد که به خودکشی تمایل داشته باشند. بین منابع فشار با حالات عاطفی منفی رابطه مثبت وجود دارد.

طرز کار و مطالعه

روش تحقیق پژوهش حاضر پیمایشی و از طرح تحقیق مقطعی است، که در آن برای گردآوری داده‌ها از تکنیک پرسشنامه استفاده شده است. جمعیت تحقیق پژوهش حاضر، شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر (۹۹۴۰) دانشگاه مرند است که در

که افراد، خصوصاً جوانان، به آسانی نمی‌توانند از آن اجتناب کنند (وارهام، ۲۰۰۵: ۲۶). مثالهایی از چنین محرک‌هایی، شامل: کودک آزاری، قربانی تبهکاری شدن، تنبیه بدنی، زدوخورد بین همسالان، شکست تحصیلی و حوادث تنش‌زای زندگی، از تهدیدهای زبانی تا آلودگی هوا است (علی‌وردینیا، ۱۳۸۹: ۹۹). داده‌های زیادی بیانگر این هستند که ارائه محرک‌های مضر ممکن است، به تجاوز و سایر پیامدهای منفی در شرایط معین منجر شود؛ حتی زمانی که فرار قانونی از چنین محرک‌هایی امکان‌پذیر باشد. زمانی که جوان تلاش می‌کند تا: ۱. از محرک‌های منفی اجتناب یا فرار کند؛ ۲. محرک‌های منفی را کاهش دهد و یا پایان بخشد؛ ۳. دنبال جایگزینی برای منبع انگیزه منفی یا اهداف مرتبط با آن باشد؛ ۴. از طریق استعمال غیرقانونی مواد مخدر پیامد آثار محرکات منفی را خنثی کند. محرک مضر ممکن است به بزهکاری منجر شود (اگنیو، ۱۹۹۲: ۵۸).

فشار منزلی و رابطه‌ای و خودکشی

زمانی که فرد برای دستیابی به یک منزلت خاص استرس را تجربه می‌کند و آن منزلت برای فرد در جامعه مهم است، فشار منزلی اتفاق می‌افتد. شاخصهای بالقوه فشار منزلی برای نوجوانان موفقیت-های تحصیلی پایین‌تر و مشغولیت در مدرسه را شامل می‌شود. وات و شارپ در سال (۲۰۰۱) دریافتند که فشار منزلی برای نوجوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای ایده‌پردازی خودکشی است. همچنین، موفقیت تحصیلی از طریق نمره معدل توسط لوینسون و همکاران در سال (۱۹۹۶) برای بررسی فشار منزلی نوجوانان ارزیابی شد. آنها نیز دریافتند که رابطه معنیداری بین منزلت (معدل کم) و ایده‌پردازی خودکشی در میان نوجوانان وجود دارد. هنگامی که فرد در تلاش برای داشتن یک رابطه مثبت با خانواده و همالانش، استرس را تجربه می‌کند، فشار رابطه‌ای اتفاق می‌افتد. فشار رابطه‌ای (رابطه با همالان و رابطه با پرستار) توسط محققان پیشینی کننده مهمی برای ایده‌پردازی خودکشی بوده‌اند. وات و شارپ در سال ۲۰۰۱ دریافتند که فشارهای رابطه‌ای زمانی که دو متغیر جنسیت و قومیت کنترل شدند، با ایده‌پردازی خودکشی در میان نوجوانان در ارتباط بوده است. رابطه با خانواده و همالان (برای مثال، فروپاشی روابط یا نزاع با والدین) به طور ویژه منابع مهمی از فشار بودند که موجب رفتار و ایده‌پردازی خودکشی می‌شدند. به طور کلی، دو نوع فشار منزلی و رابطه‌ای، برای تبیین اینکه چرا برخی از نوجوانان محتمل‌ترند تا نسبت به سایر نوجوانان ایده‌پردازی خودکشی داشته باشند، میتوانند به عنوان دو عامل مهم بررسی شوند.

کاربرد نظریه فشار عمومی برای بررسی خودکشی

یکی از محدودیتهای کار دورکیم در نظریه کلاسیک او درباره

و شارپ، ۲۰۰۱؛ دیرکز، ۲۰۰۷؛ پیک، ۲۰۱۱).

حذف محرک مثبت

این مقوله از فشار، شامل آن دسته از رویدادها یا شرایطی است که در آن فرد برخی از چیزهای ارزشمند را از دست داده یا ترس از دست دادن آنها را دارد (اسواگر، ۲۰۱۱: ۸). مثالهایی از این مقوله عبارتند از: مرگ معشوقه، قطع کردن رابطه با یک دیگری مهم، از دست دادن یک شغل یا پایگاه با ارزش و سرقت اموال شخصی، مرگ یا بیماری جدی دوستان، طلاق یا جدایی والدین (همان؛ اگنیو، ۱۹۹۲: ۵۷). معیار سنجش حذف محرک مثبت در این تحقیق بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (رابرتسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ مازرول، ۱۹۹۸؛ فیوم، ۲۰۰۳؛ پاتچین و هیندوجا، ۲۰۱۰؛ فرانسیس، ۲۰۰۷؛ ژانگ و جانسون، ۲۰۰۳؛ کاستر و زینو، ۲۰۱۰) که شامل ۱۰ گویه است. بر این اساس، با ارائه فهرستی از حوادث منفی زندگی از قبیل طلاق یا جدایی والدین، مرگ یک دوست، مشکلات مالی خانواده و ... از پاسخگویان پرسیده شد که آیا هر یک از این حوادث برای شما در طول یک سال گذشته اتفاق افتاده است یا خیر. لذا پاسخ به هر یک از سؤالهای این متغیر به صورت دو مقوله‌های (بله/خیر) بوده است.

حضور محرک منفی

حضور محرک منفی به عنوان منبعی از فشار ممکن است به فعالیت‌های بزهکارانه یا مجرمانه منجر شود. محرک منفی به افزایش چیزهایی اشاره دارد که در زندگی یک فرد منفی بوده و چندان مطلوب نیستند (برگرن، ۲۰۱۰: ۱۸). مثالهایی از این محرکهای منفی عبارتند از: سوء استفاده جسمی، جنسی یا روحی، بیکاری طولانی مدت، تنبیه فیزیکی (آسلین، ۲۰۰۹: ۱۰) روابط منفی با همالان، خانواده و معلمان (فرانسیس، ۲۰۰۷: ۱۹). برای سنجش و اندازه گیری متغیر حضور محرک منفی از سه بعد روابط منفی با همسالان، فشار مالی و فشار تحصیلی استفاده شده است. تدوین گویههای این مقیاس بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (وارهام، ۲۰۰۵؛ اکرم، ۲۰۰۹؛ مون و همکاران، ۲۰۰۷).

حالات عاطفی منفی

به اعتقاد اگنیو، افرادی که با افسردگی، ناامیدی و یأس به موقعیت فشارزا واکنش نشان می دهند، ممکن است به اعمال خود تخریبی مانند مصرف مواد یا خودکشی روی بیاورند، چون آنها فاقد انگیزهای قوی برای انتقام (دراپلا، ۲۰۰۶: ۷۵۶). برای سنجش و اندازه گیری متغیر احساسات منفی در این تحقیق از دو بعد افسردگی و خشم استفاده شده است. از مجموع هفده گویه برای متغیر حالات عاطفی منفی بعد افسردگی دارای ده گویه و بعد خشم نیز دارای هفت گویه است. تدوین گویههای این مقیاس نیز بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (پورسر، ۲۰۱۰؛ پیک، ۲۰۱۱؛ های، ۲۰۱۰؛ والا، ۲۰۰۷؛ سیگفودتیر، ۲۰۰۸؛ دیرکز، ۲۰۰۷؛ گالوپ، ۲۰۰۶؛ آسلین و همکاران، ۲۰۰۰؛ پاتچین و هیندوجا،

سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بوده اند. برای انتخاب حجم نمونه در تحقیق حاضر از روش نمونه گیری تصادفی طبقه-ای متناسب استفاده شده است و حجم نمونه نیز با فرمول کوکران ۳۷۰ محاسبه شد، اما از آنجا که پیش بینی می شد، برخی پرسشنامه ها ناقص تحویل داده شود یا بخشی از آنها مفقود گردد، لذا تعداد ۴۵۰ پرسشنامه توزیع گردید و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، نهایتاً ۴۳۸ پرسشنامه تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS از آماره‌های توصیفی و استنباطی (آزمون تی، تحلیل واریانس و رگرسیون چند گانه) استفاده شده است. برای بررسی اعتبار پرسشنامه تحقیق از اعتبار صوری و اعتبار محتوا استفاده شد. برای تعیین پایایی این تحقیق نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. جدول (۱) نتایج تحلیل پایایی متغیر وابسته و ابعاد متغیر مستقل را نشان میدهد.

جدول ۱- ضریب آلفای مقیاسهای تحقیق

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفا
فشار منزلی	۶	۰/۷۴
فشار رابطه ای	۱۲	۰/۷۹
حذف محرک مثبت	۱۰	۰/۵۹
وجود محرک منفی	۱۱	۰/۷۷
احساسات منفی	۱۷	۰/۹۰
رفتارهای انحرافی	۱۲	۰/۷۷
تمایل به خودکشی	۵	۰/۷۵

تصریح مفاهیم و سنجش متغیرها

فشار منزلی

هنگامی که فرد برای دستیابی به یک منزلت خاص استرس را تجربه می کند و آن منزلت برای فرد در جامعه مهم است، فشار منزلی اتفاق می افتد (دیرکز، ۲۰۰۷: ۱۰). برای سنجش و اندازه گیری مفهوم فشار منزلی از دو بعد منزلت میان فردی و مشغولیت در دانشگاه استفاده شده است. از مجموع شش گویه برای سنجش مفهوم فشار منزلی، یک گویه مربوط به بعد منزلت میان فردی و پنج گویه مربوط به بعد مشغولیت در دانشگاه است. تدوین گویه-های فشار منزلی بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (وات و شارپ، ۲۰۰۱؛ دیرکز، ۲۰۰۷).

فشار رابطه ای

هنگامی که فرد در تلاش برای داشتن یک رابطه مثبت با خانواده و همالانش، استرس را تجربه می کند، فشار رابطه ای اتفاق می افتد (دیرکز، ۲۰۰۷: ۱۱). برای سنجش و اندازه گیری متغیر فشار رابطه ای، از سه بعد رابطه منفی با خانواده، رابطه منفی با اساتید و دانشگاه و رابطه منفی با دوستان استفاده شده است. تدوین گویههای این مقیاس بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (ویلیامز، ۲۰۰۸؛ وات

۲۰۱۰؛ وق، ۲۰۱۱).

رفتار انحرافی

انحراف می تواند به عنوان یک عمل ناهمنا با مجموعه های از هنجارهایی که مورد پذیرش اکثر مردم در یک اجتماع و یا جامعه باشد، تعریف شود. رفتاری که به نحوی، دور از آن چیزی است که یک گروه انتظار انجام آن را دارند، تخطی از هنجارهای مورد وفاق یا قوانین اجتماعی که واکنشهایی مانند مخالفت، ترس، سوءظن، خصومت و خشم را در پی خواهد داشت. برای سنجش و اندازه گیری متغیر رفتار انحرافی مجموعاً از دوازده گویه استفاده شده و تدوین گویه های آن نیز بر مبنای پژوهشهای پیشین بوده است (مون و همکاران، ۲۰۰۷؛ علوردینیا و همکاران، ۱۳۹۰؛ ویلیامز، ۲۰۰۸؛ خاکزاد، ۱۳۹۱؛ علوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۶).

تمایل به خودکشی

اصطلاح تمایل به خودکشی به طیفی از اظهارات خودکشانه اشاره دارد که از تفکر در مورد خودکشی (مثل ایده پردازی خودکشانه) تا ارائه یک طرح، اقدام به خودکشی و نهایتاً خودکشی کامل را در بر میگیرد (فلامبایوم، ۲۰۰۹: ۱). تدوین گویه های تمایل به خودکشی بر اساس مقیاس تمایل به خودکشی تورلیندسون و جرنیسون (۱۹۹۸) است. این مقیاس از پنج گویه تشکیل شده است که دارای دو بعد ایده پردازی خودکشی و اقدام عملی برای خودکشی است.

یافته های تحقیق

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصدی تمایل به خودکشی پاسخگویان بر حسب جنسیت

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصدی تمایل به خودکشی پاسخگویان بر حسب جنسیت

ردیف	گویه	شدت	پسر		دختر		جمع کل	
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	آیا تاکنون فکر اقدام به خودکشی به ذهنتان خطور کرده است؟	خیر	۱۰۲	۶۸/۵	۱۹۶	۶۷/۸	۱۵۰	۶۸
		۱ تا ۲ بار	۳۲	۲۱/۵	۶۷	۲۳/۲	۹۹	۲۲/۶
		۳ تا ۴ بار	۴	۲/۷	۱۳	۴/۵	۱۷	۳/۹
		۵ تا ۶ بار	۳	۲	۱	۰/۳	۴	۰/۹
		۷ بار و بیشتر	۸	۵/۴	۱۲	۴/۲	۲۰	۴/۶
۲	آیا تا کنون به طور جدی در مورد اقدام به خودکشی فکر کرده اید؟	خیر	۱۲۴	۸۳/۲	۲۵۲	۸۷/۲	۳۷۶	۸۵/۸
		۱ تا ۲ بار	۱۶	۱۰/۷	۲۶	۹	۴۲	۹/۶
		۳ تا ۴ بار	۳	۲	۵	۱/۷	۸	۱/۸
		۵ تا ۶ بار	۱	۰/۷	۲	۰/۷	۳	۰/۷
		۷ بار و بیشتر	۵	۳/۴	۴	۱/۴	۹	۲/۱
۳	آیا تا کنون در مورد برنامه ریزی برای خودکشی با کسی حرف زده اید؟	خیر	۱۲۸	۸۵/۹	۲۵۵	۸۸/۲	۳۸۳	۸۷/۴
		۱ تا ۲ بار	۱۳	۸/۷	۲۶	۹	۳۹	۸/۹
		۳ تا ۴ بار	۴	۲/۷	۶	۲/۱	۱۰	۲/۳
		۵ تا ۶ بار	۱	۰/۷	-	-	۱	۰/۲
		۷ بار و بیشتر	۳	۲	۲	۰/۷	۵	۱/۱
۴	آیا تاکنون (در طول عمرتان) دست به خودکشی زده اید؟	خیر	۱۴۳	۹۶	۲۷۵	۹۵/۲	۴۱۸	۹۵/۴
		۱ تا ۲ بار	۴	۲/۷	۸	۲/۸	۱۲	۲/۷
		۳ تا ۴ بار	۲	۱/۳	۵	۱/۷	۷	۱/۶
		۵ تا ۶ بار	-	-	۱	۰/۳	۱	۰/۲
		۷ بار و بیشتر	-	-	-	-	-	-

۵	آیا در طی یک سال گذشته مبادرت به خودکشی کرده‌اید؟	خیر	۱۴۶	۹۸	۲۸۱	۹۷/۲	۴۲۷	۹۷/۵
		۱ تا ۲ بار	۳	۲	۸	۲/۸	۱۱	۲/۵
		۳ تا ۴ بار	-	-	-	-	-	-
		۵ تا ۶ بار	-	-	-	-	-	-
		۷ بار و بیشتر	-	-	-	-	-	-

جدول ۲ توزیع فراوانی و درصدی تمایل به خودکشی پاسخگویان را بر حسب جنسیت نشان می‌دهد. اعداد مندرج در جدول فوق گویای آن است که بیشترین میزان موافقت از سوی پاسخگویان نسبت به گویه «آیا تا کنون فکر اقدام به خودکشی به ذهنتان خطور کرده است؟» ابراز شده است؛ به طوری که ۴/۶ درصد از آنان اعلام کردند که تاکنون هفت بار و بیشتر در مورد خودکشی فکر کرده‌اند. همچنین، ۲۲/۶ درصد از آنان اعلام نمودند که تاکنون یک تا دو بار فکر خودکشی به ذهنتان خطور کرده است. حدود ۶۸ درصد از پاسخگویان نیز با گزینه خیر به این گویه پاسخ دادند. پس از آن حدود ۲/۱ درصد از پاسخگویان تاکنون هفت بار و بیشتر و ۹/۶ درصدشان یک تا دو بار به صورت جدی در مورد خودکشی فکر کرده‌اند. ۸۵/۸ درصد از آنان نیز با انتخاب گزینه خیر به این گویه پاسخ دادند. بیشترین میزان مخالفت نیز به گویه اقدام به خودکشی در طی یک سال گذشته اختصاص داده شده است؛ به طوری که ۹۷/۵ درصد از پاسخگویان با انتخاب گزینه خیر به آن پاسخ دادند. حدود ۲/۵ درصد از پاسخگویان یک تا دو بار طی یک سال گذشته به آن مبادرت نموده‌اند و هیچ کدام از پاسخگویان بیش از ۱ تا ۲ بار به این عمل اقدام ننموده‌اند.

جدول ۳- توزیع پاسخگویان بر حسب میزان فشار منزلتی

جنسیت فشار منزلتی	پسر		دختر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم	۴۰	۲۶/۸	۱۱۶	۴۰/۱	۱۵۶	۳۵/۶
متوسط	۸۷	۵۸/۴	۱۵۹	۵۵	۲۴۶	۵۶/۲
زیاد	۲۲	۱۴/۸	۲۲	۱۴/۸	۳۶	۸/۲
جمع کل	۱۴۹	۱۰۰	۲۸۹	۱۰۰	۴۳۸	۱۰۰

برای ساختن این متغیر، ابتدا متغیر آرزوی فرد برای ادامه تحصیل با گویه‌های مربوط به این متغیر با هم ترکیب و سپس رتبه بندی شده است. بر اساس داده های جدول ۲، ۵۱/۴ درصد (۲۲۵ نفر) از پاسخگویان میزان فشار منزلتی خود را در حد متوسط و ۴۱/۸ درصد (۱۸۳ نفر) در حد کم گزارش کرده‌اند. بدین سان، میتوان این گونه بیان کرد که حدود ۹۳/۲ درصد پاسخگویان فشار منزلتی کم و متوسط از خود نشان داده‌اند که در این میان درصد دختران (۹۵/۹ درصد) بیشتر از پسران (۸۷/۹ درصد) است. به طور کلی، داده ها نشان می‌دهد که پاسخگویان پسر بیشتر از پاسخگویان دختر فشار منزلتی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند.

جدول ۴- توزیع پاسخگویان بر حسب میزان فشار رابطه ای

جنسیت فشار رابطه ای	پسر		دختر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم	۵۵	۳۶/۹	۱۵۳	۵۲/۹	۲۰۸	۴۷/۵
متوسط	۸۴	۵۶/۴	۱۲۴	۴۲/۹	۲۰۸	۴۷/۵
زیاد	۱۰	۶/۷	۱۲	۴/۲	۲۲	۵
جمع کل	۱۴۹	۱۰۰	۲۸۹	۱۰۰	۴۳۸	۱۰۰

همانگونه که داده های جدول (۴) نشان می دهند، حدود ۴۷/۵ درصد از پاسخگویان میزان فشار رابطه ای را به طور مشابه در حد کم و متوسط در روابط خویش ارزیابی می کنند. این در حالی است که تنها ۵ درصد از آنها ارزیابی شان را در حد زیاد گزارش کرده اند. علاوه بر این، ۶/۷ درصد از پسران در مقابل ۴/۲ درصد از دختران میزان فشار رابطه ای را در حد زیاد اعلام نمودند. بر این اساس، میتوان گفت پسران میزان بیشتری از فشار رابطه ای را در روابط خویش تجربه کرده اند.

جدول ۵- آزمون تفاوت میانگین متغیرهای مستقل تحقیق بر حسب جنسیت

متغیر	جنسیت	میانگین	Std.D	t	Sig
فشار منزلتی	پسر	۱۸/۱۴	۴/۲۱	۴/۲۵	۰/۰۰۰
	دختر	۱۶/۵۱	۳/۷۰		
فشار رابطه ای	پسر	۹۱/۹۵	۴۱/۰۶	۳/۴۴۷	۰/۰۰۱
	دختر	۷۸/۳۱	۳۸/۲۵		
حذف محرک مثبت	پسر	۱۲/۶۵	۱/۸۹	۴/۴۳۷	۰/۰۰۰
	دختر	۱۱/۸۷	۱/۶۵		
حضور محرک منفی	پسر	۱۳۹/۶	۴۹/۴۳	۴/۰۷۳	۰/۰۰۰
	دختر	۱۲۰/۳۷	۴۵/۶۲		
احساسات منفی	پسر	۶۱/۳۱	۳۷/۷۷	۱/۳۷۰	۰/۱۶۴
	دختر	۵۶/۱۸	۳۵/۷۹		
رفتارهای انحرافی	پسر	۲۰/۴۸	۷/۵۶	۷/۳۵۹	۰/۰۰۰

جدول ۵ نتایج آزمون تفاوت میانگین متغیرهای مستقل را بر حسب جنسیت پاسخگویان به نمایش گذاشته است. همانگونه که داده های جدول فوق نشان میدهد، تفاوت معناداری بین میانگین فشار منزلتی و رابطه ای پسران و دختران با سطح معناداری ۰/۰۰۰ و ۰/۰۰۱ وجود داشته است. بر این اساس، پسران نسبت به دختران میزان بیشتری از فشار رابطه ای و منزلتی را در زندگی خود تجربه کرده اند. همچنین، بر طبق نتایج آزمون t مشخص شد که میانگین حذف محرک مثبت، حضور محرک منفی و رفتارهای انحرافی (با سطح معناداری ۰/۰۰۰)، در بین پسران از دختران بیشتر بوده است و این تفاوت به لحاظ آماری نیز معنادار است. و در نهایت نیز مشخص شد بین میانگین احساسات منفی در بین پسران و دختران (با سطح معناداری ۰/۱۶۴) تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد.

جدول ۶- تمایل به خودکشی و ابعاد آن با کنترل اثر متغیر جنسیت و رفتارهای انحرافی و متغیرهای تعاملی

متغیر فشار	متغیرهای مستقل		ایده پردازی خودکشی		اقدام به خودکشی		تمایل به خودکشی	
	Sig	بتا	Sig	بتا	Sig	بتا	Sig	بتا
متغیر فشار	۰/۱۴۵	۰/۰۰۵	۰/۰۶۳	۰/۲۸۶	۰/۱۴۰	۰/۰۰۷	۰/۱۴۰	۰/۰۰۷
	۰/۱۳۵	۰/۰۱۵	۰/۰۴۶	۰/۴۶۲	۰/۱۲۷	۰/۰۲۳	۰/۱۲۷	۰/۰۲۳
	۰/۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۶	۰/۱۴۳	۰/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۱۴۷	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۴	۰/۹۳۷	۰/۰۸۵	۰/۱۷۱	۰/۰۲۱	۰/۶۹۸	۰/۰۲۱	۰/۶۹۸
متغیر میانجی	-۰/۱۵۵	۰/۶۳۴	۰/۱۲۸	۰/۷۳۳	-۰/۱۰۹	۰/۷۴۱	-۰/۱۰۹	۰/۷۴۱
متغیرهای کنترلی	۰/۰۲۳	۰/۷۸۴	۰/۰۱۷	۰/۸۶۲	۰/۰۲۴	۰/۷۸۲	۰/۰۲۴	۰/۷۸۲
	-۰/۰۹۳	۰/۳۰۸	۰/۰۲۸	۰/۷۸۹	-۰/۰۷۵	۰/۴۱۴	-۰/۰۷۵	۰/۴۱۴

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که پیش از این اشاره شد، خودکشی سومین علت عمده مرگ در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و دومین علت عمده مرگ در میان دانشجویان محسوب می شود. پس میتوان گفت دانشجویان به عنوان قشر جوان جامعه، از جمله گروه های سنی آسیب پذیر در برابر خودکشی هستند. از این رو، هدف از تحقیق حاضر، سنجش و آزمون مدل نظری بود که در آن عوامل متعددی در ارتباط با تمایل به خودکشی در میان دانشجویان بررسی شود. به منظور آزمون فرضیات اصلی پژوهش، متغیر تمایل به خودکشی به عنوان متغیر وابسته در ارتباط با متغیرهای فشار منزلی، فشار رابطه ای، حذف محرک مثبت، حضور محرک منفی، حالات عاطفی منفی و رفتارهای انحرافی قرار گرفت. از تجزیه و تحلیل یافته ها در قالب روش های آماری فوق، نتایج زیر به دست آمده است:

فرضیه ای که تمایل به خودکشی را تابعی مثبت از حذف محرک مثبت ارزشمند میدانست، تأیید شد. فشار ممکن است به این خاطر رخ دهد که فرد محرکی ارزشمند را از دست داده یا ترس از دست دادن آن را دارد (اگنیو، ۱۹۹۲: ۵۷). بر این اساس، به موازات افزایش محرکهای مثبت حذف شده برای فرد، میزان تمایل به خودکشی نیز افزایش می یابد. به استدلال اگنیو، هنگامی که افراد سعی می کنند تا از، از دست دادن این محرکها جلوگیری کنند، خودشان در اعمال خلاف درگیر می شوند (یک، ۲۰۱۱: ۱۳). حذف محرک مثبت در قالب معرف هایی از رویدادهای منفی زندگی، از قبیل: مرگ معشوقه، قطع کردن رابطه با یک دیگری مهم، طلاق یا جدایی والدین، مرگ یا بیماری یک دوست، اخراج شدن از مدرسه و غیره است که در ارتباط مثبت با بزهکاری قرار دارد (اگنیو، ۱۹۹۲: ۵۷) و به احتمال زیاد به بزهکاری منجر می شود، زیرا اغلب در ارتباط با پیوندهای قوی اجتماعی (مثل دل بستگی به خانواده) قرار دارد (فرانسیس، ۲۰۰۷: ۱۹). از این رو، هنگامی که فرد سعی در مقابله با حذف محرک مثبت دارد، یا به دنبال انتقام از کسانی است که آن انگیزه مثبت را از او گرفته اند و یا زمانی که سعی در جایگزین کردن آن با استفاده از وسایل نامشروع و غیر مجاز دارد، ممکن است در رفتارهای انحرافی مثل خودکشی درگیر شود (وارهام، ۲۰۰۵: ۲۶)، چون چنین رفتارهایی به مدیریت یا کاهش وقایع و موقعیتهایی که ممکن است سبب فشار در زندگی-شان شود، کمک می کند (برگرن، ۲۰۱۰: ۱۶). یافته های تحقیق حاضر بر اساس متغیر حذف محرک مثبت با نتایج تحقیقات انجام شده توسط روچکین و همکاران در سال ۲۰۰۳؛ وایت و ژانگ در سال (۲۰۰۱) در خصوص ارتباط بین بیسپرستی (به عنوان حذف محرک مثبت) با رفتارهای خودکشان در گروه های غیر آمریکایی و هندی مطابقت داشته است. علاوه بر این، تأیید این فرضیه همسو با تحقیق انجام شده توسط فرانسیس در سال ۲۰۰۷ است که در آن بین از دست دادن یک دیگری مهم به عنوان حذف محرک مثبت

۰/۸۶۴	-۰/۰۵۴	۰/۵۶۹	-۰/۲۰۲	۰/۹۶۴	-۰/۰۱۴	
۰/۴۶۱	۰/۲۳۱	۰/۳۵۲	-۰/۳۳۱	۰/۲۶۹	۰/۳۴۳	منفی
۰/۲۷۲	۰/۲۸۴	۰/۰۸۹	۰/۵۰۱	۰/۴۱۷	۰/۲۰۸	×
۰/۵۴۳	۰/۲۹۹	۰/۵۵۸				
۰/۲۹۵	۰/۰۹۰	۰/۳۱۱				
۱۷/۸۲۵	۴/۲۰۵	۱۹/۲۵۸				

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان میدهد که در بعد ایده پردازی همبستگی چندگانه (R) معادل ۵۶ درصد محاسبه شده است. این مطلب گویای این است که چهار متغیر مستقل (متغیر فشار منزلی، فشار رابطه ای، حذف محرک مثبت و وجود محرک منفی)، دو متغیر میانجی (خشم و افسردگی)، دو متغیر کنترلی (جنسیت و رفتارهای انحرافی) و متغیرهای تعاملی به طور همزمان ۵۶ درصد با بعد ایده پردازی در ارتباط هستند. ضریب تعیین (R^2) نیز ۳۱ درصد محاسبه شده است؛ به این معنی که حدود ۳۱ درصد از تغییرات ایده پردازی خودکشی توسط یازده متغیر نامبرده در بالا توضیح داده می شود. همچنین، ضرایب تأثیر استاندارد حاکی از آن است که متغیرهای حذف محرک مثبت ($\beta = 0.15$)، فشار منزلی ($\beta = 0.145$) و فشار رابطه ای ($\beta = 0.135$) به ترتیب مهمترین پیشبینیکننده های متغیر ایده پردازی خودکشی هستند.

در بعد اقدام به خودکشی همبستگی چندگانه (R) معادل ۳۰ درصد محاسبه شده است؛ به این معنی که چهار متغیر مستقل (متغیر فشار منزلی، فشار رابطه ای، حذف محرک مثبت و وجود محرک منفی)، دو متغیر میانجی (خشم و افسردگی)، دو متغیر کنترلی (جنسیت و رفتارهای انحرافی) و متغیرهای تعاملی به طور همزمان ۳۰ درصد با اقدام به خودکشی در ارتباط هستند. ضریب تعیین (R^2) نیز ۹ درصد محاسبه شده است؛ یعنی ۹ درصد از تغییرات اقدام به خودکشی در دانشجویان از طریق یازده متغیر مذکور توضیح داده می شود. از بین یازده متغیر وارد شده به روش جبری در مدل، هیچ کدام از آنها با متغیر اقدام به خودکشی ارتباط معناداری را نشان نداده اند. بر اساس، داده های جدول در متغیر تمایل به خودکشی همبستگی چندگانه (R) معادل ۵۴ درصد محاسبه شده است. بر این اساس چهار متغیر مستقل (متغیر فشار منزلی، فشار رابطه ای، حذف محرک مثبت و وجود محرک منفی)، دو متغیر میانجی (خشم و افسردگی)، دو متغیر کنترلی (جنسیت و رفتارهای انحرافی) و متغیرهای تعاملی به طور همزمان ۵۴ درصد با تمایل به خودکشی در ارتباط هستند. ضریب تعیین (R^2) نیز تقریباً ۳۰ درصد محاسبه شده است. همچنین، ضرایب تأثیر استاندارد گویای این است که از میان یازده متغیر وارد شده به مدل، متغیرهای حذف محرک مثبت ($\beta = 0.147$)، فشار منزلی ($\beta = 0.140$) و فشار رابطه ای ($\beta = 0.127$) به ترتیب قویترین پیش بینی کنندگی های متغیر تمایل خودکشی بوده اند.

و رفتارهای خودکشانه ارتباط معناداری وجود دارد.

یکی دیگر از فرضیه‌هایی که توانست از آزمون رد عبور کند، حاکی از وجود رابطه مستقیم و معنادار بین فشار منزلتی و تمایل به خودکشی دانشجویان است. بر این اساس، هر چه فرد برای رسیدن به یک منزلت خاص که برای او در جامعه مهم است، استرس بیشتری را تجربه کند، تمایل بیشتری نسبت به خودکشی خواهد داشت. فشار منزلتی در پژوهش حاضر دارای دو بعد منزلت میان فردی و مشغولیت در دانشگاه بوده است که یافته‌ها همچنین حاکی از ارتباط مستقیم و معنادار بین فشار منزلتی و ایده‌پردازی خودکشی نیز بوده است. یافته‌های تحقیقات قبلی مثل دیرکز (۲۰۰۷) و وات و شارپ (۲۰۰۱) حاکی از رابطه مستقیم و معنادار بین فشار منزلتی و ایده‌پردازی است. همچنین، لوینسون و همکاران (۱۹۹۶) و ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۵) به ترتیب در تحقیقتان به این نتیجه رسیدند که بین معدل و ایده‌پردازی خودکشی و موفقیت تحصیلی ضعیف و رفتارهای خودکشانه رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

نتایج تحقیق همچنین بیانگر آن است که دانشجویان با فشار رابطه‌ای احتمال بیشتری وجود دارد به خودکشی تمایل داشته باشند. فشار رابطه‌ای زمانی رخ می‌دهد که افراد در تلاش برای داشتن یک رابطه مثبت با خانواده یا همالان خود، استرس را تجربه می‌کنند. از این رو، هر چه فرد در معرض روابط منفی بیشتری با دیگران باشد، تمایل بیشتری به خودکشی خواهد داشت. نتایج پژوهشهای قبلی مثل: وات و شارپ، ۲۰۰۱؛ پرینستین، ۲۰۰۳؛ هانا، ۲۰۰۴؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ پرینستن و همکاران، ۲۰۰۰ نیز وجود این رابطه را تأیید نمودند. فرضیه دیگری که توانست از آزمون رد عبور نماید، مبنی بر این است که بین منابع فشار با حالات عاطفی منفی رابطه مثبت وجود دارد. به اعتقاد اگنیو، حالات عاطفی منفی عناصر اساسی در نظریه فشار عمومی هستند. افرادی که فشار را تجربه می‌کنند، ممکن است عواطف منفی از قبیل: خشم، افسردگی و یا اضطراب را گسترش دهند که در حقیقت، این عواطف منفی روشی برای تسکین دادن فشار درونی است (علی‌وردی نیا، ۱۳۸۶: ۹۵). بنابراین، فرضیه اگنیو تأیید شد. این رابطه در بسیاری از تحقیقات خارجی مثل فرانسیس، ۲۰۰۷؛ وق، ۲۰۱۱؛ اسواگر، ۲۰۱۱ تأیید شد و در برخی از تحقیقات مانند پیکوئرو و سیلاک ۲۰۰۴ اثر فشار بر خشم هم در بین دختران و هم پسران مثبت و معنادار است و اثبات می‌کند افرادی که در معرض فشار بیشتری هستند، سطوح بالاتری از خشم را تجربه می‌کنند. به عبارتی واضحتر، از میان چهار متغیر وارد شده در مدل، فشار منزلتی تنها با احساس افسردگی رابطه معناداری از خود نشان داده و هیچ رابطه معناداری بین آن و احساس خشم وجود نداشته است. بر خلاف فشار منزلتی، فشار رابطه‌ای با دارا بودن سه بعد (رابطه منفی با خانواده، رابطه منفی با اساتید و دانشگاه و رابطه منفی با دوستان) هم در پسران و هم در دختران به افزایش احساسات منفی خشم و افسردگی منجر شده است. از این رو، هرچه میزان فشار رابطه‌ای افزایش یابد، حالات عاطفی منفی (خشم و افسردگی) نیز افزایش می‌یابد. وجود این رابطه در تحقیق باو و همکاران (۲۰۰۴) هم اثبات شده است. بین حذف محرک مثبت و حالات عاطفی منفی نیز رابطه مستقیمی وجود دارد که این رابطه را محققانی همچون پیکوئرو و همکاران (۲۰۱۰) و خاکزاد (۱۳۹۱) نیز در پژوهشهای خود تأیید کردند. در رابطه با حضور محرک منفی نیز نتایج این بخش مبین وجود رابطه مستقیم و معنادار بین حضور محرک منفی و حالات عاطفی منفی است (مون و همکاران، ۲۰۰۹: ۱۸۴). استروئسکی و منسنر (۲۰۰۰) و وارنر (۲۰۰۳) نیز در تحقیقات خود به نتایج مشابهی دست یافته‌اند. به طور کلی از بین هشت فرضیه مطرح شده در تحقیق در حالیکه چهار فرضیه مذکور مورد تأیید قرار گرفتند، اما بین متغیرهای حضور محرک منفی، حالات عاطفی منفی، جنسیت، رفتارهای انحرافی و تمایل به خودکشی ارتباط معناداری مشاهده نشده است. از یافته‌های مهم این مطالعه این بود که متغیر حذف محرک مثبت با داشتن بیشترین سهم مهمترین مؤلفه برای تبیین خودکشی در نمونه مورد بررسی میباشد. همچنین مفاهیمی دیگر از این نظریه اگنیو یعنی فشار منزلتی و رابطه‌ای نیز از جمله عوامل مهمی میباشند که بعد از حذف محرک مثبت بر تمایل به خودکشی اثرگذار بوده‌اند.

منابع

- پناغی، لیلی؛ احمد آبادی، زهره؛ پیروی، حمید؛ ابوالمعصومی، زهرا. (۱۳۸۹). «روند خودکشی دانشجویان در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، ش ۲، ص ۸۷-۹۸.
- پناغی، لیلی؛ پیروی، حمید؛ ابوالمعصومی، فائزه زهرا؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۷). «بررسی فراوانی خودکشی دانشجویی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت‌شناختی در سال‌های ۸۵-۸۳ در مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور»، مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- خاکزاد، زینب. (۱۳۹۱). تبیین تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای انحرافی از دیدگاه نظریه فشار عمومی، پایاننامه کارشناسی ارشد، بابلرس: دانشگاه مرند.
- رضایی آدریانی، مرتضی؛ آزادی، آرمان؛ احمدی، فضل‌الله؛ واحدیان عظیمی، امیر. (۱۳۸۶). «مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، پژوهش پرستاری، دوره ۲، شماره‌های ۴ و ۵، ص ۳۱-۳۸.
- عبداللهی، محمد. (۱۳۸۳). مسائل اجتماعی ایران: مجموعه مقالات، انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران، نشر آگاه.
- علی‌وردی‌نیا، اکبر. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کارتن خوابی، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- علی‌وردی‌نیا، اکبر؛ رضایی، احمد؛ پیروی، فریبرز. (۱۳۹۰). «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان نسبت به خودکشی»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و دوم، شماره پیاپی (۴۴)، شماره چهارم، ص ۱-۱۸.

اثر بخشی زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر بابل

روجا تفکری
ارسلان خانمحمدی

علیوردینیا، اکبر؛ ریاحی، محمد اسماعیل؛ موسویچاشمی، ملیحه. (۱۳۸۶). «مطالعه جامعه‌شناختی بزهکاری: آزمون تجربی نظریه فشار عمومی اگنیو»، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره هشتم، ش ۲، ص ۸۳-۱۱۱.
محمدی‌نیا، ندا؛ رضایی، محمدعلی؛ سمیع‌زاده طوسی، طیبه؛ دربان، فاطمه. (۱۳۹۱). «بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان علوم پزشکی»، فصلنامه افق پرستاری، دوره اول، شماره اول، ص ۸۳-۹۱.

Effectiveness of Life Therapy on Psychological Well-Being and Enthusiasm for Work in Nurses of Shahid Beheshti Hospital, Babol

Roja Tafakori

Arsalan Khanmohammadi

Abstract :

The present study was conducted with the aim of the effectiveness of therapeutic life on psychological well-being and enthusiasm for work in nurses of Shahid Beheshti Hospital in Babol city. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with control and experimental groups. The statistical population of this research was all the nurses working in Shahid Beheshti Hospital of Babol. 30 emergency department nurses were selected purposefully and then were randomly selected into two groups of 15 people as the experimental group and the control group. Then, a pre-test was conducted for both groups through psychological well-being scale and work enthusiasm questionnaire. Then, the experimental group received the educational package of life therapy in eight 90-minute sessions as a group. Then the questionnaires were again distributed and scored between the two groups for post-test. The pre-test scores were compared with the post-test scores for each person in the research group with statistical methods and covariance analysis tests using SPSS software. The results showed that life therapy is effective on psychological well-being ($P<0.05$) and enthusiasm for work ($P<0.05$) in the nurses of Shahid Beheshti Hospital in Babol city.

Keywords : *therapeutic life, psychological well-being, passion for work*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر بابل انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار بیمارستان شهید بهشتی بابل بود. ۳۰ نفر از پرستاران بخش اورژانس بصورت هدفمند انتخاب و بعد به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل انتخاب شدند. بعد از طریق مقیاس بهزیستی روانشناختی و پرسشنامه اشتیاق به کار پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش پکیج آموزشی زندگی درمانی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی دریافت نمودند. در ادامه پرسشنامه ها مجدداً بین دو گروه جهت پس از آزمون توزیع و نمره گذاری شد. نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون برای هر یک از افراد گروه پژوهش، با روش های آماری و آزمون های تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS مقایسه شد. نتایج نشان داد زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی ($P < 0/05$) و اشتیاق به کار ($P < 0/05$) در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر بابل موثر است.

کلید واژه ها: زندگی درمانی، بهزیستی روانشناختی، اشتیاق به کار

مقدمه:

تربیت نیروی انسانی کارآمد و موثر از جمله وظایف مهم دانشگاه ها می باشد که لازم است در سال های اولیه ورود افراد، آن ها را با چالش ها و شرایط کاری مرتبط با آینده شان آشنا کنند. (یوژن^۱، ۲۰۲۰). بدیهی است که کیفیت آموزش ها در دوران پرستاری بسیار موثر و دارای اهمیت می باشد زیرا هرگونه کاستی در آینده شغلی پرستاران می تواند جان و سلامت افراد جامعه را در خطر بیاندازد (براتی کهریزسنگی و همکاران، ۲۰۲۳). پرستاری همچون تمامی حرفه های تخصصی نیازمند پیشرفت در حرفه و ارتقای دانش می باشد که دانش و مهارت پرستاران متخصصان بالینی در ارائه کیفیت مراقبتی بیماران تاثیر گذار است و با به روز کردن سطح دانش و به کارگیری تجارب جدید و با داشتن برنامه ریزی دقیق در پاسخگویی به بیماران می توانند گام ارزنده ای جهت پیشبرد اهداف پرستاری، ایجاد اشتیاق شغلی^۲ و بهزیستی روانشناختی^۳ و به طور کلی ارتقای کیفیت زندگی داشته باشند (امامی سیگارودی و همکاران، ۱۴۰۲).

از مولفه های دیگری که در این مطالعه مورد بحث قرار می گیرد، اشتیاق به کار است. به طور کلی اشتیاق شغلی به حالت ذهنی مثبت، تحقق یافته و مرتبط با کار اشاره دارد که با قدرت، فداکاری و جذب مشخص می شود. مولفه قدرت یعنی فرد بتواند خودش را در شغلش پرنرژری ارزیابی کند و تمام تلاشش را در راستای پیشرفت شغلی اش بکند و مولفه فداکاری یعنی فرد بتواند خودش را به عنوان عضو الهام بخش و موثر در چالش های شغلی ارزیابی کند و مولفه جذب یعنی فرد بتواند شغلش را به عنوان حرفه ای خوشایند و مطلوب ارزیابی کند به طوری که زمان برایش به سرعت می گذرد و جدایی از شغل برایش کار سختی باشد. درواقع با اشتیاق شغلی افراد می توانند تمام توانایی و انرژی اشان را در راستای شغل خود استفاده کنند که در آن صورت شاهد پیامد های مثبت داشتن مولفه اشتیاق شغلی همچون تعهد سازمانی، بهبود عملکرد و پیشرفت شغلی خواهیم بود. همچنین مطالعات زیادی ثابت کردند که پرستاران با اشتیاق شغلی بالا ارتباط موثرتر و بهتری با شغلشان دارند و تمایل بیشتری برای حضور در شغل پرستاری دارند چون این شغل را پذیرفتند و با رغبت و علاقه بیشتری به ارائه خدمات مراقبتی می پردازند بنابراین سلامت روان بالاتری دارند (مهریزی و همکاران، ۱۳۹۸). طبق مطالعات مداخله ای آموزش زندگی درمانی به پرستاران به عنوان رویکرد جدید و عامل تسهیل کننده در ایجاد امید به زندگی شناخته می شود که اثرات مثبت از جمله اشتیاق به کار و بهزیستی روانشناختی را به دنبال دارد (قوامی و همکاران، ۱۴۰۲).

با توجه به اینکه زندگی درمانی در بیشتر عرصه های روان شناختی مورد استفاده قرار گرفته و این رویکرد راهگشای به کارگیری شیوه های نوین و مثبت نگر در زندگی انسان ها می باشد، این پژوهش نیز با هدف بررسی تاثیر زندگی درمانی بر میزان بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار پرستاران شاغل بابل صورت میگیرد.

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از نظر اجرا میدانی و از نظر گردآوری داده ها شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس

- 1 Youzhen
- 2 Work engagement
- 3 Psychological well being

آزمون با گروه کنترل و آزمایش می باشد.

این طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش با استفاده از نشانه ها به صورت زیر قابل نمایش است:
جدول ۳-۱ دیاگرام طرح تحقیق پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گروه ها
T2	X	T1	E
T2	-	T1	C

جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار بیمارستان شهید بهشتی بابل که شامل ۳۰۰ نفر میباشد، است در این پژوهش ابتدا به صورت هدفمند تمام پرستاران بخش اورژانس که شامل ۵۵ نفر بوده، انتخاب و بعد به صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر به عنوان نمونه در ۲ گروه آزمایش و گواه انتخاب می شوند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها از طریق نرم افزار آماری SPSS25 مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت.

الف) روش کتابخانه ای: در این پژوهش از روش کتابخانه ای (فیش برداری) برای مطالعه کتاب ها-مقالات و پژوهش های دیگران استفاده خواهد شد تا محقق بتواند آشنایی بیشتری با اهداف و ابعاد موضوع تحقیق پیدا کند و اطلاعات کافی درباره پیشینه و ادبیات تحقیق کسب کند.

ب) روش میدانی: برای گردآوری بخش دیگری از داده های پژوهش از پرسشنامه استفاده می شود که از نوع کار میدانی است و با توجه به اینکه روش پژوهش نیمه تجربی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و طرح پیش آزمون-پس آزمون است، اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل در جلسه اول پیش آزمون را تکمیل می کنند و بعد اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه مداخله ای درمان مبتنی بر زندگی را هفته ای ۱ جلسه با مدت زمان ۹۰ دقیقه استفاده می کنند که از نوع کار میدانی بوده شرکت می کنند. اما گروه کنترل هیچ گونه مداخلات روان درمانی دریافت نمی کنند. در پایان کار هر دو گروه به پس آزمون پاسخ می دهند.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی:

فرم کوتاه ۱۸ گویه ای پرسشنامه ریف (۱۹۸۹) استفاده شد که شامل شش بعد: خود پیروی، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. هر بعد سه سوال دارد که نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره ی کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می شوند. پاسخ به هر یک از ۱۸ گویه بر روی یک طیف ۶ درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) مشخص می شوند و این پرسشنامه پایایی و روایی دارد.

پرسشنامه اشتیاق به کار:

برای سنجش اشتیاق به کار از پرسشنامه اشتیاق شغلی شوفلی و سالوناوا (۲۰۱۱) استفاده شد که ۱۷ گویه دارد و با استفاده از طیف ۶ درجه ای لیکرت (از صفر: هرگز تا ۶: همیشه) نمره گذاری شده است و ۳ بعد شور و شوق داشتن در کار، وقف شدن در کار و غرق شدن در کار را می سنجد. حداقل و حداکثر نمره افراد در کل پرسشنامه نیز به ترتیب صفر و ۱۰۲ می باشد کریم زاده (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را ۰/۴۵ به دست آورد

پکیج آموزشی زندگی درمانی:

۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه طراحی شده است. روایی این پرتوکل توسط سازنده آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است. و از نظر اساتید برای تغییرات استفاده شد. خلاصه جلسات به شرح ذیل می باشد:

ساختار جلسات پرتوکل زندگی درمانی:

جلسات	اهداف	فعالیت ها
اول	برقراری رابطه درمانی و آشنا کردن با موضوع و هدف پژوهش و اجرای پیش آزمون.	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است، ارائه کلی مطالب آموزش پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	بیان مفاهیم مرتبط با روان شناسی و روان شناسی زندگی و دیدگاه های حیات و زندگی انسان.	طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش ها و موانع زندگی، و ارائه تکلیف در زمینه تدوین قطب نما یا حوزه های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله.
سوم	کمک به فرد برای شناسایی اهداف زندگی و اولویت های آن.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیر رفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور، ارائه تکلیف در زمینه شیوه های ایجاد شوق به زندگی.
چهارم	توضیح در مورد مفهوم اشتیاق به زندگی و نقش آن در سلامت روانی.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی، بیان ویژگی های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق به زندگی در سلامت روانی افراد، بحث و گفتگو درباره الفبای زندگی، ارائه تکلیف در زمینه شیوه های ایجاد امید به زندگی.
پنجم	بیان مفاهیم مرتبط به امیدواری به عنوان شعله ضروری زندگی.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد مفاهیم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی های افراد امیدوار، تکلیف در زمینه شیوه های ایجاد امید به زندگی.
ششم	توضیح در مورد مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردنه عافیت در زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.
هفتم	بیان مفاهیم مرتبط با رضایت از زندگی و مثبت اندیشی و فضاسازی در زندگی.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی مثبت اندیشی و فضاسازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی.
هشتم	جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون.	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع بندی مطالب جلسات قبلی، ارائه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی حضورشان، و اجرای پس آزمون.

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، کجی و کشیدگی) پس از بررسی تمامی پیش فرض های آماری تحقیق، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شده است.

یافته ها :

در این بخش به بررسی یافته های استنباطی پژوهش پرداخته خواهد شد. برای آزمون نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۴-۸ آزمون کولموگروف اسمیرنوف شاخصهای پژوهش

شاخص	کجی	خطای کجی	کشیدگی	خطای کشیدگی	آماره آزمون	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	-۰/۲۲۳	۰/۴۲۷	-۱/۵۵۲	۰/۸۳۳	۰/۲۳۲	۰/۰۵۳

اشتیاق به کار	۰/۵۶۱	۰/۴۲۷	-۰/۲۰۰	۰/۸۳۳	۰/۱۴۱	۰/۱۳۴
---------------	-------	-------	--------	-------	-------	-------

همانطور که از داده های جدول ۴-۸ مشخص است، سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بهزیستی روانشناختی (۰/۰۵۳) و اشتیاق به کار (۰/۱۳۴) بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است. در نتیجه دارای توزیع نرمال میباشند.

فرضیه اصلی: زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر بابل، از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، میانگین پس آزمون (بعد از مداخله) بعد از تعدیل نمودن نمرات پیش آزمون، مورد مقایسه قرار میگیرند تا اندازه تاثیر کل اصلاح شده گزارش شود. همگنی ماتریس واریانس در گروهها:

برای بررسی این پیش فرض در جدول ۴-۹ نتایج آزمون امباکس برای برابری ماتریس واریانس در بین دو گروه گزارش شده است:

جدول ۴-۹. نتایج آزمون امباکس برای بررسی فرض همگنی ماتریس کوواریانس

مقدار باکس	مقدار آماره F	df1	df2	سطح معناداری
۱۱/۷۹۲	۱/۶۲۶	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۱۱۲

همانطور که در جدول ۴-۹ ملاحظه میگردد، بر اساس آزمون باکس برای متغیرها معیندار نیست و شرط همگنی ماتریسهای واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است (BOX=۱۱/۷۹۲، F=۱/۶۲۶، p=۰/۱۱۲). همگنی واریانسهای خطا:

در جدول ۴-۱۰، بررسی همگنی واریانسهای خطا در دو گروه گزارش شده است.

جدول ۴-۱۰. نتایج بررسی همگنی واریانسهای خطا در دو گروه

متغیر	مقدار آماره F	df1	df2	Sig.
بهزیستی روانشناختی	۱/۲۹۵	۱	۲۸	۰/۲۲۹
اشتیاق به کار	۱/۳۲۵	۱	۲۸	۰/۲۶۰

یافته های جدول ۴-۱۰، نشان میدهد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانسهای خطای متغیرها در گروههای پژوهش برای تمامی مولفه ها معنادار نمیباشد. این یافته ها نشان میدهد که واریانس خطاهای این متغیرها در گروهها همگن میباشد. نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در جدول ۴-۱۱ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۱. نتایج بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون

اثر تعاملی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری
مداخله × بهزیستی روانشناختی	۰/۵۱۱	۱	۰/۵۱۱	۰/۱۴۲	۰/۷۰۸
مداخله × اشتیاق به کار	۰/۲۸۰	۱	۰/۲۸۰	۰/۰۵۱	۰/۸۲۲

با توجه به جدول ۴-۱۱، سطح معناداری برای اثرات تعاملی زندگی درمانی و متغیرهای تحقیق در تمامی موارد بزرگتر از مقدار ۰/۵ است. بنابراین پیش فرضی همگنی شیبهای رگرسیونی رعایت شده است.

جدول ۴-۱۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۶۴	۳۳۵/۳۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۳۶	۳۳۵/۳۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
آزمون اثر هتینگ	۲۶/۸۲۵	۳۳۵/۳۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
بزرگترین ریشه روی	۲۶/۸۲۵	۳۳۵/۳۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴

همانطور که از جدول ۴-۱۲ مشخص است، یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از این است که مقدار F چند متغیری برای اثر بخشی زندگی درمانی و متغیرهای تحقیق، در تمامی آزمونها در سطح $P < ۰/۰۵$ از لحاظ آماری معنادار میباشد. لذا می-توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از شاخصها، تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان میدهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۷۶۴ درصد است. یعنی ۷۶/۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر زندگی درمانی است.

جدول ۴-۱۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه بین دو گروه

مولفه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روانشناختی	۲۳۹۰/۱۷۷	۱	۲۳۹۰/۱۷۷	۳۱۳/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
اشتیاق به کار	۹۸۳/۸۵۵	۱	۹۸۳/۸۵۵	۲۱۳/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱

همانطور که از نتایج جدول ۴-۱۳ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای شاخصهای بهزیستی روانشناختی ($P < ۰/۰۵$) و اشتیاق به کار ($P < ۰/۰۵$) معنادار است. بنابراین فرض یکسان بودن نمرات این مولفهها بین دو گروه کنترل و مداخله پذیرفته نمی شود. همچنین با توجه به مقادیر اندازه اثر مشخص می شود که به ترتیب ۷۲/۳ صدم و ۶۹/۱ درصد از تفاوت نمرات بین مولفههای بهزیستی روانشناختی و اشتیاق به کار متاثر از زندگی درمانی است. با توجه به مقادیر میانگین نمرات در جداول ۴-۶ و ۴-۷ مشخص می شود که زندگی درمانی باعث بهبود در نمرات این شاخصها شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج فرضیه اول نشان داد که زندگی درمانی بر بهزیستی روانشناختی در پرستاران بیمارستان شهید بهشتی شهر بابل موثر است؛ این یافته با نتایج پژوهش های حسن زاده (۱۴۰۱)، صفری (۱۴۰۱)، چراغ پور خنکدار (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین نتایج فوق می توان گفت پژوهش های بسیار محدودی به بررسی اثربخشی زندگی درمانی پرداخته اما بطور کلی می توان گفت ارائه دهندگان خدمات سلامت، به ویژه پرستاران، جز مهم ترین دارایی های منابع انسانی در خدمات مراقبت های بهداشتی است (پیچفور، ۲۰۲۲). پرستاران پل بین جوامع آسیب پذیر و خدمات مراقبت های بهداشتی هستند و نقش مهمی در خدمات پزشکی دارند و حفظ سلامت روان آنها امری مهم است (ساندهام، ۲۰۲۲). پرستاران در طول شبانه روز با منابع متعدد تنش مانند شیفت های طولانی، نوبت کاری، مشکلات خواب، تحمل کم خطا و انتظارات بالای بیماران روبه رو هستند (یو و همکاران، ۲۰۲۳). مواجهه مکرر با منابع تنش را سبب بروز احساساتی چون خستگی عاطفی، فرسودگی و ناراضی شغلی

- 4 -Pitchford
5 -Sandham
6 -Xu

می شود. از این رو بهزیستی روانشناختی پرستاران در معرض خطر بوده و مشکلات روانی در بین آن ها شایع است. بهزیستی روانشناختی با اثری که بر نگرش ها و احساسات کارکنان نسبت به زمینه کاری خود ایجاد می کند، یکی از عوامل حیاتی سامت محیط کار است (اکسی^۷، ۲۰۲۰). ری^۸ و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی مطالعه خود روی کارکنان خدمات بهداشتی دریافتند که بهزیستی سبب افزایش روابط مثبت در محل کار به همراه عملکرد بالا، افزایش رضایت بیمار، کاهش ترک شغل و فرسودگی می شود. طبق نظریه ریف بهزیستی روانشناختی داشتن نگرش مثبت به خود، تعامل سازنده با دنیای پیرامون، داشتن امید و هدف در زندگی می باشد؛ و کسی دارای سلامت روان شناختی است که ویژگی هایی چون عزت نفس، ارتباط های اجتماعی گسترده، احساس خود کارآمدی و حس استقلال را دارا باشد. در جلسات آموزشی زندگی درمانی نیز در رابطه با دیدگاه های مرتبط با حیات و زندگی انسان، اهداف زندگی، چرخه زندگی و اولویت های آن بحث و گفتگو شده بود و سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی و نقش آن در کاهش چالش ها و موانع زندگی مطرح شده بود که این باعث شد درمانجو درک جدیدتری نسبت به زندگی و شرایط آن به دست آورند و نگرش مثبتی به زندگی پیدا کند. زندگی درمانی علاوه بر کاهش و حذف نگرانی بر ایجاد یک نگرش سازنده نسبت به سرزندگی تاکید دارد و رفتارهای هدف گرا و داشتن عمر طولانی و همراه با عزت، هیجانات مثبت مانند خوشی، امید، عشق، دوست داشتن خود، دیگران و دنیا، مورد مطالعه قرار می دهد و به رفتار های یکپارچه توجه دارد و درواقع مثبت نگر است (حسن زاده، ۱۴۰۱) بنابراین این مداخله با بیان مفاهیم مرتبط با رضایت از زندگی، مثبت اندیشی و بیان نقش امید و اشتیاق در زندگی می تواند بهزیستی روانی در پرستاران را افزایش دهد. پرستاران ممکن است با چالش های متعددی مواجه شوند و از سطوح بالایی از استرس ادراک شده رنج ببرند که بر کیفیت زندگی آنها تاثیر منفی می گذارد. کیفیت زندگی یک شاخص مهم در تعیین اینکه آیا پرستاران قادر به مقابله با موفقیت با چالش ها در طول رویدادهای استرس زا و شرایط اضطراری بوده اند یا خیر و همچنین کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی بشر را در بر می گیرد (امیرفخرایی، ۱۴۰۱). بنابراین اختلال در کیفیت زندگی^۹ می تواند کارایی پرستاران را در ارائه مراقبت و خدمات با کیفیت بالا و حمایت روانی کافی از بیماران مختل کند (الحتومه^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). طبق تحقیقات انجام شده کیفیت زندگی درمانی بر متغیرهای روانشناختی و کاهش علائم افسردگی و شادکامی و امیدواری اثر معناداری دارد (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۱). ریف و سینگر همچنین در پژوهش های خود مولفه های کیفیت زندگی را پذیرش خود، رشد شخصی، هدف داشتن در زندگی، خودمختاری، تسلط بر محیط و روابط مثبت با دیگران می دانند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۹).

درواقع پرستاران محیط های درمانی امتیاز ویژه ای دارند که در وضعیت بحرانی با بیماران دارای شرایط حاد ارتباط مستقیم داشته باشند همراه آن وظایف مراقبت از هموعان و درک رنج جسمی و روحی افراد را برعهده دارند تا بتوانند با رفتار همدلانه آن ها را از مسیر ناامیدی خارج کنند باید توجه داشت این رابطه درمانی بین بیماران و پرستاران دوطرفه است پس با همراهی بیماران و همدلی در انجام مسئولیت پرستاران بهترین بازخورد درمانی را خواهیم داشت (جی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴).

در کشور ما طبق آمار میزان قابل توجهی یعنی ۸۰ درصد شاغلین در سیستم بهداشت و درمان را پرستاران تشکیل می دهند که مسئولیت سنگین و پر زحمتی دارند، در حالی که انجمن ملی ایمنی و بهداشت حرفه ای آمریکا پرستاری را در راس ۴۰ شغل با شیوع بالا درابتلا به بیماری های مربوط به استرس معرفی کرده است و باید نیاز ها و مشکلات پرستاران و کارکنان سیستم بهداشت و درمان توجه و رسیدگی شود تا بتوانند با انگیزه و رغبت دربخش های درمانی بهترین عملکرد را داشته باشند (شبانلوئی و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین بیماری کرونا یا شناخته شده به عنوان (کوید-۱۹) اولین بار در ماه نوامبر ۲۰۱۹ در ووهان چین ظاهر شد، سپس به سرعت گسترش یافت و سراسر جهان را تحت تاثیر قرار داد با افزایش موارد تایید شده و مرگ و میر های متعدد، از ۵ آگوست ۲۰۲۲ بیش از ۵۰۰ میلیون درگیر این بیماری همه گیر شدند (سازمان بهداشت جهانی^{۱۲}، ۲۰۲۲). بررسی ها عنوان کردند با شروع همه گیری کوید-۱۹ در سال ۲۰۲۰، تعداد زیادی از افراد در بیمارستان تحت درمان قرار گرفتند و تقاضای زیادی برای به کارگرفتن تیم پزشکی و پرستاران انجام شد تا در خط مقدم درمان و شرایط کاری سنگین به دیگر پرسنل درمانی کمک داده شود (هرمونتو^{۱۳}، ۲۰۲۰) چون با همه گیریکرونا و بروس (کوید-۱۹) سیستم های مراقبت بهداشتی و کادر درمان تحت فشار قرار گرفتند (آلیسون هولمن^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس

7 -Xie

8 - Ray

9 Quality of life

10 Allawatmeh

11 Jey

12 World Health Organization

13 Hermona

14 Alison Holman

مطالعه انجام شده در اسپانیا، خستگی و فرسودگی شغلی پرستاران به خاطر قرار گرفتن در محیط استرس زا همراه با قرار گرفتن مکرر در موارد درد، رنج و بیماری ها به طور قابل توجهی باعث کاهش رضایت شغلی و بهزیستی روانشناختی آن ها می شود به خاطر همین نحوه عملکردشان، می تواند کیفیت زندگی شخصی و حرفه ای آن ها را هم تحت تاثیر قرار دهد (جونیارتا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳). این مطالعات کمی در نمونه های بزرگ میزان اهمیت بهزیستی روانی و فراوانی پیامد های آن را مطرح کردند یعنی بیان شد که فرسودگی شغلی و آسیب های اجتماعی در محیط شغلی پیامد های نامطلوبی بر سلامت روان کادر درمان دارند لذا ممکن است در اثر بهزیستی روان پایین و فشار زیاد، اعمال خشونت بار مانند خود آزاری و خودکشی داشته باشند (ماریتا جی تیترا^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). با در نظر گرفتن کمبود کارکنان پرستاری در سازمان و چالش های تغییرات سیستم کاری باید گسترش سطح رفاه و نیاز های پرستاران در اولویت کار قرار بگیرد و نیروی واجد شرایط آگاه با توانایی و زمینه لازم برای آموزش و ارائه خدمات پرستاری به کار گرفته شوند تا کارکنان دیگر در راستای انجام وظایف شغلی اشان، بتوانند رفع نیاز های فیزیولوژیکی مانند استراحت کافی و تغذیه مناسب داشته باشند. در این صورت نیروی کار سالخورده از سلامت بیشتر و کیفیت زندگی بهتر برخوردار خواهند بود.

منابع و کتابنامه:

- Abd Al-Hadi, H., Waggas, D. (2022). Psychological Well being and associated factors among nurses exposed to covid-19: finding from a cross sectional. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 76.
- Abraham, H. L., & Holman, E. A. (2023). A scoping review of the literature addressing psychological well-being of racial and ethnic minority nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing outlook*, 71(1), 101899.
- Abugre, D., & Bhengu, B. R. (2024). Nurse managers' perceptions of patient-centred care and its influence on quality nursing care and nurse job satisfaction: Empirical research qualitative. *Nursing Open*, 11(1), e2071.
- Ahmanideen, G., & Iner, D. (2024). The interaction between online and offline Islamophobia and anti-mosque campaigns: The literature review with a case study from an anti-mosque social media page. *Sociology Compass*, 18(1), e13160.
- Allawatmeh, H., Alshalol, R., Dalky, H., Al-Ali, N., & Alibataineh, R. (2021). Mediating role of resilience on the relationship between stress and quality of life among Jordanian registered nurses during COVID-19 pandemic: *Journal Heliyon*, 7.
- Aydin, A., Daloky, E. (2023). The relationship between alexithymia communication Skills and mental well-being of nurses Turkey: *Archives of psychiatric Nursing*, 43.
- Bakırtaş, T. (2018). Varoluşçu psikoterapi (I.D. Yalom) } Existential psychotherapy (I.D. Yalom) {. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*, 18(1), 645-649.
- Baktiarso, S., Wicaksono, I., & Budiarso, A. (2023). The effect of job satisfaction and work motivation on the performance of Junior High School Teachers in Jember Regency: The First International conference on Neuroscience and learning Technology, 1.
- Baron, A. R., & Greenberg, J. (2003). *Organizational Behaviour in organization. Understanding and managing the human side of work*. Canada: Prentice Hall, 12-17.
- Bartzak, P. J. (2024). The Steel Jacket: Antecedents of Trauma A Pilot Nurse-Led Study to Examine Trauma Patients Existential Experience and the Impact of Empathic Nursing Care. *Journal of Radiology Nursing*, 43(1), 25-31.
- Baxi, B. (2024). Exploring Job Satisfaction: Understanding the Meaning, Importance, and Dimensions.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 155-162.
- Benbenishty, J., Ashkenazy, S., Jakobson, L., & Dekeyser Ganz, F. (2022). Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: A national comparative study: *Journal of Clinical Nursing WILEY*, 15-16.
- Chiedu, C. K., Long, C. S., & Ashar, H. B. (2024). Examining the Interplay between Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Employee Turnover at Unilever Corporation in Nigeria. *IZA Journal of Labor Policy*, 14.
- Christofi, M., Zahoor, N., Donbesuur, F., & Miri, Damnan. (2022). Technological innovation and employee psychological Well being: The moderating role of employee learning orientation and perceived organizational support: *Technological Forecasting and Social Change*, 179.
- Coskun, M., Arslan, G. (2023) School Belongingness in Academically At-Risk Adolescents: Addressing Psychosocial Functioning and Psychological Well-Being : *Journal of Happiness and Health*, 3.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Spillover and Crossover of Exhaustion and Life

- Satisfaction Among Dual-earner Parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266–289.
- De Simone, S., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130-140.
- Dhanabhakym, M., & Sarath, M. (2023). Psychological wellbeing: Asystematic literature review. *International journal of advanced research in science, communication and technology*, 3(1), 603-607.
- Duignan, M., Drennan, J., & Mc Carthy, V. J. (2024). Work characteristics, job satisfaction and intention to leave: a cross-sectional survey of advanced nurse practitioners. *Contemporary Nurse*, 1-13.
- Edwards, J. R. (1991). Person-job fit: A conceptual integration, literature review, and methodological critique. John Wiley & Sons.
- Elghabbour, G., EL-Ayari, O., & Ali El-Said, H. (2023). Nurses prospective of Work Resilience and Its Influence on Vocational Moral Courage and Psychological Well being: *International Egyptian Journal of Nursing*, 3.
- Entrata, P., & Nicomedes, C. J. (2024). Emotional intelligence and perceived social support as predictors of psychological well-being among nurses in hospitals in metro manila: Basis for psychological wellness program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 49, 140- 148.
- Eraydin, C., Alper, S. (2022). The effect of laughter therapy nursing Students anxiety.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crises*. Norton.
- Satisfaction during The Covid-19, Pandemic: Randomized Controlled Study, 9.
- Farfán, J., Peña, M., Fernández-Salineró, S., & Topa, G. (2020). The moderating role of extroversion and neuroticism in the relationship between autonomy at work, burnout, and job satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8166.
- Fatimah, U., & Elistia, E. (2024). Pengaruh Job Security dan Job Burnout terhadap Job Satisfaction Dimediasi oleh Work Engagement. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(2), 6552-6577.
- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., Wakefield, M. K., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses. In *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US).
- Fuths, S., & Hennecke, M. (2024). Levels of goal adjustment in late adulthood. *Current opinion in psychology*, 55, 101730.
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and emotion*, 27, 199-223.
- Gray, N. S., O'Connor, C., Knowles, J., Pink, J., Simkiss, N. J., Williams, S. D., & Snowden, R. J. (2020). The influence of the COVID-19 pandemic on mental well-being and psychological distress: impact upon a single country. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 594115.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159.
- Hosseiniabadi, M. B., Etemadinezhad, S., Ahmadi, O., Gholinia, H., Galeshi, M., & Samaei, S. E. (2018). Evaluating the relationship between job stress and job satisfaction among female hospital nurses in Babol: An application of structural equation modeling. *Health promotion perspectives*, 8(2), 102.
- Hult, M., & Terkamo-Moisio, A. (2023). Mental well-being, work engagement, and work-related and personal resources among nurse managers: a structural equation model. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100140.
- Farfán, J., Peña, M., Fernández-Salineró, S., & Topa, G. (2020). The moderating role of extroversion and neuroticism in the relationship between autonomy at work, burnout, and job satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8166.
- Fatimah, U., & Elistia, E. (2024). Pengaruh Job Security dan Job Burnout terhadap Job Satisfaction Dimediasi oleh Work Engagement. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(2), 6552–6577.
- Fisher, C. (2014). Conceptualizing and measuring wellbeing at work. In P. Chen & C. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide* (pp. 1–25). Wiley
- Gray, N. S., O'Connor, C., Knowles, J., Pink, J., Simkiss, N. J., Williams, S. D., & Snowden, R. J. (2020). The influence of the COVID-19 pandemic on mental well-being and psychological distress: impact upon a single country. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 594115.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
- Haitao, N. (2022). Relation ship of challenges Recognition and co-workers to job satisfaction: *Dinasti International journal of Digital Business Management*, 3.

- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health Basic Books. Inc., Publishers, New York, Usa.
- Jalili, S., Martínez-Tur, V., Estreder, Y., Moliner, C., Gracia, E., & Fajardo-Castro, L. V. (2024). Trust and quality of life: A study in organizations for individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 151, 104782.
- Jones, S. (2023). Job Satisfaction Among Public and Private Sector Employees (Doctoral dissertation, CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, NORTHRIDGE).
- Juniarta, J., Gea, I. S., Lalenoh, W. S., Tatontos, Y. E. V., & Barus, N. S. (2023). Nurses' self-compassion and professional quality of life during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 11(2), 103-111.
- Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2020). Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(9), 506.
- Kohnen, D., De Witte, H., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 22(1), 8.
- Koppitz, A., Spichiger, F., Keller-Senn, A., Bana, M., Huber, C., Christie, D., ... & Volken, T. (2024). Comparison of student nurses' expectations and newly qualified nurses' experiences regarding clinical practice: A secondary analysis of a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*.
- Koustelios, A., & Tsigilis, N. (2005). The Relationship between Burnout and Job Satisfaction Among Physical Education Teachers: A Multivariate Approach. *European Physical Education Review*, 11(2), 189-203.
- Kumar, A., Memon, B., Sohu, Z. H., & Maharvi, M. W. (2023). Polychronicity as Moderator in the Relationship between Skill Variety and Job Satisfaction. *International Journal of Organizational Leadership*, 12(3), 269-276.
- Labrague, L., Al Sabei, S., Alrawajfah, O. (2021). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses: *Journal of Nursing Management*, 30.
- Lavell, T., Mitchell, M., Powell, M., Cummins, B., Tong, A., Metcalf, E., Ownsworth, Oneill, K., Morris, L. & Ransie, K. (2023). Fostering positive emotions, psychological well-being, and productive relationships in the intensive care unit: A before-and-after study: official *Journal of the Australian college of critical care nurse Ltd*, 1.
- Labrague, L. J. (2023). Linking toxic leadership with work satisfaction and psychological distress in emergency nurses: the mediating role of work-family conflict. *Journal of Emergency Nursing*.
- Li, Y., Fan, R., Lu, Y., Li, H., Liu, X., Kong, G., ... & Wang, J. (2023). Prevalence of psychological symptoms and associated risk factors among nurses in 30 provinces during the COVID-19 pandemic in China. *The Lancet Regional Health—Western Pacific*, 30.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Rand McNally.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and individual Differences*, 6(5), 587-597.
- Mason Stephens, J., Iasiello, M., Ali, K., van Agteren, J., & Fassnacht, D. B. (2023). The importance of measuring mental wellbeing in the context of psychological distress: Using a theoretical framework to test the dual-continua model of mental health. *Behavioral Sciences*, 13(5), 436.
- Maljaars, J., Gijbels, E., Evers, K., Spain, D., Rumball, F., Happé, F., & Noens, I. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on daily life: Diverse experiences for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 319-331.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New-York: Harper. (33).
- Mishra, H., & Venkatesan, M. (2023). Psychological Well-being of Employees, its Precedents and Outcomes: A Literature Review and Proposed Framework. *Management and Labour Studies*, 48(1), 7-41.
- Mullins, L. J. (2007). *Management and organisational behaviour*: Pearson education. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting.
- Clinician Well-Being. (2019). *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. National Academies Press (US). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020-2030.
- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (Eds.). (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US).
- Newman-Sanders, A., Kirkman-Brown, J. C., & Gallagher, M. T. (2024). Gym lifestyle factors and male reproductive health: a study into young adult usage and perceptions. *Reproductive biomedicine online*, 48(1), 103623.

- Odiljonovna, G. (2024). the factor that determines personal competence in adolescent period life content. Proceedings of International Conference on Educational Discoveries and Humanities Hosted online from Plano, Texas, USA. ISSN: 2835-3196 Website: econferenceseries.com.
- Phillips, T. M., & Pittman, J. F. (2007). Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of adolescence*, 30(6), 1021-1034.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.
- Prasetyo, R., Purwandari, D. A., & Syah, T. Y. R. (2021). The Effect of Customers' Incivility and Work stress on Job Satisfaction through Burnout. *Journal of Economics, Business, & Accountancy Ventura*, 23(3).
- Ramsey, S. M. (2024). When Florence met Freud: interaction and intersection between psychoanalysis and nursing Psychoanalytic Psychotherapy, 1-22.
- Ryff CD. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83 (1): 10-28.
- Sharma, N. (2024). The Role Of Altruism In Promoting Psychological Well-Being Among Healthcare Workers: A Review Of The Literature. *Educational Administration: Theory and Practice*, 30(4), 9048-9059.
- Shaw, R. L., Morrison, R., Webb, S., Balogun, O., Duncan, H. P., & Butcher, I. (2024). Challenges to well-being in critical care. *Nursing in Critical Care*.
- Sheikhpour A, janjani P. Investigating the relationship between psychological resilience and psychological well-being of nurses with the mediating role of self-compassion among nurses in Kermanshah. *cjhaa* 2023; 8 (2) : 6
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being?. *Applied psychology*, 57(2), 173-203.
- Smit, S., Lapkin, S., Halcomb, E., & Sim, J. (2022). Job satisfaction among small rural hospital nurses: A cross-sectional study. *Journal of nursing scholarship*, 1.
- Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Sözer ÖT, Eskin M. Religiosity, Identity Confusion, and Psychological Well-Being in Turkish University Students: The Moderating Role of Religious Orientation. (2022). *Journal of Religion and Health* 62(2):984-1006.
- Statt, D. (2004). *The Routledge Dictionary of Business Management* (Third ed.). Detroit: Routeledge Publishing.
- Sulossari, V., Unal, E., & Ilknur Cinar, F. (2022). The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychologic well-being of nurses: A systematic review. *Applied Nursing Research*, 64.
- Tanhan, F. (2007). Ölüm kaygısı ile baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi } The effects of coping with death anxiety education programme on death anxieties and psychological well-beings { (Publication No. 235704) } Doctoral dissertation, Ankara University { .Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi
- Tekle Gebremariam, G., Biratu, S., Alemayehu, M., Gebregziabihier, A., Kebede Beyene, M., Sander, B., & Gebretekle, G. (2022). Health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus at a tertiary care hospital in Ethiopia: plos one, 18.
- Thianthai, C., & Tamdee, P. (2024). Understanding Digital Well-being and Insights From Technological Impacts on Univ Impacts on University Students' E ersity Students' Everyday Lives in Bangkok. *Journal of Health Research*, 2 (38).
- Tirka Widanti. (2022). The implementation of orginazational behavior and Job satisfaction for the legaland Human resourch employees At Green School, Bali: *Journal Administrasi public*, 20.
- Tiryakisen, H., Alan, H., polat, S., & . (2022). The role psychological capital in the realationship between nurses gob satisfaction intention: Perespectives in psychiatric care, 58.
- Titler, M. G., Medvec, B. R., Marriott, D. J., Khadr, L., & Friese, C. R. (2024). Registered Nurses' Well-Being, Michigan, 2022. *American journal of public health*, 114(S2), 180-188.
- Tria, J. Z. (2023). Job satisfaction among educators: A systematic review. *International Journal of Professional Development, Learners and Learning*, 5(2), ep2310.
- Tomaszewska, K., Kowalczuk, K., Majchrowicz, B., Klos, A., & Kalita, K. (2024). Areas of professional life and job satisfaction of nurses. *Frontiers in Public Health*, 12, 1370052.
- Yüksel, M. Y., Serezli, K., & Bostancıoğlu, N. (2024). Death Anxiety, Life Satisfaction and Psychological Well-Being in Middle Adults. *Spiritual Psychology & Counseling*, 9(1).
- Vroom, V. H. (1995). *Work and motivation* (Classic ed.). San Fransicsco: Jossey-Bass Publishers.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J. V., Chen, C. K., & Prince-Paul, M. (2024). A conceptual model of the nurse's role as primary palliative care provider in goals of care communication. *PEC innovation*, 4, 100254.

اثر بخشی آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی شهر آمل

قاسم یعقوبی

دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت ا...آملی، ایران.

ستایش درزی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت ا...آملی، ایران.

Winkielman, p., Jasko, K., & Yoo, J. (2023). Fluency, prediction and motivation: how processing dynamics, expectations and epistemic goals shape aesthetic judgements. National Science Center Poland Grant to Katarzyna Jasko.

The effectiveness of the acceptance and commitment training program on incompatible schemas and insecure attachment style in obsessive-compulsive women of Amol city

Qasem Yaghoubi

PhD in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Ameli Branch, Iran.

Setayesh Darzi (Corresponding Author)

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Ameli Branch, Iran.

Abstract:

The purpose of this research was to investigate the effectiveness of the acceptance and commitment training program on maladaptive schemas and insecure attachment style in obsessive women. The method of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research was all the obsessive women of Amol city in 2024. The statistical sample in this research includes 30 children with hyperactivity disorder (15 for the control group and 15 for the experimental group) who were selected by available sampling method and replaced in two groups in a simple random manner. Entry criteria: 1_ age range of 25 to 35 years old 2_ satisfaction with participation in tests 3_ no history of other psychological disorders 4_ no use of concurrent treatments. Exclusion criteria: 1_ Age above 35 years and below 25 years 2_ They can withdraw from the research when they wish. 3_ Having another mental disorder 4_ Using simultaneous treatments. Data collection tools were Yang's maladaptive schemas questionnaire and Hazen and Shiver's attachment style questionnaire. Data analysis was done using spss software version 26. In this research, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the obtained data and to examine all hypotheses and determine the effect of the intervention on the experimental group and to evaluate the difference in the scores of the two groups in the pre-test and post-test interval. became.

Keywords: acceptance and commitment program, maladaptive schemas, insecure attachment style, obsession.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان وسواسی شهر آمل در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش) که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ و پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده و برای بررسی همه فرضیه ها و تعیین تاثیر مداخله بر روی گروه آزمایش و ارزیابی تفاضل نمرات دو گروه در فاصله پیش آزمون و پس آزمون از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA)، استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی تاثیر مثبت وجود دارد.

کلید واژه: برنامه پذیرش و تعهد، طرحواره های ناسازگار، سبک دلبستگی ناایمن، وسواس.

مقدمه

طبق تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۷} (DSM5)، اختلال وسواس فکری _ عملی^{۱۸} (OCD)، با وجود وسواس های فکری مشخص می شود. وسواس های فکری، افکار، امیال یا تصورات عود کننده و مداومی هستند که به صورت ناخواسته و مزاحم تجربه می شوند. در حالی که وسواس های عملی، رفتارها و یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنها می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^{۱۹}، ۲۰۲۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۴۰۲). اختلال وسواس فکری یا عملی می تواند یک اختلال اضطرابی مزمن باشد که با اشتغال ذهنی مفرط در مورد نظم و ترتیب و امور جزئی و همچنین کمال طلبی همراه است تا حدی که به از دست دادن انعطاف پذیری و صراحت در کارایی می انجامد (کاپلان و سادوک، ۱۴۰۲). اختلال وسواس فکری یا عملی به عنوان یکی از حالات روانی ناتوان کننده و جدی محسوب می شود و به واسطه سه جز مجزا از هم شناخته می شود که عبارتند از: تفکرات، اجبارها و رفتارهای اجتنابی که مبتلایان به این نوع وسواس از خود بروز می دهند (کلارک^{۲۰}، ۲۰۱۸).

به نظر می رسد که متغیرهای روانشناختی خاصی مثل طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در تبیین وسواس فکری _ عملی نقش داشته باشند. طبق دیدگاه بک^{۲۱}، ذهنیت افراد از طرحواره هایی^{۲۲} تشکیل شده اند که دربرگیرنده خاطرات، تصاویر ذهنی و شفاهی بوده و سیستم منسجمی از مؤلفه های شناختی، عاطفی، هیجانی و رفتاری را شامل می شوند (بک، ۲۰۲۲). طرحواره ها از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تاثیر قرار می دهند (یانگ^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۷). اما طرحواره های اولیه باورهای هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند (زانگ و هه^{۲۴}، ۲۰۱۵). در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجا هستند و اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (تیم^{۲۵}، ۲۰۱۸). از آنجا که طرحواره ها، همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می روند و تعیین کننده واکنش های عاطفی افراد نسبت به موقعیت های زندگی و روابط بین فردی می باشند، گفته شده که با کیفیت زندگی رابطه

- 17 diagnostic and Statistical manual of mental disorders
- 18 Obsessive compulsive disorder
- 19 American Psychiatric Association
- 20 Clarke
- 21 Beck
- 22 Schema
- 23 Young
- 24 Zhang & He
- 25 Thimm

زبان، موجب گسترش رنج و ناراحتی شده و بویژه آسیب روانی می گردد (ایزدی و عابدی، ۱۴۰۲). مطابق این دو مدل، عنصرهای اصلی تحول و شکل گیری آسیب های شناختی اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی هستند. اجتناب تجربه ای موجب انعطاف ناپذیری شناختی شده و از طریق مکانیزم های زبان تعمیم یافته و با شکست اجتناب تجربه ای، انجام اعمال ارزشمند در زندگی دچار مشکل می شود. آمیختگی شناختی نیز، به عنوان محصول چهارچوب های رابطه ای موجب کاهش تمایز فرد از تجارب وی شده و محرک های کلامی نیز به سادگی می تواند ناراحتی و دیگر تجارب منفی درونی را فراخوانند. در ده سال گذشته درمان مبتنی پذیرش و تعهد همانند جرقه ای به سرعت مورد توجه درمانگران و محققان قرار گرفت است (حکمتی و بخشی پور، ۱۳۹۶).

درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک های نظیر، استعاره، تمرینات تجربه ای و تناقض منطقی برای رهایی از محتوای لفظی و ایجاد ارتباط بیشتر با جریان مداوم تجربه در زمان حال استفاده می کنند. اجراپذیری گسترده و انعطاف پذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خصوص استفاده از تکنیک ها؛ بدین معنی است که می توان این درمان را بصورت گروهی نیز اجرا کرد و با تبدیل به برنامه های آموزشی مختصر، در خارج از محیط بالینی مرسوم (برای مثال محیط شغلی و آموزشی) استفاده نمود (فلکسمن، بلک لج و باند^{۳۲}، ۱۴۰۲). در همین راستا اسوین^{۳۳} و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که این درمان منجر به کاهش میزان اضطراب و طرحواره های ناسازگار می گردد. همچنین پژوهش ها (میرزایی دوستان و همکاران، ۱۳۹۹؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ صفری و همکاران، ۱۳۹۷) نشان دادند که این درمان در کاهش اضطراب، افکار وسواس فکری - عملی و بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. با عنایت به آنچه بیان شد و با توجه به لزوم پرداختن به امر بهداشت روان زنان از یک سو، اعمال کنترل دقیقتر متغیرهای مورد بررسی از سوی دیگر، منجر به این شد که پژوهش حاضر بر گروه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اجرا گردد لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال می باشد که آیا آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی تاثیر دارد؟

طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیشآزمون - پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی بود.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان وسواسی شهر آمل در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال پیش فعالی (۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای

دارند (پاپالیا، گراس و فلدمن^{۲۶}، ۲۰۲۲). نظریه دلبستگی به ماهیت رابطه ای اشاره می کند که میان کودک و مراقب اولیه اش شکل می گیرد و اهمیتی که این رابطه برای ایجاد شخصیت و دیدگاه فرد نسبت به دنیا دارد. بر اساس این نظریه، در خلال تکرار تجربیات وابسته به نمایه دلبستگی، کودک بازنمایی ذهنی یا به عبارتی «مدل های کارکردی درونی»، نسبت به خود و دیگران را به وجود می آورد. هنگامی که یک بار این مدل ها شکل بگیرد، اگر سیستم دلبستگی فعال شود، این مدل ها نیز فعال خواهند شد و رفتار فرد را هدایت خواهند کرد (کالینز^{۲۷}، ۲۰۱۸). گمان می رود تفاوت در رفتارهای دلبستگی یا سبک دلبستگی افراد، بازتابی از تفاوت در مدل های کارکردی زیربنایی آن ها باشد. در گسترش کاربرد نظریه دلبستگی، هازان و شاور مدل سه طبقه ای دلبستگی را بیان کردند. آن ها افراد را در سه طبقه دلبسته اجتنابی، اضطرابی / دوسوگرا، و ایمن قرار دادند (هازان و شاور^{۲۸}، ۲۰۲۲).

بعد از آن ها بارتولومه و هوروویز^{۲۹} (۲۰۰۷) مدل چهار طبقه ای خود را از دلبستگی گسترش دادند. بارتولومه (۲۰۰۷) مفهوم سازی بالبی را گسترش داد و بیان کرد که دلبستگی از دو بُعد ناشی می شود: مدلی درباره خود به عنوان مثبت یا منفی (لایق بودن یا نبودن برای عشق و حمایت) و مدلی درباره دیگران به عنوان دیگران مثبت یا منفی (قابل اعتماد و در دسترس در مقابل غیرقابل اعتماد و طردکننده). بر این اساس چهار نوع دلبستگی شناسایی شد: ۱. ایمن (خود مثبت، دیگران مثبت)؛ ۲. آشفته (خود منفی، دیگران مثبت)؛ ۳. هراسان - اجتنابی (خود منفی، دیگران منفی)؛ ۴. بی تفاوت - اجتنابی (خود مثبت، دیگران منفی). این ابعاد و ترکیب های مرتبط با آن ها، تعیین کننده شناخت ها، خلق و رفتار در رابطه های فرد هستند. و موجب هدایت تنظیم هیجانی می شود و تصویر نفس را شکل می دهند (برترتون و مونهلند^{۳۰}، ۲۰۲۲). در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل مشکلات وسواس هستند. در میان دیدگاه های مختلف روانشناسی، برنامه پذیرش و تعهد از جنبه عمق نظریه و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته ست. درمان پذیرش و تعهد یکی از درمان های موج سوم است که دارای بنیادهای فلسفی - نظری منسجمی است. از بعد فلسفی این درمان مبتنی بر فلسفه پراگماتیستی بافت گرایی کارکردی^{۳۱} است که بر کارآمدی به عنوان معیار حقیقت تاکید می کند. زیربنایی نظری این درمان، نظریه چهارچوب ارتباطی است که مبتنی بر شناخت، زبان و کلام است که حامی این است که مکانیزم های زیربنایی فعالیت نمادین

- | | |
|----|---|
| 26 | Papalia, Gross & Feldman |
| 27 | Collins |
| 28 | Hazan & Shaver |
| 29 | Bartholomew, Horowitz |
| 30 | Bretherton, Munholland |
| 31 | Functional Analytic Psychotherapy (FAP) |

گروه آزمایش) که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند. ملاک های ورود: ۱_ دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال ۲_ رضایت از شرکت در آزمون ها ۳_ عدم سابقه اختلالات روانشناختی دیگر ۴_ عدم استفاده از درمان های همزمان. ملاک های خروج: ۱_ سن بالای ۳۵ سال و پایین ۲۵ سال ۲_ زمان که تمایل داشته باشند می توانند از پژوهش خارج شوند. ۳_ داشتن اختلال روانی دیگر ۴_ استفاده از درمان های هم زمان.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار: یک پرسشنامه ۷۵ آیتمی که توسط بانک (۱۹۸۸) برای ارزیابی پانزده روان سازه ناسازگار اولیه ساخته شد. باورهای ناسازگار اولیه، عمیقترین سطح شناخت است و موضوعات ثابت و دراز مدتی اند که در دوران کودکی به وجود می آیند، به زندگی بزرگسالی راه می یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. دارای خرده مقیاس های زیر می باشد. این طرحواره ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، فداکاری بازداری هیجانی، معارهای سرسختانه/ بیش انتقادی، استحقاق/ بزرگ منشی و خودکنترلی ناکافی. این ۱۵ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه های تحولی اولیه قرار می گیرند. که برای پاسخ خود از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای استفاده کنند (اشمیت و همکاران، ۱۹۹۵؛ نقل از مودب، ۱۳۹۰). هر پرسش بر یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می شود. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاه های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ بدست آمد.

پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷): سبک دلبستگی آزمودنی ها در این پژوهش به کمک مقیاس دلبستگی بزرگسال تعیین شد. این مقیاس که با بهره گیری از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۷۹). این مقیاس ۱۵ سؤال دارد و سه سبک دلبستگی ایمن (نزدیک بودن)، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا (اضطرابی) را در طیف ۵ درجه ای لیکرت (خیلی کم: ۱، کم: ۲، متوسط: ۳، زیاد: ۴، خیلی زیاد: ۵) می سنجد. سؤال های ۱، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳ سبک دلبستگی ایمن، سؤال های ۲، ۶، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ سبک دلبستگی اجتنابی و سؤال های ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۵ سبک دلبستگی دوسوگرا را تعیین می کند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. در تحقیقی که توسط پاکدامن (۱۳۸۰) بر روی یک نمونه ی ۱۰۰ نفری (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) انجام گرفت، پایایی بازآزمایی به ترتیب برای دلبستگی اضطرابی/ دوسوگرا، اجتنابی و ایمن برابر با ۰/۷۶، ۰/۵۲ و ۰/۳۷ و میزان آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

روش تجزیه تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده های از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی با رعایت مفروضه های از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته های پژوهش

جدول (۱) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از آموزش برنامه پذیرش و تعهد

گروهها متغیر		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حوزه بریدگی و طرد	ازمایش	۲۹/۳۳	۲/۲۵	۲۲/۳۳	۱/۹۸
	کنترل	۲۹/۱۳	۲/۳۲	۲۹/۴۷	۲/۰۹
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	ازمایش	۳۱/۸۰	۲/۹۸	۲۶/۰۷	۳/۶۷
	کنترل	۳۱/۴۷	۳/۲۴	۳۱/۵۳	۳/۰۶
حوزه دیگر جهت مندی	ازمایش	۲۹/۳۳	۲/۲۵	۲۳/۹۳	۳/۳۴
	کنترل	۲۸/۷۳	۲/۲۶	۲۹/۱۳	۲/۰۹
حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	ازمایش	۳۰/۰۷	۲/۳۴	۲۵/۴۰	۲/۲۹
	کنترل	۲۹/۸۰	۲/۹۳	۳۰/۴۷	۲/۲۳
حوزه محدودیت های مختل	ازمایش	۳۰/۰۷	۳/۹۱	۲۳/۱۴	۱/۷۲
	کنترل	۲۹/۶۷	۴/۴۱	۳۰/۵۳	۴/۱۷

۱/۲۶	۳۱/۲۰	۱/۴۳	۳۵/۷۳	ازمایش	سبک دلبستگی نایمن
۱/۰۵	۳۵/۴۰	۱/۲۰	۳۵/۸۰	کنترل	

همان طور که جدول (۱) نشان می دهد، میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی نایمن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در بعد از مداخله بهبود داشته است.

جدول (۲) نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	آماره Z	سطح معنیداری (Sig)	نتایج آزمون
حوزه بریدگی و طرد	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۰/۰۸	۰/۰۶	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۱/۰۰۵	۰/۲۶۵	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۴۹۴	۰/۹۶۸	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۸۲۲	۰/۵۰۹	توزیع داده ها نرمال است
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۱/۲۷۴	۰/۰۷۸	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۹۴۲	۰/۳۳۷	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۷۷۵	۰/۵۸۵	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۸۸	۰/۳۵	توزیع داده ها نرمال است
حوزه دیگر جهت مندی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۰/۹۸	۰/۲۸	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۱/۰۰۵	۰/۲۶۵	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۷۴	۰/۶۴	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۸۵۵	۰/۴۵۷	توزیع داده ها نرمال است
حوزه محدودیت های مختل	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۰/۵۴۲	۰/۹۳۱	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۶۵۲	۰/۸۵۲	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۸۲	۰/۵۱	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۱/۰۱	۰/۲۵	توزیع داده ها نرمال است
حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	کنترل	پیش آزمون		۰/۸۲	۰/۴۹	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۱۷	۰/۰۶	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۶۱	۰/۸۳	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۶۶	۰/۷۶	توزیع داده ها نرمال است
سبک دلبستگی نایمن	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۰/۷۰	۰/۷۰	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۶۵	۰/۷۸	توزیع داده ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۰/۷۴	۰/۶۳	توزیع داده ها نرمال است
		پس آزمون	۱۵	۰/۳۸	۰/۴۴	توزیع داده ها نرمال است

مطابق جدول (۲) همان گونه که ملاحظه می شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ قلمداد می گردد.

جدول (۳) نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه ها در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	آماره f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حوزه بریدگی و طرد	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۵
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۰۹	۱	۲۸	۰/۸۰
حوزه دیگر جهت مندی	۰/۶۷	۱	۲۸	۰/۱۱
حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۰/۱۵	۱	۲۸	۰/۶۹
حوزه محدودیت های مختل	۰/۵۹	۱	۲۸	۰/۴۴

سبک دلبستگی ناایمن	۰/۰۰۲	۱	۲۸	۰/۹۶۲
--------------------	-------	---	----	-------

با توجه به جدول (۳) f بدست آمده معنی دار نیست. چون میزان سطح معنیداری (Sig) بدست آمده برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است، می توان چنین استنباط کرد که واریانس ها همگن است. بنابراین تساوی واریانسها برقرار است و اجرای کوواریانس امکانپذیر است.

جدول (۴) نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته

بعد از مداخله	قبل از مداخله	ضریب همبستگی	سطح معناداری
حوزه بریدگی و طرد	حوزه بریدگی و طرد	۰/۷۳	۰/۰۰۰
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۴۲	۰/۰۰۰
حوزه دیگر جهت مندی	حوزه دیگر جهت مندی	۰/۴۹	۰/۰۰۰
حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۰/۳۹	۰/۰۰۰
حوزه محدودیت های مختل	حوزه محدودیت های مختل	۰/۲۹	۰/۰۰۰
سبک دلبستگی ناایمن	سبک دلبستگی ناایمن	۰/۳۲	۰/۰۰۰

نتایج نشان می دهد که بین متغیرهای وابسته در قبل و بعد از آموزش برنامه پذیرش و تعهد رابطه خطی و مثبتی وجود دارد (سطح معناداری کمتر از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ می باشد).

جدول (۵) بررسی فرض همگنی شیب های رگرسیون طرحواره های ناسازگار اولیه در گروههای آزمایش و کنترل

منبع	حوزه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه×پیش آزمون	حوزه بریدگی و طرد	۸/۳۸۸	۲	۴/۱۹۴	۰/۸۳۵	۰/۴۵۲
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۱۷/۸۷۴	۲	۸/۹۳۷	۱/۷۲۴	۰/۲۱۰
	حوزه دیگر جهت مندی	۸/۷۷۹	۲	۴/۳۹۰	۰/۵۸۶	۰/۵۶۸
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۴/۳۴۹	۲	۲/۱۷۵	۰/۵۱۵	۰/۶۰۷
	حوزه محدودیت های مختل	۴۲/۵۹۵	۲	۲۱/۲۹۷	۱/۰۵۹	۰/۳۸
	سبک دلبستگی ناایمن	۲/۳۷۶	۲	۱/۱۸۸	۰/۸۵۱	۰/۴۴۵

خطا	حوزه بریدگی و طرد	۸۰/۳۲	۱۶	۵/۰۲	
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۸۲/۹۶	۱۶	۵/۱۸	
	حوزه دیگر جهت مندی	۱۱۹/۹۴	۱۶	۷/۴۹	
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۶۷/۵۵	۱۶	۴/۲۲	
	حوزه محدودیت های مختل	۸۳/۹۲	۱۶	۵/۲۴	
	سبک دلبستگی ناایمن	۲۲/۳۳	۱۶	۱/۳۹	
کل	حوزه بریدگی و طرد	۴۹۸/۷۰	۲۹		
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۵۴۴/۸۰	۲۹		
	حوزه دیگر جهت مندی	۴۲۱/۴۷	۲۹		
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۳۳۵/۸۶	۲۹		
	حوزه محدودیت های مختل	۶۹۶/۱۷	۲۹		
	سبک دلبستگی ناایمن	۱۷۰/۳۰۰	۲۹		

بر اساس جدول (۵) فرض همگنی شیبهای رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است، تعامل بین دو گروه و پیش آزمون طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن معنادار نیست. به عبارت دیگر داده ها از فرضیه همگنی شیبهای رگرسیونی پشتیبانی می کند.

جدول (۶) نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس - کوواریانس)

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروهها	۶/۰۹۷	۱/۰۴	۲۱	۲۸۸۴/۵۵	۰/۳۳

با توجه به مقدار $(F(21, 2884/55) = 1/04, p = 0/33)$ ، آزمون همگنی ماتریس های پراکندگی معنادار نمی باشد. و این بیانگر آن است که، ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیر های کمی تحقیق (یعنی طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک دلبستگی ناایمن) در بین گروه های کنترل و آزمایش با هم برابر هستند.

جدول (۷) خلاصه اطلاعات تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش در گروههای آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

اثر گروه	منبع تغییرات	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی	سطح معنی داری
----------	--------------	-------------------	---------	------------	---------------

اثر پیلائی	۰/۹۱۶	۳۰/۸۳	۶	۱۷	۰/۰۰۰
لامبدا-ویلکز	۰/۰۸۴	۳۰/۸۳	۶	۱۷	۰/۰۰۰
اثر هوتلینگ	۱۰/۸۸	۳۰/۸۳	۶	۱۷	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۸۸	۳۰/۸۳	۶	۱۷	۰/۰۰۰

با توجه به داده های جدول (۷) و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($F(۱۷,۶) = ۰/۰۸۴, p = ۰/۰۰۰$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن) رد می شود و تحلیل کوواریانس چند متغیری به طور کلی معنادار است در ادامه به تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش به صورت مجزا پرداخته شده است.

جدول (۸) خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری طرحواره های ناسازگار اولیه در گروههای آزمایش و کنترل

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجدور اتا	توان آماری
بین گروهی	حوزه بریدگی و طرد	۳۸۷/۱۲	۱	۳۸۷/۱۲	۹۱/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰	۱
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۲۴۰/۲۰	۱	۲۴۰/۲۰	۵۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸	۱
	حوزه دیگر جهت مندی	۲۲۰/۲۱	۱	۲۲۰/۲۱	۳۲/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۱
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداري	۲۰۶/۱۷	۱	۲۰۶/۱۷	۵۷/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
	حوزه محدودیت های مختل	۴۰۵/۲۸	۱	۴۰۵/۲۸	۵۱/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۱
درون گروهی	حوزه بریدگی و طرد	۹۶/۸۶	۲۳	۴/۲۱				
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۱۱۰/۳۲	۲۳	۴/۷۹				
	حوزه دیگر جهت مندی	۱۵۵/۱۸	۲۳	۶/۷۴				
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداري	۸۲/۶۳	۲۳	۳/۵۹				
	حوزه محدودیت های مختل	۱۸۱/۷۶	۲۳	۷/۹۰				

کل	حوزه بریدگی و طرد	۴۹۸/۷۰	۲۹					
	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۵۴۴/۸۰	۲۹					
	حوزه دیگر جهت مندی	۴۲۱/۴۷	۲۹					
	حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	۳۳۵/۸۷	۲۹					
	حوزه محدودیت های مختل	۶۹۶/۱۷	۲۹					

با توجه به جدول (۸) تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه پس از تعدیل پیش آزمون نشان میدهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است $p=0/000$ نشان میدهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد.

جدول (۹) جدول میانگین های تعدیل شده حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
حوزه بریدگی و طرد	آزمایش	کنترل	-۷/۲۵	۰/۷۵	۰/۰۰۰	-۸/۸۲	-۵/۶۹
	کنترل	آزمایش	۷/۲۵	۰/۷۵	۰/۰۰۰	۵/۶۹	۸/۸۲
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	آزمایش	کنترل	-۵/۷۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰	-۷/۳۸	۴/۰۴
	کنترل	آزمایش	۵/۷۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰	۴/۰۴	۷/۳۸
حوزه دیگر جهت مندی	آزمایش	کنترل	-۵/۴۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰	-۷/۴۵	-۳/۴۹
	کنترل	آزمایش	۵/۴۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰	۳/۴۹	۷/۴۵
حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	آزمایش	کنترل	-۵/۲۹	۰/۶۹	۰/۰۰۰	-۶/۷۴	-۳/۸۴
	کنترل	آزمایش	۵/۲۹	۰/۶۹	۰/۰۰۰	۳/۸۴	۶/۷۴
حوزه محدودیت های مختل	آزمایش	کنترل	-۷/۴۲	۱/۰۳	۰/۰۰۰	-۹/۵۶	-۹/۵۶
	کنترل	آزمایش	۷/۴۲	۱/۰۳	۰/۰۰۰	۵/۲۷	۵/۲۷

نتایج آزمون بن فرونی نشان می دهد که، بین حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان وسواسی گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش برنامه پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول (۱۰) خلاصه تحلیل کواریانس سبک دلبستگی ناایمن در گروههای آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنیداری	مجدور اتا	توان آماری
بین گروهی	۱۳۱/۷۰۱	۱	۱۳۱/۷۰۱	۹۵/۴۰۹	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱
درون گروهی	۳۷/۲۷	۲۷	۱/۳۸۰				
کل	۱۷۰/۳۰۰	۲۹					

با توجه به جدول (۱۰)، تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات متغیر سبک دلبستگی ناایمن پس از تعدیل پیش آزمون نشان میدهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره های پس آزمون معنادار است. ($F(1, 27) = 95/409, p = 0/000, Eta = 0/78$) نشان میدهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد.

جدول (۱۱) جدول میانگین های تعدیل شده سبک دلبستگی ناایمن گروه های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر			اختلاف میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
سبک دلبستگی ناایمن	آزمایش	کنترل	-۴/۱۹۲	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰	-۵/۰۷۲	-۳/۳۱۱
	کنترل	آزمایش	۴/۱۹۲	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰	۳/۳۱۱	۵/۰۷۲

نتایج آزمون بن فرونی نشان می دهد که، بین سبک دلبستگی ناایمن گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش برنامه پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار در زنان وسواسی موثر است. در همین راستا مونتگومری (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شد. همچنین گلیک و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که روی آورد پذیرش و تعهد درمانگری انعطاف پذیری روان شناختی را افزایش می دهد و باعث کاهش طرحواره های ناسازگار می شود و بنابراین در بهبود بسیاری از مشکلات روان شناختی مؤثر است. اسمن و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد در گروه مبتلایان به اضطراب و طرحواره های ناسازگار، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی، اضطرابی و طرحواره های ناسازگار در گروه تحت درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری کاهش یافت. در تبیین این یافته می توان گفت که، این روش درمانی به افراد آموخته می شود که به جای اجتناب فکری و عملی

از افکار و موقعیت های اضطراب زا (مثل طرحواره های ناسازگار)، افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات و همچنین با ایجاد اهداف و تعهد به آنها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به اهداف را می توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (هایز، ۲۰۱۶). بدین ترتیب در واقع زنان وسواسی طی این درمان در پژوهش حاضر یاد گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط و مشکلات زندگی خود را بپذیرند و به جای کلنجار رفتن روزانه با استرس ها و مشکلات زندگی از جمله طرحواره های ناسازگار، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. فرآیندهای آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی ها آموزش داد که چگونه عقیده ی بازدارنده ی فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. هایز نیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آن که روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می کند تا هیجانات و شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است، رها کنند و به آنها اجازه دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روانشناختی و تعهد، با افزایش فعالیت های معنابخش انعطاف پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می کند (هادیان، ۱۳۹۸). کاملاً بدیهی است که پذیرش تجربیات و هیجان ها و عمل ارزش مدار و هدفمند، افراد را به سمت شیوه های مقابله مسأله مدار و برخی از شیوه های سالم هیجان مدار سوق می دهد و به نوبه خود باعث کاهش طرحواره های ناسازگار در زنان وسواسی می شود.

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی مؤثر است. در همین راستا ونگ و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش وسواس فکری - عملی و احساس تنهایی می شود. مطالعه هالی بارتون و کوپر (۲۰۲۲) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر زمان حال و به کارگیری مهارت های مقابله با مشکلات و پذیرش هیجانات منفی باعث در غلبه بر اضطراب و سبک دلبستگی ناایمن می شود. همچنین هافمن و همکاران (۲۰۱۸) به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش پذیری روانشناختی و ذهن آگاهی در جلسات درمان و دوره پیگیری شده و این افزایش موجب کاهش نشانه های اضطراب و سبک دلبستگی ناایمن شده است. برای تبیین نتایج به دست آمده می توان اظهار داشت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عمل متعهدانه تأکید می ورزد. این درمان منجر به ترغیب مراجعین به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای رسیدن به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها، علیرغم وجود اختلال روان شناختی و بیماری می گردد که نهایتاً موجب می شود تا ضمن تحقق اهداف موجب افزایش خویشتن داری گردیده که در نهایت بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار افزوده، بیمار را از گیر افتادن در حلقه ای از احساسات و افکار منجر کننده و منفی آزاد سازد (هایز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه آموزش مهارت ذهن آگاهی به مراجعین، کمک می کند تا بودن در زمان حال را تجربه کنند و کمک تنفس و آگاهی بدن و پذیرش افکار بدون داوری در مورد آنها، به این نکته برسند که افکارشان قبل از آنکه بازتابی از واقعیت باشند، تفکراتی ساده هستند و این تفکرات منفی همیشه صحیح نیستند که خود می تواند موجب بهبود سبک دلبستگی ناایمن در زنان وسواسی گردد (گل محمدیان و همکاران، ۱۳۹۷). در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگیشان در راستای ارزش هایشان بود؛ در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرآیند این درمان، به زنان وسواسی آموزش داده شد که چگونه از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند (کاکاوند، باقری و شیر محمدی، ۲۰۱۸). همگن نبودن جامعه پژوهش از لحاظ ویژگی های عدم کنترل شرایط اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی، که قابل کنترل نبود، از محدودیت های پژوهش می باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان در کلینیک های مشاوره و سازمان بهزیستی جهت افزایش آگاهی افراد از روشی درمانی نوین و مؤثر (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) استفاده نمود.

منابع

احمدی، اکرم، قائمی، ف.، و فرخی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درماندگی روانشناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان اصفهان. مجله علوم روانشناختی، ۷۲(۱۷): ۹۵۶-۹۵۱.

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۴۰۲). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۲۳).

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۴۰۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تهران، انتشارات جنگل.

حکمتی، عیسی و بخشی پور، عباس. (۱۳۹۶). خاستگاه فلسفی نظری و مدل آسیب شناختی روانی درمان پذیرش و تعهد، مجله بازتاب دانش، دوره ۱۰، ش ۶۶، ص ۱۴-۲۵.

صفری، سینا و غضنفری، فیرزوه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام اس شهر خرم آباد. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۱۳۹۷؛ ۷(۴): ۲۴۱-۲۳۴.

فلکسمن، پل، ا.، بلک لج، ج. ت. و باند، فرانک. (۱۴۰۲). تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی، ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال، تهران، نشر کتاب ارجمند.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۴۰۲). خلاصه روانپزشکی-علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. جلد دوم. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۲۲).

گل محمدیان، محسن؛ رشیدی، علی رضا؛ پروانه، آذر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر. فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۱۳(۴۷)، ۱-۲۳.

میرزائی، زینب، زرگر، یداله و زندی، آرش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به ایدز شهر آبادان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۵(۱): ۱۳-۲.

هادیان، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب جدایی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۴، ۱۶۴، ۲۱-۳۳.

- Beck A T. (2022). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Bretherton I, Munholland KA. (2022). The internal working model construct in light of contemporary neuroimaging research. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford.
- Collins NL. (2018). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. Journal of Social and Personal Relationships; 15(3):323-45.
- Clark, D. A. (2018). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. Australian psychologist; 28(1), 101-67.
- Hayes SC. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 35: 639-665.
- Hazan, C., & Shaver, P. (2022). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 511-524.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2022). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy, 44(2), 180-198.
- Halliburton, AE, & Cooper LD. (2022). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for elderly. Context Behavior; 4(1):1-11.
- Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. (2018). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. J Contextual Behav Sci; 3(3):189-95.
- Glick, D. M., Millstein, D. J., & Orsillo, S. M. (2019). A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. Journal of Contextual Behavioral Science, 3, 81-88.
- Montgomery, D., (2020). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- Ossman, WA, Wilson KG, & McNeill JW. (2017). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia and feeling lonely. Journal of Contextual Behavioral Science. Nov; 6(3):397-416.
- Papalia, D. E., Gross, D., & Feldman R. D. (2022). Child development :A topical approach and making . New York: McGraw Hill.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2019). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. Clinical Psychology Review, 33(8), 965-978.
- Thimm, J.C. (2018). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 373-380.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L., Liu, X., & Chen, Y. (2023). Acceptance and commitment therapy and cognitive-

پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت در زنان شاغل شهر مرودشت

زهرا شکوهی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

نوشاد قاسمی

گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت

behavioral therapy as treatment of academic procrastination: A randomized con-trolled group session. Research on Social Work Practice. Published before print: doi.

Yang, J., McCrae, R.R., Costa, P.T., Jr., Dai, X., Yao, S., Cai, T., & Gao, B. (2017). Cross-cultural personality assessment in psychiatric populations: The NEO-PI—R in the people's Republic of China. *Psychological Assessment*, 11(3), 359-368.

Zhang, D.H., & He, H.L. (2015). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*, 38(8), 1119-1122.

Prediction of emotional divorce based on incompatible schemas and dark personality traits in working women of Maroodasht city

Zahra Shokohi

Islamic Azad University, Marvdasht Branch

Noshad Ghasemi

Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch

Abstract:

The purpose of this research is to predict emotional divorce based on incompatible schemas and dark personality traits in working women. This study is of the correlation type, the statistical population of which is made up of 4900 working women of Morodasht city, of which 356 people were selected through cluster sampling according to the statistical sample size. The research tools included Guttman's emotional divorce scale (1994), Yang's maladaptive schemas scale (1994), and Johnson and Webster's (2010) dark personality traits scale, and the data were analyzed through Pearson's correlation test and stepwise regression analysis. The findings showed that there is a positive and significant relationship between dark personality traits and its dimensions with emotional divorce in working women ($P < 0.01$). Also, the results showed that there is a positive and significant relationship between the incompatible schemas (total) and the three dimensions of cut and rejection, other orientation and extreme callousness with emotional divorce in working women ($P < 0.01$). The results of the regression test also showed that the dimensions of incompatible schemas and dark personality traits are able to predict 36/0 of emotional divorce changes in working women. According to the findings of the current research, planning by therapists and health professionals is necessary to reduce emotional divorce in working women by reducing incompatible schemas and dark personality traits.

Keywords: Emotional divorce, incompatible schemas, dark personality traits

چکیده:

هدف این پژوهش پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت در زنان شاغل می باشد. این مطالعه از نوع همبستگی است که جامعه آماری آن را زنان شاغل شهر مرودشت به تعداد ۴۹۰۰ نفر تشکیل می دهند که تعداد ۳۵۶ نفر از طریق نمونه گیری خوشه‌ای متناسب با حجم نمونه آماری انتخاب گردیدند. ابزارهای پژوهش نیز شامل مقیاس طلاق عاطفی گاتمن (۱۹۹۴)، مقیاس طرحواره های ناسازگار یانگ (۱۹۹۴) و مقیاس صفات تاریک شخصیت جانسون و وبستر (۲۰۱۰) بود و داده ها نیز از طریق آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام انجام گرفت. یافته ها نشان داد که میان صفات تاریک شخصیت و ابعاد آن با طلاق عاطفی در زنان شاغل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که میان طرحواره های ناسازگار (کل) و سه بعد بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی افراطی با طلاق عاطفی در زنان شاغل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج آزمون رگرسیون نیز نشان داد که ابعاد طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت قادرند تا ۳۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی را در زنان شاغل پیش بینی کنند. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، برنامه ریزی توسط درمانگران و متخصصان سلامت برای کاهش طلاق عاطفی در زنان شاغل از طریق کاهش طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت ضروری است.

واژگان کلیدی: زنان شاغل، صفات تاریک شخصیت، طلاق عاطفی، طرحواره های ناسازگار.

مقدمه

یکی از قشرهای اثربخش جامعه که نیازمند توجه به سلامت روحی و روانی آنان می باشد، زنان متأهل هستند و وضعیت سلامت روانی و اجتماعی آنان تاثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه دارد. چرا که زنان اولین مراقبان سلامت خانواده و جامعه بوده و حتی آموزش و فرهنگ نیز از طریق سلامت زنان توسعه می یابد (امیدی و همکار، ۱۳۹۷). طلاق یکی از مهم ترین عواملی است که در مسیر زندگی اخلاص ایجاد می کند و روند رو به رشد آن منجر به افزایش خانواده های تک

با نگرش‌های بی اعتمادی، جاه طلبی، دورویی و دروغ گویی مشخص می‌شود (بشرپور و همکاران، ۱۴۰۰). ماکیاول گراها بدبین اند؛ آنان بدون توجه به اخلاق، اغلب به دنبال ارضای نیازهای شان با سوء استفاده از دیگران هستند (فاکس و رونی، ۲۰۱۵). سایکوپاتی صفت تاریک دیگری است که فقدان همدلی با دیگران و عدم ندامت از گناه یا اشتباه از مشخصه‌های عمده آن است (بشرپور و میری، ۱۳۹۷) و خودشیفتگی نیز شامل یک الگوی درازمدت از رفتارهای غیر عادی است که با احساسات اغراق آمیز از اهمیت خود، نیاز بیش از حد به تحسین و عدم درک احساسات دیگران همراه است (جورج و شورت، ۲۰۱۸).

یافته‌های پیشین نیز نشان داده اند که میان صفات تاریک شخصیت با برخی عوامل عاطفی و مرتبط با زوجین رابطه وجود دارد. جانسون و کروزر^{۴۲} (۲۰۱۳) دریافتند که هر کدام از ابعاد سه گانه تاریک شخصیت با شکل خاصی از نقص عاطفی مرتبط است. همچنین یافته‌های علوی، کای می و مهری زاد (۲۰۱۸) نیز نشان داد که صفت شخصیتی ماکیاولی خیانت زناشویی را پیش بینی می‌کند و اویزال^{۴۳} (۲۰۱۶) نیز نشان داد که هر سه جنبه تاریک شخصیت (ماکیاول گرایی، خودشیفتگی و ضد اجتماعی) با صمیمیت جنسی و صمیمیت زناشویی رابطه معکوس و معنادار دارد. پژوهش اینانسی، لانگ و برکزکی^{۴۴} (۲۰۱۶) نیز نشان داد که ماکیاول گرایی با صمیمیت، گرمی، سازگاری و وفاداری در روابط عاشقانه همبستگی منفی دارد. همان گونه که بررسی یافته های تجربی پیشین نیز نشان می دهد، غالب پژوهش هایی که به بررسی صفات تاریک شخصیت و رابطه آن با سایر متغیرها پرداخته اند، این صفات را در مردان و زنان و مردان توأمان مورد بررسی قرار داده اند و کمتر پژوهشی این متغیر را در زنان شاغل مورد بررسی قرار داده اند.

در بررسی علت طلاق عاطفی علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روان شناختی از جمله طرحواره‌های ناسازگار^{۴۵} که منجر به طلاق عاطفی می‌شوند نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است (جلالوند و همکاران، ۱۴۰۱). طبق تعریف یانگ، طرحواره‌های ناسازگار، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸).

طرحواره‌های ناسازگار سبب ایجاد و تداوم مشکلات روانشناختی

والدی شده است (ون گاسی و مرتلمنز^{۴۵}، ۲۰۲۰). آثار و عوارض منفی اخلاقی و اجتماعی طلاق برای زنان مطلقه، فرزندان طلاق و جامعه قابل مشاهده است؛ به طوری که طلاق و جدایی اثرات منفی زیادی هم از جنبه روانی و هم از جنبه جسمانی بر زوجین به جا می‌گذارد (دهقانی ششده و یوسفی، ۱۳۹۸). طلاق‌ها به دو زیر مجموعه تقسیم می‌شوند: طلاق آشکار که در آن زوجین با مراجعه به دادگاه به طور رسمی از یکدیگر جدا می‌شوند و طلاق پنهان که در این حالت بنا به ضرورت و اجبار با همدیگر زندگی می‌کنند که به این نوع طلاق، طلاق خاموش یا طلاق عاطفی نیز گفته می‌شود (پروین، داوودی و محمدی، ۱۳۹۰). اگرچه طلاق عاطفی به جدایی ختم نمی‌شود و زوجین به دلایلی همچنان در یک محیط و زیر یک سقف زندگی می‌کنند، اما زندگی آن‌ها به ازدواجی پوچ تبدیل می‌شود و فاقد عشق، مصاحبت و دوستی خواهد بود (حسینانی و کاویانی، ۱۳۹۸)؛ در واقع به طور کلی با کمبود اعتماد، احترام و محبت به یکدیگر، زوجین در صدد آزار و اذیت، ناکامی و تنزل عزت نفس یکدیگرند و هریک در جهت یافتن دلیلی برای تأیید عیب و کوتاهی و طرح دیگری هستند (کانتر، پرولکس و مونک^{۴۶}، ۲۰۱۹). معمولاً روابط عاطفی در زندگی زناشویی با هیجان و شور و شغف بالا شروع، اما پس از مدتی به علت غفلت و ناآگاهی یکی از زوجین یا هردو، این هیجان‌ها کاهش می‌یابد و کم کم به سردی گرایش پیدا می‌کند که به این وضعیت طلاق عاطفی می‌گویند (چپو و همکاران، ۲۰۲۱). طلاق عاطفی وضعیتی است که در آن روابط زوجین دچار اختلال شده و سرمایه عاطفی بین زوجین به صورت انفعالی می‌باشد و زوجین علیرغم فقدان عشق، علاقه و صمیمیتی نسبت به یکدیگر از هم جدا نمی‌شوند (بی آزاری کاری، حیدری و اصغری گنجی، ۱۴۰۱). بر خلاف طلاق رسمی که زن و شوهر از یکدیگر جدا می‌شوند و هیچ تعهدی به یکدیگر ندارند، در طلاق عاطفی زن و شوهر با یکدیگر زیر یک سقف زندگی می‌کنند، اما بین آن‌ها روابط عاطفی وجود ندارد یا اینکه روابط عاطفی آن‌ها بسیار کم است (جاروان و ال فرها^{۴۸}، ۲۰۲۰).

از عواملی که همواره می‌تواند روابط زوجین را تحت تأثیر قرار دهد، ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها است. یکی از جدیدترین نظریه‌های مربوط به صفات شخصیت، سه صفت تاریک شخصیتی است که هر کدام می‌توانند منجر به رفتارهای مخربی در روابط زناشویی شوند. صفات تاریک شخصیت، خوشه ای از سه ویژگی شخصیتی شامل خودشیفتگی، ماکیاول گرایی و سایکوپاتی است که همه افراد میزانی از این صفات را دارا می‌باشند (کلادیچ و اتکینسون^{۴۹}، ۲۰۱۶). ماکیاول گرایی به عنوان یک صفت شخصیت

40 . Fox & Rooney

41 . George & Short

42 . Jonason & Krause

43 . Uysal

44 . Inananci, Lang, & Bereczkei

45 . Maladaptive Schemas

35 . Van Gasse & Mortelmans

36 . Kanter, Proulx & Monk

37 . Chau

38 . Jarwan & Al-Frehat

39 . Koladich & Atkinson

همکاری، متعهد بودن و دستیابی به اهداف بلند مدت هستند (بی آزاری کاری و همکاران، ۱۴۰۱).

درباره روابط طرحواره های ناسازگار با طلاق عاطفی پژوهش های اندکی انجام شده، اما همین پژوهش های محدود نیز مؤید رابطه معنادار میان طرحواره های ناسازگار با طلاق عاطفی در زوجین هستند. پژوهش بی آزاری کاری و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه و سه طرحواره شامل بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زندگی افراطی با طلاق عاطفی در زوجین دارای رابطه مثبت و معنی داری هستند. همچنین پژوهش جلالوند و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که طرحواره های بریدگی و طرد و گوش به زندگی افراطی اثر مستقیم و معناداری بر طلاق عاطفی دارند. موسوی خرمی و همکاران (۱۳۹۹)، بازدار و موسوی (۱۳۹۷) و علوی لواسانی و احمدی ظهور سلطانی (۱۳۹۶) از جمله دیگر تحقیقاتی هستند که وجود رابطه معنی دار میان طرحواره های ناسازگار با طلاق عاطفی را به اثبات رسانده اند.

رسیدن به مرحله طلاق عاطفی می تواند علل مختلفی داشته باشد که از جمله عواملی که می تواند در زنان باعث بروز طلاق عاطفی گردد می توان به کار و اشتغال بیش از حد و مشکلات اقتصادی و مالی اشاره کرد (موسوی و رحیمی نژاد، ۱۳۹۴) و همین مسئله بر ضرورت توجه به مسئله طلاق عاطفی در زنان شاغل می افزاید. علی رغم ضرورت های موجود و با توجه به اینکه زنان شاغل به دلیل اینکه همزمان نقش های متعدد مادر بودن، همسر بودن و شاغل بودن و ... را می پذیرند، می توانند در معرض مشکلات عاطفی و روانی متعددی قرار گیرند و بر همین اساس نیز، احساس گردید که عواملی همچون صفات تاریک شخصیت و طرحواره های ناسازگار در این گروه از افراد می تواند دستخوش تغییرات گردد و در نهایت نیز این تغییرات منجر به بروز حالات عاطفی همچون طلاق عاطفی گردد. از سویی دیگر بررسی پژوهش های پیشین نشان می دهد که مسئله طلاق عاطفی و پیش بینی آن بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت در قالب یک پژوهش جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته است و همچنین این رابطه در زنان شاغل نیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است، بر همین اساس و با توجه به محدودیت های پژوهش های پیشین، هدف اصلی پژوهش حاضر عبارت است از پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس صفات تاریک شخصیت و طرحواره های ناسازگار در زنان شاغل.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش تحقیق،

در فرد می شوند (موسوی خرمی، دوکانه ای فرد و خاکپور، ۱۳۹۹). این طرحواره ها از طریق تحریف های شناختی و روش های مقابله ناسازگار تداوم می یابند و تشدید می شوند و به شکل مستقیم و غیر مستقیم سبب افزایش پریشانی روان شناختی و اختلال های شخصیت می شوند (میونیو ترا^{۴۶} و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره ها به بررسی این نکته می پردازند که افراد چگونه می اندیشند، چگونه مسائل را درک و پردازش می کنند و چگونه مسائل را به یاد می آورند. طرحواره های ناسازگار در واقع الگوها و درون مایه های عمیق و فراگیر هیجانی و شناختی خود آسیب رسان هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل می گیرند و در بزرگسالی تداوم می یابند، به طوری که به شدت ناکارآمد هستند و بر ادراک و ارزیابی فرد تأثیر منفی می گذارند (طارق^{۴۷} و همکاران، ۲۰۲۱).

طرحواره های ناسازگار با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده در پنج حیطه بریدگی و طرد^{۴۸}، خودگردانی مختل^{۴۹}، دیگر جهت مندی^{۵۰}، گوش به زندگی افراطی^{۵۱} و محدودیت های مختل^{۵۲} قرار می گیرند. افرادی که طرحواره آن ها در حیطه بریدگی و طرد قرار دارد، نمی توانند دلبستگی ایمن و رضایت بخشی با دیگران برقرار سازند، خانواده های سرد و بی عاطفه دارند و باور دارند که نیاز آن ها به ثبات، محبت، عشق و تعلق خاطر هیچگاه برآورده نخواهد شد. افرادی که طرحواره آنان در حیطه خودگردانی مختل قرار دارد، از خود و محیط انتظارهایی دارند که در توانایی آن ها برای تفکیک خود از والدین و دستیابی به عملکرد مستقل مانع ایجاد می کند، چون خانواده های این افراد از آن ها گاهی به شدت حمایت و گاهی به ندرت مراقبت می کردند. افرادی که طرحواره آنان در حیطه دیگر جهت مندی قرار دارد، به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. چون آنان در کودکی آزاد نبودند تا از تمایل ها و خواسته های طبیعی خود پیروی کنند و در بزرگسالی به جای اینکه از درون جهت دهی شوند، از بیرون (توسط دیگران) هدایت می شوند. افرادی که طرحواره آنان در حیطه گوش به زندگی افراطی قرار دارد، احساس ها و تکانه های خودانگیخته را واپس رانی می کنند و آن ها اغلب تلاش می نمایند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف ناپذیر و درونی شده خود عمل کنند. چون این افراد در کودکی به تفریح تشویق نشدند و به جای آن یاد گرفتند که گوش به زنگ حوادث منفی باشند. افرادی که طرحواره آن ها در حیطه محدودیت های مختل قرار دارد، شخصیت آن ها درباره احترام متقابل و خویشن داری به اندازه کافی رشد نکرده و دارای مشکلات فراوانی در زمینه احترام به حقوق دیگران،

- 46 . Munuera
- 47 . Tariq
- 48 . Disconnection and Rejection
- 49 . Impaired Autonomy
- 50 . Other Directedness
- 51 . Over Vigilance
- 52 . Impaired Limitations

توصیفی پیمایشی از نوع همبستگی است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان شاغل شهر مرودشت می باشد که شامل زنان شاغل در ادارات دولتی، معلم، زنان کارمند در ادارات و بنگاه های خصوصی می گردد که با توجه به برآورد انجام گرفته و استعلام گرفته شده از ادارات آموزش و پرورش شهر مرودشت و همچنین اتاق اصناف این شهر، تعداد آن ها برابر با ۴۹۰۰ نفر می باشد. جهت تعیین حجم نمونه آماری از فرمول تعیین حجم نمونه آماری مورگان و با احتساب ۱۰ درصد احتمال افت، تعداد ۳۵۶ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب گردید.

نمونه گیری مورد استفاده، خوشه ای متناسب با حجم نمونه آماری است، چرا که با توجه به گستردگی حجم جامعه آماری و همچنین متفاوت بودن جامعه آماری در برخی متغیرها همچون نوع شغل (کارمند، معلم، مغازه) روش نمونه گیری خوشه ای می تواند باعث گردد که هر کدام از گروه های آماری به تناسب تعدادشان نسبت به کل جامعه آماری، انتخاب گردند.

جهت جمع آوری داده های آماری پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردیده است:

الف) مقیاس طلاق عاطفی^{۵۳}:

این آزمون شامل ۲۴ پرسش است که توسط گاتمن^{۵۴} (۱۹۹۹) به شکل دو گزینه ای به صورت بلی (۱) و خیر (۰) تنظیم شده است. شیوه تحلیل این ابزار بدین گونه است که پس از جمع کردن پاسخ های مثبت، چنان چه تعداد آن برابر هشت و یا بالاتر باشد، به معنای این است که زندگی زناشویی فرد در معرض جدایی قرار داشته و علائمی از طلاق عاطفی در وی مشهود است. این ابزار یک پرسشنامه تک بعدی است.

در نسخه اصلی این مقیاس، گاتمن (۱۹۹۹)، ضریب پایایی این ابزار را ۰/۷۴ گزارش کرده است و در ایران نیز در پژوهش موسوی و رحیمی نژاد (۱۳۹۴) پایایی این ابزار از طریق آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است.

ب) پرسشنامه سه صفت تاریک شخصیت^{۵۵}:

این ابزار توسط جانسون و وبستر^{۵۶} (۲۰۱۰) ساخته شده است و شامل ۱۲ گویه است که سه صفت تاریک (۱) ماکیاوول گرایی (سوالات ۱ تا ۴)، (۲) سایکوپاتی (سوالات ۵ تا ۱۲) و (۳) خودشیفتگی (سوالات ۵ تا ۸) را می سنجد. آزمودنی ها به گویه های این آزمون در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) پاسخ می دهند که نمره بالا نشان دهنده بیشتر بودن آن صفت در فرد است. جانسون و وبستر (۲۰۱۰) ضریب پایایی این ابزار از طریق آزمون آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش کرده است. در ایران نیز پایایی این ابزار در پژوهش بشرپور و شفیع (۱۳۹۴) برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است.

ج) پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه^{۵۷}:

این مقیاس توسط یانگ (۱۹۹۴) با ۷۵ گویه در پنج حیطه شامل (۱) بریدگی و طرد (گویه های ۱ الی ۲۵)، (۲) خودگردانی مختل (گویه های ۲۶ الی ۴۵)، (۳) دیگر جهت مندی (گویه های ۴۶ الی ۵۵)، (۴) گوش به زنگی افراطی (گویه های ۵۶ الی ۶۵) و (۵) محدودیت های مختل (گویه های ۶۶ الی ۷۵) طراحی گردیده است. گویه ها در این پرسشنامه به صورت طیف شش درجه ای لیکرت از کاملاً نادرست (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۶) نمره گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه ها و نمره هر حیطه با مجموع نمره گویه های آن حیطه محاسبه می شود. بنابراین دامنه نمرات کل این ابزار بین ۷۵ الی ۴۵۰، حیطه بریدگی و طرد ۲۵ الی ۱۵۰، حیطه خودگردانی مختل ۲۰ الی ۱۲۰، حیطه های دیگر جهت مندی، گوش به زنگی افراطی و محدودیت های مختل نیز در دامنه ۱۰ الی ۶۰ قرار خواهد داشت و نمره بالاتر نشان دهنده داشتن طرحواره های ناسازگار بیشتر می باشد. یانگ (۱۹۹۹) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود پنج عامل فوق بود و پایایی کل و حیطه ها در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. در ایران نیز جلالی و سروقد (۱۳۹۱) ضمن بررسی و تأیید روایی محتوایی مقیاس فوق با نظر متخصصان، پایایی کل این ابزار و پنج حیطه بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی افراطی و محدودیت های مختل را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ گزارش کرده اند.

تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام می گیرد. در سطح آماری توصیفی از شاخص های توصیفی میانگین، انحراف معیار، واریانس، کمینه و بیشینه و ... استفاده شد و در سطح آمار استنباطی نیز از آزمون همبستگی و آزمون رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. ضمن اینکه تحلیل های فوق به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفته است.

- 53 . Emotional Divorce Questionnaire
- 54 . Gottman
- 55 . Dark Triad traits Questionnaire
- 56 . Jonason & Webster
- 57 . Early Maladaptive Schemas Questionnaire

یافته ها

در جدول شماره (۱)، شاخص های فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای سن، تحصیلات و نوع شغل برای نمونه آماری گزارش شده است.

جدول ۱. توصیف فراوانی و درصد فراوانی افراد بر حسب سن و تحصیلات و نوع شغل

متغیر	گروه ها	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۲۰-۲۵ سال	۲۹	۸/۱
	۲۶-۳۰ سال	۹۴	۲۶/۴
	۳۱-۳۵ سال	۷۳	۲۰/۵
	۳۶-۴۰ سال	۱۱۰	۳۰/۹
	بالتر از ۴۰ سال	۵۰	۱۴/۱
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۶۷	۱۸/۸
	کاردانی	۴۷	۱۳/۲
	کارشناسی	۱۹۱	۵۳/۷
	کارشناسی ارشد	۵۱	۱۴/۳
	کارمند رسمی	۶۴	۱۸/۰
نوع شغل	معلم	۹۶	۲۷/۰
	کارمند غیر دولتی	۵۳	۱۴/۹
	فروشنده / مغازه دار	۵۹	۱۶/۷
	کارگر	۳۱	۸/۷
	سایر موارد	۵۳	۱۴/۹
	کل	۳۵۶	۱۰۰

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمینه	بیشینه
بریدگی و طرد	۷۶/۰۸	۱۸/۴۹	۵۴/۱۶	۳۸/۰۰	۱۰۴/۰۰
خودگردانی مختل	۶۴/۰۴	۹/۴۹	۶/۲۲	۲۴/۰۰	۹۶/۰۰
دیگر جهت مندی	۲۷/۱۴	۶/۹۳	۸/۶۰	۱۱/۰۰	۵۹/۰۰
گوش به زنگی افراطی	۳۴/۹۰	۶/۳۸	۱۹/۲۳	۱۷/۰۰	۸۱/۰۰
محدودیت های مختل	۲۹/۹۸	۱۳/۶۸	۱۸۷/۱۶	۲۴/۰۰	۷۶/۰۰
طرحواره های ناسازگار	۲۳۲/۱۴	۳۲/۹۰	۸/۴۲	۸۹/۰۰	۳۸۴/۰۰
ماکیاول گرایی	۱۳/۱۹	۲/۳۹	۵/۷۲	۸/۰۰	۱۷/۰۰
خودشیفتگی	۱۲/۳۳	۱/۷۰	۲/۸۹	۸/۰۰	۲۰/۰۰

سایکوپاتی	۱۴/۵۹	۱/۳۳	۱/۷۷	۱۴/۰۰	۱۹/۰۰
صفات تاریک شخصیت	۴۰/۱۱	۶/۸۴	۱۵/۷۲	۲۶/۰۰	۵۶/۰۰
طلاق عاطفی	۹/۲۴	۳/۴۶	۵/۱۷	۴/۰۰	۱۸/۰۰

جدول ۲، بیانگر آمار توصیفی متغیرهای پژوهش و ابعاد آن می باشد. یافته های توصیفی برای متغیرهای تحقیق حاکی از آن است که میانگین و (انحراف استاندارد) طرحواره های ناسازگار برابر با ۲۳۲/۱۴ (۳۲/۹۰) می باشد و از میان خرده مقیاس های آن، میانگین و (انحراف استاندارد) بریدگی و طرد برابر با ۷۶/۰۸ (۱۸/۴۹)، خودگردانی مختل برابر با ۶۴/۰۴ (۹/۴۹)، دیگر جهت مندی برابر با ۲۷/۱۴ (۶/۹۳) و میانگین و (انحراف استاندارد) محدودیت های مختل نیز برابر با ۲۹/۹۸ (۱۳/۶۸) است. همچنین نتایج آمار توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد صفات تاریک شخصیت برابر است با ۴۰/۱۱ (۶/۸۴) و برای ابعاد آن نیز، میانگین شخصیت مایکاول گرایبی برابر با ۱۳/۱۹، خودشیفتگی برابر با ۱۲/۳۳ و شخصیت سایکوپاتی نیز برابر با ۱۴/۵۹ می باشد. همچنین نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد متغیر طلاق عاطفی نیز برابر با ۹/۲۴ (۳/۴۶) می باشد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- بریدگی و طرد	۱										
۲- خودگردانی مختل	۰/۱۸۹*	۱									
۳- دیگر جهت مندی	۰/۴۰۲**	۰/۲۰۱**	۱								
۴- گوش به زنگی	۰/۴۵۸**	۰/۳۱۹**	۰/۳۴۸**	۱							
افراطی											
۵- محدودیت های مختل	۰/۲۴۱*	۰/۳۰۱**	۰/۲۱۹*	۰/۱۹۶*	۱						
۶- طرحواره های ناسازگار	۰/۶۱۸**	۰/۳۶۴**	۰/۵۴۳**	۰/۶۱۷**	۰/۳۶۱**	۱					
۷- مایکاول گرایبی	۰/۴۱۹**	۰/۴۱۷**	۰/۲۱۴*	۰/۱۰۲	۰/۳۴۹**	۰/۳۹۴**	۱				
۸- خودشیفتگی	۰/۲۹۸*	۰/۲۷۴*	۰/۳۱۰**	۰/۱۷۴*	۰/۳۷۹**	۰/۳۲۰**	۰/۴۶۰**	۱			
۹- سایکوپاتی	۰/۴۴۲**	۰/۴۰۹**	۰/۳۱۴**	۰/۲۴۹**	۰/۳۸۶**	۰/۴۰۲**	۰/۳۳۹**	۰/۲۱۳*	۱		
۱۰- صفات تاریک شخصیت	۰/۴۱۷**	۰/۳۷۴**	۰/۳۰۹**	۰/۲۷۴**	۰/۳۴۸**	۰/۳۹۲**	۰/۶۵۵**	۰/۵۸۸**	۰/۴۳۷**	۱	
۱۱- طلاق عاطفی	۰/۴۲۸**	۰/۰۹۷*	۰/۳۸۴**	۰/۴۷۱**	۰/۱۰۱	۰/۴۱۸**	۰/۳۲۷**	۰/۲۶۵*	۰/۴۰۶**	۰/۳۰۶**	۱

جهت سنجش فرضیه اصلی پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شده است. یکی از پیش فرض های انجام رگرسیون چندگانه، بررسی روابط خطی میان متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک است که این هدف به کمک نمودار پراکندگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که میان متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک روابط خطی وجود دارد.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت

معنی داری	F	ضریب تعدیل شده (AR)	ضریب تبیین (R^2)	ضریب رگرسیون (R)	درجه آزادی	مجموع مربعات
مدل رگرسیونی	۳۰/۴۲	۰/۳۵۵	۰/۳۶۲	۰/۶۰۲	۲	۱۶۴۹۶/۳۴
باقیمانده					۳۳۲	۳۰۹۰۷/۹۵
مجموع					۳۳۴	۴۷۴۰۴/۳۰

یافته های جدول (۴) نشان می دهد که در این مطالعه مدل رگرسیونی پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات

تاریک شخصیت معنی دار است ($P \leq 0/01$) و ضریب تبیین ($R^2 = 0/362$) نشان می دهد که حدود ۳۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی توسط مولفه های طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت قابل پیش بینی است.

جدول ۵. نتایج آزمون رگرسیون چند گانه به شیوه گام به گام برای پیش بینی متغیر طلاق عاطفی

ردیف	متغیر پیش بین	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	P<	R	R ²	R adj	F	P<
		B	خطای معیار							
۱	مقدار ثابت	۱۶۲/۱۸	۴/۷۱		۰/۰۰	۳۴/۴۰	۰/۴۰۶	۰/۱۶۴	۳۹/۸۰	۰/۰۰
	گوش به زنگی افراطی	۱/۷۸	۰/۲۸	۰/۵۰۷	۰/۰۰	۶/۳۰۹				۰/۰۰
۲	مقدار ثابت	۱۶۶/۲۸	۴/۸۰		۰/۰۰	۳۴/۶۴	۰/۵۱۸	۰/۲۶۸	۲۵/۱۲۷	۰/۰۰
	گوش به زنگی افراطی	۱/۴۴	۰/۲۹	۰/۴۱۰	۰/۰۰	۴/۸۱۴				۰/۰۰
	بریدگی و طرد	۰/۸۰۶	۰/۲۸۵	۰/۲۴۱	۰/۰۰۱	۲/۸۳۲				۰/۰۰۱
۳	مقدار ثابت	۱۷۱/۲۴	۴/۹۲		۰/۰۰۱	۳۵/۰۵	۰/۵۷۶	۰/۳۳۱	۱۹/۱۸۴	۰/۰۰۲
	گوش به زنگی افراطی	۱/۰۹	۰/۳۲	۰/۳۵۲	۰/۰۰۱	۲/۲۱۷				۰/۰۰۱
	بریدگی و طرد	۰/۶۱۸	۰/۳۰۹	۰/۱۶۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹				۰/۰۰۱
	شخصیت سایکوپاتی	۰/۴۲۱	۰/۲۶۷	۰/۱۰۳	۰/۰۰۳	۱/۱۸				۰/۰۰۳

متغیر ملاک: طلاق عاطفی

جدول فوق نتایج رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس ابعاد طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت را نشان می دهد و همان گونه که مشخص است در گام نخست، متغیر گوش به زنگی افراطی به تنهایی قادر است تا حدود ۱۶ درصد از واریانس طلاق عاطفی را تبیین نماید ($R^2 = 0/164$) و با توجه به مقدار ضریب استاندارد ($Beta = 0/507$) و ($F = 39/80$) این رابطه را می توان مثبت (مستقیم) دانست. ($P \leq 0/01$) نتایج همچنین نشان می دهد که در گام دوم با اضافه شدن دیگر متغیر پیش بین، یعنی متغیر بریدگی و طرد، قدرت پیش بینی به حدود ۲۷ درصد افزایش یافته است ($R^2 = 0/268$)، یعنی با اضافه شدن بعد بریدگی و طرد، قدرت پیش بینی حدود ۱۱ درصد افزایش یافته است که با توجه به مقدار ضریب استاندارد ($Beta = 0/241$) این رابطه را می توان مثبت و معنی دار ارزیابی نمود. ($P \leq 0/01$)، بدین معنا که متغیر بریدگی و طرد قادر است به تنهایی ۱۱ درصد از تغییرات طلاق عاطفی را در زنان تبیین نماید. در گام سوم نیز دیگر متغیر پیش بین یعنی بعد شخصیتی سایکوپاتی وارد تحلیل رگرسیون گردید و نتایج نشان داد که در این گام با اضافه شدن بعد شخصیتی سایکوپاتی، قدرت پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس سه مولفه مذکور به ۳۳ درصد افزایش یافت ($R^2 = 0/331$)، یعنی با اضافه شدن بعد شخصیت سایکوپاتی، قدرت پیش بینی حدود ۶ درصد افزایش یافته است که با توجه به مقدار ضریب استاندارد ($Beta = 0/103$) این رابطه را می توان مثبت و معنی دار ارزیابی نمود. ($P \leq 0/01$)، بدین معنا که متغیر شخصیت سایکوپاتی قادر است به حدود ۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی را در زنان تبیین نماید. نتایج نشان داد که در گام های بعدی و با اضافه شدن سایر متغیرها، معامله پیش بینی طلاق عاطفی معنی دار نبود و تنها همین سه بعد به شکل معنی داری قادرند که طلاق عاطفی را تبیین نمایند. بدین ترتیب می توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش در رابطه با پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس ابعاد طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت تأیید می گردد. بدین صورت که طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت قادرند تا ۳۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی را در زنان شاغل تبیین نمایند که در این میان سه مولفه گوش به زنگی افراطی (۱۶ درصد)، بریدگی و طرد (۱۱ درصد) و شخصیت سایکوپاتی (۶ درصد) بهترین پیش بین ها برای طلاق عاطفی محسوب می گردند.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر به پیش بینی طلاق عاطفی در زنان شاغل شهر مرودشت بر اساس طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت پرداخته شد. بررسی پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس مولفه های طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت نشان داد که طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت قادرند تا ۳۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی را در زنان شاغل تبیین نمایند که در این میان سه مولفه گوش به زنگی افراطی (۱۶ درصد)، بریدگی و طرد (۱۱ درصد) و شخصیت سایکوپاتی (۶ درصد) بهترین پیش بین ها برای طلاق عاطفی محسوب می گردند.

نتایج فوق با یافته های بی آزاری کاری و همکاران (۱۴۰۱)، بازدار و موسوی (۱۳۹۷) و اکبری و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تفسیر و تشریح یافته های فوق می توان استنباط کرد که طرحواره های ناسازگار در نتیجه تجربه های ناموفق و روابط ناهنجار دوره کودکی و صفات تاریک شخصیت نیز در نتیجه همین روابط در کودکی و بزرگسالی شکل می گیرند و تداوم می یابند و بر ویژگی های روان شناختی افراد در بزرگسالی تأثیر می گذارند. علاوه بر آن، طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت با بسیاری از شاخص های روان شناختی منفی مثل استرس، اضطراب، افسردگی و عزت نفس پایین رابطه مثبت و با بسیاری از شاخص های مثبت مثل شادکامی، امیدواری، خوش بینی و تاب آوری رابطه منفی دارند. از آنجایی که طلاق عاطفی یک شاخص منفی روان شناختی است، لذا می توان انتظار داشت که سایر شاخص های روان شناختی منفی با آن همبستگی مثبت و شاخص های روان شناختی مثبت، با آن همبستگی منفی داشته باشند. در نتیجه منطقی است که طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت و به ویژه دو طرحواره بریدگی و طرد و گوش به زنگی افراطی و صفت شخصیتی سایکوپاتی در زوجین دارای قدرت پیش بینی طلاق عاطفی باشند.

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میان طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت با طلاق عاطفی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و صفات تاریک شخصیت و طرحواره های ناسازگار قادرند تا ۳۶ درصد از تغییرات طلاق عاطفی در زنان شاغل را پیش بینی نمایند.

بر مبنای نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر که نشان داد طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت قادر به پیش بینی طلاق عاطفی در زنان شاغل هستند بنابراین، برنامه ریزی توسط درمانگران و متخصصان سلامت برای کاهش طلاق عاطفی از طریق کاهش طرحواره های ناسازگار و به ویژه دو طرحواره بریدگی و طرد و گوش به زنگی افراطی و همچنین صفات تاریک شخصیت و به ویژه صفت شخصیتی سایکوپاتی، ضروری است. در نتیجه برای کاهش سطح طلاق عاطفی در زوجین، می توان با استفاده از کارگاه های آموزشی، بروشورها و کتابچه های آموزشی گام موثری در جهت کاهش و تعدیل طرحواره های ناسازگار و صفات تاریک شخصیت برداشت. علاوه بر این، با توجه به رابطه مثبت و معنی دار میان طرحواره های ناسازگار با طلاق عاطفی و با توجه به اینکه این طرحواره ها غالباً در دوران کودکی و نوجوانی شکل می گیرند، لذا برگزاری جلسات آموزش خانواده و کارگاه های آموزشی برای خانواده ها و معلمان جهت جلوگیری از شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه در دوران کودکی و نوجوانی می تواند مفید واقع شود.

منابع

- اکبری، ابراهیم؛ عظیمی، زینب؛ طالبی، سعیده؛ فهمی، صمد (۱۳۹۵). پیش بینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و مولفه های آن. دوفصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۴، شماره ۲۷، ۹۲-۷۹.
- بازدار، خالد؛ موسوی، سیداصغر (۱۳۹۷). بررسی و تحلیل نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و کمال گرایی منفی در پیش بینی طلاق عاطفی بین زوجین. فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده. دوره ۱۳، شماره ۴۳، ۱۱۶-۹۳.
- بشرپور، سجاد؛ شفیع، معصومه (۱۳۹۴). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه مقیاس سه صفت تاریک شخصیت در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. دوره ۹، شماره ۱، ۱-۱۱.
- بشرپور، سجاد؛ فریور، مهران؛ عبادی، متینه (۱۴۰۰). مدل یابی علی طلاق عاطفی در زنان بر اساس صفات تاریک شخصیت: با نقش میانجی عزت نفس جنسی. فصلنامه مطالعات زن و خانواده، پژوهشکده زنان دانشگاه الزهرا. دوره ۹، شماره ۲۰، ۵۸-۳۷.
- بشرپور، سجاد؛ میری، میرنادر (۱۳۹۷). نقش واسطه ای بی اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی. مجله روانشناسی. دوره ۲۲، شماره ۳، ۲۸۶-۲۷۱.
- بی آزاری کاری، فوزان؛ حیدری، شعبان؛ اصغری گنجی، عسکر (۱۴۰۱). پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه در زوجین دارای مشکلات زناشویی. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی. دوره ۱۱، شماره ۴۳، ۱۲-۱.

پروین، ستار؛ داودی، مریم؛ محمدی، فریبرز (۱۳۹۰). عوامل جامعه شناختی موثر در طلاق عاطفی در بین خانواده های تهرانی. فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده. دوره ۱۴، شماره ۵۶، ۱۵۳-۱۲۰.

جلالوند، مژگان؛ نوایی نژاد، شکوه؛ رضازاده بهادران، حمیدرضا؛ خسروی بادی، علی اکبر (۱۴۰۱). مدل یابی معادلات ساختاری طلاق عاطفی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه، همدلی عاطفی با میانجی گری تنظیم هیجان در زنان متأهل. فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی. دوره ۳، شماره ۱۰، ۲۰۶-۱۷۷.

جلالی، ایران؛ سروقد، سیروس (۱۳۹۱). نقش واسطه ای طرحواره های شناختی ناسازگار در ارتباط با فرآیند و محتوای خانواده و شیوه های مقابله با تعارض نوجوانان. فصلنامه روش ها و مدل های روان شناختی. دوره ۲، شماره ۷، ۳۷-۱۹.

حسینانی، علی؛ کاویانی، محمد (۱۳۹۸). پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس سبک های تصمیم گیری و ساختار قدرت در خانواده در زنان شاغل. مطالعات زن و خانواده. دوره ۷، شماره ۳، ۱۵۱-۱۲۹.

دهقانی ششده، زهرا؛ یوسفی، زهرا (۱۳۹۸). مدل سازی معادلات ساختاری میل به طلاق بر اساس متغیرهای سیستمی و متغیرهای روان شناختی و متغیرهای اجتماعی مادران شهر اصفهان. فصلنامه خانواده پژوهی دوره ۱۵، شماره ۵۷، ۱۷۱-۱۵۵.

دهقانی، زهرا؛ محمدی، اصغر؛ حقیقتیان، منصور (۱۳۹۸). بررسی جامعه شناختی پیامدهای اجتماعی طلاق زنان شهر تهران. پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران. دوره ۸، شماره ۱، ۱۱۵-۹۷.

علوی لواسانی، اکرم السادات؛ احمدی طهور سلطانی، محسن (۱۳۹۶). همبستگی بدرفتاری در کودکان با طلاق عاطفی: نقش واسطه ای سبک های دلبستگی، طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. دوره ۶، شماره ۴، ۵۸-۴۹.

محمدی، محمد؛ اژه ای، جواد؛ لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج ها. مجله روان شناسی. دوره ۴، شماره ۲۲، ۳۷۸-۳۶۲.

مرادی، ع؛ فاتحی زاده، م؛ احمدی علون آبادی، س؛ اعتمادی، ع (۱۳۹۷). اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب های تعاملی زوجی مردان دارای علائم شخصیت خودشیفته. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی. دوره ۸، شماره ۳۲، ۲۷-۱.

موسوی خرمی، زهرا؛ دوکانه ای فرد، فریده؛ خاکپور، رضا (۱۳۹۹). الگوی طلاق عاطفی بر اساس مولفه های طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی با میانجی گری هوش هیجانی. فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت. دوره ۴، شماره ۳، ۷۴-۶۶.

موسوی، سیده فاطمه؛ رحیمی نژاد، عباس (۱۳۹۴). مقایسه منزلت های هویت بین فردی زنان و مردان متأهل با توجه به وضعیت طلاق عاطفی. فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی. دوره ۶، شماره ۱، ۲۴-۱۱.

یانگ، جفری (۲۰۰۳). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Campbell, W.K., Hoffman, B.J., Campbell, S.M. & Marchisio, G. 2011. Narcissism in Organizational Contexts. Human Resource Management Review, 21: 268-284.
- Chau RF, Sawyer WN, Greenberg J, Mehl MR, Sbarra DA. (2021). Emotional recovery following divorce: Will the real self-compassion please stand up? Journal of Social and Personal Relationships; 39(4): 996-1022.
- Fox, J., & Rooney, M. C. (2015). The Dark Triad and trait self-objectification as predictors of men's use and self-presentation behaviors on social networking sites. Personality and Individual Differences, 76, 161-165.
- George, F.R., & Short, D. (2018). The Cognitive Neuroscience of Narcissism. Journal of Brain, Behaviour and Cognitive Sciences, 1(1), 1-9.
- Inancsi, T. Lang, A. & Bereczkei, T. (2016). A darker shade of love: Machiavellianism and positive assortative mating based on romantic ideals. Europe's Journal of Psychology, 12(1), 137-152
- Jarwan AS, Al-Frehat BM. (2020). Emotional divorce and its relationship with psychological hardness. International Journal of Education and Practice; 8(1): 72-85.

استفاده از هوش مصنوعی و تاثیر آن بر سلامت روان

مریم شنوائی عباسی*

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه خيام، مشهد

علی اصغر یزدان بخش

استاد گروه روانشناسی دانشگاه خيام، مشهد

- Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 532-537.
- Jonason, P. K., Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432
- Jonason, P.K., & Fletcher, S.A. 2018. Agentic and communal behavioral biases in the Dark Triad traits. *Personality and Individual Differences*, 130: 76–82.
- Kanter, J. B., Proulx, C. M., & Monk, J. K. (2019). Accounting for Divorce in Marital Research: An Application to Growth Mixture Modeling. *Journal of Marriage and Family*, 81(2), 520-530.
- Koladich, S. J., & Atkinson, B. E. (2016). The dark triad and relationship preferences: A replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 94, 253-255
- Lavner, J. A., Lamkin, J., Miller, J. D., Campbell, W. K., & Karney, B. R. (2016). Narcissism and newlywed marriage: Partner characteristics and marital trajectories. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 169–179.
- Munuera C, Roux P, Weil F, Passerieux C, M, Bailara K. (2020). Determinants of the remission heterogeneity in bipolar disorders: The importance of early maladaptive schemas (EMS). *Journal of Affective Disorders*; 277: 857-868.
- Pehlivanli, E. İkizer, G (2020). Marriage in Rural or Urban Areas: A Survey of Marital Satisfaction and Initial Disorder Plans. 9(21): 361-395.
- Tariq A, Quayle E, Laqrie SM, Reid C, Chan SWY. (2021). Relationship between early maladaptive schemas and anxiety in adolescence and young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*; 295: 1462-1473.
- Uysal, A. N. (2016). Predicting relationship satisfaction: Dark triad personality traits, love attitudes, attachment dimensions (Master's thesis, Doguş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Van Gasse, D., & Mortelmans, D. (2020). Reorganizing the Single-Parent Family System: Exploring the Process Perspective on Divorce. *Family Relations*, 69(5), 1100-1112. doi:10.1111/fare.12432.

Using Artificial Intelligence and Its Impact on Mental Health

Maryam shenavaei abbasi

Bachelor's degree student in psychology at Khayyam University,

Aliasghar Yazdanbakhsh

professor of psychology department at Khayyam University, Mashhad

Abstract:

The remarkable increase in the use of artificial intelligence (AI) across various domains has raised numerous questions regarding the extent and nature of its impact. One of the emerging areas where AI is increasingly applied is the field of psychology and mental health.

This growing trend prompts questions about AI's influence on mental well-being and its potential role in treating psychological disorders, reducing loneliness and isolation, alleviating depression, and more.

In this study, using a library-based method and reviewing credible articles and reports, we critically examined and analyzed this issue. Our findings suggest that, like any other technology, AI can significantly contribute to improving mental health and supporting the treatment of psychological disorders—provided it is used appropriately, under adequate supervision, and in a controlled manner. Conversely, the lack of proper oversight and regulation may lead to harmful and potentially irreversible consequences.

Keywords: *artificial intelligence, mental health, well-being, loneliness, isolation, depression*

چکیده

افزایش چشمگیر استفاده از هوش مصنوعی در تمامی زمینه‌ها ممکن است پرسش‌های گوناگونی در رابطه با میزان و نوع اثرگذاری هوش مصنوعی در ذهن ما به وجود آورد. یکی از این زمینه‌ها که استفاده از هوش مصنوعی در آن رو به افزایش است زمینه‌های روانشناختی و مسائل مرتبط با سلامت روان است.

با روبرو شدن با این موضوع پرسش‌های در ذهن ما راجع به اثر هوش مصنوعی بر سلامت روان و مسائل مربوط به آن همچون درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی کاهش انزوا تنهایی کاهش افسردگی و غیره پیش می‌آید.

در این پژوهش ما با روش کتابخانه‌ای و استفاده از مقالات و گزارش‌های معتبر، این موضوع را مورد نقد و واکاوی قرار دادیم و دریافتیم که هوش مصنوعی نیز مانند هر تکنولوژی دیگر، در صورتی که به روش صحیح و کنترل شده و با نظارت کافی مورد بهره‌برداری قرار گیرد می‌تواند در درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت روان یاریگر انسان باشد و در نقطه مقابل در صورتی که مدیریت لازم و نظارت بهینه بر آن صورت نگیرد می‌تواند آثار مخرب و جبران‌ناپذیری را بر جای بگذارد.

کلمات کلیدی: سلامت روان، هوش مصنوعی، اختلال روانی، چت جی پی تی^{۵۸}

مقدمه:

با توجه به جستجوهای که در مقالات فارسی انجام دادیم مقاله ای که دقیقاً و مستقیماً راجع به موضوع اثرات هوش مصنوعی بر سلامت روان بها داده باشد، کمتر وجود دارد؛ اما در مقالاتی به صورت پراکنده به موضوعات مرتبط با هوش مصنوعی، سلامت روان و برخی کاربردها و آینده هوش مصنوعی اشاره شده است. هوش مصنوعی را می‌توان در مقابل هوش طبیعی در نظر گرفت و ریشه‌های آن را در دهه ۱۹۴۲ جست و جو کرد. سلامت روان را نیز می‌توان به یک حالت بهینه ذهنی که فرد در آن از اختلالات روانی رنج نمی‌برد و قادر به کنترل و شناخت احساسات و هیجانات خود است، نسبت داد.

روش بررسی:

ما در این مقاله از روش کتابخانه استفاده کردیم و با جستجو و تحقیق در میان مقالات معتبر و کتاب‌های گوناگون توانسته ایم نتیجه‌گیری کلی راجع به این موضوع به دست بیاوریم.

۱- تعریف سلامت روان

سلامت روان، یک حالت بهینه‌ی ذهنی است که فرد را قادر می‌سازد با استرس روزمره اش مقابله کند، توانمندی‌های خود را بشناسد، عملکرد شغلی و تحصیلی خوبی داشته باشد و بتواند با جامعه ارتباط بگیرد. سلامت روان، مؤلفه‌های مختلفی دارد که جنبه‌های فردی و اجتماعی افراد را در بر می‌گیرد. سلامت روان یکی از حقوق اساسی انسان‌ها در سرتاسر جهان است و به پیشرفت فردی افراد و پیشرفت جامعه کمک می‌کند.

سلامت روان، چیزی بیشتر از نبود اختلال روانی است. سلامت روان، روی طیف پیچیده‌ای قرار دارد و افراد مختلف به شکل‌های مختلفی آن را تجربه می‌کنند.

زمینه‌ی اجتماعی، خانوادگی، مالی و فرهنگی افراد در سلامت روان آنها مؤثر است.

مشکلات سلامت روان، شامل طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی، ناتوانی‌های روانی- اجتماعی، استرس و نگرانی، اختلال در عملکرد شغلی یا تحصیلی و رفتارهای آسیب به خود است. معمولاً افرادی که به یکی از مشکلات سلامت روان مبتلا هستند، سطح پایین تری از رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند، ولی همیشه اینطور نیست. {۱} سازمان جهانی سلامت در سال ۱۹۹۶ تعریف سلامت روان را از نبود اختلال روانی ارتقا داد و مدارا با فشارهای

روانی متعارف، کار مولد و مثمرتر و مشارکت اجتماعی را نیز به آن افزود که هم ویژگی‌های مثبت هستند و هم غالباً اجتماعی؛ با این حال، سلامت روان در اغلب موارد، چه در کار بالینی و چه در مطالعات همچنان نبود اختلالات روانپزشکی تلقی می‌شود، از سوی دیگر محققانی عمدتاً از حوزه‌های علوم اجتماعی همچون کیز با طرح مفاهیمی همچون (آسایش اجتماعی)، کوشیدند این خلأ را پر کنند. {۲} یافته‌ها نشان می‌دهد بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری دارد. پژوهشگران معتقدند که سلامت فیزیکی از رشد روانی تأثیرمی‌پذیرد و ارتقای سلامت روان بر پایه پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار است. بنابر این، هرگاه سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد در سایر حیطه‌های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می‌افتد. {۳}

۲- هوش مصنوعی و تاریخچه آن

هوش مصنوعی که در مقابل هوش طبیعی به کار می‌رود، علاوه بر مزایایی که دارد می‌تواند نگران‌کننده نیز باشد.

هوش مصنوعی یک رشته جوان مشتمل بر مجموعه‌هایی از علوم، نظریه‌ها و فنون، به ویژه ریاضی، آمار، احتمالات و علوم رایانه است که هدف آن بازتولید ظرفیت‌های شناختی انسان توسط ماشین است. تا به امروز تعریف واحدی از هوش مصنوعی در جامعه علمی وجود ندارد. هوش مصنوعی مجموعه‌ای از تئوری‌ها و تکنیک‌هایی است که به منظور تولید ماشین‌هایی با قابلیت شبیه‌سازی هوش انسانی، پیاده‌سازی و اجرا می‌گردد. می‌توان به هوش مصنوعی از دو زاویه نگاه کرد. یکی مسیری که تا کنون پیموده است و دیگری آنچه پیش روی ماست. {۴} - {۵} در این بخش ما قصد داریم به گذشته و تاریخچه آن بپردازیم. پیدایش:

با این که تعیین دقیق آن دشوار است اما ریشه‌های هوش مصنوعی را احتمالاً می‌توان به دهه ۱۹۴۲ میلادی جست و جو کرد زمانی که نویسنده علمی تخیلی آمریکایی ازاک اسیموف^{۵۹} داستان کوتاه خود را با نام ران ارون^{۶۰} منتشر کرد خلاصه داستان حول سه قانون رباتیک پیش می‌رود: یک ربات ممکن است به انسان آسیب نرساند یا از طریق ترک فعل اجازه آسیب رساندن به انسان را بدهد. یک ربات باید از دستوراتی که توسط انسانها به او داده می‌شود اطاعت کند جز در مواردی که این دستورات با قانون اول در تعارض باشد. یک ربات باید از وجود خود محافظت کند تا زمانی که چنین حفاظتی با قانون اول یا دوم در تضاد نباشد. آثار آسیموف نسل‌هایی از دانشمندان در حوزه رباتیک، هوش مصنوعی و علوم کامپیوتر و بسیاری دیگر را الهام بخشید.

کنفرانس دارتموث^{۶۱} در یک دوره حدوداً بیست ساله دنبال شد

59 Isaac Asimov

60 Runaround

61 Dartmouth

مصنوعی می تواند جنبه های مختلف از سلامت روان را متحول کند از جمله تشخیص بیماری های روانی ، انتخاب درمان و پیش بینی نتایج درمانی. این تکنولوژی می تواند با استفاده از مجموعه داده های بزرگ و شناسایی الگوها در بسیاری از جنبه های سلامت روان عملکرد انسانی را فراتر ببرد. همچنین دقت بیشتر ، کاهش هزینه ها و صرفه جویی در زمان را به همراه داشته و خطاهای انسان را به حداقل می رساند. {۷}

۵- نقش هوش مصنوعی در تشخیص و درمان اختلالات روانی
هوش مصنوعی به طور فزاینده ای وارد حوزه سلامت روان شده و نقش های متعددی از جمله تشخیص و درمان اختلالات روانی را بر عهده گرفته است. به کمک الگوریتم های پیشرفته و تحلیل داده های گسترده هوش مصنوعی به تشخیص دقیق تر و سریع تر اختلالات روانی می پردازد. همچنین درمان های شخصی سازی شده و مبتنی بر هوش مصنوعی می تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. با این حال استفاده از این فن آوری نیازمند مدیریت موازی چالش هایی از جمله حریم خصوصی و قابلیت اعتماد داده ها و پذیرش آن توسط بیماران و متخصصان است.

تاکید داریم که هوش مصنوعی پتانسیل بالایی برای پیشرفت در حوزه سلامت روان دارد و با مدیریت مناسب محدودیت ها می تواند به پیشرفت عمده ای در تشخیص و درمان اختلالات روانی منجر شود. {۸}

تشخیص اختلالات روانی همواره با چالش های زیادی مواجه بوده است اما هوش مصنوعی با استفاده از الگوریتم های پیشرفته و تحلیل داده های گسترده فرایند را تسهیل کرده است. همچنین تحلیل داده های رفتاری یکی از رویکردهای موثر استفاده از هوش مصنوعی در تشخیص اختلالات روانی است. این روش بر منابع جمع آوری و تحلیل داده های مربوط به رفتارهای روزمره افراد از جمله الگوهای خواب، فعالیت های جسمانی ، تعاملات اجتماعی و استفاده از دستگاه های دیجیتال بنا شده است. با استفاده از الگوریتم های یادگیری ماشین این داده ها می توانند به شناسایی الگوهای غیرطبیعی که نشان دهنده اختلالات روانی است کمک کنند. {۹}

یکی از شاخص های مهم در تشخیص اختلالات روانی الگوهای خواب و فعالیت های جسمانی فرد است. به عنوان مثال اختلالات خواب مانند بی خوابی یا خواب بیش از حد می تواند نشانه افسردگی و اضطراب باشند و با حس گر های موجود در دستگاه های پوشیدنی و گوشی های هوشمند می توان الگو های خواب و میزان فعالیت جسمانی افراد را به طور دقیق اندازه گیری کرد {۱۰}

همچنین تعاملات اجتماعی و رفتارهای دیجیتال افراد نیز می توانند اطلاعات مفیدی در مورد وضعیت روانی آنها ارائه دهند. از سوی دیگر تحلیل احساسات و زبان استفاده شده در مکالمات و نوشته های افراد نیز می تواند به تشخیص اختلالات روانی کمک

که موفقیت چشمگیری در زمینه هوش مصنوعی به همراه داشت. نمونه اولیه برنامه کامپیوتری معروف الیزا^{۶۲} بود که بین سالهای ۱۹۶۴ و ۱۹۶۶ میلادی توسط جوزف وایزنباوم^{۶۳} در ام ای تی^{۶۴} ساخته شد. الیزا یک ابزار پردازش زبان طبیعی که توانایی شبیه سازی مکالمه با یک انسان را داشت و از اولین برنامه هایی بود که موفق به قبولی در آزمون تورینگ^{۶۵} شد. از دیگر داستان های موفقیت آمیز روزهای اولیه هوش مصنوعی، برنامه حل مسائل عمومی بود که توسط برنده جایزه نوبل، «هربرت سایمون^{۶۶}» و «آلن نیول^{۶۷}» توسعه داده شد و توانست به طور خودکار انواع خاصی از مسائل ساده مانند برج های هانوی را حل کند. نتیجه این داستان های موفقیت الهام بخش بودجه قابل توجهی بود که به تحقیقات هوش مصنوعی داده شد و منجر به پروژه های بیشتر و گسترده تر بعدی شد {۵}

۳- کارکرد های هوش مصنوعی
امروزه هوش مصنوعی در زمینه های گوناگونی به یاری انسان ها آمده است و این کاربرد گسترده روز به روز رو به افزایش است. در زمینه های آموزش، درمان، اقتصاد، موارد امنیتی ... شاهد کارکرد گسترده هوش مصنوعی هستیم. برای مثال در صنایع مالی می توان برای پیش بینی قیمت سهام و یا شناسایی کارت های اعتباری غیر عادی و حساب های بانکی متعدد استفاده کنند که منجر به تشخیص کلاهبرداری در بانک ها و موسسات مالی می شود.

به کارگیری هوش مصنوعی در بازی شطرنج و ماشین های خودران یکی دیگر از این کاربرد هاست که عواقب اقداماتی که انجام می شود را ارزیابی می کند.

یکی دیگر از کاربردهای هوش مصنوعی در صنعت پزشکی است جایی که می توان از آن برای انتخاب میزان دارو و نوع درمان بیمار و برای انجام عمل های جراحی استفاده کرد. در حوزه سلامت صنایع در نظر دارند که با استفاده از هوش مصنوعی روند تشخیص و درمان را بهتر و سریع تر انجام دهند و در عین حال هزینه های درمانی را کاهش دهند. {۶}

۴- تأثیر فناوری های مبتنی بر هوش مصنوعی بر مراقبت های بهداشتی روانی

همانطور که در بخش های قبل اشاره کردیم امروزه هوش مصنوعی در زمینه های گوناگونی نقش آفرینی می کند یکی از آن زمینه ها مسائل مربوط به مراقبت های بهداشتی روانی است. همانطور که می دانیم بهداشت روان به مجموعه ای از اقدامات و راهکار هایی اطلاق می شود که به حفظ و ارتقا سلامت روان کمک می کند. هوش

- | | |
|----|-------------------|
| 62 | ELIZA |
| 63 | Joseph Weizenbaum |
| 64 | MIT |
| 65 | Turing test |
| 66 | Herbert A. Simon |
| 67 | Allen Newell |

هوش مصنوعی میتواند به تسهیل همکاری های گروهی و تعاملات بین افراد کمک کند و از این طریق تنهایی و انزوا را نیز کاهش دهند. {۱۳}

۷- آفات و آسیب های هوش مصنوعی
همانطور که در بخش های قبل اشاره کردیم با پیشرفت و گسترش فن آوری روز به روز استفاده از هوش مصنوعی در همه شاخه ها افزایش پیدا کرده و امروزه ما رد پای آن را در جای جای زندگی خود می بینیم.

هوش مصنوعی در کنار کاربرد ها و مزایایی که در رشد علم و آسان تر شدن زندگی بشر داشته است در مواردی نیز زنگ خطر هایی را نیز به صدا درآورده است که به برخی از آنها اشاره می شود:

۱-۷ ابزارهای هوش مصنوعی مانند چت جی پی تی موجب ایجاد بحث های فراوانی در بین اندیشمندان و دانشگاهیان گردیده است در حالی که برخی از اینان، آن را ابزاری سودمند برای سرعت بخشیدن به پژوهش ها می دانند، برخی دیگر آن را تهدیدی برای یکپارچگی تالیف و تدوین می دانند.

۲-۷ امروزه یکی دیگر از نگرانی ها در رابطه با هوش مصنوعی این است که ممکن است این ابزار جایگزین تمامی مشاغل و افراد در زمینه های گوناگون شود.

۳-۷ از موارد دیگر، اینکه احتمال خطا در ابزار های هوش مصنوعی وجود دارد و اگر نظارت انسانی لازم وجود نداشته باشد می تواند منجر به بروز آسیب های فراوانی گردد.

به عنوان مثال جمنای^{۶۸} پتانسیل بالایی در کمک به پژوهشگران در طراحی، مطالعه، انجام تجزیه تحلیل و پیش نویس نتایج مطالعه در یک مقاله علمی را دارد؛ با این وجود چنین ابزارهایی باید به عنوان ابزار مفید و عالی برای سرعت بخشیدن به فرایند بهره وری بهینه در نظر گرفته شود نه به عنوان جایگزین برای کار نویسندگان؛ زیرا به وضوح مستلزم نظارت انسانی در تمام مراحل برای تضمین صحت و اطمینان نتایج هستند.

۴-۷ از طرفی به هنگام استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی باید مواردی مانند اخلاق، یکپارچگی، دقت و قابل اطمینان بودن را نیز در نظر گرفت.

یکی از بزرگترین نگرانی های امروزه در استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی عدم دقت و ارائه اطلاعات نادرست است به گونه ای که ممکن است یک متن در ابتدا قابل قبول و درست به نظر برسد اما با بررسی دقیق تر می توان دریافت که حاوی اطلاعات نادرستی است. حتی در برخی از موارد ابزار های هوش مصنوعی داده هایی تولید می کنند که ترکیبی از اطلاعات واقعی و اطلاعات کاملاً ساختگی است.

۵-۷ یکی از موارد بحث برانگیز دیگر حفظ حریم خصوصی است، به ویژه در مواردی که از ابزارهای هوش مصنوعی در موارد

کند. الگوریتم های پردازش زبان طبیعی می توانند از متن پیام و پست های شبکه های اجتماعی برای شناسایی تغییرات احساسات و زبان استفاده کنند. {۱۱}

از سوی دیگر تصویربرداری مغزی نیز یکی از ابزارهای قدرتمند در حوزه تشخیص اختلالات روانی است که با استفاده از تکنیک های پیشرفته ای مانند تصویربرداری تشدید مغناطیسی و توموگرافی گسیل پوزیترون به تحلیل ساختاری و عملکردی مغز می پردازد. این روش ها به متخصصان امکان می دهد تا تغییرات و ناهنجاری های مغزی مربوط به اختلالات روانی را شناسایی و مطالعه کنند. {۱۲}

۶- تأثیر هوش مصنوعی بر احساس تنهایی و انزوا
با پیشرفت روز افزون فناوری و به ویژه هوش مصنوعی، فرصت های جدیدی برای بهبود ارتباطات اجتماعی و کاهش احساس تنهایی فراهم شده است. هوش مصنوعی نه تنها در حوزه های صنعتی و اقتصادی، بلکه در حوزه های اجتماعی و آموزشی نیز نقش بسزایی ایفا می کند. برای مثال استفاده از هوش مصنوعی در آموزش و پرورش، به ویژه در توسعه مهارت های اجتماعی و همکاری بین دانش آموزان، موضوعی است که در سال های اخیر مورد توجه پژوهش گران و سیاست گذاران آموزشی قرار گرفته است.

مهارت های اجتماعی و همکاری از جمله مهارت های حیاتی هستند که افراد برای موفقیت در زندگی فردی و حرفه ای به آنها نیاز دارند. این مهارت ها شامل توانایی برقراری ارتباط مؤثر، همکاری در گروه، حل مسئله های گروهی، مدیریت تعارضات و ایجاد روابط مثبت با دیگران می شوند. توسعه این مهارت ها از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا کمک می کند افراد در محیط های اجتماعی و کاری بهتر عمل کنند و به شهروندان فعال و مؤثری تبدیل شوند. یکی از چالش های اساسی در نظام های آموزشی سنتی، عدم توجه کافی به توسعه مهارت های اجتماعی و همکاری دانش آموزان است. سیستم های آموزشی معمولاً بر آموزش های فردی و انتقال اطلاعات تمرکز دارند و به جنبه های اجتماعی و تعاملی یادگیری کمتر توجه می شود. این در حالی است که در دنیای امروز، توانایی های اجتماعی و همکاری برای موفقیت در بسیاری از حوزه ها ضروری است. در این راستا، هوش مصنوعی به عنوان یک ابزار قدرتمند و نوآورانه می تواند نقش مهمی در توسعه مهارت های اجتماعی و همکاری و در نتیجه کاهش تنهایی و انزوا ایفا کند.

هوش مصنوعی از طریق ایجاد محیط های یادگیری شخصی سازی شده، شبیه سازی های اجتماعی و ابزارهای تعاملی، میتواند فرصت های جدیدی برای تقویت این مهارت ها فراهم کند. به عنوان مثال، ربات های اجتماعی میتوانند به عنوان هم بازی ها و همیاران عمل کرده و مهارت های ارتباطی و همکاری افراد را بهبود بخشند.

همچنین، برنامه های آموزشی آنلاین و ابزارهای مشارکتی مبتنی بر

روان درمانی و روانشناسی استفاده می شود این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می کند. {۱۴}

۶-۷ هوش مصنوعی و ابزارهای آن می توانند سبب از بین رفتن خلاقیت انسان ها و ایجاد وابستگی در انجام امور شوند.

۷-۷ گاهی ممکن است هوش مصنوعی سبب کم شدن روابط انسانی بشود. به این صورت که در گذشته افراد برای انجام برخی کارها به متخصص آن مراجعه می کردند و مجبور به تعامل با انسان بودند اما امروز این تعاملات جای خود را به مکالمه با ابزارهای هوش مصنوعی داده است.

۸-۷ گاهی ممکن است استفاده بی رویه و بیش از اندازه از ابزارهای هوش مصنوعی منجر به ایجاد تنبلی و کاهش انگیزه در فرد شود. به این گونه که با انجام همه امور توسط هوش مصنوعی فرد دیگر لزومی نمی بینم که مانند گذشته از تمام توان و انرژی خود برای انجام کارها به نحو احسن استفاده کند و ترجیح دهد مسئولیت های خود را به این علم جدید واگذار کند.

۸-آینده هوش مصنوعی و سلامت روان

واقعیت این است که در آینده نزدیک سیستم های هوش مصنوعی بخشی از زندگی روزمره ما خواهند شد. این حقیقت ما را با این پرسش روبرو می کند که آیا تنظیم مقررات و نظارت لازم است؟ و اگر چنین است به چه صورت؟

اگر چه هوش مصنوعی در ماهیت خود بی طرفانه و بدون پیش داوری است اما این بدان معنا نیست که سیستم های مبتنی بر هوش مصنوعی نمی توانند تحت تاثیر این بی طرفی باشند. در واقع به دلیل ماهیت آن هر گونه سوگیری موجود در داده های ورودی که برای آموزش یک هوش مصنوعی استفاده می شود، باقی می ماند و ممکن است حتی تقویت شود.

تمامی این موارد و اهمیت تنظیم مقررات و نظارت بیشتر بر هوش مصنوعی، زمانی که ما می خواهیم هوش مصنوعی را در موضوعی مهم و حیاتی مانند سلامت روان انسان ها به کار بگیریم اهمیت دوجندانی پیدا می کند و نظارت افراد آگاه و دارای صلاحیت علمی بر این حوزه بسیار حائز اهمیت می شود.

و همانطور که در بخش های قبل اشاره کردیم، هوش مصنوعی در کنار تمام مزایا و کاربرد هایی که در حوزه سلامت روان مانند کاهش احساس انزوا، تشخیص زود به هنگام بیماری های روانی، درمان سریع تر و راحت تر بیماری های روانی و.. دارد، اگر همراه با نظارت نباشد می تواند آسیب های جدی را نیز بر سلامت روان انسان ها بگذارد، از موارد دیگر که در بالا نیز اشاره کردیم حفظ حریم خصوصی بیماران بود که برای این مورد نیز نیازمند وضع قوانین جدی و نظارت آگاهانه است.

با استفاده صحیح از ابزارهای هوش مصنوعی و نظارت کافی افراد آگاه و دارای صلاحیت در این حوزه می توان به آینده هوش مصنوعی در زمینه بهبود وضعیت سلامت روان امید داشت و در نقطه مقابل اگر این ابزار به صورت بی رویه و بدون نظارت مورد استفاده قرار بگیرد می تواند آسیب های جبران ناپذیری را نیز بر جای بگذارد. {۱۵}

نتیجه گیری

همانطور که متوجه شدیم با پیشرفت روز افزون فناوری و هوش مصنوعی استفاده از هوش مصنوعی در زمینه های گوناگون از جمله موارد مربوط به روانشناسی و سلامت روان افزایش پیدا کرده است و این روند در آینده نیز ادامه خواهد داشت. هوش مصنوعی نیز مانند هر فناوری دیگری دارای دو سویه مثبت و منفی است و این ما هستیم که با نحوه استفاده از آن مشخص می کنیم که از مزایای آن بهره ببریم یا معایش.

اگر بتوانیم نظارت کافی و سازنده به نحوه استفاده از هوش مصنوعی و ابزار های آن را داشته باشیم می توان هوش مصنوعی را به یکی از

بررسی رابطه استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان

نگار بلالی*

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، مؤسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، واحد تبریز، تبریز. ایران (نویسنده مسئول)

دکتر مرتضی عزیزی

دکتری تخصصی روانشناسی، دپارتمان روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سراب، سراب. ایران

کارآمدترین ابزارها برای بهبود وضعیت سلامت روان جامعه تبدیل کنیم و یادمان باشد که هوش مصنوعی یک ابزار و وسیله است نه جایگزین انسان.

منابع:

- 1- M. Amini, 1403, Dr. Mehdi Amini's online therapist site <https://drmahdiamini.com/what-is-mental-health/>.
- 2 - H. Rafy poor, H. Poor keramaty. 1394. Mental health or psychosocial health? . Annual Conference of the Iranian Psychiatric Association. No.32. pp 46
- 3 - M. Effaty, M. Kafi, R. Del azar.1391. The relationship between mental health and quality of life in substance-dependent individuals. Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 6, No. 23, pp 55
- 4 - Bizarri, J., Ruccip, P., Vallotta, A., Girelli M., Scandolari, A. & Zerbetto, E. (2005).
- 5 - M. Haenlein, A. Kaplan, A. Hajivand, A. Khosh Manzar, S. Sayari Zuhani. 1402. A Brief History of Artificial Intelligence: On the Past, Present, and Future of Artificial Intelligence. Legal Civilization Vol. 6, No. 18 .pp 74-78
- 6 - A. Nabi Zade. Artificial intelligence in the field of health. 1401. Journal of Health and Biomedical Informatics. Vol 9. No 3. Pp 193
- 7 - A. Gamalo, Mental health and the role of artificial intelligence. 1403. Dr. Alireza Jamalo Clinical Psychologist Website. <https://drjamaloo.ir/0D9/087/0D9/088/0D8/0B4-/0D9/085/0D8/0B5/0D9/086/0D9/088/0D8/0B9/0DB/08C-/0D9/088-/0D8/0B3/0D9/084/0D8/0A7/0D9/085/0D8/0AA-/0D8/0B1/0D9/088/0D8/0A7/0D9/086/>
- 8 - M. Talaei Zavareh. The impact of artificial intelligence on the diagnosis and treatment of mental disorders. 1403. The 14th National Conference on Modern Research in Education, Psychology, Jurisprudence, Law, and Social Sciences
- 9 - Wang, R., & Aung, M. S. H. (2018). CrossCheck: Toward passive sensing and detection of mental health changes in people with schizophrenia. Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies, 2(3), 1-22. doi:10.1145/3264951
- 10 -Saeb, S., & Zhang, M. (2015). Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily life behavior: An exploratory study. Journal of Medical Internet Research, 17(7), e175. doi:10.2196/jmir.4273
- 11 - Low, D. M., & Rumker, L. (2020). Natural language processing reveals vulnerable mental health support groups and heightened health anxiety on Reddit during COVID-19: Observational study. Journal of Medical Internet Research, 22(10), e22635. doi:10.2196/22635
- 12 - Satterthwaite, T. D., & Baker, J. T. (2019). How can neuroimaging facilitate the diagnosis and stratification of patients with major depressive disorder? JAMA Psychiatry, 76(4), 369-370. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4133
- 13 - A. Imani Fard , G. Fard, B. Imani Fard, R. Sadeghi. The role of artificial intelligence in reducing loneliness and increasing social connection among students.1403 . The first international conference on transformative ideas in the field of cultural and educational studies in education with an emphasis on action research, lesson research, and narrative research in the third millennium.

14 - S. Heydari. Chat GPT in writing scientific articles: friend or foe? . 1402. Journal of the Yazd Medical Sciences Education Studies and Development Center. Vol 18. No 4 . pp 692-693

15 - M. Haenlein, A. Kaplan, A. Hajivand, A. Khosh Manzar, S. Sayari Zuhan. 1402. A Brief History of Artificial Intelligence: On the Past, Present, and Future of Artificial Intelligence. Legal Civilization Vol. 6, No. 18 .pp 74-78

Investigating the relationship between perceived stress and quality of life and psychological health of primary teachers in Gogan city

Negar Belali*

Master of Educational Psychology, Charkh Niloufari Azerbaijan Higher Education Institute, Tabriz Branch, Tabriz. Iran (Corresponding author)

Morteza Azizi

PhD in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sarab Branch, Sarab. Iran

Abstract:

This research was conducted with the purpose of the relationship between perceived stress and the quality of life and psychological health of primary teachers in Gogan city using descriptive-correlational research method using stratified sampling method. The statistical population of this research includes the college of elementary school teachers of Gogan city, the statistical sample of 63 people was calculated using Cochran's formula and selected by stratified random sampling. To collect the required information from the three standard mental health questionnaires of Goldbark and Hiller (1979); World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996) and Cohen et al.'s Perceived Stress Questionnaire (1983) were used. All three questionnaires are standard instruments and have been standardized and have the required validity. After collecting the data, Pearson's correlation test was used to analyze the data. Overall, the quality of life and psychological health of elementary teachers explain 14/0 of the perceived stress in them.

Keywords: *Perceived stress, quality of life, psychological health, elementary teachers*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان در سال تحصیلی (۱۴۰۰-۱۳۹۹) با استفاده از روش تحقیق توصیفی-همبستگی به روش نمونه گیری طبقه ای (طبقه ای) صورت گرفت. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دبیران مقطع ابتدایی شهرستان گوغان می باشد که نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران ۶۳ نفر محاسبه و به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه های انتخاب گردید. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از سه پرسشنامه استاندارد سلامت روان گلدبرک و هیلر (۱۹۷۹)؛ پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) استفاده شد. هر سه پرسشنامه، ابزار استاندارد بوده و هنجاریابی شده و از اعتبار لازم برخوردارند. پس از جمع آوری اطلاعات جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد در مجموع کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی به میزان ۱۴ درصد استرس ادراک شده در ایشان را تبیین می کنند.

کلمات کلیدی: استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، سلامت روان شناختی، معلمان ابتدایی.

۱. مقدمه

پیشرفت‌های شگرف فناوری و تغییرات نظام اجتماعی باعث گردیده که جوامع امروزی شکل پیچیده‌ای به خود بگیرند. عوامل متعددی همچون: مشکلات مالی و خانوادگی، تضاد با دوستان و همکاران، فشار روانی ناشی از عوامل محیطی، اجتماعی و سازمانی باعث شده که به نحوی زندگی طبیعی انسان تهدید شود. این فشارها سبب می‌شود وظایفی که انسان به سادگی در شرایط طبیعی انجام می‌دهد با مشکل روبرو شود به گونه‌ای که با دشواری بدان پرداخته حتی گاهی قادر به انجام آن نباشد. در نتیجه، آسیب‌های جدی بر منابع انسانی و سازمانی وارد می‌شود.

سلامت روانی یکی از مولفه‌های مهم و تاثیرگذار بر توانمندی شغلی افراد است. سلامت روانی از دیدگاه گلدبرگ بر اساس چهار زیر مقیاس تعریف می‌شود که عبارتند از افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و جسمانی، بر این اساس هر چه فرد از منظر این چهار مقیاس مشکلات کمتری داشته باشد، سلامت روانی بهتری را نشان می‌دهد پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که کیفیت زندگی وضعیت روانی افراد با یکدیگر رابطه‌ی معنی‌داری دارند. کیفیت زندگی به عنوان یک برآیند مهم در کارآزمایی با این مطرح است و امروزه در بیشتر مطالعات علمی بر روی آن تمرکز ویژه‌ای صورت می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند معنا پیدا می‌کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات، مفهوم می‌یابد. این واقعیت دارای محدوده گسترده‌ای است که از طریق مختلف تحت تاثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورهای فردی و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد.

با پیچیده شدن روز افزون جوامع امروزی، رسالت سازمان‌ها برای برآوردن انتظارات جوامع، حساس و مهم‌تر می‌شود به طوری که می‌توان اذعان کرد دنیای امروز، دنیای سازمانهاست. امروزه آموزش و پرورش به عنوان یکی از سازنده‌ترین سازمان‌ها و از ارکان اساسی برای توسعه آموزشی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و روانی جامعه مطرح است (نوربخش و علیزاده، ۱۳۹۶: ۱۲۰). این سازمان، از عناصری تشکیل شده است که هر کدام از این عناصر در پیشبرد اهداف آن موثرند. معلم به عنوان یکی از مهمترین عناصر اهمیت خاصی دارد و سلامت روانی او می‌تواند در تحقق اهداف نظام آموزش و پرورش تاثیر بسزایی داشته باشد. با توجه به حساسیت سازمان آموزش و پرورش، برای اجرای موفقیت آمیز هر فعالیت آموزش افزون بر منابع مالی، وسایل و فناوری، وجود نیروی انسانی سالم و متعهد، نقش اساسی را ایفا می‌کند؛

به عبارت دیگر، تعهدکاری و واکنش عاطفی فرد نسبت به کار و همچنین بالا بودن سلامت روانی قابلیت کار را بالا می‌برد. از طرفی معلمان به واسطه ماهیت شغلی‌شان با مشکلات عدیده‌ای از قبیل پر حجمی کار، حقوق و مزایای ناکافی، عدم علاقه دانش‌آموزان به تحصیل، نادیده گرفتن نیازهای آنها از طرف سازمان‌های آموزشی، عدم حمایت خانوادگی از آنان، کلاس‌های پر جمعیت، مسائل مربوط به تفریح شغلی و تعارضات مربوط به نقش مواجه هستند، این مشکلات می‌تواند بر سلامت روان آنها تاثیرگذار بوده و با استمرار این مشکلات آسیب‌پذیری آنان بیشتر شود (لانوگا، راسل واشوتیزر^۶، ۲۰۱۹: ۸۵). یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت روان، کیفیت زندگی است به طوری که سلامت روان و کیفیت زندگی پایین منجر به نارضایتی شغلی می‌گردد و سلامت روانی بالا و کیفیت زندگی با تاکید بر پیامدهای روان شناختی (افسردگی، اضطراب، حمایت اجتماعی) و جسمانی (خستگی، درد، کاهش انرژی، سلامت عمومی) همواره در کانون توجه محققان روانی و اجتماعی بوده است، محققان مختلف دریافته‌اند که میزان استرس ادراک شده به مثابه یک مکانیزم تبیینی - کاهش فزاینده نشانگرهای چندگانه کیفیت زندگی آنها را توضیح می‌دهد (صفایی و شکری، ۱۳۹۷: ۱۵۲). سلامت جسمی و روانی افراد یک جامعه از عوامل پیشرفت آن جامعه محسوب می‌شود که معلمان در این پیشرفت نقش محوری ایفا می‌نمایند، سازمان بهداشت جهانی سلامتی را حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و معلولیت تعریف کرده است این در حالی است که طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، در دنیای امروز از هر چهار نفر به یک اختلال عصبی، روانی و یا رفتاری مبتلا است (بختیارپور، ۱۳۹۶: ۸۵). از این رو بسیاری از کشورهای جهان در پی بررسی وضعیت سلامت روانی و رفاهی و کیفیت زندگی اقشار مختلف جامعه، و نیازسنجی و ارائه راهکارها هستند. در این اقشار گوناگون جامعه یکی از اثرگذارترین‌ها را معلمان تشکیل می‌دهند چرا که آینده هر تمدن و فرهنگی و تعالی هر جامعه‌ای ارتباطی تنگاتنگ با تعلیم و تربیت صحیح آن جامعه دارد و تحقق اهداف متعالی در گروهی داشتن معلمانی شایسته و برخوردار از سلامتی جسمی و به دور از اختلالات روانی و جسمی است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۰۲).

شیوع اختلالات روانی و بخصوص استرس در جوامع مختلف، گوناگون است و از ۰/۱۷ تا ۰/۵۲ متغیر می‌باشد در کشور ما نیز بررسی‌های همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی میزان شیوع را بین ۱۱ تا ۴۳ درصد در نوسان نشان داده است. از جمله پژوهش‌های سال‌های اخیر شیوع ۰/۲۳/۸۴ در صومعه‌سرا، ۰/۲۴/۲ در نطنز و شیوع ۰/۲۹ در تهران را نشان می‌دهد که همگی حاکی از بالا بودن میزان شیوع اختلال‌های روانی بیش از ارقام مورد انتظار و آمارهای جهانی است (بیابانگر و جوادی، ۱۳۹۶: ۶۹).

Laugaa, Racle & Schwitzer

بوده است. نتیجه گیری شد که با توجه به نتایج بدست آمده روشن است که معلمان و دانشجویان مورد بررسی از وضعیت سلامت روانی مطلوبی برخوردار نیستند که با توجه به نقش حساس آنها، بررسی های آسیب شناسانه و اقدامات اصلاحی آموزشی و درمانی و ... ضروری به نظر می رسد. عزیزی و نظامی (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان «پیش بینی و میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان بر اساس استرس ادراک شده دوران بارداری در زنان شهر تبریز» انجام دادند و به این نتایج دست یافتند. یافته ها نشان داد که استرس های دوران بارداری در سبب شناسی تمامی زنان باردار با بارداری ۴۰-۳۷ هفته از فروردین تا تیرماه ۱۳۹۶ شهر تبریز بود. در این مطالعه همبستگی، تعداد ۱۰۰ نفر از جامعه آماری، با روش غیر تصادفی انتخاب و بعد از غربالگری برای افسردگی زمینه ای پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن پاسخ دادند ۴-۶ هفته بعد از زایمان، ۸۵ از افراد نمونه به پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ پاسخ دادند، داده های جمع آوری شده توسط آزمون های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین استرس ادراک شده و افسردگی بعد از زایمان، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشته به طوری که استرس ادراک شده می تواند ۰/۳۲ از تغییرات افسردگی بعد از زایمان را تبیین کند. در این تحقیق شیوع افسردگی بعد از زایمان ۲۲/۴ درصد به دست آمد. به نظر می رسد با غربالگری زنان باردار در معرض استرس و با آموزش شیوه های مقابله ای سازش یافته در مقابل استرس از ابتلا زنان به افسردگی بعد از زایمان پیشگیری کرد. کلاسن و چی^{۷۲} (۲۰۱۹) نشان دادند، معلمانی که در دوره دبستان تدریس می کنند، سطح بالاتری از خود کارآمدی در عامل مدیریت کلاس، درگیری با دانش آموزان دارند، در تبیین این یافته های توان اظهار کرد که متفاوت بودن ویژگی های جامعه آماری پژوهش ها، می تواند نتایج پژوهشی متفاوتی به دنبال داشته باشد همچنین در این پژوهش به دلیل اینکه ابزار خود کارآمدی معلمان و کیفیت زندگی در فرآیند تدریس دخیل هستند، نتایج متفاوت تری نسبت به پژوهش های دیگر دارند. نتایج پژوهش عارف و الیاس^{۷۳} (۲۰۱۸) نشان داد که ارزش ادراک شده کار، جو کاری، توازن کار و زندگی و رضایت از روابط در زندگی از عوامل اصلی شکل دهنده ادراک معلمان پاکستانی از کیفیت زندگی بوده اند با مصاحبه از معلمانی که کودکانی با نیازهای ویژه داشتند به این نتیجه رسیدند که مفهوم کیفیت زندگی معلمان مدارس استثنائی و درون مایه روابط در محل کار، تعامل با دانش آموزان، ارتقاء و مشارکت شغلی، رضایت شغلی، موانع شغلی، قوانین و جایگاه شغلی و عملکرد کاری را دارد. دودانگه^{۷۴} (۲۰۱۷) نشان داد که سطح سلامت روانی معلمان در مقاطع تحصیلی متفاوت است و معلمان شاغل در مقطع ابتدای از

۴۵). اما علی رغم آنچه انتظار می رود پژوهش های گوناگونی که در این حوزه به عمل آمده است به دفعات نشان داده است که شیوع اختلال های روانی در قیاس با سایر گروه های جامعه بالاتر بوده است. یکی از پیامدهای ناخوشایند در زندگی معلمان که استرس این قشر را سبب می شود کیفیت زندگی نامطلوب است ارزیابی کیفیت زندگی یکی از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی می باشد. آگاهی از کیفیت زندگی معلمان به کارشناسان و محققان کمک می کند تا مراقبت را در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان سوق دهند با نگاهی به مفهوم کیفیت زندگی^{۷۵} و سلامت روانی در سه دهه اخیر می توان گفت که در طول دهه ۱۹۸۰، مفهوم کیفیت زندگی همگام با آن ارتقای سلامت روانی و کاهش استرس به عنوان ادراک حسی و روانی و بر ساخته اجتماعی موضوع وحدت بخش شناخته می شود. در طول دهه ۱۹۹۰ فهم ما از مفهوم و مقیاس کیفیت زندگی و سلامت روانی بسیار ارتقاء یافته است و به دیگر حوضه های نیز گسترش بیشتری یافته است در واقع در سال های اخیر مفهوم کیفیت زندگی و سلامت روانی وسعت بیشتری پیدا کرده و ابعاد آن را می توان به طور سلسله مراتبی از پایین به بالا، به صورت بهزیستی فیزیکی، بهزیستی مادی، حقوق، ادخال اجتماعی، روابط بین فردی، رشد فردی و بهزیستی عاطفی (شالوک^{۷۶}، ۲۰۱۸: ۱۲۱). شفیع و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی معلمان دبستانهای شهرستان جیرفت» انجام دادند و به این نتایج دست یافتند. یافته های ایشان حاکی از آن بود که میانگین نمره سلامت عمومی برابر با (۱۶/۰۸) و میانگین نمره کیفیت زندگی برابر با (۶۷/۶) بود. معلمان در حیطه کیفیت زندگی در مقیاس پرداخت منصفانه و کاری کمترین نمره را کسب نمودند (۳/۳۸). همچنین در حیطه سلامت عمومی در مقیاس جسمانی، فیزیولوژیکی دارای بالاترین میانگین نمره بودند (۵/۳۵). بر اساس نتایج تحقیق بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود داشت. درویش بقال و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان «بررسی مقایسه ای وضعیت سلامت روان دانشجو معلمان و معلمان شهید مفتاح دانشگاه فرهنگیان» انجام دادند و به این نتایج دست یافتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های خرده مولفه های Scl 90.R نشان می دهد که بین دو گروه تنها در مولفه شکایت جسمانی معلمان با میانگین (۱۵/۰۴) و دانشجو معلمان (۱۱/۲۶) تفاوت معنی داری وجود دارد. با این حال اگرچه بین دو گروه در سایر خرده مولفه ها تفاوت معنی داری وجود نداشت اما هر دو گروه در صدهای بدست آمده در خرده مولفه ها شایان توجه است. شایع ترین علائم روان پزشکی افسردگی ۰/۷۸ معلم ها و ۰/۸۲ دانشجو معلمان، و سواس ۰/۷۴ در هر دو گروه برابر حساسیت مرضی در روابط بین فردی ۰/۷۴ در هر دو گروه) و افکار پارانئیدی (۰/۶۸ دانشجو معلمان و ۰/۶۴ معلمان)

72 . Klassen, R. M., & Chin

73 . Aref S, Ilyas

74 . Dodangeh

70 . quality Life

71 . Schalock

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 / 2 \times P(1-P)}{\epsilon^2}$$

که در آن

P: برآورد نسبت صفت متغیر، (P = ۰/۵)

Z: مقدار متغیر نرمال واحد، متناظر با سطح اطمینان ۹۵ درصد،

$$(Z_{\alpha/2} = 1.96)$$

ε: مقدار اشتباه مجاز، (ε = ۰/۰۶)

مقدار P برابر با ۰/۵ در نظر گرفته شده است. زیرا اگر P = ۰/۵ باشد، n حداکثر مقدار ممکن خود را پیدا می‌کند. این امر سبب می‌شود که نمونه به حد کافی بزرگ باشد. (آذر، مومنی، ۱۳۸۰، ۱۲۸). بنابراین حجم نمونه مورد نیاز پژوهش با تقریب عبارت است از: N ≈ 200

با توجه به فرمول کوکران تعداد نمونه ۶۳ نفر محاسبه شد.

در این پژوهش، ۳ پرسشنامه به منظور فراهم آوردن داده‌های خام مورد استفاده قرار گرفت و اطلاعات پرسشنامه‌ها شامل موارد ذیل است:

پرسشنامه سلامت روان شناختی: فرم پرسشنامه سلامت روان که توسط گلدبرک و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و ترجمه ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) بوده که سوال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۲۸ سوالی اولیه استخراج گردیده است. که ۴ مولفه نشانه‌های بدنی (سوالات ۱-۷)، اضطراب و بی‌خوابی (سوالات ۸-۱۴)، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی (سوالات ۱۵-۲۱)، و افسردگی (سوالات ۲۲-۲۸) را ارزیابی می‌کند و نمره‌ای که پاسخگویان از پر کردن این پرسشنامه می‌گیرند محاسبه می‌شود. در این پرسشنامه از روایی صوری و روایی محتوایی برای تعیین روایی پرسشنامه استفاده و طی آن از نظر اساتید و متخصصین بهره گرفته شده است. همچنین نجفی و همکاران (۱۳۷۹) پایایی آزمون سلامت روانی را با روش باز آزمایی ۰.۸۹ گزارش کرده‌اند. احیا کننده و دیگران (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰.۷۳ به دست آورده‌اند.

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF): سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود^{۷۵}. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی، یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه

WHOQOL-100 . 75

پائین‌ترین سطح سلامت روانی و معلمان مقطع متوسطه از بالاترین سطح سلامت روانی برخوردارند.

با توجه به تعاریف و پژوهشهای مطرح شده در حوزه مطالعه کیفیت زندگی و سلامت روانی و ابعاد آن برای فرهنگیان جامعه این حوزه می‌تواند از اهمیت خاصی برخوردار باشد. برای شاخص‌های سلامت روان شناختی و کیفیت زندگی و استرس (همچون سلامت اجتماعی، روانی، محیطی) و تعامل اجتماعی در کنار سایر مولفه‌ها، تاثیر بسزایی بر ساختار زندگی اجتماعی و روانی جامعه مخصوصاً معلمان و آموزگاران خواهد داشت. با توجه به اینکه این قشر از افراد جامعه، مدیران اصلی اداره آینده کشور و عهده‌دار آموزش و تربیت نسل‌های بعدی خواهند شد از این رو سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی آن‌ها، تاثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌هایشان خواهند داشت. زمانی که به بررسی مقایسه‌ای اهداف نظام و آموزش و پرورش و تعریف سلامت و بهداشت روانی می‌پردازیم، همسانی قابل مشاهده‌ای به چشم می‌خورد مبنی بر اینکه مقصود از هر دو پرورش انسان‌هایی سالم، مفید و خوشبخت است. از این رو با توجه به نقش معلمان، شناسایی مشکلات احتمالی در حوزه رفاهی و سلامت روانی این گروه و چاره‌اندیشی در صورت لزوم، ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت حتی المقدور تا آنجا که بضاعت علمی محقق امکان می‌دهد به این پرسش پاسخ دهد که آیا بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوان رابطه وجود دارد یا خیر؟ با توجه به اهمیت موضوع و اینکه سنجش شاخص‌های سلامت روانی و کیفیت زندگی و استرس تاثیر مستقیمی در توسعه پایدار جامعه آموزش و پرورش و متعاقب آن جامعه خواهد داشت؛ لذا در این پژوهش برآنیم که رابطه هر یک از متغیرها را بسنجیم و تا آنجا که بضاعت علمی پژوهشگر امکان می‌دهد از زوایای مختلف این رابط را بررسی نماییم.

۲. روش شناسی

این تحقیق بر اساس نوع داده‌های جمع‌آوری و تحلیل شده تحقیقی کمی است و از روش کتابخانه‌ای جهت جمع‌آوری اطلاعات در زمینه ادبیات و پیشینه تحقیق استفاده شده است. از نظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است؛ از نظر روش در زمره تحقیقات توصیفی-همبستگی است. همچنین از نظر جنبه زمانی، جز تحقیقات مقطعی به شمار میرود.

جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه آموزگاران مقطع ابتدایی شهر گوان که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ برابر با ۲۸۹ نفر است که به تفکیک زن ۱۰۸ نفر و ۱۸۱ نفر مرد می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه مناسب برای مشتریان از فرمول زیر استفاده شده است. بنابراین جهت محاسبه حجم نمونه از رابطه زیر استفاده گردیده است:

ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می‌داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در این پرسشنامه پس از بدست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس و تجزیه و تحلیل آنها محاسبه می‌شود. در این پرسشنامه، از احساس فرد نسبت به کیفیت زندگی، سلامت و سایر جنبه‌های زندگی‌اش سوال می‌شود که جواب هر سوال از بسیار بد تا بسیار خوب می‌باشد. در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیرمقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است.

پرسشنامه استاندارد استرس ادراک شده (PSS): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای نسخه ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. دوران و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۷۴ محاسبه کرده‌اند. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشان‌دهنده روانشناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. ضرایب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از کجاسه همبستگی ساده با یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ محاسبه شد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. روش نمره گذاری به این شکل است که نمره ۵ (برای بسیاری از اوقات)، نمره ۴ (برای اغلب اوقات)، نمره ۳ (برای گاهی اوقات)، نمره ۲ (برای تقریباً هرگز) و نمره ۱ (برای هرگز) در نظر گرفته می‌شود.

در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی به منظور سامان دادن، خلاصه کردن و طبقه‌بندی کردن داده‌های خام و نهایتاً نتیجه‌گیری و استنباط از اطلاعات استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، نمودارها و جداول رسم شده و تمامی داده‌ها به صورت (فراوانی $\pm$ میانگین $\pm$ انحراف معیار) بیان شد. در قسمت آمار استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها، برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و رگرسیون چندگانه استفاده شده است. سطح معنی‌داری آزمون $(p < 0/05)$ در نظر گرفته شده است. نمودارها نیز با استفاده از نرم‌افزار Excel رسم شد. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به مشخصات فردی (جنسیت، میزان تحصیلات، سن) آموزگاران مقطع ابتدایی شهرستان گویگان که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ که ۶۳ نفر بودند، مبنای تحلیل این پژوهش قرار گرفته است. یافته‌های حاصل از توزیع فراوانی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۱۷ نفر (۰/۲۷) از معلمان مرد بوده و ۴۶ نفر (۰/۷۳) از معلمان نیز زن بوده‌اند. ۳ نفر (۰/۴/۸) از معلمان دارای مدرک دیپلم، ۷ نفر (۰/۱۱/۱) فوق دیپلم، ۳۳ نفر (۰/۵۲/۴) لیسانس، ۲۰ نفر (۰/۳۱/۷) فوق لیسانس و بالاتر بوده‌اند. در رابطه با توزیع پراکندگی سن معلمان ملاحظه شد که میانگین وضعیت سن معلمان مورد مطالعه ۳۶/۹ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۵۹ و ضریب کجی ۰/۶۹ بود؛ به طوریکه جوانترین معلم ۲۴ سال و مستترین ۶۵ سال داشت. همچنین یافته‌های توصیفی درخصوص توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که متوسط استرس ادراک شده در بین معلمان برابر $44/79 \pm 8/41$ محاسبه گردیده که حداقل میزان استرس ادراک شده ۳۱ و حداکثر ۶۶ می‌باشد. ضریب کجی (چولگی) $SK = 0/52$ است که بیانگر مثبت بودن توزیع داده‌ها است. و نیز متوسط کیفیت زندگی در بین معلمان برابر $97/49 \pm 12/09$ محاسبه گردیده که حداقل میزان کیفیت زندگی ۷۵ و حداکثر ۱۲۳ می‌باشد. ضریب کجی (چولگی) $SK = 0/43$ است که بیانگر مثبت بودن توزیع داده‌ها است. متوسط سلامت روانشناختی در بین معلمان برابر $45/71 \pm 7/501$ محاسبه گردیده که حداقل میزان کیفیت زندگی ۳۱ و حداکثر ۶۸ می‌باشد. ضریب کجی (چولگی) $SK = 0/941$ است که بیانگر مثبت بودن توزیع داده‌ها است. (قابل ذکر است که نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده سلامت روانشناختی پایین در بین پاسخگویان می‌باشد). در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۶ نرمال بودن متغیرها بررسی شده است. نتایج آزمون کولموگروف-

اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق در جدول (۱) ارائه شده است.
جدول (۱): آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	آزمون	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	۶۳	۰/۸۱۱	۰/۵۲۶
کیفیت زندگی	۶۳	۰/۹۳۸	۰/۳۴۲
سلامت روانشناختی	۶۳	۱/۱۱	۰/۱۶۸

به منظور انتخاب آزمون آماری مناسب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده لازم است تا نوع توزیع متغیرها به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آن ارزیابی شود که در این مورد از آزمون اسمیرنوف کولموگروف استفاده شد که در نهایت مطابق جدول (۱) ملاحظه می‌شود که سطح معنی داری آزمون فوق در مورد تمامی متغیرها، بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشند. در نتیجه آزمونهای پارامتری استفاده شده برای متغیرهای مورد نظر در این تحقیق مناسب می‌باشند.

جدول (۲): ضریب همبستگی چندگانه برای پیش بینی استرس ادراک شده معلمان ابتدایی

شکل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین خالص
۱	۰/۴۰۵	۰/۱۶۴	۰/۱۳۷

جهت تعیین رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی از رگرسیون چندگانه به روش اینتر^۷ استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول شماره (۲) ملاحظه می‌شود ضریب همبستگی چندگانه کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی با استرس ادراک شده، برابر $R = 0/405$ و ضریب تعیین برابر $R^2 = 0/164$ و ضریب تعیین خالص برابر $\bar{R}^2 = 0/137$ بدست آمده؛ یعنی در مجموع کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی به میزان ۱۴ درصد استرس ادراک شده در ایشان را تبیین می‌کنند.

جدول (۳): تحلیل واریانس برای آزمون معنی داری شکل رگرسیونی

شکل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
رگرسیون	۷۲۸/۲۵۸	۲	۳۶۴/۱۲۹	۵/۹۰۲	۰/۰۰۵
باقیمانده‌ها	۳۷۰۱/۹۶۴	۶۰	۶۱/۶۹۹		
کل	۴۴۳۰/۲۲۲	۶۳			

همچنین شکل رگرسیونی تبیین شده نیز مطابق جدول شماره (۳) طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی می‌باشد؛ زیرا مقدار آزمون F برای تعیین معنی داری اثر متغیرهای اثرگذار بر استرس ادراک شده معلمان ابتدایی برابر ۵/۹ می‌باشد، و می‌توان گفت جهت رابطه بین متغیرها یک طرفه می‌باشد. ($p < 0/05$).

جدول (۴): ضریب تاثیر متغیرهای اثرگذار در شکل رگرسیونی

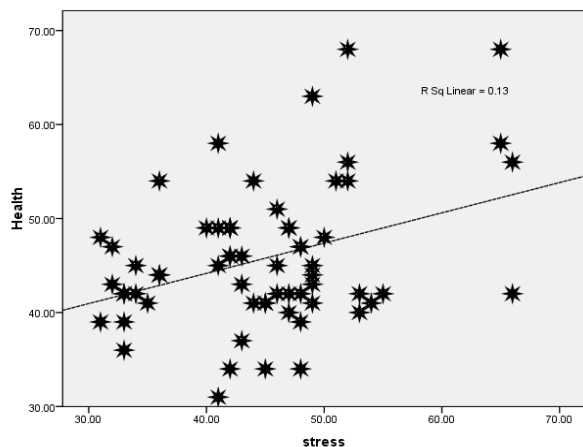
متغیر پیش بین	ضرایب خام		ضرایب استاندارد شده	t	Sig.
	B	Std. Error			
مقدار ثابت	۳۰/۲۷	۱۳/۵۱	---	۲/۲۴۰	۰/۰۲۹
کیفیت زندگی	-۰/۰۴۶	۰/۰۹۶	-۰/۰۶۳	-۰/۴۸۵	۰/۶۲۹
سلامت روانشناختی	۰/۴۲۳	۰/۱۴۶	۰/۳۷۵	۲/۸۹۵	۰/۰۰۵

نمودار (۱): همبستگی بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان ابتدایی

جدول (۶): همبستگی بین استرس ادراک شده با سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی

متغیرها	سلامت روانشناختی
استرس ادراک شده	$r = 0/361$
	$p = 0/004$
	$n = 63$

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده و مطابق جدول (۶) و نمودار (۲) ملاحظه می گردد، سطح معنی داری آزمون $p = 0/004$ و زیر $0/05$ و مقدار $r = 0/361$ می باشد. بنابراین فرض H_0 رد و فرضیه تحقیق قبول می شود و بین دو متغیر رابطه مستقیم معناداری وجود دارد، یعنی با وجود مشکلات و اختلالات روانی، میزان استرس ادراک شده معلمان نیز افزایش محسوسی خواهد داشت. همچنین طبق نمودار خطی رگرسیون، ضریب تعیین برابر $R^2 = 0/13$ می باشد، یعنی از روی سلامت روانشناختی معلمان به میزان ۱۳ درصد می توان استرس ادراک شده را در آنان پیش بینی و تبیین نمود.



نمودار (۲): همبستگی بین استرس ادراک شده با سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی

جدول (۷): همبستگی بین کیفیت زندگی با سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی

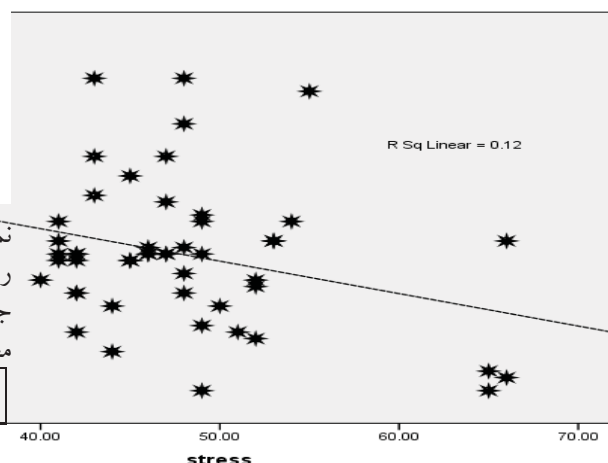
متغیرها	کیفیت زندگی

در مجموع طبق اطلاعات جدول شماره (۴) و با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده ملاحظه می شود که مقدار ثابت (α) برابر $3/027$ ، کیفیت زندگی با بتای $-0/046$ و سلامت روانشناختی با بتای $0/423$ بدست آمده است که در تبیین استرس ادراک شده معلمان ابتدایی سهم معنی داری دارند. در نهایت با حذف مقدار ثابت آلفا (α) از طریق استاندارد کردن مقدار متغیرهای تبیین کننده، ملاحظه می شود که سلامت روانشناختی با بتای $0/375 = \beta$ تأثیر معنی داری در تبیین استرس ادراک شده معلمان ابتدایی داشته است. ولی متغیر کیفیت زندگی با بتای $\beta = -0/063$ و سطح معناداری بدست آمده، نقش معناداری در تبیین استرس ادراک شده معلمان ابتدایی نداشته است ($p > 0/05$).

جدول (۵): همبستگی بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان ابتدایی

کیفیت زندگی	
استرس ادراک شده	$r = 0/361$
	$p = 0/004$
	$n = 63$

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده و مطابق جدول (۵) و نمودار (۱) ملاحظه می گردد، سطح معناداری آزمون فرض H_0 رد و فرضیه تحقیق قبول می شود و بین دو متغیر رابطه معکوس معناداری وجود دارد، یعنی با افزایش و بهبود سطح کیفیت زندگی معلمان از میزان استرس ادراک شده آنها کاسته خواهد شد. همچنین طبق نمودار خطی رگرسیون، ضریب تعیین برابر $R^2 = 0/12$ می باشد، یعنی از روی کیفیت زندگی معلمان به میزان ۱۲ درصد می توان استرس ادراک شده را در آنان پیش بینی نمود.



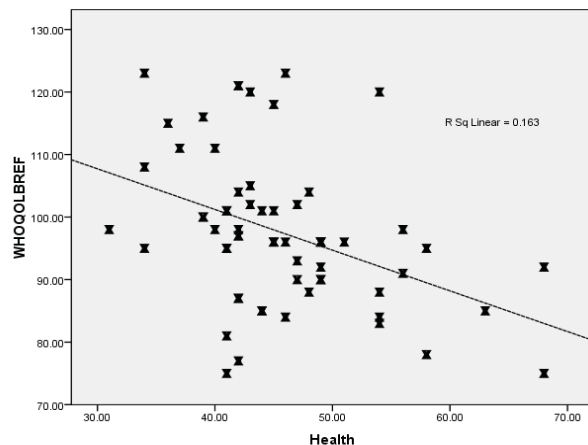
زندگی معلمان و رفاه آنها می‌تواند سلامت روان شناختی معلمان را به دنبال داشته باشد. یافته‌های اخیر که بر اساس مطالعات میدانی می‌باشد گویای این مطلب است که کیفیت زندگی نقشی اساسی و انکارناپذیر با سلامت و کلیه ابعاد آن دارد. همچنین استرس که پاسخ روانی و فیزیولوژیایی است که به دلایل مختلف تعادل شخصی را بر هم می‌زند که ناشی از عوامل درونی مانند دریافت‌های زیست-شناختی و روان شناختی، هوش، توانایی کلامی، تیپ شخصیتی، نگرش‌ها و احساسات منفی و انتظارات غیرواقع بینانه می‌باشد که شیوع آن در معلمان می‌تواند کلیه فعالیت‌های آموزشی و پرورشی را تحت الشعاع قرار دهد و آموزش و پرورش که با آحاد جامعه در ارتباط می‌باشد نمی‌تواند به رسالت بزرگ خود که همانا تربیت انسان‌ها سالم و صالح می‌باشد، دست یابد. همچنین در تبیین یافته به دست آمده باید عنوان نمود که معلمان ابتدایی، به دلیل اینکه با کودکان سروکار دارند معمولاً در معرض رویدادهای پرتنش و استرس‌زا در شغل خود قرار می‌گیرند که شادی، شادکامی، سلامت روان، بهزیستی روان شناختی و در نهایت رضایت از شغل و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مخصوصاً معلمان زن به دلیل کار در منزل، مراقبت از فرزندان، و سایر نگرانیهای زندگی خود به طور کلی استرس و پریشانی گسترده‌ای را تجربه می‌نمایند؛ لذا استرس بالای ادراک شده سبب آشفتگی رفتاری، هیجانی و روانی معلمان خواهد شد که در نهایت کیفیت زندگی کمتری احساس می‌نمایند.

نتایج یافته فرضیه فرعی اول نشان داد که بین استرس ادراک شده با سلامت کیفیت زندگی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان رابطه وجود دارد. این فرضیه نیز پس از فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها تایید شد. نتایج یافته‌ها به دلیل استفاده از ابزار استاندارد و برای جمع‌آوری داده‌ها و چهارچوب تئوریک قوی با بیشتر یافته‌هایی هم خوانی دارد. از جمله (محمدی و همکاران، ۱۳۵) و (نبوی و همکاران، ۱۳۹۶) و (درویش بقال و همکاران، ۱۳۹۸) و دودانگه (دودانگه، ۲۰۱۷). آنچه از آزمون و تحلیل این فرضیه می‌توان استنباط کرد این است که با توجه به رابطه معکوس معنی‌داری که بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان وجود دارد. یعنی با بهبود و ارتقاء سطح زندگی معلمان از استرس آنها کاسته می‌شود. لازمه‌اش این است که مسئولان در حوزه تعلیم و تربیت حداکثر توان خود را به کار ببرند و از عالمان روانشناسی در حوزه تعلیم و تربیت در جهت ساماندهی و برنامه‌ریزی تلاش نمایند. از طرفی استرس ادراک شده در بین دانش‌آموزان دختر و معلمان ابتدایی، بصورت رضایت عمومی، رابطه با معلم، عواطف منفی، پیشرفت، مآجرا جویی، انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بین دانش‌آموزان پسر و معلمان ابتدایی، بصورت عواطف و رابطه با معلم و انسجام اجتماعی رابطه مستقیم با کیفیت زندگی معلمان دارد. همچنین طبق یافته‌ها با توجه به اینکه وضعیت معیشتی

سلامت روان شناختی

$r = -0.404$
$p = 0.001$
$n = 63$

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده و مطابق جدول (۷) و نمودار (۳) ملاحظه می‌گردد، سطح معنی داری آزمون $p = 0.001$ و زیر 0.05 و مقدار $r = -0.404$ می‌باشد. بنابراین فرض H_0 رد و فرضیه تحقیق قبول می‌شود و بین دو متغیر رابطه معکوس معناداری وجود دارد، (قابل ذکر است که نمره بالا در مقیاس سلامت روان شناختی نشان دهنده سلامت روان شناختی پایین در بین پاسخگویان می‌باشد). یعنی با بالا رفتن سطح کیفیت زندگی معلمان بر میزان سلامت روان شناختی معلمان افزوده خواهد شد. همچنین طبق نمودار خطی رگرسیون، ضریب تعیین برابر $R^2 = 0.163$ می‌باشد، یعنی از روی کیفیت زندگی معلمان به میزان ۱۶ درصد می‌توان سلامت روان شناختی را در آنان پیش بینی نمود.



نمودار (۳): همبستگی بین کیفیت زندگی با سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی

۴. نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف رابطه استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان انجام گرفت.

نتایج یافته فرضیه اصلی نشان داد که بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان رابطه وجود دارد. این فرضیه پس از فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها تایید شد. بنابراین یافته‌ها این تحقیق بیشتر با یافته‌های محققانی هم خوانی دارد از جمله (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۹) و (ابراهیم‌پور، ۱۳۹۸) و (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۷) و کلاسن و چی (۲۰۱۹). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که کیفیت

معلمان چندان رضایتبخش نیست و در مقابل فشارها و استرس‌های زندگی بیشتر آسیب‌پذیر هستند و در موقعیت‌های استرس‌زا دچار عوامل بیشتری می‌گردند، بنابراین انتظار می‌رود مطابق با یافته‌های تحقیق حاضر آموزش‌های لازم جهت افزایش تحمل پریشانی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر تحمل و استرس عمل کرده و راهی مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی معلمان محسوب شود و می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های روانی و همچنین مشکلات اجتماعی معلمان در نظر گرفته شود.

نتایج یافته فرضیه فرعی دوم نشان داد که بین استرس ادراک شده با سلامت روانشناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان رابطه وجود دارد. این فرضیه نیز پس از فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها تأیید شد. یافته‌های این تحقیق با توجه به اینکه از ابزار استاندارد استفاده شده با بیشتر یافته‌های محققان هم خوانی دارد از جمله (نبوی و همکاران، ۱۳۹۶) و عزیزی و نظامی (۱۳۹۶) و (عارف و الیاس، ۲۰۱۸). این یافته را به این صورت می‌توان تبیین کرد با توجه به نقش و جایگاه والای معلم در تعلیم و تربیت دانش‌آموزان، همانطور که در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش از وی به عنوان هدایت‌کننده و اسطوره‌ای امین و بصیر در فرایند تعلیم و تربیت یاد می‌شود، بی‌تردید سلامت روانی و شخصیتی وی در تعلیم و تربیت دانش‌آموزان یکی از مولفه‌های اصلی و تأثیرگذار محسوب می‌شود و سلامت روانی و دور بودن از اختلالات روانی و محرک‌های استرسی نقش بسزایی در سلامت روان دانش‌آموزان ایفا می‌کند. با توجه به نظریه هزربرگ نیروی کار (در اینجا معلمان) دو دسته نیاز از جمله نیازهای روانی و نیازهای انگیزشی نیاز دارد؛ ارضای نیازهای روانی باعث رشد و کمال فردی شده و توانایی فرد را در کار افزایش می‌دهد تا به نحوی خلاق و متعهد پاسخگوی محیط کار و استرس‌های ناشی از آن باشد. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که وجود مشکلات و اختلالات روانی، تأثیر مستقیمی بر کارکرد معلمان در حوزه تعلیم و تربیت دارد و به شدت کارکرد معلم را در کلاس درس کاهش می‌دهد. همچنین به منظور پیشگیری از اختلالات روانی در بین معلمان در دوره تربیت معلم، مهارت زندگی توسط مشاوران و روان‌شناسان ماهر در قالب برنامه‌های فرهنگی به ایشان ارائه گردد.

نتایج یافته فرضیه فرعی سوم نشان داد که بین کیفیت زندگی با سلامت روان شناختی معلمان ابتدایی شهرستان گوغان رابطه وجود دارد. این فرضیه نیز پس از فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها تأیید شد. مطالعات سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین‌المللی کار، میزان آگاهی از مشکلات سلامت روان را در محیط‌های کاری به عنوان یک موضوع سلامت عمومی افزایش داده است این مطالعه با مطالعات بیشتر محققان از جمله (سوزانی، ۱۳۹۷) و (لی، ۲۰۱۸) و (سوسیه، ۲۰۱۶) مطابقت می‌کند. یافته حاصل را این گونه می‌توان تبیین کرد که دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی نقش معنی‌داری را در تبیین سلامت عمومی و روانی بازی می‌کنند در این میان عامل‌های کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های فردی و اجتماعی نقش مهمی در تبیین تغییرات کیفیت زندگی دارند. بدیهی است که به مخاطره افتادن هر یک از شاخصهای سلامت روان شناختی، کیفیت زندگی معلمان مختل و با مشکل مواجه می‌سازد. این امر به مرور زمان عدم موفقیت فردی (احساس ناکارآمدی و فقدان پیشرفت)، خستگی روحی عاطفی و مسخ شخصیت (احساس سوء ظن، بدبینی و دلزدگی نسبت به کار و مدیران سازمان)، را برای معلمان در پی دارد که این علایم خود گواه بروز مشکلات روانشناختی در معلمان است. با توجه به نتایج فرضیه اصلی سلامت روان شناختی معلمان اگر ارتقا یابد استرس ادراک شده آنها کاهش می‌یابد پس بنابراین پیشنهاد می‌شود که مسئولان و متولیان آموزش و پرورش باید برنامه‌ریزی بکنند تا سلامت روان شناختی معلمان را بهبود نمایند و دوره‌های آموزشی برای معلمان به منظور آموزش چگونگی مقابله با استرس و نیز بهبود کیفیت زندگی فراهم ببینند. با توجه به نتایج فرضیه اول کیفیت زندگی معلمان با استرس ادراک شده آنان رابطه معکوس معنی‌داری دارد. پیشنهاد می‌شود تمامی اقدامات برنامه‌ریزان و مسئولان در راستای ارتقای کیفیت زندگی معلمان باشد تا بتوان استرس ادراک شده آنان را پایین آورد و به محیط فیزیکی معلمان و اقدامات لازم به منظور با نشاط ساختن محیط کار در حد توان و امکانات سازمان توجه شود. با توجه به نتایج فرضیه دوم که با وجود مشکلات و اختلالات روانی، میزان استرس ادراک شده معلمان افزایش می‌یابد لذا پیشنهاد می‌شود که از روان‌شناسان مجرب در فرایند آموزش معلمان و برگزاری دوره‌هایی جهت افزایش مهارت روانی و رفتاری معلمان و مشاوران و روان‌شناسان با تخصص‌های مرتبط در سازمان جهت رفع مشکلات احتمالی معلمان استفاده شود. با توجه به نتایج فرضیه سوم با بهبود سطح کیفیت زندگی معلمان بر میزان سلامت روان شناختی معلمان افزوده می‌شود پیشنهاد می‌شود که درآمد معلمان و سطح کیفیت زندگی آنان ارتقا یابد تا شاهد شکوفایی هر بیشتر این قشر زحمتکش و فرهیخته در جامعه باشیم. به نیازهای مادی معلمان نظیر حقوق دریافتی ماهیانه، امکانات و تسهیلات رفاهی توجه شود و نیازهای غیر مادی معلمان نظیر: مورد تشویق قرار دادن کارکنان به هنگام موفقیت مورد توجه قرار بگیرد.

۵. فهرست منابع

منابع فارسی:

ابراهیم پور، عبدالکریم (۱۳۹۸). بررسی وضعیت روانی و عاطفی موثر بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان طرح شاهد و ایثارگر استان هرمزگان، تحقیق چاپ نشده، پژوهشکده، تعلیم و تربیت آموزش و پرورش استان هرمزگان.

بختیارپور، پروین، (۱۳۹۶). بررسی وضعیت بهداشت روان معلمان اصفهان، مجله دانش و پژوهش در روان شناسی شماره ۱۹. بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه، (۱۳۹۶). سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران، فصلنامه رفاه اجتماعی سال ۴ شماره ۱۴.

درویش قبال، ناهید و پیر چراغ علی، علیرضا و نعمتی، معصومه و گیاهپور، هادی، (۱۳۹۸). بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روان دانشجو معلمان و معلمان شهید مفتاح دانشگاه فرهنگیان، فصلنامه روان شناسی تحلیلی - شناختی - سال هشتم، شماره ۲۹. سوزانی، رضا، (۱۳۹۷). تاثیر موثر معنوی بر سلامت روان معلمان مدارس شهر تهران، فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، شماره ۸. شفیعی، شهره و دلفاردي، مهسا و بهره مند، سام و سیدی، فاطمه، (۱۳۹۹). بررسی وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی معلمان دبستان های شهرستان جیرفت، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، دوره ۷، شماره ۴. شکوهی فرد، سارا و نجمه، حمید و سودانی، منصور، (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش سرسختی روان شناختی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر تربیت معلم حضرت فاطمه (س) اهواز، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال ۱۴، شماره ۲. صفایی، مریم و شکری، امید، (۱۳۹۷). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران، مجله روان پرستاری دوره ۵ شماره ۱. عزیزی، مرتضی و نظامی، لطیفه، (۱۳۹۶). پیش بینی و میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان بر اساس استرس ادراک شده دوران بارداری

مقایسه میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا و بدون تجربه یوگا در استان مازندران

فائزه احسانگر فکجور

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن.

خدیجه حاتمی پور (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن.

در زنان شهر تبریز، مجله زون و مطالعات خانواده، سال هشتم، شماره ۳۰. محمدی، پروین و گوارای، فاطمه و حق دوست، علی اکبر، (۱۳۹۵). فراوانی آسیب شناسی در معلمان مدارس ابتدایی شهر کرد، مجله اصول بهداشت روانی سال ۱۵ شماره ۸. محمدی، پروین و گوارای، فاطمه و حق دوست، علی اکبر، (۱۳۹۵). فراوانی آسیب شناسی در معلمان مدارس ابتدایی شهر کرد، مجله اصول بهداشت روانی سال ۱۵ شماره ۸. نبوی، صادق و بهرامی، فرامرز و افروز، غلامعلی و دلاور، علی و حسینیان، سیمین، (۱۳۹۶). رابطه خود کارآمدی با سلامت روانشناختی در معلمان: نقش واسطه ای حمایت اجتماعی ادراک شده در معلمان متوسطه شهر تهران، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ۱۱، شماره ۲. نوربخش، محمد و علیزاده، مریم، (۱۳۹۶). بررسی رضایت شغلی دبیران تربیت بدنی شهرستان اهواز، فصلنامه حرکت، شماره ۲۲.

منابع خارجی:

- Aref S, Ilyas M. (2018). Quality of work- Life model for techers of private university in Pakestan. Quality Assurance in education 2018 Jul (3) 282-98.
- Dodangeh, fillip (2017) Evalation of teacher, Mental Health in paris province compard to their government employees. Research report, paris province Department of Education Institute, A, Moradi, A and Shararai.
- Klassen, R. M., & Chin, M. M (2019), Effectes on teachers, self- efficavy and Job satisfaction: Teachers Gender, years of expetience and Job strees. Journal of educatiesn psychology. 102 (3), 471.
- Laugau Divid, kascle Norman, Schweitzer, M.(2019). Stress and burnout among French elementary school teacher transactional approach. Revue euro peennede psychologie in ding 58,241-251.
- Lee Y. J. (2018). Subjective quality cocept of Life measurement in Taipei: Building and Environment, 43(7),1205-1215.
- Schalock R. (2018). Three decades of quality of life: focus on Autism and other Developmental (biabet icts). Journal of intellectual disability research vol. 15, No 2: 116-127.
- Susyie p., (2016). The state of the city Amsterdam monitor measuring quality of life in Amesterdam.in community Quality of life Idicators (pp. 133-152) springer Netherlands.

Comparative study of stress, anxiety and depression among people with Type 2 diabetes with and without yoga experience in Mazandaran Province

Faezeh Ehsangar Fekjvar

Master's student in Clinical Psychology, faculty of Medical sciences, Azad University, Tonkabon branch.

*Khadijeh Hatamipour

Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Azad University, Tonkabon branch.

Abstract

Background: Diabetes is one of the most common and expensive endocrine diseases in the world. Among the types of diabetes, type 2 diabetes has the highest prevalence and affects the physical and psychological aspects of life. The aim of this study was to compare the stress, anxiety and depression levels of people with Type 2 diabetes with yoga experience and without yoga experience in Mazandaran in 2023.

Methods: The current research was descriptive-comparative. The participants included 164 people with type 2 diabetes, members of the Association of Diabetes and Non-Communicable Diseases of Mazandaran Province, who were selected in two groups of 82 people, including those with and without yoga experience, using available sampling method. The research tools included a demographic questionnaire and a depression, anxiety and stress questionnaire (DASS-21), which were made available to people online through virtual networks related to the association. The data were analyzed using spess22 version and through multivariate analysis of variance (MANOVA) test.

Results: The results showed that there is a statistically significant difference between the two groups in terms of stress, anxiety and depression, and people with diabetes with yoga experience had lower scores in stress, anxiety and depression compared to diabetic people without yoga experience.

Conclusion: The results showed that yoga exercises can reduce stress, anxiety and depression in people with type 2 diabetes and can be used as a complementary treatment method.

Keywords: Stress, Anxiety, Depression, type 2 diabetes, Yoga

چکیده

هدف: دیابت یکی از شایع ترین و گران ترین بیماری های غدد در جهان است. در بین انواع دیابت، دیابت نوع ۲، بیشترین شیوع را داشته و بر جنبه های جسمی و روانشناختی زندگی اثرگذار است. هدف از این پژوهش، مقایسه میزان استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا و بدون تجربه یوگا استان مازندران در سال ۱۴۰۲ بود.

روش ها: تحقیق حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای بود. شرکت کنندگان شامل ۱۶۴ نفر از مبتلایان به دیابت نوع ۲ عضو انجمن دیابت و بیماری های غیر واگیردار استان مازندران بودند که در دو گروه ۸۲ نفری شامل مبتلایان دارای تجربه و بدون تجربه یوگا به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود که از طریق شبکه های مجازی مرتبط با انجمن به صورت آنلاین در دسترس افراد قرار گرفت. داده ها با استفاده از نسخه spess22 و از طریق آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد، بین دو گروه از لحاظ استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد و افراد مبتلا به دیابت با تجربه یوگا در مقایسه با افراد دیابتی بدون تجربه یوگا نمرات کمتری در استرس، اضطراب و افسردگی کسب کردند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که تمرینات یوگا می تواند باعث کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

شود و به عنوان یک روش درمانی مکمل مورد استفاده قرار گیرد.
واژه های کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، دیابت نوع ۲، یوگا

مقدمه

بیماری قند یا دیابت به گروهی ناهمگون از بیماری های سوخت و سازی گفته می شود که با هایپر گلیسمی مزمن و اختلال در سوخت و ساز کربوهیدرات لیپید و پروتئین همراه است. ریشه این بیماری از اختلال در ترشح انسولین و عملکرد گیرنده های انسولین یا هر دو می باشد (نظری گیلانژاد و همکاران، ۱۳۹۶). دیابت نوع دو^{۷۸} (T2DM) یک اختلال پیچیده متابولیک و غدد درون ریز است. مشخصه این بیماری میزان بالای قند خون است که به علت مقاومت سلولهای بدن نسبت به انسولین ایجاد شده و این مقاومت نسبت به انسولین، متعاقبا کمبود انسولین را در پی دارد. در این میان، عدم ترشح کافی انسولین برای غلبه بر مقاومت نسبت به انسولین، مشخصه انتقال از مرحله عدم تحمل گلوکز به دیابت نوع ۲ است (خراط زاده و همکاران، ۱۳۹۷). دیابت، شیوع نگران کننده ای دارد که طی ده سال گذشته ۵۰ درصد افزایش یافته است. این بیماری با ۴ میلیون مرگ در سال، ۹ درصد از کل مرگ و میرها در جهان را به خود اختصاص می دهد (کومار و همکاران، ۲۰۲۲). طبق اعلام فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)^{۷۹}، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۱۹ در سطح جهانی با جمعیت آسیب پذیر ۲۰-۷۹ سال، ۴۶۳ میلیون نفر بوده است و تخمین زده می شود که در سال ۲۰۴۵، موارد دیابت به ۷۰۰/۲ میلیون نفر افزایش یابد (یونیارتیکا^{۸۰} و همکاران، ۲۰۲۱) ۷۷ درصد افراد مبتلا به دیابت در کشورهای کم درآمد و متوسط زندگی می کنند (تانگاسمی و چاندانی، ۲۰۱۵). شیوع این بیماری در ایران نیز حدود شش درصد جمعیت یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۹).

عوارض مربوط به دیابت به دو دسته عوارض جسمی و عوارض روان شناختی تقسیم می شوند. از عوارض روانشناختی دیابت نوع ۲ می توان به استرس، افسردگی و اضطراب اشاره کرد (خراط زاده و همکاران، ۱۳۹۷). استرس، تلاش فیزیولوژیکی است که هنگام انطباق، مقابله یا تنظیم، بر بدن تحمیل می شود. مقداری از استرس در یک فرد برای انجام وظیفه و توجه می تواند مفید و لازم باشد اما استرس شدید یا مداوم می تواند طاقت فرسا و زیان بار باشد. تجربه استرس های زندگی به طور معنی داری با سلامت روانی و جسمی ضعیف همراه است. استرس مزمن با مشکلات بهداشتی مانند افسردگی، اضطراب، چاقی، بیماری های قلبی و فشارخون بالا همراه است (پونگوتای و همکاران، ۲۰۲۱). استرس همچنین در ایجاد دیابت نقش به سزایی دارد. تغییرات مربوط به استرس با افزایش سطح هورمون هایی مانند گلوکوکاگون^{۸۱}، کورتیزول، هورمون رشد، کاتکولامین ها^{۸۲}، هورمون پرولاکتین^{۸۳}، لپتین^{۸۴}، آزاد کننده کورتیکوتروپین (CRH)^{۸۵}، باعث افزایش قند خون می شود (تانگاسمی و چاندانی، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده است که شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ۳۰ درصد تا ۴۶٫۵ درصد است. در همین حال نتایج تحقیقات نشان داده است که حدود یک سوم بیماران دیابتی افسردگی دارند و افراد مبتلا به دیابت، دو برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی در معرض ابتلا به افسردگی هستند. هنگامی که بیمار در حالت اضطراب یا افسردگی است، کاهش هیدروکسی تریپتامین^{۸۶} (5-HT) منجر به تضعیف اثر بازدارنده بدن بر ترشح کورتیزول می شود که در نتیجه باعث افزایش کورتیزول، تقویت گلوکوکورتیزول^{۸۷} و افزایش بیشتر قندخون می شود (ون و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی ها حاکی از آن است که مرگ و میر در بیماران مبتلا به دیابت با افسردگی جزئی افزایش یافته است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸). به طور کلی بیماران مبتلا به دیابت، زندگی را رهبری می کنند که مدام چالش برانگیز و پر از عدم قطعیت است. آنها یک نگرانی مداوم درمورد حفظ سطح طبیعی قند خون، عوارض پزشکی، اپیزودهای هیپوگلیکامی^{۸۸}، هیپرگلیکامی^{۸۹} و دیگر ویژگی های بیماری دیابت را به اشتراک می گذارند (بات و همکاران، ۲۰۲۰). کنترل سطح قند خون برای مدیریت دیابت نوع دو حیاتی است که تنها

- 78 Type 2 Diabetes Mellitus
- 79 International Diabetes Federation
- 80 Yuniartika et al
- 81 Glucagon
- 82 catechol amines
- 83 prolactin
- 84 Leptin
- 85 Corticotrophin Releasing Hormone
- 86 5 -hydroxytryptamine
- 87 Gluconeogenesis
- 88 hypoglycaemia
- 89 hyperglycaemia

از طریق مصرف دارو به دست نمی آید. استاندارد فعلی مراقبت از دیابت نوع دو شامل مشاوره تغذیه و توصیه هایی برای شرکت در فعالیت بدنی منظم است (تیند و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از راهکارهایی که برای مدیریت دیابت در جهان مدرن امروز به شدت مورد توجه قرار گرفته است، پزشکی ذهن - بدن می باشد؛ شیوه ای که به کارگیری آن به منظور کاهش عوارض بیماری های مزمن در بسیاری از کشورها رایج شده و حوزه ای است که بر تعامل بین مغز، ذهن، بدن و رفتار تاکید می کند و واجد روشهای نیرومندی است که به طور مستقیم بر سلامت جسمی و روانی اثر می گذارند (خراط زاده و همکاران، ۱۳۹۷). یوگا^{۹۰}، شناخته شده ترین روش در این حوزه به شمار می رود. شواهد به دست آمده از تحقیقات درمورد یوگا در سه دهه گذشته، نشان داده است که یوگا از یک تمرین ذهن - بدن پشتیبانی می کند که موجب ترویج پاسخ تمدد اعصاب و تسکین استرس و مجموعه مهارتهای مقابله مثبت می شود (پونگوتای و همکاران، ۲۰۲۱). وضعیت های یوگا می تواند منجر به بهبود حساسیت های سلول بتای پانکراس به سیگنال گلوکز و همچنین بهبود ترشح انسولین شود (تانگاسمی و چاندنی، ۲۰۱۵).

بات و همکاران (۲۰۲۰) مطرح کردند که تمرینات یوگا، نتایج امیدوار کننده ای را برای خود مدیریتی افراد مبتلا به دیابت نشان داده است. نتایج پژوهش پونگوتای^{۹۱} و همکاران (۲۰۲۱) نیز حاکی از کاهش قندخون، پروفایل لیپیدی، فشار خون، کاهش نمرات استرس و افسردگی به همراه بهبود کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد. کومار^{۹۲} و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، پابندی به درمان و مصرف صحیح غذا را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور معناداری افزایش داده است و این افزایش در طول زمان ثابت مانده است.

بررسی های شیجو^{۹۳} و همکاران (۲۰۱۹) بر روی سبکی از یوگا تحت عنوان، یوگای سودارشان کریا^{۹۴}، نشان داد، این یوگا می تواند در درمان اضطراب، افسردگی و بیخوابی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ و بهبود کیفیت زندگی آنها مفید باشد. باک^{۹۵} و همکاران (۲۰۱۹) به این نتیجه دست یافتند که مداخلات یوگا بسیار امکان پذیر و قابل قبول بوده و باعث بهبود قندخون و مسایل روانی - اجتماعی در دیابت می شود. ساریکا^{۹۶} و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند از آنجایی که استرس به عنوان یک عامل خطر مهم، مانع از کنترل قندخون بیماران دیابتی می شود؛ با کاهش استرس روانی از طریق یک نوع مدیتیشن تحت عنوان، مدیتیشن آمریتا^{۹۷}، بیماران دیابتی می توانند کنترل قند خون بهتری را همراه با رژیم های درمانی معمول بدست آورند.

پارک^{۹۸} و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود، پنج مکانیسم روانی اجتماعی بالقوه شامل ذهن آگاهی، آگاهی درونی، بهزیستی معنوی، شفقت به خود و کنترل خود را که برای توضیح تاثیر یوگا بر استرس پیشنهاد شده اند، مورد آزمایش قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که افزایش منابع روانی اجتماعی با کاهش استرس مرتبط است. مداخلات یوگا با هدف قرار دادن این منابع، ممکن است اثرات کاهش استرس قوی تری را نشان دهد. با توجه به مطالب فوق، به نظر می رسد پرداختن به شیوه های پزشکی ذهن - بدن از جمله ورزش یوگا، یک راه حل عملی برای جلوگیری از اپیدمی فزاینده بیماری دیابت است و سازمانهای دولتی و غیردولتی نیز باید نسبت به این روش های درمانی مکمل در بین مردم آگاهی ایجاد کنند. از این رو به دلیل بررسی های بسیار اندکی که در داخل کشور، از تاثیر یوگا بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ در هر دو جنس، صورت گرفته است، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی را با عنوان بررسی مقایسه ای میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا و بدون تجربه یوگا استان مازندران سال ۱۴۰۲ انجام دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقایسه ای است. جامعه آماری این تحقیق، تمام افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ استان مازندران بودند. حجم جامعه افراد دارای دیابت نوع ۲ با تجربه یوگا عضو انجمن دیابت و بیماری های غیر واگیر دار مازندران ۱۰۵ نفر بود که بر اساس جدول کرجسی و مورگان، ۸۲ نفر انتخاب شدند و به همین خاطر، ۸۲ نفر افراد دارای دیابت نوع ۲ بدون تجربه یوگا نیز، انتخاب گردیدند که در مجموع ۱۶۴ نفر از زنان و مردان ۲۰ سال به بالای عضو این انجمن با در نظر گرفتن معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه: ۱- علاقه مندی و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش (اخذ رضایت آگاهانه) ۲- داشتن سواد خواندن و نوشتن ۳- سن

- | | |
|----|----------------------|
| 90 | Yoga |
| 91 | Poongothai |
| 92 | kumar |
| 93 | Shiju |
| 94 | Sudarshan Kriya Yoga |
| 95 | Bock |
| 96 | Sarika |
| 97 | Amrita Meditation |
| 98 | Park |

۲۰ سال به بالا ۴- عدم ابتلا به بیماری های مزمن غیر از دیابت ۵- عدم ابتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده ۶- عدم مصرف داروهای روانپزشکی ۷- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که در ۶ ماه گذشته حداقل ۱۲ جلسه یوگا انجام داده اند (گروه دارای تجربه یوگا). برای گردآوری داده ها، دو پرسشنامه آنالیز همراه با ذکر معیارهای ورود به پژوهش برای هر دو گروه تهیه گردید و لینک پرسشنامه ها از طریق شبکه های اجتماعی مربوط به انجمن دیابت مازندران شامل پیام رسان تلگرام، واتس آپ، ایتا و اینستاگرام، در اختیار اعضای این انجمن قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در تحقیق حاضر شامل: الف. پرسشنامه جمعیت شناختی: در این پرسشنامه برای هر دو گروه، مشخصات فردی شرکت کنندگان شامل سن، جنسیت و مدت زمان ابتلا به دیابت ثبت گردید. ب. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): این پرسشنامه توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) تدوین گردید که شامل ۲۱ گویه که نشان دهنده وضعیت روحی و احساسات افراد در طول یک هفته گذشته می باشد. هر یک از سه خرده مقیاس (افسردگی، اضطراب و استرس) این پرسشنامه، شامل ۷ عبارت است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوالات مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها نشان داد ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۹ و ۰/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (گیلانزاد و همکاران، ۱۳۹۶). برای تحلیل داده های پژوهش با استفاده از نسخه spss22 از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و همچنین در آمار استنباطی از آزمون های پارامتریک شامل آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و آزمون تحلیل واریانس یک راهه (آنووا) استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی

جلب رضایت شرکت کنندگان جهت شرکت در تحقیق؛ شرکت آزادانه واحدهای مورد پژوهش در امر پژوهش و آزاد گذاشتن افراد در پاسخگویی به پرسشنامه و ترک نمودن پژوهش در زمان دلخواه؛ دادن اطمینان به واحدهای مورد پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و عدم ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه ها؛ عدم رو نویسی از پژوهش های انجام شده؛ ارجاع دهی مناسب به منابع مورد استفاده

دریافت کد اخلاق از واحد کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد تنکابن با شناسه: IR.IAU.TON.REC.1401.073

نتایج

اطلاعات توصیفی و استنباطی مربوط به هر دو گروه مورد مطالعه به قرار زیر است:

از بین افراد مبتلا به دیابت با تمرین یوگا ۲۶ درصد مرد و ۷۴ درصد زن و از بین نمونه های دیابت بدون تمرین یوگا ۴۶ درصد مرد و ۵۴ درصد زن بوده اند. اطلاعات مربوط به سالهای ابتلا به دیابت بر حسب گروه نشان میدهد از میان افراد مبتلا به دیابت با تمرین یوگا ۹۶ درصد بین ۱ تا ۱۰ سال به دیابت مبتلا بوده اند و افراد مبتلا به دیابت بدون تمرین یوگا ۵۶ درصد ۱ تا ۱۰ سال، ۲۹ درصد ۱۱ تا ۲۰ سال، ۱۱ درصد ۲۱ تا ۳۰ سال و ۴ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال درگیر بیماری بودند (جدول ۱).

جدول ۱. آمار توصیفی گروههای آزمودنی

متغیر		دیابت با تمرین یوگا		دیابت بدون تمرین یوگا	
جنسیت	مرد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
		۲۲	۰/۲۶	۳۸	۰/۴۶
سال	زن	۶۰	۰/۷۴	۴۴	۰/۵۴
		۷۹	۰/۹۶	۴۶	۰/۵۶
سال	۱ تا ۱۰ سال	۱	۰/۱۳	۲۴	۰/۲۹
	۱۱ تا ۲۰ سال	۱	۰/۱۳	۹	۰/۱۱
	۲۱ تا ۳۰ سال	-	-	-	-
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱	۰/۱۳	۳	۰/۴
	۴۱ تا ۵۰ سال	-	-	-	-

بر اساس یافته های توصیفی، به ترتیب میانگین افسردگی در افراد مبتلا به دیابت با تمرین یوگا برابر با ۱/۴۳، اضطراب ۲/۱۰، استرس ۰/۹۸۷ میباشد و همچنین میانگین افسردگی در افراد مبتلا به دیابت بدون تمرین یوگا برابر با ۶/۴۹، اضطراب ۷/۰۰، استرس ۵/۹۱ میباشد. یافته ها حاکی از این است که گروه با تجربه یوگا نمرات کمتری در استرس، اضطراب و افسردگی کسب کرده اند (جدول شماره ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش

متغیر	دیابت با تمرین یوگا		دیابت بدون تمرین یوگا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱,۴۳	۲,۰۷	۶,۴۹	۵,۵۲
اضطراب	۲,۱۰	۲,۶۷	۷,۰۰	۵,۷۰
استرس	۰,۹۸۷	۲,۱۸	۵,۹۱	۴,۹۶

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره حاکی از آن است که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته بطور کلی تفاوت آماری معنیداری وجود دارد. این نتیجه بدین معنی است که بین افراد مبتلا به دیابت با تجربه یوگا و دیابت بدون تجربه یوگا حداقل از لحاظ یکی از سه متغیر تفاوت آماری معنیداری وجود دارد ($p < 0/01$; $F = 31/05$ و $Wilks\ Lambda = 0/632$). بنابراین فرضیه اصلی تحقیق که عبارت است از «میزان استرس، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا از مبتلایان بدون تجربه یوگا متفاوت است.» تایید می شود (جدول ۳).

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای متغیر ترکیبی

منابع تغییر	ارزش آماره	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنیداری
لامبدای ویلکز	۰/۶۳۲	۳۱/۰۵	۳	۱۶۰	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) نشان داد که بین افراد مبتلا به دیابت با تمرین یوگا و دیابتی بدون تمرین یوگا از لحاظ استرس ($P < 0/01$; $F = 70/31$ و $F = 162$)، اضطراب ($P < 0/01$; $F = 49/51$ و $F = 162$) و افسردگی ($P < 0/01$; $F = 85/39$ و $F = 162$) تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. بنابراین، فرضیه های فرعی اول، دوم و سوم تایید می شوند (جدول ۴).

جدول ۴. اثرات بین گروهی آنوا در متن مانوا برای آزمون معنیداری متغیرهای پژوهش

شاخصها متغیرها		مجموعه ع	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	معنی داری
استرس	گروه	۱۲۴۰/۲۵	۱	۱۲۴۰/۲۵	۷۰/۳۱**	۰/۰۰۱
	خطا	۲۸۵۷/۴۸	۱۶۲	۱۷/۶۴		
اضطراب	گروه	۹۸۰/۴۹	۱	۹۸۰/۴۹	۴۹/۵۱**	۰/۰۰۱
	خطا	۳۲۰۸/۰۱	۱۶۲	۱۹/۸۰		
افسردگی	گروه	۱۲۳۴/۷۶	۱	۱۲۳۴/۷۶	۸۵/۳۹**	۰/۰۰۱
	خطا	۳۴۴۲/۴۶	۱۶۲	۱۴/۴۶		

** $p < 0/01$; * $p < 0/05$

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه میزان استرس، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا و بدون تجربه یوگا مازندران بود. یافته های این تحقیق نشان داد، بین افراد دیابت با تمرین یوگا و دیابت بدون تمرین یوگا از لحاظ استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد و افراد مبتلا به دیابت با تجربه یوگا در مقایسه با افراد دیابتی بدون تجربه یوگا نمرات کمتری در استرس، اضطراب و افسردگی کسب کرده اند. این نتیجه همسو با پژوهش های نظری گیلان نژاد و همکاران (۱۳۹۶)، افشاری و همکاران (۱۳۹۹)، حیدری و همکاران (۱۳۹۹)، چندرپا^{۹۹} (۲۰۱۹) و پونگوتای و همکاران (۲۰۲۲) است. به نظر می رسد، یکی از بزرگترین چالش های قرن حاضر که سیستم های بهداشتی در سراسر جهان با آن مواجه می باشند، افزایش بار ناشی از بیماری های مزمن، به ویژه دیابت نوع ۲ است. این بیماری یکی از تهدیدات اصلی برای سلامتی انسان و از علل اصلی مرگ و میر در ایران و جهان است. با توجه به آنچه در مقدمه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت، عوارض و محدودیت های دیابت نوع ۲ به دو دسته کلی، عوارض جسمانی یا فیزیولوژیکی و عوارض روانشناختی تقسیم می گردد. از عوارض جسمانی می توان به مواردی چون افزایش و کاهش شدید قند خون، محدودیت های غذایی، عوارض اسکلتی-عضلانی و مشکلات قلبی عروقی نام برد. عوارض روانشناختی شایع در دیابت نوع ۲ که محور اصلی مورد بررسی در این تحقیق نیز به شمار می آمدند، علایم روانشناختی چون استرس، اضطراب و افسردگی هستند. از

آنجایی که استرس و عوامل روانشناختی نقش مهمی در ایجاد دیابت نوع ۲ دارند، مدیریت سبک زندگی به عنوان یک استراتژی مهم برای مراقبت از دیابت نوع دوم در نظر گرفته می شود. در سالهای اخیر، یوگا، موضوع تحقیق به عنوان یک اقدام درمانی برای جلوگیری یا درمان شرایط پزشکی مانند استرس، اضطراب، بی خوابی، دیابت، چاقی، فشار خون بالا، استرس اکسیداتیو، تحمل گلوکز، دیس لیپیدی، بیماری های عصبی و بیماری عروق کرونر قلب بوده است (محمد و همکاران، ۲۰۱۹). یوگا گردش خون، جذب اکسیژن، آمادگی جسمانی، آرامش و بهزیستی کلی را تقویت می کند. همچنین نشان داده شده است که یوگا با کاهش فعالیت سمپاتیک و محور سیتوکین، فرآیندهای متابولیک، وضعیت عصبی غدد درون ریز و پاسخ های التهابی را بهبود می بخشد. یوگا همچنین به طور انتخابی ساختارهای مغز و مواد شیمیایی عصبی خاصی را فعال می کند که خوش بینی، هوشیاری، رفتار با انگیزه را افزایش و علائم اختلال استرس پس از سانحه، علائم اضطراب، حافظه و پاسخ های متابولیک و التهابی مرتبط را کاهش می دهد (پونگوتای و همکاران، ۲۰۲۱). یوگا درمانی شامل مجموعه های تمرینی درجه بندی شده، از جمله تمرین های بسیار ساده است، به طوری که همه می توانند به تنهایی، حتی پس از اولین جلسه، تمرین کنند، خواه قبلاً یوگا انجام داده باشند یا نه. با شروع تمرینات کششی و تنفسی ملایم، تا طیف وسیعی از آساناهای کلاسیک و تمرینات پرانایاما متفاوت است. آساناها اثرات مختلفی دارند، از جمله: آرامش، تقویت و تعادل ماهیچه ها، تحرک مفاصل، بهبود وضعیت بدن، عمل بر روی نقاط فشار، بهبود تنفس، آرامش سیستم عصبی، تقویت هموستاز در قلب و عروق، گوارش، غدد درون ریز و سیستم های دیگر (تانگاسمی و چاندانی، ۲۰۱۵). استرس، اضطراب و افسردگی عواملی هستند که بر ادراک افراد از رفاه و بهزیستی تاثیر می گذارند. در یوگا با انجام فعالیت هایی چون تمرینات نفسی، مدیتیشن، مانتراها (اذکار مخصوص یوگا) و تغییر در رفتارها و باورهای معنوی افراد، به کاهش سطوح استرس، اضطراب و افسردگی آنان کمک قابل توجهی می شود (واجپا و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی ها نشان داده است که یوگا باعث افزایش سطح انتقال دهنده گابا (آمینو بوتیریک اسید) شده که در نهایت با افزایش این انتقال دهنده در بدن، میزان اضطراب کاهش می یابد (کرامر و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس یافته های بدست آمده از تصویر برداری مغناطیسی عملکردی، آساناهای یوگا، گیرنده های فشار را در زیر پوست ایجاد می کنند و منجر به افزایش فعالیت واگ و کاهش سطح کورتیزول می شود. انتظار می رود کاهش اضطراب و استرس همراه با این تغییرات فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی باشد (دای و لی، ۲۰۲۲). اثرات روانشناختی یوگا در کاهش افسردگی شامل ایجاد تجارب تسلط و پذیرش خود، افزایش احساس خودکارآمدی و عزت نفس، کاهش نشخوارهای فکری منفی در افسردگی و کاهش احساس پریشانی به واسطه انجام مدیتیشن یا مراقبه در بخشی از تمرینات یوگا است (پراتیکانتی و همکاران، ۲۰۱۷). به طور کلی، یوگا با تأکید بر بازسازی و نفس کشیدن به احتمال زیاد تغییرات مفیدی را در احساسات ایجاد و منابع روانی را تقویت می کند (پارک و همکاران، ۲۰۲۰). تنها محدودیت این پژوهش، دشواری و صرف زمان طولانی تر در پیدا کردن گروه نمونه مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای تجربه یوگا بود. پیشنهاد می شود محققان در آینده از طرح های پژوهش آزمایشی، شبه آزمایشی و یا طرح تحقیق کیفی در این زمینه استفاده کنند. تمام انجمن های دولتی و غیر دولتی مربوط به افراد مبتلا به دیابت، متخصصان مراکز بهداشت و درمان، صدا سیما و رسانه های داخلی با توجه به نتایج این پژوهش، در برنامه های آموزش خودیاری به افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، می توانند از یوگا به عنوان روش درمانی مکمل استفاده نمایند و آن را به مبتلایان آموزش دهند.

منابع

- Nazary Gilannejad T, Gaeini AA, Foroughi Pordanjani A, Omid N. 2017, Comparing the Effect of 12 Weeks of Hatha Yoga and Aerobic Exercise on Serum Cortisol Values, Stress, Anxiety and Depression in Women with Diabetes Type 2. Razi Journal of Medical Sciences, 24(157):89-81. } full text In Persian {
- kharatzadeh H, Davazdah Emamy MH, Bakhtiari M, Mahaki B. 2019, Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on the Quality of Life of Patients with Type II Diabetes Mellitus. Journal of Diabetes Nursing. 6(4):607-17. } full text In Persian {
- Kumar GV, Aghili SM, Zaree M. 2022, The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Adherence to Medication and Proper Food Consumption in Patients with Diabetes Type 2. Iranian Journal of Health Psychology; Vol. 5(2) .
- Yuniartika W, Sudaryanto A, Muhlisin A, Hudiyawati D, Pribadi DRA. 2021, Effects of Yoga Therapy and Walking Therapy in Reducing Blood Sugar Levels on Diabetes Mellitus Patients in the Community. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 9(E):906-12
- Thangasami SR, Chandani AL. 2015, Emphasis of Yoga in the Management of Diabetes. Journal of Diabetes &

ارائه مدل کیفی واکنش به تشخیص اوتیسم در فرزندان؛ گذار از مرحله تشخیصی به مرحله پسا واکنشی

حسین کدخدا

گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان

علیرضا قربانی*

گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، مشهد، ایران.

Metabolism. 6(10)

Heidari E, Shirazi M, Sanaguye Moharer GR. 2020, Effectiveness of laughter Yoga training on quality of life and mental health of Diabetic women. Journal of Applied Family Therapy. 1(3):4-22. } full text In Persian{

Poongothai S, Vidyulatha A, Nisha T, Lalasa M, Bhavani Sundari B, Karkuzhali K, et al. 2021, Impact of yoga intervention on physical and mental health of adults with type 2 diabetes: Study design and methodology. Journal of diabetology. 12(4).

Wen Y, Han X, Sun M, Wang L, Zhu X, Wang X, Wang C. 2023, The anxiety and depression status and related influencing factors in patients with type 2 diabetes: Why should we care. Journal of Radiation Research and Applied Sciences. 16(1).

Smith KJ, Deschenes SS, Schmitz N. 2018, Investigating the longitudinal association between diabetes and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med. 35(6):677-93

Bhat NA, Muliya KP, Kumar S. 2020, Psychological aspects of diabetes. Diabetes.

Thind H, Guthrie KM, Horowitz S, Conrad M, Bock BC. 2019, "I can do almost anything": The experience of adults with type 2 diabetes with a yoga intervention. Complement Ther Clin Pract. 34:116-22

Shiju R, Thomas D, Al Arouj M, Sharma P, Tuomilehto J, Bennakhi A. 2019, Effect of Sudarshan Kriya Yoga on anxiety, depression, and quality of life in people with type 2 diabetes: A pilot study in Kuwait. Diabetes Metab Syndr. 13(3):1995-9

Bock BC, Thind H, Fava JL, Dunsiger S, Guthrie KM, Stroud L, et al. 2019, Feasibility of yoga as a complementary therapy for patients with type 2 diabetes: The Healthy Active and in Control (HAIC) study. Complement Ther Med. 42:125-31

Sarika KS, Kumar H, Balakrishnan V, Sundaram KR. 2020, Impact of Integrated Amrita Meditation((R)) technique on stress in type 2 diabetic patients. Indian J Med Res. 152(5):508-14

Park CL, Finkelstein-Fox L, Groessl EJ, Elwy AR, Lee SY. 2020, Exploring how different types of yoga change psychological resources and emotional well-being across a single session. Complement Ther Med. 49:102354

Mohammad A, Thakur P, Kumar R, Kaur S, Saini RV, Saini AK. 2019, Biological markers for the effects of yoga as a complementary and alternative medicine. J Complement Integr Med. 16(1)

Vajpeyee M, Tiwari S, Jain K, Modi P, Bhandari P, Monga G, et al. 2022, Yoga and music intervention to reduce depression, anxiety, and stress during COVID-19 outbreak on healthcare workers. Int J Soc Psychiatry. 68(4):798-807

Cramer H, Lauche R, Anheyer D, Pilkington K, de Manincor M, Dobos G, Ward L. 2018, Yoga for anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Depression and Anxiety. 35 (9): 830-843.

Dai Y, Li J. 2022, The Progress of yoga for the treatment of anxiety. highlights in science, engineering and technology. 8: 582-590.

Prathikanti S, Rivera R, Cochran A, Tungol JG, Fayazmanesh N, Weinmann E. 2017, Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. PLoS One.; 12(3): 1-36

Presenting a qualitative model of reaction to autism diagnosis in children; transition from diagnostic stage to post-reactive stage

Hossein Kadkhoda

Department of Psychology and Counseling, Farhangian University.

Alireza Ghorbani*

Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Mashhad, Iran.

Abstract:

The present study aimed to develop a qualitative model of parental responses to their child's autism diagnosis. Conducted with six parents of autistic children at their child's school, this qualitative research adopted a grounded theory approach. Data were collected through semi-structured interviews, continued until theoretical saturation was reached. Participants were selected through snowball sampling due to the specific nature of the research population. Interview coding ultimately identified six core themes: (1) receiving the autism diagnosis, (2) denial of the disorder, (3) negative emotions and psychological turmoil, (4) parental social and personal constraints, (5) external support systems, and (6) acceptance and adaptation to autism. Based on these themes, a holistic three-phase model was proposed, comprising the diagnostic, reactive, and post-reactive stages, elucidating the trajectory of parental reactions to the diagnosis.

Keywords: *Qualitative model, Autism, Grounded theory, Reaction to diagnosis*

چکیده:

مطالعه کنونی با هدف ارائه یک مدل کیفی واکنش به تشخیص اوتیسم در فرزندان بر روی شش نفر از والدین دارای فرزند اوتیسم در محل مدرسه فرزندشان انجام گرفت. این پژوهش با رویکرد کیفی و با روش نظریه برخاسته از داده ها انجام شد. برای گردآوری داده ها در این پژوهش از مصاحبه های نیمه ساختاریافته استفاده شد و مصاحبه های تا اشباع نظری ادامه یافتند. با توجه به جامعه پژوهشی مورد مطالعه نمونه ها با استفاده از نمونه گیری شبکه ای انتخاب شدند. کدگذاری مصاحبه ها در نهایت منجر به شش کد انتخابی شد که شامل تشخیص اوتیسم در کودک، انکار وجود اختلال در کودک، هیجانات منفی و درگیری های ذهنی، محدودیت های فردی و اجتماعی والد، پشتیبانی و حمایت از والد، پذیرش و کنار آمدن با اوتیسم بودند. در نهایت با توجه به کدهای انتخابی و مطابق با آنها یک مدل کیفی و کل گرای سه مرحله ای ارائه گردید که شامل مراحل تشخیصی، واکنشی و پسا واکنشی بود و روند واکنش به تشخیص اوتیسم را آشکار کرد.

واژگان کلیدی: مدل کیفی، اوتیسم، نظریه داده بنیاد، واکنش به تشخیص

مقدمه

همیشه تولد یک فرزند جدید در خانواده واکنش‌هایی را در والدین برمی‌انگیزد اما برای خانواده‌هایی که دارای فرزند اوتیسم هستند واکنش‌ها به نحو دیگری آشکار می‌شود. اوتیسم^{۱۰۰} یک اختلال رشدی-عصبی فراگیر است که با ضعف و نقص در ارتباطات اجتماعی، الگوهای تکراری رفتار و علایق محدود مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا^{۱۰۱} ۲۰۱۸). درواقع تشخیص اوتیسم می‌تواند اثر عظیمی بر والدین داشته باشد و آنها را با استرس و اضطراب قوی مواجه کند (اندلبرگ و سات^{۱۰۲} ۲۰۲۱). می‌توان اذعان داشت این روند در همه والدینی که به نوعی فرزند آنها دارای نیاز ویژه تشخیص داده می‌شود رخ می‌دهد اما در والدینی که فرزندشان تشخیص اوتیسم دریافت می‌کند قضیه پیچیده‌تر و بغرنج‌تر از همیشه است. والدین اوتیسم احساسات و واکنش‌های شدیدی را تجربه می‌کنند که می‌تواند به تضعیف روابط خانوادگی و زناشویی منجر شود (ملیحی^{۱۰۳} و همکاران ۲۰۲۲). والدین اوتیسم دچار خستگی روحی و جسمی شدیدی می‌شوند که ممکن است زندگی آنها را به طور کلی تحت تأثیر قرار دهد و آن را دگرگون سازد (شاتناووی^{۱۰۴} و همکاران ۲۰۲۰). هرچند که مادران بسیار دربرابر تشخیص اوتیسم فرزندشان آسیب پذیرند ولی برخی تحقیقات نشان می‌دهند پدران هم می‌توانند روندی مشابه با مادران را طی کرده و به همان اندازه آسیب ببینند (یعقوب نژاد و قربانی ۲۰۲۴). تمامی این عوامل دست به دست می‌دهند تا دانستن روند واکنش والدین به تشخیص اوتیسم فرزند اهمیت پیدا کند.

اصولاً چیزی که واکنش والدین دارای فرزند اوتیسم را نسبت به سایر نیازهای ویژه متفاوت می‌کند کیفیت واکنش است. بخصوص وقتی والدین با اختلال طیف اوتیسم^{۱۰۵} آشنا نباشند. برخی معتقدند با توجه به ماهیت ناهمگن اختلال طیف اوتیسم بررسی عوامل منحصر به فرد تشخیص در رابطه با اوتیسم و نحوه واکنش والدین دارای فرزند اوتیسم به این اختلال بسیار حائز اهمیت است، چرا که این اختلال بسیار متفاوت از سایر اختلالات رشدی مرتبط با دوران کودکی تلقی می‌شود (نیکر، بوری و هدلی^{۱۰۶} ۲۰۲۳). به طور کلی اختلال طیف اوتیسم می‌تواند روند مخصوص به خود را داشته باشد که از لحاظ کیفی متفاوت با سایر اختلالات رشدی است.

ارائه مدلی کیفی و کل‌گرا که بتواند به ما کمک کند روند کلی واکنش والدین را نسبت به اوتیسم از تشخیص تا واکنش والدین به آن و پس از آن را به نحوی پیش‌بینی کنیم می‌تواند بسیار برای درک واکنش والدین به اوتیسم و احساسات منفی و مثبت آنها، پیش‌بینی رفتار آنها در آینده، ارائه خدمات مناسب به آنها و همچنین مقایسه تفاوت واکنش نسبت به تشخیص اختلال اوتیسم و سایر اختلال‌ها مفید واقع شود چرا که کیفیت واکنش والدین متفاوت است و اوتیسم وضعیت خاص خود را دارد. برخی مطالعات نشان می‌دهند آگاهی از شدت علائم اوتیسم، آگاهی از احساسات مثبت و منفی والدین و حمایت‌های دریافتی آنها می‌تواند بر پذیرش تشخیص اوتیسم در فرزندان اثر گذار باشد (نایکر^{۱۰۷} و همکاران ۲۰۲۳).

پژوهش‌های متعددی سعی کرده‌اند مدل‌های واکنشی به اوتیسم را ارائه دهند که آنها را به اجمال در ادامه بررسی می‌کنیم. در یک مرور سیستماتیک که بر واکنش‌های والدین به تشخیص اوتیسم تمرکز داشت، پژوهشگران چهار جزء را در نظر گرفتند اول واکنش عاطفی والد به اوتیسم دوم تجربه ذهنی والدین در فرآیند تشخیص سوم اهمیت حمایت بلافاصله پس از تشخیص و چهارم انگ اجتماعی مرتبط با اوتیسم (علی و همکاران ۲۰۲۳). در پژوهش دیگری به طور مشابه نویسندگان چهار جزء را ذکر کردند؛ اول سفر به تشخیص، دوم فرآیند ارزیابی تشخیص، سوم ارائه تشخیص و بازخورد و چهارم ارائه منابع و حمایت پس از تشخیص (ماکینو^{۱۰۸} و همکاران ۲۰۲۱). در مطالعه دیگری پژوهشگران به طور جزئی‌تر روند واکنش والدین به تشخیص اوتیسم را شامل مواردی از قبیل شوک و انکار، خشم و ناراحتی، غم و اندوه، پذیرش و سازگاری و رشد توانمندسازی ذکر کردند (لگ^{۱۰۹} و همکاران ۲۰۲۳). در یک پژوهش ترکیبی پژوهشگران سه مؤلفه احساسات، افکار و اقدامات را در واکنش به تشخیص اوتیسم در نظر گرفتند و برای هر کدام زیرمؤلفه‌هایی را بیان کردند (باراک - لووی و پریانته^{۱۱۰} ۲۰۲۳). در پژوهش دیگری که مرتبط با زوجین دارای فرزند اوتیسم بود روند واکنش به صورت تجربیات عاطفی،

- 100 Autism
- 101 American Psychiatric Association
- 102 Anderberg & South
- 103 Malihi
- 104 Shattnawi
- 105 ASD: Autism Spectrum Disorder
- 106 Naicker, Bury, & Hedley
- 107 Naicker
- 108 Makino
- 109 Legg
- 110 Barak-Levy & Paryente

حمایت خارجی و سازگاری گزارش می‌شود (داوونز^{۱۱۱} و همکاران ۲۰۲۰). و اما پژوهش ترکیبی دیگری روند واکنش را به صورت واکنش‌های عاطفی، آمادگی برای اقدام، عوامل موثر بر واکنش‌ها و پیشنهاداتی برای ارائه دهندگان خدمات در نظر گرفت (اندلبرگ و سات ۲۰۲۱). در جدول زیر خلاصه‌ای از اطلاعات پیشینه پژوهشی آورده شده است.

جدول ۱. اطلاعات کلی مربوط به پیشینه پژوهشی

نویسندگان	عنوان پژوهش	روش‌شناسی
علی و همکاران ۲۰۲۳	واکنش و پاسخ‌های فوری والدین به تشخیص ASD فرزندان: بررسی ترکیبی	مروری
ماکینو و همکاران ۲۰۲۱	تجربیات والدین از تشخیص اختلال طیف اوتیسم: یک مرور جامع	مروری
لگ و همکاران ۲۰۲۳	بررسی تجربیات والدینی که فرزندان در بزرگسالی تشخیص اختلال طیف اوتیسم دریافت کرده است	مروری
باراک - لووی و بیانته ۲۰۲۳	غوطه‌وری در فرآیند حل و فصل: واکنش والدین به تشخیص کودک اوتیسم	ترکیبی
داوونز و همکاران ۲۰۲۰	جریات زوج‌ها در فرزندپروری پس از تشخیص اوتیسم: یک مطالعه کیفی	کیفی
اندلبرگ و سات ۲۰۲۱	پیش‌بینی واکنش والدین در جلسات افشای تشخیص اوتیسم	ترکیبی

مسئله‌ای که در ارتباط با اکثر پژوهش‌های پیشین در زمینه واکنش به تشخیص اوتیسم وجود دارد این است که آنها روند واکنش را به خوبی ترسیم نمی‌کنند، مدل‌های کیفی قوی و کل‌گرا ارائه نمی‌دهند و به طور جزئی یا پراکنده و جدا از هم مراحل واکنش را به تصویر می‌کشند. این درحالی است که واکنش یک زنجیره است که از تشخیص شروع شده و تا واکنش و پس از واکنش ادامه می‌یابد. ارائه مدل واکنشی کل‌گرا و کیفی با استفاده از روش‌های مناسب ضروری به نظر می‌رسد. مدلی که بتواند روند واکنش را نشان دهد نه صرفاً اجزای پراکنده واکنش نسبت به تشخیص اوتیسم.

هدف پژوهش حال حاضر ارائه مدل کیفی و کل‌گرای واکنش به تشخیص اوتیسم است که بتواند روند واکنش را به تشخیص اوتیسم در فرزندان به خوبی نشان دهد. برای دسترسی به هدف پژوهش حال حاضر و پاسخگویی به سؤال اصلی آن که همان ترسیم مدل مناسب است تصمیم بر این شد تا از یک رویکرد کیفی و روش نظریه برخاسته از داده‌ها استفاده شود که در بخش روش‌شناسی بیشتر پیرامون آن بحث می‌شود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی بوده که در آن از روش نظریه داده بنیاد یا همان گراندد تیوری^{۱۱۲} استفاده شده است. در این روش، نظریه از میان داده‌های متعدد بیرون کشیده می‌شود و تفسیر و تحلیل دقیق داده‌ها برای تدوین نظریه اهمیت بخصوصی دارد (Strauss & Corbin, 2015). در این روش پژوهشی با گردآوری منظم داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها یکسری مقولات و مضامین استخراج می‌شود که با برقراری ارتباط منطقی میان آنها می‌توان به تبیین روند یک پدیده و عرضه یک نظریه دست یافت. معمولاً هنگامی که در یک زمینه بخصوص نظریه‌ای برای تبیین پدیده‌ها و رخدادها وجود ندارد استفاده از این روش پژوهشی مفید و کمک‌کننده خواهد بود. از طرفی این روش پژوهشی در تعیین سیر روند و ظهور و بروز یکی پدیده می‌تواند ثمربخش واقع شود.

در این پژوهش جامعه پژوهشی شامل ۶ نفر از والدین کودکان اوتیسم بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری شبکه‌ای یا به عبارت ساده‌تر گلوله برفی^{۱۱۳} به پژوهش پیوستند. نمونه‌گیری شبکه‌ای نوعی نمونه‌گیری هدفمند است که در آن یک عضو از یک شبکه اجتماعی دیگر اعضا را معرفی می‌کند. معمولاً از این نوع نمونه‌گیری در مواردی که موضوع مطالعه نسبتاً حساس است یا نفوذ به گروه افراد دشوار بوده و نمونه‌ها آسیب‌پذیری بیشتری دارند استفاده می‌شود. از آنجایی که جامعه مطالعه کنونی والدین کودکان اوتیسم بودند تصمیم گرفته شد تا از این نوع نمونه‌گیری استفاده شود. حجم نمونه در این پژوهش در خلال مطالعه مشخص شد. از آنجایی که در پژوهش‌های کیفی اشباع نظری مهمتر از تعداد نمونه است، نمونه‌گیری شبکه‌ای تا اشباع نظری و کفایت لازم برای تدوین نظریه

- 111 Downes
112 Ground Theory
113 Snowball

ادامه یافت. ویژگی های جمعیت شناختی^{۱۱۴} شرکت کنندگان در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

نمونه	نوع والد	سن والد	تحصیلات والد	شغل والد	تعداد فرزندان	ترتیب تولد کودک	سن کودک اوتیسم
۱	مادر	۳۸	کارشناسی	پرستار	۱	اول	۱۳
۲	پدر	۴۵	کارشناسی	معلم	۳	سوم	۱۲
۳	پدر	۴۶	دیپلم	آزاد	۱	اول	۱۵
۴	پدر	۳۳	کارشناسی	معلم	۱	اول	۸
۵	پدر	۵۰	کارشناسی	مهندس	۲	دوم	۱۴
۶	پدر	۴۲	کارشناسی	آزاد	۱	اول	۱۲

در این پژوهش برای جمعآوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته با والدین در محل مدرسه کودکان اوتیسم استفاده شد و همه مصاحبه های به صورت حضوری بودند و تا اشباع نظری ادامه یافتند. سوالات مصاحبه های با توجه به پیشینه پژوهشی، موضوع و هدف پژوهش طرح گردید. در مصاحبه های برای رسیدن به هسته و عصاره موضوعات و همچنین درک تمامی جوانب آنها اجازه داده می شد که والدین درباره تمامی جزئیات صحبت کنند و احساسات خود را بروز دهند، گاهی والدین به شدت احساساتی می شدند اما پژوهشگران آنها را محدود نمیکردند تا بتوانند احساسات و گفته های آنها را به عنوان یک کلیت منسجم پیرامون موضوع پژوهش کنونی داشته باشند. در مجموع با ۶ نفر مصاحبه شد و مصاحبه ها تماماً ضبط شدند تا از این طریق پایایی داده ها تضمین شده و در هر لحظه دسترسی به مصاحبه های وجود داشته باشد.

در تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به اهمیت دقت در کار، مصاحبه های ضبط شده در یک محیط ساکت و آرام توسط مصاحبه کننده بارها و بارها تنها گوش داده شدند تا درک عمیقی از کلیت هرآنچه نمونه مورد نظر گفته به دست آید در این حین مصاحبه کننده سعی کرد والدین را با احساسات و همان حالتی که در مصاحبه بودند مجسم کند تا عمیقاً بتواند در حالوهای مصاحبه باشد. در انتها مصاحبه های دستنویس شدند. حال از این مصاحبه های که تمام و کمال روی کاغذ پیاده شدند، کدهای مورد نظر استخراج شد. کدگذاریها در سه مرحله انجام شد و بدین صورت بود که ابتدا از متن مصاحبه های هرآنچه که ممکن بود به عنوان کدهای باز بیرون کشیده می شد سپس بدون توجه به متن اصلی مصاحبه و تنها با طبقه بندی و تلخیص کدهای باز مستخرج و پیدا کردن ارتباط میان آنها، حذف برخی از کدها و ادغام برخی از آنها مقولات یا همان کدهای محوری بیرون کشیده می شد و مجدداً با طبقه بندی و تلخیص مقولات و پیدا کردن ارتباطات عمده میان مقولات، مضامین یا همان کدهای انتخابی به دست می آمد. لازم به ذکر است که برای افزایش روایی داده ها، کدهای مستخرج از هر مرحله مجدداً با مرحله پیشین چک می شدند مثلاً کدهای باز مستخرج با متن اصلی مصاحبه، مقولات با کدهای باز و مضامین با مقولات بررسی می شد و در انتها نیز مضامین نهایی مجدداً با متن اصلی مصاحبه تطابق داده شد تا از تناقض های احتمالی جلوگیری شود، چرا که اصولاً در پژوهش های کیفی که عمدتاً با کدگذاری درگیرند پیدایش مواردی که یافته های مارا نقض کرده یا به چالش بکشد ممکن است تأیید کننده فقدان روایی باشد (شریتیان و قربانی ۲۰۲۳). تمامی کدها نیز به صورت رفت و برگشت دوطرفه میان طبقات و زیرطبقات توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفتند و مقولات و مضامین انتهایی توسط چندتن از اساتید و پژوهشگران دانشگاهی بررسی شدند. در انتها چندی از متخصصان و پژوهشگران در حوزه آموزش ویژه و روانشناسی کودکان با نیاز های ویژه پایایی و روایی یافته ها را تأیید کردند.

لازم به ذکر است که در همه پژوهش ها معمولاً بحث های اخلاقی و انسانی مطرح می شود اما در پژوهش های کیفی که عمیقاً پژوهشگران با شرکت کنندگان در ارتباط و تعامل متقابل هستند این قضیه بیشتر نمود می یابد. همه شرکت کنندگان پژوهش کنونی با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند. پیش از شروع مصاحبه های به همه شرکت کنندگان توضیحات کاملی پیرامون اهداف پژوهش داده شد و آنها آزاد بودند که هر زمان تمایل داشتند از روند پژوهش کناره گیری کنند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنها کاملاً محرمانه خواهد بود و تنها یکسری اطلاعات کلی از آنها برای اهداف پژوهشی به کار خواهد رفت.

اوتیسم در فرزندشان ارائه می‌دهیم:

تشخیص اوتیسم در کودک

ناآشنایی یا فهم ناقص نسبت به اوتیسم: اکثر والدین فهم ناقصی از اختلال طیف اوتیسم داشتند. فقر اطلاعاتی والدین در این زمینه مشهود بود. برخی از والدین حتی بعضاً کلمه اوتیسم هم به گوششان نخورده بود. به طور کلی میتوان گفت فهم کاملی نسبت به این اختلال در والدین وجود نداشته است. برای مثال نمونه ۵ میگوید: «ما در شهرستان بودیم و آنجا خانم دکتری به ما گفت که بیماری هست به نام اوتیسم، راستش تا به حال به گوشمان نخورده بود، با پیگیری هایی که کردیم متوجه شدیم فرزندمان اوتیسم است». همچنین نمونه ۲ میگوید: «در ابتدا اطلاع دقیقی نسبت به این اختلال نداشتم و بعداً با پرسوجو و صحبت با پزشک متوجه آن شدم». نمونه ۱ نیز میگوید: «با وجود اینکه خودم پرستار بودم ولی از اوتیسم هیچ چیزی نمیدانستم، اصلاً اولین باری بود که کلمه اوتیسم به گوشم میخورد».

شک و تردید نسبت به رفتار نابهنجار کودک: هنگامی که کودکان اوتیسم در دوره کودکی برخی از نشانه های مرموز مرتبط با این اختلال را نشان می دهند والدین نسبت به این رفتار های نابهنجار دچار شک و تردید فراوانی می شوند و در انتها همین شک و تردید هاست که آنها را نسبت به وجود این اختلال در فرزندشان هدایت می کند. برای مثال نمونه ۶ میگوید: «فرزندم تا حدود یکسالگی یکسری کلمات مثل بابا و اینها را میگفت ولی ناگهان کلامش قطع شد بعد از آن من یک شکهایی کردم و حس بدبینی به من غلبه کرد، بعد از جستجو در اینترنت متأسفانه متوجه شدم فرزندم اکثر علائم اوتیسم را دارد».

پسرفت یا عدم پیشرفت کودک: پسرفت یا عدم پیشرفت کودک احتمالاً اولین دلیلی باشد که شک و تردید را در والدین برمی-انگیزاند، این عدم پیشرفت آنها را به سمت فهم رفتار نابهنجار فرزندشان سوق میدهد. برای مثال میتوان به گفته های نمونه ۶ در مقوله پیشین و همچنین نمونه ۱ اشاره کرد که میگوید: «از اول فرزندم راه نمیرفت، نه چهار دست و پا کرد نه سینهخیز رفت و نه راه رفت همچنین شدیداً بیقراری میکرد و نمیتوانستیم با او ارتباط بگیریم».

ارجاعات به پزشک و روانپزشک: معمولاً در خیلی از والدین با توجه به رفتار های نابهنجار کودک شک و تردید ادامه می یابد و هنگامی این شک به اطمینان تبدیل می شود که یک مرجع مطمئن مانند پزشک و روانپزشک تشخیص اوتیسم در کودک را صادر می کند. مثلاً نمونه ۲ میگوید: «تقریباً در سن ۳ سالگی با تشخیص پزشک فهمیدم که فرزندم جزو اختلال طیف اوتیسم است». همچنین نمونه ۳ میگوید: «ما میخواستیم فرزندمان را مهد کودک ثبت نام کنیم ولی همکاری نکردند و ما را به آموزش و پرورش

یافته های پژوهشی

در پژوهش حال حاضر پس از جمعآوری داده های حاصل از مصاحبهی نیمه ساختار با ۶ والد کودک اوتیسم، کدگذاری و سپس تجزیه و تحلیل آنها ۶ مضمون (کد انتخابی) و ۲۱ مقوله (کد محوری) استخراج شد که در جدول ۲ مشخص شده است. جدول ۳. مضامین و مقولات حاصل از کدگذاری داده های مصاحبهی نیمه ساختار

لات (کدهای محوری)
شناایی با فهم ناقص نسبت به اوتیسم شک و تردید نسبت به رفتار نابهنجار کودک فقدان یا عدم پیشرفت کودک ارجاعات به پزشک و روانپزشک
نکردن اختلال اوتیسم به خوب شدن کودک نشدن هرگونه اختلال در کودک
فرافروانی و ناگهانی بردگی والد آنی از آینده مبهم کودک سازگاری گناه و عذاب وجدان والد
گاهی و فهم نادرست دیگران از اوتیسم ارتباط و محدود شدن تعاملات عدم پیشرفت در عملکرد والد عدم عملکرد مناسب با کودک اوتیسم
ایتهای همسران ایتهای اطرافیان عدم آشنایی با اوتیسم
رفتار اختلال اوتیسم در کودک رفتار نادرست کودک رفتار نامناسب والد

لازم به ذکر است که اصولاً کدگذاری یک عمل تفسیری است و افراد به شکل های مختلفی مطالب را تفسیر می کنند. این امر که ممکن است برای یک مطلب واحد توسط افراد مختلف کدهای مختلفی استخراج شود در پژوهش های کیفی کاملاً اجتناب ناپذیر است (شربتیان و قربانی ۲۰۲۳).

با توجه به جدول ۳ که نشاندهنده مضامین و مقولات مستخرج از کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده ها است، حال هریک از مضامین و مقولات زیربنایی را به همراه گفتهها و مستندات از شرکت کنندگان در ادامه میآوریم و در انتها نیز یک مدل پارادایمی کیفی و کل گرا از روند واکنش های روانشناختی والدین به تشخیص

شدیدی گرفته بودم بابت اوتیسم فرزندم». در برخی از والدین این افسردگی تا جایی پیش میرود که به شکل پایان دادن به زندگی خود و فرزند بروز پیدا می کند. در این مورد نمونه ۵ میگوید: «من زمانی بود که دنبال سیانور بودم تا اول بدهم بچه بخورد و بعد خودم بخورم».

نگرانی از آینده مبهم کودک: اکثر والدین کودکان اوتیسم از آینده مبهم فرزندشان در هراس و نگرانی به سر میبرند. آنها در این مورد دغدغه های فراوانی دارند، پس از آنها فرزندشان چه می شود؟ چه کسی به او کمک می کند؟ فرزندشان در آینده بدون آنها می تواند زندگی کند؟ وقتی فرزندشان بزرگتر شود چه اتفاقی می افتد؟ به طور کلی آینده فرزندشان چگونه خواهد بود؟ برخی از والدین هم به طور کلی آینده چندان درخشانی برای فرزندشان متصور نیستند و از آینده مبهم آنها نا امیدند. نمونه ۲ میگوید: «متأسفانه بعید میدانم که این بچه ها آینده ای که ما متصوریم را داشته باشند». نمونه ۳ میگوید: «به این فکر میکنم که وقتی فرزندم بزرگتر شود چه کار باید براهش انجام دهم، او چگونه خواهد در این جامعه زندگی کند».

احساس گناه و عذاب وجدان والد: احساس گناه و عذاب وجدان در والدین کودکان اوتیسم بسیار مشهود است. از طرفی فهم ناقص والدین از این اختلال هم می تواند به این احساس دامن بزند، چرا که والدین ممکن است رفتارها و نقصهای خود را مسبب این امر بدانند. به هر حال احساس گناه و عذاب وجدان به طور فراگیر در والدین دیده می شود. در این مورد نمونه ۶ میگوید: «احساس گناه شدیدی داشتم بخصوص اینکه این امر بسیار دور از ذهن بود و با خودم میگفتم که من چه خطایی کردم؟ چه اشتباهی از من سرزده که اینطور شد».

محدودیت های فردی و اجتماعی والد

ناآگاهی و فهم نادرست دیگران از اوتیسم: والدین اوتیسم که حال از اوتیسم فرزندانشان آگاهی کاملی کسب کرده اند و به نوعی میتوان گفت با اوتیسم زندگی می کنند، از ناآگاهی دیگران نسبت به اوتیسم رنج میبرند. احتمالاً این ناآگاهی دیگران نسبت به اوتیسم باعث می شود فرزند این والدین آنطور که باید درک نشوند. نمونه ۳ میگوید: «فرزندم رفتارهای معمول و متناسب با سنش ندارد و هر کس او را نگاه می کند تعجب می کند متأسفانه بعضاً دیگران ما را مسخره می کنند». نمونه ۴ میگوید: «بناظرم بزرگترین مشکلی که خانواده های اوتیسم دارند این است که دیگران درک کاملی از اوتیسم ندارند هرچند الان بهتر شده اما همچنان این مشکل وجود دارد».

قطع ارتباط و محدود شدن تعاملات: خیلی از والدین دارای فرزند اوتیسم مجبور می شوند به دلیل فهم ناقص یا ناآگاهی دیگران و حتی نزدیکان روابط و تعاملاتشان را با آنها محدود و بعضاً به

استثنایی فرستادند از آنجا هم ما را به روانپزشک ارجاع دادند و روانپزشک تشخیص اوتیسم داد و ما فهمیدیم که فرزندمان اوتیسم دارد».

انکار وجود اختلال در کودک

باور نکردن اختلال اوتیسم: هنگامی که والدین متوجه می شوند فرزند آنها دارای اختلال طیف اوتیسم است باور وجود این اختلال در فرزندشان بسیار برای آنها سنگین و سخت است. برخی از والدین هم نمیتوانند این قضیه را عمیقاً و قلباً بپذیرند و برای آنها باور نکردنی است. برای مثال نمونه ۴ میگوید: «اول که به من گفتند فرزندت اوتیسم دارد قبول نکردم، اصلاً نمیتوانستم قبول کنم».

امید به خوب شدن کودک: معمولاً هنگامی که والدین با اختلال طیف اوتیسم در فرزندشان مواجه می شوند و مدتی در حالت ناپاوری به سر میبرند همچنان امیدوارند که فرزندشان به حالت اول برگردد و به بهبود و خوب شدن فرزندشان امیدوار هستند. نمونه ۴ در این زمینه خیلی واضح میگوید: «من تا شش ماه مقاومت میکردم و هر بار میگفتم خوب می شود! خوب می شود!».

منکر شدن هرگونه اختلال در کودک: در ابتدا که والدین با اختلال اوتیسم در کودک مواجه می شوند منکر وجود اختلال می شوند که این با توجه به بار سنگین این کلمه و آگاهی که نسبت به اوتیسم کسب می کنند کاملاً قابل درک است. بنظر منکر شدن هرگونه اختلال راحت ترین مکانیسم برای فرار از واقعیت در والدین است. در این مورد نمونه ۶ میگوید: «خیلی احساس خوبی نداشتم و حتی هنگامی که با همسرم مطرح کردم ایشان منکر بود و قبول نمیکرد». هیجانات منفی و درگیری های ذهنی والد

غم و اندوه فراوان و ناگهانی: هنگامی که والدین از اوتیسم فرزندشان آگاه می شوند بعد از مدتی غم و اندوه فراوان تمام جود آنها را فرا میگیرد و این غم گذرا نیست بلکه سنگین و مداوم است. در برخی از والدین این غم و اندوه بسیار ناگهانی اتفاق می افتد که میتوان به آن اصطلاح شوک شدن^{۱۵} را نسبت داد اما با توجه به کلیت احساسات والدین در این مورد اصطلاح غم و اندوه فراوان و ناگهانی توصیف کننده بهتری از وضعیت آنهاست. برای مثال نمونه ۱ میگوید: «وقتی فهمیدم فرزندم اوتیسم دارد دنیا روی سرم خراب شد». همچنین نمونه ۵ میگوید: «وقتی فهمیدم فرزندم مبتلا به اوتیسم است فکر کردم دنیا تمام شده». نمونه ۴ میگوید: «اوتیسم وحشتناک ترین کلمه های بود که من شنیدم».

افسردگی والد: معمولاً والدین پس از اینکه متوجه اوتیسم فرزندانشان می شوند دوره هایی از افسردگی را پشت سر می گذارند که با بیمیلی نسبت به اتفاقات و بیرمگی در زندگی خودش را آشکار می کند. معمولاً والدین در این دوره ها سرحال نیستند و به نوعی شادابی، طراوت و پویایی خود را از دست می دهند. نمونه شماره ۱ میگوید: «یه چند وقتی بود که خیلی افسردگی

طور کلی قطع رابطه کنند. متأسفانه والدین اوتیسم بعضاً با وجود آگاهی دیگران از اوتیسم هم مجبور به این امر هستند چرا که قشقرقهای فرزندان اجازه ارتباط و تعامل را از آنها میگیرد. نمونه ۵ میگوید: «من اوایل خیلی به دیگران و اطرافیان اهمیت میدادم اما الان نه حتی با برخی نزدیکان سر این قضیه قطع رابطه کردم». نمونه ۱ نیز میگوید: «حتی برخی اوقات اطرافیان نزدیک کارهایی می کنند که ما را از خودشان دور می کنند شاید ناخواسته باشد اما کاری می کنند که با آنها ارتباط نداشته باشیم».

محدودیت در عملکرد والد: به طور کلی هر فرزندی که دارای اختلالی باشد می تواند تا حدودی عملکرد والدین را در حیطه های مختلف محدود کند و این امر در ارتباط با کودکان اوتیسم با توجه به ویژگی های آنها واضح و اجتناب ناپذیر است. والدین آنها اغلب در خیلی از زمینه ها عملکردی محدودتر نسبت به دیگر والدین دارند. در این مورد نمونه ۶ میگوید: «ما الان خیلی وقت است که تلویزیون نگاه نکردهایم خیلی محدودیت داریم». نمونه ۵ میگوید: «داشتن فرزند اوتیسم واقعاً تمرکز را از شما میگیرد، وقتی که فرزندم در مغازه یا جای دیگری همراهم است نود درصد تمرکز روی اوست».

تغییر عملکرد متناسب با کودک اوتیسم: والدین که حال با فرزند اوتیسم خود زندگی می کنند و با او خو گرفتند مجبورند روابط محدودتری را تجربه کرده و عملکرد محدودتری هم داشته باشند. آنها این مورد را حال از روی پذیرش یا از روی اجبار قبول می کنند و عملکرد خود را متناسب با فرزندشان تغییر می دهند و پا بر روی انتظارات و خواسته های خود میگذارند. برای مثال نمونه ۶ میگوید: «در چندسال اخیر من و همسرم شرایط را به گونهای رغم زدیم که رفاه و آسایش فرزندمان در اولویت باشد تا بهم نریزد درحالی که قبلاً مقاومت میکردیم».

پشتیبانی و حمایت از والد

حمایت های همسران: پس از اینکه والدین دارای فرزند اوتیسم متوجه اختلال فرزندشان می شوند معمولاً چالشهایی باهم دارند و ممکن است این قضیه را به یکدیگر فرافکنی کنند اما با کسب فهم بیشتر نسبت به اوتیسم معمولاً آنها تبدیل به اولین پشتیبان های هم برای کنار آمدن با وضعیت فرزندشان می شوند. نمونه ۱ میگوید: «من همسرم فوق العاده است، او برای من یک دلگرمی خیلی بزرگ است». نمونه ۴ نیز میگوید: «بعد از تولد فرزندمان و اینکه فهمیدیم دارای اختلال طیف اوتیسم است نه تنها رابطه ما بدتر نشد بلکه بهتر هم شد».

حمایت های اطرافیان: معمولاً پس از همسران این اطرافیان و نزدیکانی غیر از والدین کودکان اوتیسم هستند که از آنها حمایت های لازم را به عمل میآورند. اولین قدمی که نزدیکان و اطرافیان میتوانند برای والدین این کودکان بردارند پذیرش آنها همراه با فرزندشان و در وهله بعد مدارا کردن با آنهاست. قطعاً این امر برای والدین اوتیسم بسیار ارزشمند و دلگرم کننده است. برای مثال نمونه ۱ میگوید: «پس از همسرم خانواده خودم بخصوص مادرم خیلی به من دلگرمی می دهند و من را حمایت می کنند». نمونه ۶ میگوید: «هرچند هیچکسی مادر فرزندم نمی شود اما اطرافیان و فامیل هم واقعاً مدارا می کنند».

امید به آینده کودک: امید به آینده و بهبودی کودک و همچنین گاهی کنار آمدن با وضعیت کودک یک منبع حمایتی عظیم برای والدین دارای فرزند اوتیسم است. شاید بتوان گفت امید به آینده کودک و بهبود او غنی ترین و ارزشمندترین منبع حمایتی والدین دارای فرزند اوتیسم باشد که آنها را آرام می کند و از تنش آنها در رابطه با فرزندشان میکاهد. هرچند در ابتدا ممکن است این امیدواهی یا از روی اجبار بنظر برسد اما همین امید است که کوشش آنها را برای حمایت از فرزندشان بیشتر می کند و در عین حال یک منبع حمایتی برای خودشان است. در این مورد نمونه ۴ میگوید: «من تا آخرین لحظه عمرم به بهبود فرزندم امید دارم و هرکاری از دستم برآید برای او انجام میدهم اصلاً ما هرشب به همین امید میخوابیم». نمونه ۲ میگوید: «کنار آمدن با این وضعیت خودش یک امیدواری است و امیدوار بودن به آینده هم مهم است».

پذیرش و کنار آمدن با اوتیسم

پذیرفتن اختلال اوتیسم در کودک: بهطور کلی والدین دارای فرزند اوتیسم این اختلال را در فرزندشان پذیرفته اند اما بهنظر میرسد این پذیرش عمیق و قلبی نیست و از روی اجبار است. به نوعی این پذیرش به آنها تحمیل شده است. تقریباً در همه مصاحبه های انجام گرفته با والدین آنها اظهار داشتند که اختلال اوتیسم فرزندشان را قبول کرده اند اما از روی اجبار، آنها چاره ای جز پذیرش نداشته اند. برای مثال نمونه ۳ میگوید: «چاره های هست؟ چاره های جز پذیرش نداشتیم مجبور بودیم بسوزیم و بسازیم». نمونه ۲ میگوید: «خیلی از محدودیتها برای ما وجود دارد اما با این وضعیت باید کنار آمد و چاره های جز این نیست».

پذیرفتن عادی نبودن کودک: بسیاری از والدین دارای فرزند اوتیسم علاوه بر اینکه خود اوتیسم را به عنوان یک اختلال در فرزندشان ناچاراً پذیرفته اند، نشانه های آن را که باعث تمیز فرزندشان از دیگران و عادی نبودن آنها می شود را نیز ناچاراً پذیرفته و خود را با این نشانه ها و عادی نبودن فرزند وفق می دهند. آنها میپذیرند که فرزندشان عادی نیست و طبیعتاً آنها هم نمیتوانند مثل والدین عادی با او

برخورد کنند. برای مثال نمونه ۶ پس از بیان یک خاطره درباره فرزندش میگوید: «من و همسرم پذیرفتیم که فرزندمان عادی نیست پس ما هم نمیتوانیم والدین عادی باشیم، ما فهمیدیم که یک بچه غیرعادی یک پدر و مادر غیرعادی میخواهد». کنار آمدن با واقعیت زندگی: والدین دارای فرزند اوتیسم این اختلال را به عنوان یکی از بخش های زندگی خود پذیرفتهاند هرچند این پذیرش هم از روی اجبار به نظر میرسد چراکه آنها نمیتوانند ساعت زندگی را به عقب برگردانند و از تولد فرزندشان جلوگیری کنند اما این پذیرش به نوبه خود برای آنها شیرین است. آنها متوجه این هستند که این امر خارج از اراده آنها بوده و زندگی و پدیده های آن را به عنوان یک کلیت که هم دارای موقعیت های خوشایند و هم ناخوشایند است تعبیر می کنند. درباره پدیده اوتیسم هم همینطور است. برای مثال نمونه ۴ میگوید: «با تمام مشکلاتی که فرزندم دارد شیرینی های خاص خودش را هم دارد که مارا مجذوب خودش می کند». نمونه ۵ میگوید: «باید قبول کنیم که این پدیده در زندگی ما یک امتحان است و یک فرصت، هرچند خیلی سخت است». نمونه ۶ میگوید: «باید قبول کنیم این امر یک امر خیلی غیرارادی است و از دست ما خارج بوده».

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی مطالعه حال حاضر ارائه یک مدل کیفی و کل گرا از روند واکنش روانشناختی والدین به تشخیص اوتیسم در فرزندشان بود؛ در ادامه یک مدل پارادایمی از روند واکنشهای روانشناختی والدین به تشخیص اوتیسم در فرزندانشان به همراه توضیحات ارائه می شود که می تواند تبیین کننده خوبی برای پیشبینی روند واکنش والدین به تشخیص اوتیسم فرزند باشد.



شکل ۱. مدل پارادایمی کیفی و کل گرا پیرامون روند واکنش روانشناختی والدین به تشخیص اوتیسم فرزند

با توجه به شکل ۱ که یک مدل پارادایمی ساده از روند واکنش والدین به تشخیص اوتیسم فرزند است هر مرحله این مدل به اختصار توضیح داده می شود (همانطور که ملاحظه می شود این مدل یک روند را نشان می دهد که از تشخیص شروع و تا واکنش و پس از واکنش بسط می یابد):

مرحله تشخیصی: مرحله تشخیصی معمولاً اولین مرحله ای است که والدین با آن برخورد می کنند. این مرحله شامل هر نوع تشخیص یا شک نسبت به وجود اختلال در کودک توسط والد، پزشک، روانشناس، روانپزشک، معلم یا هر شخص دیگری است که در ابتدا نسبت به رفتارهای ناهنجار، عدم پیشرفت یا پسریت کودک بروز پیدا می کند. در انتهای این مرحله تشخیص قطعی اوتیسم معمولاً توسط یک مرجع معتبر مانند پزشک یا روانپزشک صادر می شود و والدین وارد مرحله واکنشی می شوند. مرحله واکنشی: هنگامی که تشخیص قطعی اوتیسم در کودک صادر می شود، والدین واکنش های شدیدی از خود نشان می دهند که

شاید تا پیش از تشخیص قطعی اوتیسم هم وجود داشته باشد اما پس از تشخیص قطعی، این واکنشها ناگهان شدت بیشتری پیدا می کنند. واکنشهای والدین شامل طیف وسیعی از اضطراب، استرس و نگرانی، افسردگی، احساس گناه و عذاب وجدان است که میتوان تمام آنها را در عنوان هیجانات منفی و درگیرهای ذهنی خلاصه کرد. لازم به ذکر است که در این مرحله والدین از نظر روانی به شدت آسیبپذیر و ناپایدار هستند. همچنین در این مرحله والدین تمایل زیادی برای استفاده از مکانیسم انکار دارند. آنها هرگونه اختلال در فرزندشان را انکار می کنند یا ترجیح می دهند آن را باور نکنند.

مرحله پسا واکنشی: در مرحله پسا واکنشی از شدت و تنش والدین در ارتباط با فرزند اوتیسم کاسته می شود و حال آنها با محدودیت های فردی و اجتماعی که معمولاً به دلیل عدم درک اطرافیان و عدم مدارای آنها با خانواده دارای فرزند اوتیسم و همچنین ویژگی های خود کودک اوتیسم ایجاد می شود روبه رو هستند. در این مرحله همانطور که محدودیت هایی برای والد ایجاد می شود، پشتیبانها و حمایت هایی نیز از آنها به عمل می آید. اولین پشتیبانها معمولاً از طرف همسران و سپس از طرف اطرافیان نزدیک اعمال می شود. امیدوار بودن به آینده کودک نیز منبع غنی است که والدین آن را از درون خود به عنوان یک منبع حمایتی ایجاد می کنند. این مرحله با پذیرش کودک اوتیسم و تمامی ویژگی های آن به اتمام میرسد. این پذیرش می تواند از روی اجبار و به ناچار صورت بگیرد یا عمیقاً و قلباً اتفاق بیفتد که معمولاً اکثر والدین از سر ناچار بودن کودک اوتیسم را میپذیرند و با آن کنار می آیند. در این مرحله والدین از نظر روانی به یک حالت نسبتاً پایدار دست میابند.

به طور کلی مدل ارائه شده از دل مجموعه کدهای گزارش شده در بخش یافته ها پدید آمد که همگام با کدگذاری ها و پیشرفت روند آن نظریه شکل گرفت و مدل تکمیل گردید.

در پژوهش اخیر (علی و همکاران ۲۰۲۳) که چهار جزء واکنش، تشخیص، حمایت و انگ اجتماعی توسط پژوهشگران گزارش شد تطابق بالایی با کدهای انتخابی و مدل ارائه شده این پژوهش دیده می شود منتها در پژوهشی که ذکر شد جزء واکنش اول و قبل از فرآیند تشخیص ارائه شده همچنین یک مدل روندی که فرآیند را نشان دهد وجود ندارد. در پژوهش دیگری که توسط (ماکینو و همکاران ۲۰۲۱) انجام شد، روند تشخیصی اوتیسم به خوبی نمایان شده و با مرحله تشخیصی مدل ارائه شده این پژوهش تطابق دارد اما روند واکنشی والدین به آن تشخیص به طور عمده نادیده گرفته شده است. در مطالعه دیگری (لگ و همکاران ۲۰۲۳) پژوهشگران به طور جزئی تر روند واکنش والدین به تشخیص اوتیسم را شامل مواردی از قبیل شوک و انکار، خشم و ناراحتی، غم و اندوه، پذیرش و سازگاری و رشد توانمندسازی ذکر کردند که در مرحله واکنشی و پسا واکنشی مدل ارائه شده همه آنها پوشش داده شده، جزئی نگر و عدم ارائه یک مدل روندی از نقص های پژوهش یاد شده است. به طور مشابه در پژوهش های (باراک - لویی و پریانته ۲۰۲۳)؛ داوونز و همکاران (۲۰۲۰) نیز جزئی نگر و عدم ارائه مدل از روند واکنش دیده می شود. در پژوهش (اندلبرگ و سات ۲۰۲۱) روند واکنش به خوبی در نظر گرفته شده و با مرحله واکنشی مدل ارائه شده تطابق بالایی دارد اما مرحله تشخیصی و پسا واکنشی نادیده گرفته شده است. در پایان باید اذعان داشت بسیاری از پژوهش های اخیر سازگاری و پذیرش را که در مرحله پسا واکنشی مدل ارائه شده در این پژوهش گزارش شد به طور پیش فرض واقعی و قلبی در نظر گرفته اند که به نظر چنین نیست. اکثراً سازگاری والدین به اجبار و از روی ناچار است لذا مدارس، مراکز مشاوره و روانشناسی و دیگر مراکزی که به خانواده های کودکان اوتیسم خدمات ارائه می دهند باید آنها را به سمت سازگاری و پذیرش قلبی پیش ببرند. مدل ارائه شده روند کاملی از تشخیص تا واکنش و پس از واکنش در اختیار ارائه دهندگان خدمات می گذارد که آگاهی از آن می تواند بسیار مهم جلوه کند. توصیه می شود ارائه دهندگان خدمات با توجه به مرحله تشخیصی و واکنشی مدل پژوهش کنونی آمادگی لازم در برابر رفتار والدین را داشته باشند. در مرحله واکنشی علاوه بر سایر هیجانات منفی، مهم ترین مکانیسم انکار است که بهتر است معلمان، مشاوران و سایرین آگاهی لازم را نسبت به آن داشته باشند.

توصیه می شود پژوهش های آینده بیشتر جهت گیری کیفی و ترکیبی داشته باشند، پژوهش هایی که بتوانند مدل های واکنشی مختلف و پیشرفته ای ارائه دهند می توانند برای آگاهی از روند واکنشی به تشخیص اوتیسم بسیار مؤثر واقع شوند. پیدا کردن راهکارهایی که بتواند به سازگاری واقعی و پذیرش قلبی اوتیسم در والدین منجر شود بسیار مهم است و پژوهش های آینده باید به جد روی آن تمرکز کنند. مکانیسم انکار در واکنش به تشخیص اوتیسم بسیار مهم جلوه می کند تحقیقات آینده می تواند پیرامون جزئیات نحوه به کارگیری این مکانیسم در والدین یا سایر مکانیسم های عمده باشد.

منابع

- Anderberg, E., & South, M. (2021). Predicting parent reactions at diagnostic disclosure sessions for autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(3), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04817-5>
- Naicker, V. V., Bury, S. M., & Hedley, D. (2023). Factors associated with parental resolution of a child's autism diagnosis: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1079371. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1079371>

- American Psychiatric Association. (2018, August). What is an autism spectrum disorder? <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>
- Ali, A., Rashid, M., Davila-Cervantes, A., Dennett, L., Thompson-Hodgetts, S., & Goetz, H. (2023). Parents' immediate reaction and responses to their child's ASD diagnosis: A synthesis review. *Journal on Developmental Disabilities*, 28(1), 1-27.
- Makino, A., Hartman, L., King, G., Wong, P. Y., & Penner, M. (2021). Parental Experiences of Autism Spectrum Disorder Diagnosis: A Scoping Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8, 267–284. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00237-y>
- Legg, H., Tickle, A., Gillott, A., & Wilde, S. (2023). Exploring the Experiences of Parents Whose Child Has Received a Diagnosis of Autistic Spectrum Disorder in Adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 205–215. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05296-y>
- Barak-Levy, Y., & Paryente, B. (2023). Diving into the Resolution Process: Parent's Reactions to Child's Diagnosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3295. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043295>
- Downes, N., Lichtlé, J., Lamore, K., Orève, M.-J., & Cappe, E. (2020). Couples' experiences of parenting a child after an autism diagnosis: A qualitative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(8), 2697–2710. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-05296-y>

تحلیل روانشناختی رابطه انسجام خانوادگی و اعتیاد پذیری دانشجویان

سهیل معظمی گودرزی

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بین المللی ارس، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

معصومه آزموده- نویسنده مسئول

استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

سید داود حسینی نسب

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

doi.org/10.1007/s10803-020-04744-5

Anderberg, E., & South, M. (2021). Predicting parent reactions at diagnostic disclosure sessions for autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(1), 123-134. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04817-5>

Naicker, V. V., Bury, S. M., & Hedley, D. (2023). Factors associated with parental resolution of a child's autism diagnosis: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1079371. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1079371>

Malhi, P., Shetty, A. R., Bharti, B., & Saini, L. (2022). Parenting a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Indian Journal of Public Health*, 66(2), 121-127. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1779_21

Shattawi, K. K., Bani, Saeed, W. M., Al-Natour, A., Al-Hammouri, M. M., Al-Azzam, M., & Joseph, R. A. (2020). Parenting a child with autism spectrum disorder: Perspective of Jordanian mothers. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(6), 598-606. <https://doi.org/10.1177/1043659620914339>

Strauss, A. & Corbin, J. (2015). Basics of qualitative research; techniques and stages of production of grounded theory (E. Afshar Trans). Tehran: Ney Publication.

Sharbatian, M. H., & Ghorbani, A. (2023). The selection process of Farhangian University, the lived experience of a student teacher: a narrative research. *SSYJ*, 14(49), 25-46.

Yaghoobnezhad, S., & Ghorbani, A. (2024). Ground theory about the psychological reactions of fathers to the diagnosis of autism in their children. *Journal of Family Relations Studies*, 4(15), 51-59. <https://doi.org/10.22098/jfrs.2024.15255.1192>

Psychological Analysis of the Relationship between Families Cohesion and Students' Addiction Susceptibility

Soheil Moazami Goudarzi

PhD Student, Department of Psychology, Aras International Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Masoumeh Azemoudeh

Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Seyyed Davoud Hoseini Nasab

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

Abstract

Objective: The present study aimed to measure the relationship between family cohesion and addiction among students of Tehran Azad University. This study examines how eight dimensions of family cohesion: attachment to mother and father, duration and place of interaction, emotional attachment, shared decision-making, quality of marital relationships, and parent-child relationship

are related to addiction among students of Islamic Azad University, Tehran Branch (52.4/0 female, mean age = 23.14, standard deviation = 3.95).

Method: The statistical population of this study was students of Tehran Azad University, and the survey method and the 28-item questionnaire by Samani (2002) were used. To examine the relationship between family cohesion variables and addiction, data analysis was performed using SPSS software; the results indicate a positive and significant relationship (with a 95/0 confidence interval) between these variables.

Findings: Statistical analyses show that among the dimensions of family cohesion, emotional connection has the largest contribution to changes in addiction.

Results: The results show that deep emotional involvement and real presence in the family decision-making process are the strongest predictors of resistance to any tendency to use drugs, while the duration or location of joint interaction alone does not provide significant protection. The overall model explained a very high percentage of the variance in addiction tendency, which is evidence of the important role of empathetic communication and collaborative problem solving in the family environment.

Keywords: Family cohesion, emotional connection, addiction, youth

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد واحد بین الملل ارس، دانشگاه آزاد تبریز است.

چکیده

هدف: تحقیق حاضر با هدف سنجش رابطه انسجام خانوادگی و اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه آزاد تهران انجام شده است. این مطالعه بررسی می کند که چگونه هشت بُعد انسجام خانوادگی پیوند با مادر و پدر، مدت و مکان تعامل، پیوستگی عاطفی، تصمیم گیری مشترک، کیفیت روابط زناشویی و رابطه والد فرزند با اعتیادپذیری در میان دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران (۵۲/۴٪ زن، میانگین سنی = ۲۳/۱۴، انحراف معیار = ۳/۹۵) ارتباط دارد.

روش: جامعه آماری این تحقیق دانشجویان دانشگاه آزاد شهر تهران بوده و از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه ۲۸ ماده ای سامانی (۱۳۸۱)، استفاده شده است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای انسجام خانوادگی و اعتیادپذیری، تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد؛ نتایج نشان دهنده رابطه مثبت و معنادار (با فاصله اطمینان ۹۵٪) میان این متغیرها می باشد.

یافته ها: تحلیل های آماری نشان می دهد که از میان ابعاد انسجام خانوادگی، ارتباط عاطفی بیشترین سهم را در تغییرات اعتیادپذیری دارد. نتایج: نتایج نشان می دهد مشارکت عاطفی عمیق و حضور واقعی در فرآیند تصمیم گیری خانوادگی قوی ترین پیش بینی کننده های مقاومت در برابر هرگونه تمایل به مصرف مواد مخدر هستند، در حالی که صرف مدت یا مکان تعامل مشترک به تنهایی حفاظتی محسوس ایجاد نمی کند. مدل کلی درصد بسیار بالایی از واریانس گرایش به اعتیاد را تبیین کرد که گواه نقش مهم ارتباط همدلانه و حل مسأله مشارکتی در محیط خانواده است.

واژگان کلیدی: انسجام خانوادگی، ارتباط عاطفی، اعتیاد پذیری، جوانان

مقدمه

یکی از چالش های برجسته در ابعاد اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی جهان معاصر که تأثیر مستقیمی بر سلامت جامعه، به ویژه جوانان دارد، اختلالات ناشی از وابستگی به مواد است (کوثری و همکاران، ۱۳۹۵). اعتیاد به مواد، مانعی جدی در مسیر توسعه جوامع محسوب می شود. مصرف مواد مخدر به طور قابل توجهی با مسائل و انحرافات اجتماعی نظیر خشونت در خانواده، آزار کودکان، افزایش نرخ طلاق و انتقال بیماری های واگیردار مانند ایدز و هپاتیت همبسته است؛ و در نتیجه، جوانان نسبت به سایر اقشار جامعه در معرض اثرات مخرب آن قرار می گیرند. (تاکاگی^{۱۶}، یوکوچی^{۱۷} و هاشیموتو^{۱۸}، ۲۰۲۰). گرایش به اعتیاد به معنای تمایل و نمایش تمایل به مصرف مکرر و مشتاقانه ی مواد مخدر یا مصرف های مخرب دیگر است که معمولاً منجر به وابستگی فیزیکی و روانی به این مواد می شود. اعتیاد می تواند به مختلف انواع مواد اعم از مواد مخدر قانونی مانند الکل و داروهای تجویزی، یا مواد مخدر غیرقانونی مانند ماریجوانا، کوکائین، هروئین و غیره، اشاره کند (هنیز^{۱۹} و دیگران، ۲۰۱۹). گرایش به اعتیاد به مرور زمان می تواند به اختلال جدی تبدیل شود که زندگی

- 116 . Takagi
- 117 . Yokouchi
- 118 . Hashimoto
- 119 . Heinz

خوردن و ضعف شبکه‌های اجتماعی به همراه دارد. همچنین، جوانانی که مهارت‌های زندگی و توانمندسازی خود را در موقعیت‌های مختلف تقویت می‌کنند، کمتر دستخوش تزلزل‌های هیجانی می‌شوند؛ چرا که تجربه استرس بالا در باور به توانایی و روند تحصیلی آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد.

(چو^{۱۲۳} و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌های پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۳) نشان می‌دهد که نهاد خانواده در بروز اعتیاد افراد نقش محوری ایفا می‌کند. خانواده به عنوان اصلی‌ترین واحد اجتماعی در اکثر جوامع انسانی شناخته می‌شود که تأثیر چشمگیری در شکل‌گیری و تکامل شخصیت فرد دارد. در صورتی که خانواده نتواند به درستی این مسئولیت حیاتی را بر عهده گیرد، به ناچار این وظیفه به سایر عوامل یا گروه‌هایی مانند گروه‌های همسن منتقل می‌شود. پژوهشگران در حوزه علل گرایش به مواد مخدر، به اهمیت تعامل میان فرد و خانواده تأکید کرده‌اند و از دیدگاه سیستمیک مسئله را به کل ساختار خانوادگی تعمیم داده‌اند. (پلاترو کلی^{۱۲۴}، ۲۰۱۲) و هیومل شلتون و همکاران^{۱۲۵} (۲۰۱۳)، در پژوهشی به نقش کیفیت ضعیف روابط با والدین به عنوان یک عامل پرخطر برای گرایش به مواد مخدر تأکید دارند. خانواده معمولاً مهمترین حوزه تأثیرگذار بر دوران کودکی تا جوانی قلمداد می‌شود و فرایندها و روابط خانوادگی همواره با پیامدهای روان اجتماعی و رفتاری جوانان مرتبط اند و نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن بوده است که این روابط در قومیتها و ملیتهای متفاوت عمومیت دارد (دمیتریوا و همکاران^{۱۲۶}، ۲۰۰۴). در واقع انسجام خانوادگی، دلبستگی بین والد و فرزند ارتباط مؤثر و صحبت در مورد انتظارات و ارزش‌ها و نظارت بر رفتار جوانان از عاملهای مهم خانوادگی محافظت کننده در برابر مصرف مواد هستند (برنینگ و همکاران^{۱۲۷}، ۲۰۱۲) بنجت و همکاران^{۱۲۸} (۲۰۱۳)، در پژوهشی نشان دادند افرادی که در دوران کودکی مشکلات و سختیهای بیشتری در درون خانواده تحمل کردند بیشتر درگیر مواد مخدر و مصرف آنها می‌شوند و^{۱۲۹} کارکردهای مختل خانوادگی به خصوص پرخاشگری اعتیاد و اختلالات مصرف الکل همبستگی دارد (فولر و همکاران، ۲۰۰۳؛ یین لی و سو^{۱۳۰}، ۲۰۱۴؛ موس و همکاران^{۱۳۱}، ۲۰۱۴؛ کامینر^{۱۳۲}، ۲۰۱۳ و یین و همکاران^{۱۳۳}، ۲۰۰۷) در این رابطه در یک مطالعه

فرد را تحت تأثیرات منفی قرار داده و بر آسیب‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و حتی اقتصادی تأثیر گذاشته و از کیفیت زندگی کاسته می‌کند (لینچ^{۱۳۰}، ۲۰۱۸). مصرف مواد مخدر یکی از مسائل بحرانی در جوامع مختلف به شمار می‌آید و تأثیرات نامطلوب آن بر فرد و جامعه قابل توجه است (کمانگرپور و موسوی، ۱۴۰۰). استفاده از مواد مخدر در جوانان با نتایج دراز مدت مضر مانند خطر انتقال عفونت‌ها از راه جنسی، تلفات و مرگ میرهای رانندگی، بزهکاری و... مرتبط است (موس و همکاران^{۱۳۱}، ۲۰۱۴). امروزه این عارضه در میان افراد جوان شیوع بیشتری پیدا کرده است (جانسون و همکاران^{۱۳۲}، ۲۰۱۵). ایران به این دلیل که در مسیرهای اصلی حمل و نقل این مواد قرار دارد و نیز به دلایل تاریخی و اجتماعی، یکی از قربانیان بزرگ مواد مخدر در جهان به شمار می‌آید (خالدیان، ۱۳۹۶).

طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلالات سوء مصرف مواد به عنوان الگوهایی از نشانه‌های ناشی از مصرف ماده تعریف می‌شوند که علی‌رغم تجربه مشکلات ناشی از مصرف، فرد به استفاده از آن ادامه می‌دهد. مصرف مواد در تمام مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقات اجتماعی مشاهده شده و محدود به گروه یا فرد خاصی نیست (بهاروند و ملکشاهی، ۲۰۱۹)، و تأثیر آن در بروز سایر آسیب‌های اجتماعی به وضوح قابل مشاهده است. اعتیاد به مواد مخدر، بیماری‌ای با روند بسیار پیچیده محسوب می‌شود که اغلب نیازمند دوره‌های متعدد درمانی است. علاوه بر کاهش مصرف، درمان می‌تواند با بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش جرم و جنایت و ارتقای عملکرد اجتماعی، در کاهش سوء مصرف مواد نقش موثری داشته باشد (مختاری نژاد و همکاران، ۲۰۲۰).

از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت فرد، خانواده به عنوان هسته اصلی و زیربنای جامعه است. از آنجا که خانواده کوچک‌ترین و در عین حال مهم‌ترین نهاد اجتماعی محسوب می‌شود، نابسامانی خانوادگی، مشکلات والدین از جمله اعتیاد و سایر ناهنجاری‌ها، عوامل اصلی در ایجاد و گسترش اعتیاد به مواد مخدر به شمار می‌آیند (رومن و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع، خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی عاطفی مرکزی، نقش کلیدی در رشد، بهبود، تحول و تنظیم نظم فردی و روابط میان اعضای خود دارد؛ لذا اختلال در عملکرد این نهاد می‌تواند زمینه‌ساز فروپاشی فردی و ناهنجاری در ارتباطات شود. از سوی دیگر، خانواده به عنوان ستون فقرات ساختار اجتماعی، در صورت آسیب‌دیدگی می‌تواند منجر به تضعیف کلی جامعه گردد (حسینی نثار و همکاران، ۱۳۹۰).

پایه‌های انسجام، ثبات و ارتباطات مؤثر در خانواده بسیار حیاتی هستند؛ کاهش این عوامل پیامدهای منفی متعددی از جمله سوء مصرف مواد، مصرف الکل، پرخاشگری، استرس، اختلالات

- 123 . Cho
- 124 . Platter & Kelley
- 125 . Hummel, Shelton, Heron, Moore & Bree
- 126 . Dmitrieva, Chen, Greenberger & Gil-Rivas
- 127 . Borning
- 128 . Benjet, Borges, Medina-Mora & Mendez
- 129 . Fuller
- 130 . Yan, Li & Sui
- 131 . Moss, Lynch, Hardie & Baron
- 132 . Kaminer
- 133 . Yen, Yen, Chen, Chen & Ko

- 120 . Lynch
- 121 . Moss, H., & Chen, C
- 122 . Johnston L, Malley P, Miech R

طولی، اسکیر مک کورنیک و همکاران^{۱۳۴} (۲۰۰۹)، در پژوهشی نشان دادند که مشکلات خانوادگی با خطر گرایش و ابتلای جوانان به اختلالات مصرف مواد رابطه داشته است. همچنین، لوک و همکاران^{۱۳۵} (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که کیفیت رابطه والدین یک عامل حمایتی در برابر شروع مصرف مواد در جوانان است. از این رو کارکرد خانواده مهمترین جنبه از محیط خانوادگی است که در سلامت جسمانی، هیجانی و اجتماعی افراد اثرات مهمی دارد (والکر و شپارد^{۱۳۶}، ۲۰۰۸).

در جوامع امروزی، بخش قابل توجهی از جمعیت انسانی با آثار و پیامدهای زیان بار ناشی از مصرف ناهنجار مواد مواجه هستند؛ پیامدهایی که ابعاد مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی را تحت الشعاع قرار داده و اثرات مخرب آن چنان فراگیر و گسترده است که نه تنها فرد مصرف کننده، بلکه نهادهای کلیدی همچون خانواده، گروه همسالان، محیطهای تحصیلی و عرصه اشتغال را نیز با اختلالات جدی مواجه می سازد. از دیدگاه صاحب نظران، اعتیاد نوعی وضعیت مرضی است که در پی مصرف مستمر و مکرر مواد طبیعی یا شیمیایی ایجاد می شود و منجر به وابستگی جسمانی و روانی فرد می گردد؛ وابستگی ای که قطع آن با گذشت زمان دشوارتر شده و تبعات منفی بیشتری به همراه دارد.

افزایش روزافزون گرایش به مصرف مواد در میان نسل جوان، به ویژه نوجوانان، زنگ خطری جدی برای سلامت اجتماعی به شمار می رود؛ چرا که آغاز مصرف در سنین پایین، تداوم این رفتار در آینده را تسهیل کرده و شدت وابستگی و آسیب های همراه با آن را تشدید می کند. در چنین شرایطی، با در نظر گرفتن هزینه های سنگین اقتصادی و منابع گسترده ای که صرف درمان، بازپروری و بازتوانی افراد وابسته می شود، لزوم طراحی راهبردهای منسجم، جامع و مشارکت محور برای پیشگیری و مقابله با این معضل اجتماعی بیش از پیش احساس می شود؛ تا با اتخاذ رویکردی پیشگیرانه و هدفمند، از گسترش این بحران اجتماعی جلوگیری و بنیان های جامعه از آسیب های ساختاری مصون بمانند.

روش

این پژوهش از نوع بنیادی کاربردی با رویکرد توصیفی است و هدف آن بررسی رابطه هشت بُعد انسجام خانوادگی با گرایش به اعتیاد در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر این واحد (حدود ۱۴۷۰۰ نفر) در پنج منطقه جغرافیایی شهر تهران می شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح خطای ۵/۰ برابر با ۳۷۴ نفر تعیین شد. سپس برای توزیع مکانی متعادل و نمایندگی همه مناطق، نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای اعمال گردید: ابتدا در هر یک از مناطق (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) یک واحد دانشگاهی به طور تصادفی انتخاب شد، سپس از آن واحد یک کلاس به صورت تصادفی برگزیده و پرسشنامه ها میان دانشجویان آن کلاس توزیع گردید. تمامی متغیرها و تحلیل ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری در آزمون ها ۵/۰ در نظر گرفته شد. پیش از آن، نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف ($p = 0/069$) و شاپیرو-ویلک ($p = 0/067$) و نیز معیارهای چولگی و کشیدگی (همه در بازه $2 \pm$) بررسی و تأیید گردید تا امکان استفاده از آزمون های پارامتریک فراهم شود.

ابزار

پرسشنامه انسجام خانوادگی سامانی (۱۳۸۱)

این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه با پاسخ بر مبنای مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) است و هشت زیرمقیاس پیوند با مادر، پیوند با پدر، مدت تعامل، مکان تعامل، روابط عاطفی، تصمیم گیری مشترک، روابط زناشویی والدین و رابطه والد فرزند را می سنجد. روایی محتوایی آن توسط متخصصان تأیید و پایایی کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. مقیاس های APS، AAS و MAC-R استخراج شده از MMPI-2

سه خرده مقیاس بله/خیر به شرح زیر:

APS (آمادگی برای اعتیاد): ۳۹ ماده

AAS (پذیرش اعتیاد): ۳۹ ماده. MAC-R (مقیاس تجدیدنظر شده مک آندو): ۴۹ ماده

پس از حذف ۱۲ سؤال تکراری، فرم نهایی شامل ۸۹ ماده است و نمره هر خرده مقیاس مجموع پاسخ های «بله» می باشد. در نمونه دانشجویان تهران، نمره برش ها برای MAC-R برابر ۲۴ (مردان) و ۲۳ (زنان)، برای AAS ≥ 5 (مردان) و ۴ (زنان) و برای APS ≥ 27 (مردان) و ۲۶ (زنان) تعیین شد. پایایی آزمون-بازآزمون خرده مقیاس ها در نمونه های هنجاری بین $r = 0.62$ تا $r = 0.89$ و همبستگی APS با MAC-R برابر $r = 0.99$ گزارش گردیده و مطالعات ایرانی ضریب آلفای کرونباخ آن ها را در بازه ۰/۴۸-۰/۹۰ تأیید کرده اند. با استفاده از این دو پرسشنامه، نمره های زیرمقیاس های انسجام خانوادگی و نمرات APS/AAS/MAC-R محاسبه و

134 . Skeer, McCornick, Normal, Buka & Gilman

135 . Luk, Farhat, Jannotti & Simons-Morton

136 . Walker & Shepherd

در تحلیل‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند گانه وارد شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های ۳۷۴ دانشجوی پس از تأیید نرمال بودن توزیع نمرات (کولموگروف-اسمیرنوف $p = 0.069$ ؛ شاپیرو-ویلک $p = 0.067$ ؛ همه ضریب‌های چولگی و کشیدگی در بازه ± 2) وارد تحلیل شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و آمار توصیفی ابعاد انسجام خانوادگی و گرایش به اعتیاد در جداول زیر خلاصه شده است:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه ($N = 374$)

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۷۸
	زن	۱۹۶
تحصیلات	کاردانی	۸۲
	کارشناسی	۱۹۶
	کارشناسی ارشد	۸۷
	دکتری	۹
	میانگین	---
سن	دامنه	۱۸-۴۵

از میان ۳۷۴ شرکت‌کننده، ۵۲/۴٪ زن (۱۹۶ نفر) و ۴۷/۶٪ مرد (۱۷۸ نفر) بودند. میانگین سنی دانشجویان ۲۳/۱۴ سال با انحراف معیار ۳/۹۵ و دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال گزارش شد. از نظر تحصیلات، ۲۱/۹٪ دارای مدرک کاردانی، ۵۲/۴٪ کارشناسی، ۲۳/۳٪ کارشناسی ارشد و ۲/۴٪ دکتری بودند. این توزیع نشان می‌دهد که بیش‌تر نمونه از مقطع کارشناسی است.

جدول ۲. جدول متقاطع جنسیت و تحصیلات

جمع	PhD	Master	Bachelor	Associate	جنسیت
۱۹۶	۷	۴۹	۱۰۲	۳۸	زن
۱۷۸	۲	۳۸	۹۴	۴۴	مرد
۳۷۴	۹	۸۷	۱۹۶	۸۲	جمع

از بین ۳۷۴ شرکت‌کننده، ۱۹۶ نفر زن و ۱۷۸ نفر مرد هستند. از نظر سطح تحصیلات، بیش‌ترین فراوانی به گروه کارشناسی (Bachelor) تعلق دارد (۵۲/۴٪ کل نمونه؛ ۱۰۲ زن و ۹۴ مرد)، که نشان‌دهنده حضور پررنگ دانشجویان مقطع کارشناسی در این واحد دانشگاهی است. دومین گروه بزرگ مربوط به کارشناسی ارشد (Master) با ۸۷ نفر (۲۳/۳٪) است و پس از آن گروه Associate (کاردانی) با ۸۲ نفر (۲۱/۹٪) قرار دارد. کمترین فراوانی به دکتری (PhD) با ۹ نفر (۲/۴٪) مرتبط است. توزیع نسبتاً متعادل جنسیتی در مقاطع تحصیلی مختلف (به‌ویژه در مقطع کارشناسی که تقریباً به یک اندازه زن و مرد حضور دارند) نشان می‌دهد فرصت‌های تحصیلی برای هر دو جنس در این دانشگاه نسبتاً برابر است. افزون بر این، کاهش تدریجی تعداد شرکت‌کنندگان در مقاطع بالاتر تحصیلی از کارشناسی به کارشناسی ارشد و سپس به دکتری ممکن است بازتابی از چالش‌های ورود به دوره‌های تحصیلات تکمیلی یا تمایل کمتر دانشجویان به ادامه تحصیل تا مقطع دکتری باشد.

جدول ۳. شاخص‌های کشیدگی و چولگی برای بررسی نرمالیت

چولگی	کشیدگی	متغیر
-۰/۰۳۰	-۰/۰۳۹	همبستگی با مادر
-۰/۲۲۳	۰/۰۰۸	همبستگی با پدر
۰/۰۹۵	۰/۱۶۵	مدت تعامل
-۰/۰۲۶	۰/۱۸۶	مکان تعامل
-۰/۳۳۵	۰/۱۴۲	پیوستگی عاطفی
-۰/۲۵۷	-۰/۰۷۳	تصمیم‌گیری مشترک
-۰/۲۱۹	۰/۱۰۷	روابط زناشویی والدین
-۰/۲۷۲	۰/۰۸۵	رابطه والد-فرزند
۰/۳۳۲	-۰/۲۱۱	گرایش به اعتیاد

معیارهای معمول در آمار توصیفی، وقتی مقدار کشیدگی و چولگی یک متغیر بین -۲ و +۲ باشد، توزیع آن متغیر را می‌توان تقریباً نرمال

تلقی کرد. از آنجا که در این پژوهش تمامی شاخص‌های کشیدگی و چولگی متغیرها در بازه استاندارد قرار گرفته‌اند، می‌توان نتیجه گرفت توزیع نمرات برای همه زیرمقیاس‌های انسجام خانوادگی و گرایش به اعتیاد از نظر نرمالیت مناسب بوده و تحلیل‌های پارامتریک (مانند همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) اعتبار لازم را دارند.

جدول ۴. ضرایب همبستگی پیرسون بین زیرمقیاس‌های انسجام خانوادگی و گرایش به اعتیاد

	r	p
زیرمقیاس انسجام خانوادگی	-0.36	< 0.001
همبستگی با مادر	-0.42	< 0.001
همبستگی با پدر	-0.32	< 0.001
مدت تعامل	-0.29	< 0.001
مکان تعامل	-0.29	< 0.001
پیوستگی عاطفی	-0.44	< 0.001
تصمیم‌گیری مشترک	-0.41	< 0.001
روابط زناشویی والدین	-0.40	< 0.001
رابطه والد-فرزند	-0.46	< 0.001

تمامی زیرمقیاس‌های انسجام خانوادگی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معناداری نشان می‌دهند. قوی‌ترین بازدارنده‌ها «رابطه والد-فرزند» و «پیوستگی عاطفی» هستند که بالاترین ضرایب ($r = -0.46$ و $r = -0.44$) را دارند، و نشان می‌دهد هر چه میزان حمایت و صمیمیت عاطفی در خانواده بالاتر باشد، احتمال تمایل به مصرف مواد در دانشجویان کاهش می‌یابد.

مدل رگرسیونی که همه هشت زیرمقیاس انسجام را به صورت همزمان وارد کرد، توانست 0.426 / 42.6% از واریانس گرایش به اعتیاد را تبیین کند ($R = 0.653$, $R^2 = 0.426$, $F(8,365) = 33.87$, $p < 0.001$). جدول زیر خلاصه ضرایب را نشان می‌دهد:

جدول ۵. رگرسیون

متغیر مستقل	B	SE	β	t	p
ثابت	80.23	2.64	—	30.45	<0.001
همبستگی با مادر	-0.27	0.11	-0.11	-2.44	0.015
همبستگی با پدر	-0.29	0.10	-0.13	-2.76	0.006
مدت تعامل	-0.25	0.15	-0.08	-1.70	0.089
مکان تعامل	0.01	0.22	0.00	0.06	0.956
پیوستگی عاطفی	-1.30	0.27	-0.22	-4.90	<0.001
تصمیم‌گیری مشترک	-0.88	0.21	-0.19	-4.27	<0.001
روابط زناشویی والدین	-0.53	0.28	-0.09	-1.89	0.059
رابطه والد-فرزند	-1.35	0.28	-0.22	-4.87	<0.001

در مدل رگرسیون خطی چندگانه، ضریب ثابت ($B = 80.23$, $SE = 2.64$, $p < 0.001$) نشان‌دهنده سطح میانگین گرایش به اعتیاد هنگامی است که همه ابعاد انسجام خانوادگی در صفر قرار گیرند؛ اما با توجه به این که هیچ یک از شرکت‌کنندگان امتیاز صفر ندارند، اهمیت آن در تعیین پایه مدل است. از میان هشت زیرمقیاس انسجام، پیوستگی عاطفی ($B = -1.30$, $\beta = -0.22$, $t = -4.90$, $p < 0.001$) و رابطه والد-فرزند ($B = -1.35$, $\beta = -0.22$, $t = -4.87$, $p < 0.001$) بیشترین کاهش را در گرایش به اعتیاد پیش‌بینی می‌کنند، به طوری که با افزایش یک واحد در هر یک از این ابعاد، نمره اعتیادپذیری به طور متوسط حدود 0.29 واحد کاهش می‌یابد. همچنین تصمیم‌گیری مشترک ($B = -0.88$, $\beta = -0.19$, $t = -4.27$, $p < 0.001$) و همبستگی با پدر ($B = -0.29$, $p = 0.006$) از سوی دیگر، مؤلفه‌هایی مانند مدت تعامل ($B = -0.25$, $p = 0.089$)، روابط زناشویی والدین ($B = -0.53$, $p = 0.059$) و مکان تعامل ($B = 0.01$, $p = 0.956$) پس از کنترل سایر متغیرها اثر معناداری نداشتند که حاکی از این است صرف زمان یا مکان مشترک والدین و فرزندان بدون کیفیت حمایت عاطفی و مشارکت واقعی در تصمیم‌گیری، ممکن است نتواند به کاهش گرایش به اعتیاد منجر شود. این نتایج در چارچوب تبیین 42.6% از واریانس گرایش به اعتیاد ($R^2 = 0.426$) قرار می‌گیرند و بر اهمیت ابعاد عاطفی و تعاملات مشارکتی خانواده تأکید می‌کنند.

بحث و نتیجه گیری

نخست، حمایت عاطفی قوی به عنوان عامل کاهش دهنده فشار روانی عمل کرده و از بروز اضطراب و تنهایی جلوگیری می کند؛ دوم، مشارکت در تصمیم گیری به ایجاد مهارت های حل مسأله و خودکارآمدی می انجامد؛ سوم، احساس تعلق خاطر و امنیت روانی ناشی از رابطه والد فرزند، نیاز به فرار از واقعیت از طریق مصرف مواد را برطرف می سازد؛ و چهارم، وجود الگویی از روابط سالم و همدلانه در خانواده به فرزندان یاد می دهد که می توانند در مواجهه با استرس ها از راهکارهای سازگارانه به جای رفتارهای پرخطر استفاده کنند. به عبارت دیگر، انسجام خانوادگی زمینه رشد بهینه شخصیت را فراهم آورده و فراتر از فضای فیزیکی تعامل، شامل سطح عاطفی، شناختی و رفتاری ارتباطات می شود که در مجموع مقاومت در برابر گرایش به اعتیاد را افزایش می دهند.

با در نظر گرفتن این نتایج، برای سیاست گذاران آموزشی و مشاوران دانشگاهی ضرورت دارد برنامه های مداخله ای چندسطحی طراحی کنند. نخست، برگزاری کارگاه های آموزشی برای والدین و فرزندان در زمینه مهارت های ارتباطی عاطفی، گوش دادن فعال و بیان احساسات؛ دوم، ایجاد گروه های خانوادگی درمانی کوتاه مدت که در آن اعضای خانواده با نقش های مشارکتی و حل مسأله آشنا شوند؛ سوم، راه اندازی کمپین های آگاهی بخشی در سطح دانشگاه و محیط های دانشجویی درباره اهمیت انسجام خانوادگی و اثرات پیشگیرانه آن در برابر مصرف مواد، همراه با ارائه منابع مشاوره ای؛ و چهارم، حمایت از ایجاد سامانه های مشاوره آنلاین که والدین و فرزندان بتوانند در هر زمان از آن استفاده کرده و راهنمایی دریافت کنند. اجرای چنین مداخلاتی نه تنها به کاهش گرایش به اعتیاد کمک می کند، بلکه به بهبود کلی سلامت روان و افزایش رفاه خانوادگی منجر خواهد شد.

با این وجود، محدودیت های پژوهش فعلی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که طرح تحقیق مقطعی بود، امکان استنباط علیت از داده ها محدود است و جهت تبیین دقیق تر روابط بین انسجام خانوادگی و اعتیادپذیری، مطالعات طولی ضرورت دارد. همچنین نمونه گیری از یک واحد دانشگاهی در تهران ممکن است نماینده همه فرهنگ ها نباشد؛ بنابراین پژوهش های آینده باید شامل دانشگاه ها و مناطق جغرافیایی متنوع تری شود تا قابلیت تعمیم پذیری یافته ها افزایش یابد. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهای واسطه ای و تعدیل گر مانند تاب آوری روانی، حمایت اجتماعی هم سالان و ویژگی های شخصیتی می تواند به درک عمیق تر مکانیسم های اثرگذاری انسجام خانوادگی کمک کند.

در پایان، می توان نتیجه گرفت که انسجام خانوادگی مخصوصاً در ابعاد عاطفی و مشارکتی نقشی اساسی در پیشگیری از گرایش به اعتیاد بین دانشجویان دارد. برای کاهش آسیب های روانی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد، ضروری است نظام های آموزشی، مراکز مشاوره و سیاست گذاران سلامت روان، برنامه های مداخله ای

در پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر ابعاد مختلف انسجام خانوادگی بر گرایش به اعتیاد در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران اقدام شد. نتایج ابتدا روایی و پایایی پرسشنامه های مورد استفاده را تأیید کردند و سپس با انجام آزمون های نرمالیتی و بررسی معیارهای چولگی و کشیدگی، توزیع نرمات برای استفاده از تحلیل های پارامتریک فراهم آمد. تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که تمامی زیرمقیاس های انسجام خانوادگی به ویژه «رابطه والد فرزند» ($r = -0.46$) و پیوستگی عاطفی ($r = -0.44$) رابطه ای منفی و معنادار با گرایش به اعتیاد دارند. این امر حاکی از آن است که هرچه دانشجویان پیوندهای عاطفی قوی تری با والدین خود داشته و در فرایندهای تصمیم گیری خانوادگی سهم تر باشند، میزان تمایل آنان به مصرف مواد مخدر به طور چشمگیری کاهش می یابد. در مدل رگرسیون خطی چندگانه، این دو بعد به عنوان قوی ترین عوامل محافظتی ($\beta = -0.22$) برای هر یک پدیدار شدند و پس از آن «تصمیم گیری مشترک» ($\beta = -0.19$) و همبستگی با پدر ($\beta = -0.13$) بیشترین سهم را در پیش بینی کاهش گرایش به اعتیاد داشتند. در مقابل، ابعادی مانند «مکان تعامل»، «مدت تعامل» و حتی «کیفیت روابط زناشویی والدین» پس از ورود سایر متغیرها به مدل، اثر معناداری نداشتند که نشان می دهد صرف حضور یا گذران زمان مشترک بدون کیفیت واقعی تعامل و حمایت عاطفی نمی تواند مانع گرایش به رفتارهای پرخطر شود.

در تحلیل نتایج، باید به ماهیت چندبعدی و پویا بودن انسجام خانوادگی تأکید کرد. مطالعات پیشین از جمله پژوهش های شوارتز و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۹) به نقش حمایت عاطفی و الگوهای حل تعارض در خانواده به عنوان مهم ترین عوامل محافظتی در برابر مصرف مواد اشاره کرده اند. یافته های ما نه تنها این نتایج را تأیید می کنند، بلکه نشان می دهند که مشارکت فعال فرزندان در تصمیم گیری ها، فراتر از اثرات صرف محبت یا زمان مشترک، قدرت بالایی در افزایش احساس کفایت و کنترل درونی آنان دارد. هنگامی که فرزندان ببینند نظرات و نیازهایشان در امور خانوادگی منعکس می شود و فرصت دارند در موقعیت های مهم زندگی تصمیم گیرنده باشند، حس مسئولیت پذیری و خودباوری آنان تقویت شده و کمتر به مسیرهای مخرب همچون مصرف مواد کشیده می شوند. از سوی دیگر، رابطه حمایتی با پدر به ویژه در فرهنگ هایی که نقش پدر در تعیین چارچوب های هنجاری و ارزش ها برجسته است، اهمیت زیادی در انتقال الگوهای رفتاری و پیشگیری از تمایل به مصرف مواد دارد. این یافته ها با مطالعه لیان و همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد که نشان می دهد کیفیت تعامل پدر فرزند بیش از کمیّت حضور آنها تأثیرگذار است.

از منظر نظری، می توان چنین استدلال کرد که انسجام خانوادگی از طریق چهار مکانیسم اصلی مانع گرایش به اعتیاد می شود:

را با محوریت تقویت مهارت‌های ارتباطی، مشارکتی و ایجاد فضای حمایتی در خانواده‌ها طراحی و اجرا کنند. تنها از این طریق است که می‌توان به توسعه فردی و اجتماعی دانشجویان کمک کرد و از گسترش بحران اعتیاد در سطوح جوانان جلوگیری نمود.

منابع مالی

این پژوهش زیر و با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر تدوین و نوشته شده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نظر نویسندگان، این پژوهش تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد واحد تبریز و کمیته اخلاق مورخ ۱۴۰۳/۲/۴ به کد اخلاق شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.201 می‌باشد.

منابع

آفاجانی، سیفاله، بهشتی-مطلق، علی، محمدنژاد، عارفه، قبادزاده، سجاد. (۱۴۰۲). بررسی نقش واسطه‌ای خانواده در رابطه توانمندسازی با نگرش به اعتیاد: مطالعه توصیف. طب پیشگیری، ۱۰ (۴): ۴۱۱-۴۰۰.

<https://dx.doi.org/10.32598/JPM.10.4.722.1>

الماسی، اکبر و رضایی، شهناز. (۱۴۰۳). بررسی نقش عوامل خانوادگی و روانی و دوستان در گرایش به اعتیاد مواد مخدر، کنفرانس ملی روانشناسی کاربردی و توسعه انسانی، تهران.

<https://civilica.com/doc/2017085>

حسینی نشار، مجید و فیوضات، ابراهیم. (۱۳۹۰). نظریه‌های انحرافات اجتماعی تهران، انتشارات پژوهش. ISBN=9786009181629

خالدیان، محمد، ارجمند کرمانی، رویا و امینی، پروین (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش معنویت با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵(۱۸)، ۷۴-۵۷

<https://www.magiran.com/p1893572>

رضایی فرد، اکبر، حیدری، مریم. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت درمانی بر کیفیت زندگی، عزت نفس و سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد. زن و مطالعات خانواده.

<https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1946133.1633>

کمانگرپور، اسرا و موسوی، فرانک، (۱۴۰۰)، ارائه مدل ساختاری گرایش به اعتیاد بر اساس عملکرد خانواده، تحمل پریشانی با ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، یازدهمین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی، بابل. کوثری، شیما، کشاورز-گرامی، قاسم، حدادی، روح ا...، شهریار، پور رضا، نجفی، سمیرا. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، بر بهبود ولع مصرف و لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هروئین تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۰ (۳۸): ۷۱-۸۶.

<http://etiadjpajohi.ir/article-1-1035-fa.html>

Baharvand, P., & Malekshahi, F. (2019). Relationship between Anger and Drug Addiction Potential as Factors Affecting the Health of Medical Students. Journal of Education and Health Promotion, 8. }In Persian{. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_145_19

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., & Mendez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. Drug Alcohol Dependency, 131(1-2), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.002>

Borning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schauning-Busch, & Tomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. Substance Abuse Treatment and Policy, 7(1), 213-40. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-23>

Cho, I. Y., Moon, S. & Yun, J. Y. (2021). Mediating and moderating effects of family cohesion between positive psychological capital and health behavior among early childhood parents in dual working families: A focus on the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(9), 4781. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094781>

Dmitrieva, J., Chen, C., & Gil-Rivas, V. (2004). Family relationships and adolescent psychosocial outcomes: Converging findings from Eastern and Western cultures. Journal of Research on Adolescence, 14(4), 425-447. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2004.00144.x>

doi.org/10.1111/j.1532-7795.2004.00081.x

Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & Bree, M. (2013). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*, 108(3), 487-496. <https://doi.org/10.1111/add.12055>

Hutson, S. P., Darlington, C. K., Hall, J. M., Heidel, R. E., & Gaskins, S. (2018). Stigma and Spiritual Well-being among People Living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(6), 482-489. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1423426>

Johnston LD, O.Malley PM, Miech RA, Bachman JG. (2015) Monitoring the Future National Resultson Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings. 1 ed. Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research, the University of Michigan.

Kaminer, Y. (2013). Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice. London: Springer.

Mokhtarinejad, O., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020). Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Components of Cognitive Emotion Regulation among Patients with Anxiety Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(4), 225-230. } In Persian{. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.4.104>

Moss, H. B., & Yi, H. (2014). Early Adolescent Patterns of Alcohol, Cigarettes, and Marijuana Polysubstance Use and Young Adult Substance Use Outcomes in a Nationally Representative Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 51-62.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.011>

Platter, A. J., & Kelley, M. L. (2012). Effectiveness of an educational and support program for family members of a substance abuser abstract. *The American Journal of Family Therapy*, 40(1), 208-231. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.585308>

Skeer, M., McCornick, M., Normal, S., & Gilman, S. E. (2009). A prospective study of familial conflict psychological stress and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.017>

Sohrabi, F., & Naseri, E. (2010). A Study of the Conception and Components of Spiritual Intelligence and Developing an Instrument to Assess it. *Rph*, 3(4), 69-77. } In Persian{.

پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری

نغمه مرادی

گروه روانشناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

نقیسه درودیان

استادیار، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران

مریم کلهرنیا گل کار

استادیار، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران

<https://doi.org/20.1001.1.20080166.1388.3.4.7.9>

Soylar, P., & Dogan, U. (2020). The Relationship between Spiritual Well-being & Hopelessness Levels of Substance Users. *Medicine Science International Medical Journal*, 9(1), 186. <https://doi.org/10.5455/medscience.2019.08.9163>

United Nations Office on Drugs and Crime, World drug report. (2019). United Nations Publications.

Vaughan, F. (2003). What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16–33. <https://doi.org/10.1177/0022167802422003>

Walker, R., & Shepherd, C. (2008). Strengthening Aboriginal family functioning: What works and why? *Australian Institute of Family Studies*. 3(2), 131-139.

Wang, T., Moosa, S., Dallapiazza, R., & Lynch, W. (2018). Deep Brain Stimulation for the Treatment of Drug Addiction. *Neurosurgical Focus*, 45(2), E11.

<https://doi.org/10.3171/2018.5.FOCUS18163>

Yan, W., Li, Y., & Sui, N. (2014). The Relationship between Recent Stressful Life Events, Personality Traits, Perceived Family Functioning and Internet Addiction among College Students. *Stress and Health*, 30(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/smi.2490>

Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, S. H., & Ko, C. H. (2007). Family Factors of Internet Addiction and Substance Use Experience in Taiwanese Adolescents. *Cyber Psychology & Behavior*, 10(3), 323-329. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9948>

Yokouchi, N., & Hashimoto, H. (2020). Evolving self-concept in the workplace and associated experience of stress: A case of a large Japanese company. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 35(3), 175-192. <https://doi.org/10.1080/15555240.2020.1809438>

Prediction of psychological well-being based on personality features in mother of students with learning disorder

Naghmeh Moradi

Department of Psychology, Faculty of Islamic Education, Islamic Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran

Naghiseh Daroudian

Assistant Professor, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Marim Kalhornia Golkar

Assistant Professor, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract:

This study aimed to predict the psychological well-being of mothers of students with learning disorder based on their personality features. Employing a descriptive-correlational design, the study involved a convenience sample of 130 mothers. Data was collected using the Ryff Psychological Well-being Scale and the NEO Personality Inventory. Analysis was conducted using SPSS 23 at a significant level ($P = 0.001$). The findings revealed a significant positive correlation between conscientiousness, agreeableness, openness to experience, and extraversion, and psychological well-being. Conversely, neuroticism demonstrated a significant negative correlation with psychological well-being, indicating that it could predict lower levels of well-being

Keywords: *Psychological well-being , Personality features ,Learning disorder*

چکیده:

هدف این پژوهش، پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری است. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۱۳۰ مادر بود که به روش نمونه گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی ریف و ویژگی های شخصیتی نئو می باشد. تحلیل داده ها با استفاده از SPSS 23 و در سطح معنی داری ($P = 0.001$) انجام شده است. طبق یافته ها، وجدان گرایی، توافق پذیری، تجربه پذیری، برون گرایی با بهزیستی روانشناختی رابطه ی مثبت معنی دار و روان رنجورخویی با بهزیستی روانشناختی رابطه ی منفی معنی دار دارد و آن را پیش بینی می کنند.

کلید واژه ها: بهزیستی روانشناختی، ویژگی های شخصیتی، اختلال یادگیری

۱. مقدمه

اختلال یادگیری خاص^{۱۳۷}، یک اختلال عصبی-رشدی است با منشاء زیستی و مبنایی است برای ناهنجاری ها در سطح شناختی که با علائم رفتاری این اختلال ارتباط دارند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). یکی از علائم اختلال یادگیری، مشکلات مداوم در یادگیری مهارت های تحصیلی پایه است، که در سال های رسمی تحصیلی آغاز می شود. شامل خواندن درست و فصیح تک کلمه ها، درک خواندن، محاسبه، بیان نوشتاری، هجی کردن، استدلال ریاضی می باشد. مشکلات یادگیری در این اختلال مداوم هستند و صرفا پیامد عدم آموزش مناسب نیست. همچنین عملکرد دانش آموز در زمینه ی مهارت های تحصیلی کاملاً پایین تر از میانگین سنی است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). این کودکان، بیشترین افرادی هستند که از خدمات آموزش ویژه استفاده می کنند و طبق گزارش های منتشر شده این آمار به ۳۹ درصد رسیده است (پرهون و همکاران، ۱۴۰۱). شیوع این اختلال در سال ۲۰۱۳ بین ۵ تا ۱۵ درصد اعلام شده بود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). این آمار در کشورهای مختلف تفاوت دارد. به عنوان نمونه در کشور استرالیا حدود ۱۱ درصد، در هندوستان حدود ۱۵ درصد و در ایالات متحده این آمار حدود ۱۵ درصد اعلام شده است (حبیبی و امانی، ۱۳۹۹). در سال ۱۴۰۰ نیز نرخ شیوع اختلالات یادگیری ۲ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (انصاری و همکاران، ۱۴۰۰).

وجود کودک دارای اختلال یادگیری در خانواده، اغلب کارکرد آن خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و باعث ایجاد استرس به ویژه در مادران می شود. مادران بیشتر از پدران تحت تاثیر شرایط نا مطلوب فرزند قرار می گیرند و از نظر سلامت روانی هزینه ی بالاتری متحمل می شوند (بالبو و بولانو^{۱۳۸}، ۲۰۲۴). گاهی احساس گناه، بی ارزشی، شرم و گناه باعث می شود بعضی از والدین، اختلال

137 Specific learning disorder

138 Balbo & Bolano

یادگیری دچار بد رفتاری هایی نیز هستند، محققین به این سمت هدایت می شوند که بین سوء رفتار والدین و بد رفتاری های این گروه از کودکان رابطه وجود دارد (فرهادپور و همکاران، ۱۴۰۱). این بدان معنی است که خانواده به خصوص رفتار مادران به عنوان مراقب اصلی، نقش مهمی در بروز مشکلات رفتاری در این کودکان دارد. با توجه به اینکه مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، از سلامت روانی-اجتماعی کمتری برخوردار هستند و افسردگی و اضطراب بیشتری را نشان می دهند (ژانگ^{۱۴} و ونگ^{۱۴}، ۲۰۲۰)، این چرخه معیوب تاثیر گذاری منفی کودک بر مادر و به عکس ادامه می یابد. با ظهور روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت، مفهوم کیفیت زندگی از حالت سنتی خود فراتر رفته است. این رویکردها بر اهمیت ابعاد مختلف سلامت، از جمله سلامت روان و اجتماعی، تاکید دارند. پژوهشگران این حوزه معتقدند که کیفیت زندگی مطلوب، ترکیبی از سلامت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی، معنوی و شغلی است. بهزیستی روانشناختی قابلیت ارتباط هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است (چلان، ۲۰۱۰). زیرکی و وگل^{۱۳}، ۲۰۱۰. و از دو جنبه اصلی تشکیل شده است، بعد شناختی: این بعد به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان مربوط می شود. بعد عاطفی: این بعد به احساسات و عواطف افراد مربوط می شود. داشتن احساسات مثبت مانند شادی، لذت و رضایت، و کاهش احساسات منفی مانند غم، خشم و اضطراب، از ویژگی های مهم بعد عاطفی بهزیستی هستند. هر دو بعد شناختی و عاطفی بهزیستی، به هم مرتبط هستند. بدین ترتیب، فردی که احساسات مثبت بیشتری دارد، معمولاً ارزیابی مثبت تری از زندگی خود دارد. اما این رابطه همیشه قوی نیست و میزان همبستگی بین این دو بعد می تواند از ۱۰٪ تا ۸۰٪ متغیر باشد. مفهوم بهزیستی روانشناختی، بسیار فراتر از نبود بیماری روانی است. می توان گفت به معنای داشتن یک زندگی پویا، تعاملات اجتماعی سالم، رشد شخصی و توانایی مقابله با چالش های زندگی است. عوامل تنش زا که می توانند از محیط بیرون یا درون فرد نشأت بگیرند، تهدیدی جدی برای سلامت و تندرستی انسان محسوب می شوند. ویژگی های شخصیتی در کنار عواملی چون هوش هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، ذهن آگاهی و ... زمینه ساز بهزیستی روانشناختی در والدین هستند. راضی و جلالی^{۱۴}، ۱۴۰۱، در پژوهش خود به رابطه بین ویژگی های شخصیتی و عملکرد خانواده اشاره کرده اند. نتایج پژوهش جوادیان و همکاران^{۱۴}، ۱۴۰۱، نشان دهنده ی این است که رابطه غیر مستقیم و معناداری بین صفات شخصیت و بهزیستی روانشناختی وجود دارد. زرگر خرازی اصفهانی^{۱۴}، ۱۴۰۰، در پژوهشی که بر روی ۵۷ بزرگسال ۲۲ تا ۶۵

یادگیری کودکانشان را همانند یک راز مخفی نگه دارند (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۸). مادران این کودکان تمایل دارند خود را سرزنش کنند و واکنش هایی مانند خشم، احساس گناه، عدم تحمل کودک، انکار، طرد کردن کودک، یا حمایت افراطی وی و .. را نشان دهند (حبیبی و کلیسر، ۱۳۹۹). اختلال یادگیری نه تنها بر سلامت فردی که مستقیماً در آن شرایط قرار دارد اثرگذار است، بلکه تاثیرات مهمی بر سلامت سایر اعضای خانواده نیز دارد (بالبو و بولانو، ۲۰۲۳). از سویی دیگر رابطه ی مادر و کودک از مهم ترین موضوعات روان شناسی است که وجود اختلال یادگیری کودک در صورت عدم توانایی مادر در مدیریت هیجان های منفی و بی توجهی به بهزیستی روانشناختی، می تواند منجر به نتایج منفی پایداری شود (متین و همکاران، ۱۳۹۷).

بهزیستی روانشناختی نقش مهمی در کاهش متغیرهای روانشناختی منفی دارد (پور طالب، پورطالب و آرمون، ۱۴۰۰). همچنین قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب را فراهم می کند (چلان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰).

ویژگی های شخصیتی همواره در پیش بینی رفتارهای افراد تاثیر دارد و می تواند در سایر جنبه های رفتاری موثر باشد (نعیمی نظام آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). عوامل روانشناختی موجب می شوند تا افراد توانایی تصمیم گیری بالاتری داشته باشند و در مواقع خاص تصمیم های بهتری را اتخاذ کنند و از بهزیستی روانشناختی بهتری برخوردار باشند (نعیمی نظام آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش ها رابطه ی معناداری را بین بهزیستی روانشناختی و ویژگی های شخصیتی افراد نشان می دهند (قیصری و همکاران، ۱۴۰۱). تمامی پنج عامل شخصیت به شکل قابل توجهی با ادراک فرد از رویدادهای استرس زا مرتبط هستند (جینگ لو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲). در فرهنگ ها و جوامع مختلف واکنش والدین به ویژه مادران نسبت به اختلال یادگیری کودکان متفاوت است. مادران اولین افرادی هستند که به صورت مستقیم با کودک در ارتباط هستند و دچار ناکامی، بی ارزشی، اندوه و ... شده و سلامت روانی آنها به خطر می افتد و این موضوع می تواند در درمان و سلامت روان کودک نیز تاثیر متقابلی داشته باشد (متین و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع می توان گفت در یک ارتباط دو سویه، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بر بهزیستی روانشناختی مادران تاثیر منفی خواهند داشت و مادران، اضطراب و فشار روانی زیادی را متحمل می شوند، در نتیجه زمینه برای بروز مشکلات اضطرابی و ... فراهم می گردد (حبیبی و امانی، ۱۳۹۹). این شرایط به نوبه خود بر عملکرد کودک نیز تاثیر گذار است. مسئولیت والدین ارائه ی ابزار اجتماعی و احساسی مورد نیاز کودک دارای اختلال یادگیری است تا بتواند بر این چالش غلبه کند. با توجه به این که کودکان دارای اختلال

141 Zhang

142 Wang

143 Chlan, K. M., Zebracki, K., & Vogel, L.C.

139 Chlan

140 Jing Luo

سال انجام داده است، رابطه ی معناداری بین بهزیستی روانشناختی و ویژگی های شخصیتی گزارش کرده است. همچنین اگو، امدی و آنائیل^{۱۴۴} (۲۰۲۴)، جینگ یان^{۱۴۵} و همکاران (۲۰۲۴)، پراسیتیانینگرام^{۱۴۶} و همکاران (۲۰۲۴)، چوکو و امکا^{۱۴۷} و ابیوها^{۱۴۸} (۲۰۲۴)، به رابطه ی بین بهزیستی روانشناختی و ویژگی های شخصیتی اشاره کرده اند. جوشنلو (۲۰۲۳)، یک نمونه آمریکایی را طی یک دوره ی تقریباً دو دهه مورد بررسی قرار داده است. نتایج ارتباط بین بهزیستی روانشناختی و وظیفه شناسی را به عنوان یکی از ویژگی های شخصیتی معنادار گزارش کرده است. همچنین روابط متقابلی بین گشودگی و برون گرایی و بهزیستی روانشناختی گزارش شده است. بین ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده نیز رابطه معناداری وجود دارد (کاید^{۱۴۹} و کاظمیان مقدم^{۱۵۰}، ۲۰۲۱). مازومدر^{۱۵۱} و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهش خود با عنوان بهزیستی روانشناختی مادران هندی در طول پاندمی کووید ۱۹، گزارش کرده است که شفقت بیشتر به خود، استرس کمتر والدین و انعطاف پذیری روانی بیشتر با بهزیستی روانشناختی مرتبط است.

بنابر آنچه گفته شد، بهزیستی روانشناختی عامل مهمی در تمامی ابعاد زندگی انسان است، در نتیجه پرداختن به عواملی که می توانند در رشد و ارتقاء آن سهم باشند اهمیت دارد. نتایج پژوهش ها به ارتباط ویژگی های روانشناختی با بهزیستی روانشناختی اشاره کرده اند. با توجه به اینکه پژوهشی در ارتباط با پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در جامعه ی مورد مطالعه ی ما یعنی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری انجام نشده است به همین جهت پژوهش حاضر با هدف بررسی عمیق تر و پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس متغیرهای ذکر شده در شهر کرج انجام شده است تا بتواند به سایر شهرها و بررسی سایر متغیرهای دخیل در بهزیستی روانشناختی مادران این دانش آموزان تعمیم داده شده و در زمینه ی پیشگیری و ارتقاء سلامت روان جامعه، گامی موثر باشد.

۱-۱. اهداف پژوهش

پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری

۱-۲. فرضیه های پژوهش

بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری پیش بینی می شود.

- | | |
|-----|---------------------------|
| 144 | AGU, AMADI & ANAELE |
| 145 | Jing An |
| 146 | Prasetyaningrum |
| 147 | Nkechi Angela Chukwuemeka |
| 148 | Chidiebere Wisdom Obioha |
| 149 | Kayed |
| 150 | Kazemian Moghadam |
| 151 | Mazumdar |

۲. روش

۱-۲. جامعه، نمونه و روش اجرا
پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه ی مورد مطالعه در این پژوهش، مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مقطع ابتدایی شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ می باشند. به دلیل عدم دسترسی به تعداد دقیق جامعه آماری مورد نظر، جهت تعیین حجم نمونه از فرمول پلنت ($N \geq 8k + 50$) استفاده شده است، که در آن K تعداد متغیر پیش بین و N حداقل حجم نمونه را مشخص می کند. با توجه به مولفه های متغیرهای پیش بین (۵ مولفه مربوط به راهبردهای مقابله ای و ۵ مولفه مربوط به ویژگی های شخصیتی)، در این پژوهش ۱۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب و نمونه گیری به روش غیر تصادفی از نوع در دسترس انجام شده است.

۳. شیوه اجرای پژوهش

پس از دریافت مجوزهای مورد نظر از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، جهت مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری مورد نظر، جهت جمع آوری داده های مورد نیاز، پرسشنامه ها به دو صورت کاغذی و آنلاین (تهیه شده با پرس لاین) آماده شد. پس از مراجعه به مراکز خصوصی اختلالات یادگیری (کلینیک آینده، کلینیک فرا ذهن) و شناسایی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری (خواندن، نوشتن، ریاضی)، بر اساس اصل احترام به حقوق انسان ها، هدف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیحات داده شد و با رعایت نکات مربوط به اصل رازداری، حفظ حریم خصوصی شرکت کنندگان و با رضایت کامل و آگاهانه ی مادران، مطابق با شرایط و آسودگی آن ها، پرسشنامه ی کاغذی و یا آنلاین جهت پاسخگویی در اختیارشان قرار گرفت. با حذف تعداد ۱۰ پرسشنامه ی مخدوش، و ادامه روند نمونه گیری، در نهایت تعداد ۱۳۰ پرسشنامه (آنلاین و کاغذی) جهت انجام مراحل تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

۱-۳. ملاحظات اخلاقی

توجه به هدف اصلی پژوهش یعنی ارتقاء سلامت انسان ها همراه با احترام به حقوق و کرامت آن ها.

ارائه ی توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش به مادران

تکمیل رضایت نامه ی کتبی آگاهانه توسط مادران رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات خصوصی و شخصی شرکت کنندگان.

جهت احترام به حریم شخصی شرکت کنندگان و ناشناس ماندن آن ها، پرسشنامه ها بدون درج نام، نشانی و مشخصات شخصی به شرکت کنندگان ارائه شد.

هیچ یک از اطلاعات جمع آوری شده بایگانی نشدند و هیچ یک از شرکت کنندگان در پژوهش در معرض هیچگونه ضرر و صدمه

ی جسمانی و روانی قرار نگرفتند.

۴. ابزارهای پژوهش

۱-۴. پرسشنامه ی بهزیستی روانشناختی^{۱۵۲} ریف^{۱۵۳} (فرم بلند) این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی و تدوین شده است. در این پژوهش بر اساس پیشنهاد ریف به محققین از فرم ۸۴ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۶ خرده مقیاس است که شامل: پذیرش خود، خودمختاری، زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی و تسلط بر محیط می باشد. مولفه های پرسشنامه شامل: زیر مقیاس پذیرش خود (۶-۱۲-۱۸-۲۴-۳۰-۳۶-۴۲-۴۸-۵۴-۶۰-۶۶-۷۲-۷۸-۸۴)، زیر مقیاس روابط مثبت با دیگران (۱-۷-۱۳-۱۹-۲۵-۳۱-۳۷-۴۳-۴۹-۵۵-۶۱-۶۷-۷۳-۷۹)، زیر مقیاس خودمختاری (۲-۸-۱۴-۲۰-۲۶-۳۲-۳۸-۴۴-۵۰-۵۶-۶۲-۶۸-۷۴-۸۰)، زیر مقیاس تسلط بر محیط (۳-۹-۱۵-۲۱-۲۷-۳۳-۳۹-۴۵-۵۱-۵۷-۶۳-۶۹-۷۵-۸۱)، زیر مقیاس زندگی هدفمند (۵-۱۱-۱۷-۲۳-۲۹-۳۵-۴۱-۴۷-۵۳-۵۹-۶۵-۷۱-۷۷-۸۳)، زیر مقیاس رشد فردی (۴-۱۰-۱۶-۲۲-۲۸-۳۴-۴۰-۴۶-۵۲-۵۸-۶۴-۷۰-۷۶-۸۲) می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم)، مشخص می شود. ۴۷ سوال این پرسشنامه به صورت مستقیم و ۳۷ سوال دیگر به صورت معکوس نمره گذاری می شود. جهت تحلیل پرسشنامه، برای محاسبه ی پایایی این مقیاس، از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده شده است. در تعیین پایایی به روش بازآزمایی، ضریب پایایی ۰/۸۲، برای کل مقیاس و برای خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ضرایب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمده است. جهت تعیین همسانی درونی، روش آلفای کرونباخ به کار برده شده است که ضرایب آلفای ۰/۸۹ به دست آمده است. این ضرایب برای خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۶، ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۵۷ و ۰/۷۶ بوده است. افزون بر آن ضریب همبستگی ساده میان تک تک گویه های آزمون با نمره کل نیز محاسبه گردیده است که دامنه ضرایب همبستگی از (۰/۳۲-) برای گویه ۶۵ تا (۰/۶۳+) برای گویه ۸۴ به دست آمده است (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). ابوت و همکاران (۲۰۰۶)، پایایی این آزمون را ۰/۸۲ گزارش کرده اند. روایی آزمون به کمک روش روایی سازه، با اجرای مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^{۱۵۴} (۱۹۶۵) و همبستگی خرده مقیاس ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه گردیده است. همبستگی بین مقیاس

152 Ryff's scale of psychological well-being
153 Ryff
154 Rosenberg

بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^{۱۵۵} و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آمده است. همبستگی درونی نمرات مقیاس های بهزیستی روانشناختی با یکدیگر و با کل مقیاس، از نظر آماری ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار هستند (دینر^{۱۵۶} و همکاران، ۱۹۸۵، آرگایل^{۱۵۷} و همکاران، ۱۹۸۹).

۲-۴. پرسشنامه ویژگی های شخصیتی نئو (فرم کوتاه)^{۱۵۸} این پرسشنامه توسط کاستا^{۱۵۹} و مک کری^{۱۶۰} در سال ۱۹۸۵ تهیه شده است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). و برای افراد بالای ۱۷ سال مورد استفاده قرار می گیرد. در ایران توسط گروسی (۱۳۸۰) ترجمه، هنجار یابی و اجرا شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه، دارای ۶۰ سوال است. مقیاس های این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردارند و همبستگی بین مقیاس ها زیاد است. (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). در این آزمون ۵ عامل شخصیت مورد ارزیابی قرار می گیرد و در هر مولفه ی شخصیتی ۶ ویژگی رفتاری بررسی می شود: ۱- روان رنجوری^{۱۶۱} (۵۶-۵۱-۴۶-۴۱-۳۶-۳۱-۲۶-۲۱-۱۶-۱۱-۶-۱)، در این عامل شخصیتی، بر اساس ارزیابی شش ویژگی رفتاری زیر، توانایی افراد در تحمل عوامل و محرک های تنش زا بررسی می گردد. (اضطراب^{۱۶۲} - خشم و کینه^{۱۶۳} - افسردگی^{۱۶۴} - هوشیاری به خویشتن^{۱۶۵} - تکانشوری^{۱۶۶} - آسیب پذیری به استرس^{۱۶۷})، ۲- برون گرایی^{۱۶۸} (۵۷-۵۲-۴۷-۴۲-۳۷-۳۲-۲۷-۱۲-۷-۲)، در این عامل شخصیتی تست نئو، بر اساس ارزیابی شش ویژگی رفتاری زیر، به بررسی راحت بودن افراد در تعاملات و روابط اجتماعی پرداخته می شود. (صمیمیت^{۱۶۹} - جمع گرایی^{۱۷۰} - قاطعیت^{۱۷۱} - فعالیت (جنب و جوش)^{۱۷۲} - هیجان خواهی^{۱۷۳} - هیجانات مثبت^{۱۷۴})، ۳- گشودگی

- 155 The Oxford Happiness Inventory
- 156 Diener
- 157 Argyla
- 158 NEO- Five Factor Inventory
- 159 Costa
- 160 McCrae
- 161 Neuroticism
- 162 Anxiety
- 163 Anger
- 164 Depression
- 165 Self-consciousness
- 166 Impulsivity
- 167 Vulnerability to stress
- 168 Extraversion
- 169 Warmth
- 170 Gregariousness
- 171 Decisiveness
- 172 Activity
- 173 Sensation seeking
- 174 Positive emotions

یا انعطاف پذیری^{۱۷۵} (۵۸-۴۳-۳۸-۲۳-۱۸-۱۳-۸-۳)، در این عامل شخصیتی، بر اساس ارزیابی شش ویژگی رفتاری زیر، اشتیاق و علاقه افراد به تجربه ی پدیده ها و رویدادهای جدید مورد بررسی قرار می گیرد (تخیل^{۱۷۶} - زیبا شناسی^{۱۷۷} - احساسات^{۱۷۸} - کنش ها^{۱۷۹} - عقاید^{۱۸۰} - ارزش ها^{۱۸۱}). ۴- توافق پذیری^{۱۸۲} (۹-۱۴-۱۹-۲۴-۲۹-۳۴-۳۹-۴۴-۴۹-۵۴) دیگر بعد شخصیتی تست نئو، سازش پذیری یا توافق پذیری است. در این مولفه شخصیتی، با ارزیابی ۶ ویژگی رفتاری زیر، میزان سازش پذیری افراد با دیگران بررسی می شود. (اعتماد^{۱۸۳} - صداقت^{۱۸۴} - همدردی^{۱۸۵} - تبعیت^{۱۸۶} - تواضع^{۱۸۷} - نرمش با دیگران^{۱۸۸}). ۴- وجدانی بودن^{۱۸۹} (۶۰-۵۵-۵۰-۴۵-۴۰-۳۵-۳۰-۲۵-۲۰-۱۵-۱۰-۵) آخرین عامل شخصیتی پرسشنامه ی نئو، وجدان گرایی و مسئولیت پذیری است. در این عامل شخصیتی به میزان مسئولیت پذیری و اطمینان پذیری افراد با بررسی ۶ ویژگی زیر پرداخته می شود. (شایستگی^{۱۹۰} - نظم^{۱۹۱} - وظیفه شناسی^{۱۹۲} - تلاش برای موفق شدن^{۱۹۳} - نظم درونی^{۱۹۴} - انعطاف پذیری^{۱۹۵}). برای تکمیل پرسشنامه ی نئو، لازم است پاسخ دهنده، هر سوال را خوانده و سپس پاسخ مورد نظرش را بر روی یک مقیاس نمره گذاری ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) انتخاب کند. در نمره گذاری فرم کوتاه این پرسشنامه برخی مواد، معکوس نمره گذاری می شود (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). پایایی این پرسشنامه از راه همسانی درونی (ضریب آلفا)، اعتبار بازآزمایی با فاصله ی زمانی کوتاه و مطالعات پایایی دراز مدت سنجیده شده است. طبق گزارشات راهنمای اجرای آزمون نئو-پی آی-۳^{۱۹۶} (مک کری و کاستا، ۲۰۱۰) همسانی درونی ابعاد ۵ عامل بزرگ شخصیتی عالی است و دامنه آن از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ است. همسانی درونی برای ابعاد عامل بزرگ شخصیت که در مورد نوجوانان اجرا شد، در دامنه ی ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ به دست آمد (کورتز^{۱۹۷} و پریش^{۱۹۸}، ۲۰۰۱). پایایی بلند مدت آن ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ بوده است (کاستا، مک کری و همکاران، ۲۰۰۶). در هنجاریابی آزمون نئو، با نمونه ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه های تبریز، شیراز و دانشگاه های علوم پزشکی این دو شهر انجام شد، ضریب همبستگی ۵ مولفه ی اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از مولفه های اصلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. آتش روز (۱۳۸۶) با روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت: روان آزردهی خویی، برون گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمد. کیامهر (۱۳۸۱) نیز به روش بازآزمایی، ضرایب پایایی ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ را به ترتیب برای عوامل پنجگانه مشخص کرده است.

۵. یافته ها

۵-۱. توصیف جمعیت شناختی

175	Openness
176	Fantasy
177	Aethetics
178	Emotions
179	Actions
180	Opinions
181	Liberal values
182	Agreeableness
183	The trust
184	Honesty
185	Sympathy
186	Compliance
187	Humility
188	Mercy
189	Conscientiousness
190	merit
191	discipline
192	conscientiousness
193	Strive for siccess
194	Follow up
195	flexibility
196	NEO-Pi-3
197	Kurtz
198	Parrish

از میان ۱۳۰ مادر مشارکت کننده، ۱۹٫۲ درصد به طبقه ی ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۸٫۵ درصد به طبقه ی ۳۰ تا ۳۵ سال، ۲۵٫۴ درصد به طبقه ی ۳۵ تا ۴۰ سال و ۲۶٫۹ درصد به طبقه ی ۴۰ تا ۴۷ سال تعلق دارند. همچنین از نظر سطح تحصیلات، ۱۰ درصد از شرکت کنندگان در گروه دیپلم، ۵۷٫۷ درصد در گروه کارشناسی، ۲۶٫۹ درصد در گروه کارشناسی ارشد و ۵٫۴ درصد در گروه دکتری قرار دارند.

۲-۵. بررسی پیش فرض های رگرسیون

جهت بررسی نمونه های پرت از نمودار جعبه ای استفاده شد، و هیچ نمونه پرتی مشاهده نشد سپس جهت بررسی توزیع داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۱، در تمامی متغیرهای پژوهش مفروضه نرمال بودن رعایت شده است و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش با سطح معنی داری ($p < 0/05$)، معنی دار می باشند. و مقدار Sig از مقدار خطای تحقیق بیشتر است. بنابر این فرض نرمال بودن داده ها تأیید می شود.

جدول شماره ۱- آزمون نرمال بودن (کولموگروف-اسمیرنوف) برای متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	سطح معنی داری
پذیرش خود	۰/۹۷۵	۰/۹۲۱
خودمختاری	۰/۹۰۹	۰/۱۲۹
تسلط بر محیط	۰/۹۸۰	۰/۹۶۹
رشد فردی	۰/۹۱۹	۰/۱۸۹
ارتباط مثبت با دیگران	۰/۹۴۰	۰/۳۸۰
هدفمندی در زندگی	۰/۹۳۷	۰/۳۴۳
بهزیستی روانشناختی	۰/۹۶۱	۰/۷۱۶
وجدان گرایی	۰/۹۲۴	۰/۲۲۳
توافق پذیری	۰/۹۴۵	۰/۴۵۰
تجربه پذیری	۰/۸۹۱	۰/۰۶۸
برون گرایی	۰/۹۲۷	۰/۲۴۳
روان رنجور خویی	۰/۹۱۵	۰/۱۵۹

۳-۵. بررسی وجود هم خطی از راه ضریب تحمل و عامل تورم واریانس

بر اساس جدول شماره ۲، مقدار عامل تورم واریانس برای تمام متغیرهای پیش بین، بین بازه ۱ تا ۱۰ قرار دارند. همچنین مقدار ضریب تحمل برای تمام متغیرها از مقدار ۰/۰۱ بیشتر است. بنابر این پیش فرض عدم خطی متغیر پیش بین رعایت شده است.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون هم خطی- بررسی وجود هم خطی از طریق ضریب تحمل تورم واریانس

شاخص متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس
وجدان گرایی	۰/۲۱۱	۴/۷۴۵
توافق پذیری	۰/۱۷۹	۵/۵۸۰
تجربه پذیری	۰/۲۱۰	۴/۷۷۲
برون گرایی	۰/۱۵۶	۴/۴۱۴
روان رنجور خویی	۰/۱۱۹	۵/۳۹۸

۴-۵. بررسی استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون^{۱۹۹}

نتایج جدول شماره ۳، نشان می دهد مقدار آماره دوربین-واتسون در دامنه ۱ تا ۲ قرار گرفته است و می توان گفت پیش فرض خطاها رعایت گشته است.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون دوربین-واتسون برای بررسی استقلال خطاهای متغیر پیش بین

مدل	MR	ضریب تعیین	R	خطای استاندارد برآورد	مقدار دوربین-واتسون
۱	۰/۸۴۹	۰/۷۲۱	۰/۷۰۹	۶۵/۴۸۳	۰/۶۸۴
۲	۰/۸۸۶	۰/۷۸۴	۰/۷۶۶	۵۸/۷۱۳	۱/۰۰۱

۵-۵. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۴، بین متغیر مستقل پژوهش (ویژگی های شخصیتی) و متغیر وابسته (بهزیستی روانشناختی) رابطه معنی داری وجود دارد، در نتیجه برای آزمون فرضیه های تحقیق می توان از آزمون رگرسیون چندگانه همزمان استفاده کرد.

جدول شماره ۴- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق

وجدان گرایی	دلپذیر بودن	تجربه پذیری	برون گرایی	روان رنجور خوبی	مساله مدار	هیجان مدار	جلب حمایت اجتماعی	مهار جسمانی	ارزیابی شناختی	روانشناختی
وجدان گرایی	۰/۸۳۸**	۰/۶۱۶**	۰/۴۶۳**	۰/۴۵۵**	۰/۴۷۵**	-۰/۵۹۹*	۰/۶۶۷**	-۰/۶۲۲**	۰/۸۳۲**	۰/۸۳۲**
دلپذیر بودن		۰/۶۵۲**	۰/۴۲۳**	۰/۴۹۲**	۰/۶۱۶**	-۰/۶۷۲**	۰/۷۰۵**	-۰/۶۸۱**	۰/۸۶۷**	۰/۸۰۵**
تجربه پذیری			۰/۵۹۲**	۰/۵۱۵**	۰/۵۰۵**	۰/۵۳۲**	-۰/۶۰۹**	۰/۶۷۴**	-۰/۶۲۹**	۰/۸۴۸**
برون گرایی				۰/۶۷۳**	۰/۴۶۸**	۰/۴۹۵**	۰/۵۹۳**	-۰/۶۶۸**	۰/۷۲۱**	-۰/۷۱۶**
روان رنجور خوبی					-۰/۸۳۹**	-۰/۴۸۶**	-۰/۵۲۵**	-۰/۵۹۲**	۰/۹۲۵**	-۰/۷۳۳**
بهزیستی روانشناختی										

** ۰/۰۱ < p

۵-۶ نتایج آمار استنباطی

فرضیه ۱: بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری پیش بینی می شود

جدول شماره ۵- نتایج ضریب همبستگی پیرسون

متغیر پیش بین: ویژگی های شخصیتی	R	سطح معنی داری	تعداد
وجدان گرایی	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱	۱۳۰
توافق پذیری	۰/۶۵۲	۰/۰۰۱	۱۳۰
تجربه پذیری	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۱۳۰
برون گرایی	۰/۶۷۳	۰/۰۰۱	۱۳۰
روان رنجور خوبی	-۰/۸۳۶	۰/۰۰۱	۱۳۰

طبق نتایج جدول فوق تمام ضرایب همبستگی بین ویژگی های شخصیتی با بهزیستی روانشناختی با سطح معنی داری ($p < ۰/۰۰۱$)، معنی دار هستند. یعنی بین وجدان گرایی، توافق پذیری، تجربه پذیری و برون گرایی با بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری رابطه ی معنی دار و مستقیم وجود دارد. اما متغیر روان رنجور خوبی با بهزیستی روانشناختی این گروه از مادران، رابطه ی معنی دار و معکوس دارد. در نتیجه با توجه به تایید پیش فرض های رگرسیون می توان از رگرسیون همزمان استفاده کرد.

جدول شماره ۶- ضرایب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش بین ویژگی های شخصیتی با بهزیستی روانشناختی

متغیرهای پیش بین	R	ضریب تعیین	F	p-	β	t	p-
------------------	---	------------	---	----	---------	---	----

روانشناختی تبیین می شود.

۷. نتیجه گیری

بر اساس نتایج این تحقیق می توان گفت عوامل روانشناختی مختلفی در کنار هم بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان با اختلال یادگیری تأثیر می گذارند. مادرانی که ویژگی های شخصیتی سازگارانه تری دارند، بهزیستی روانشناختی بالاتری را تجربه می کنند. این پژوهش با شناسایی عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری، می تواند به بهبود کیفیت زندگی این مادران کمک کند. مادرانی که وجدان گرایی بالاتری دارند، بهزیستی آن ها را افزایش می دهد. در مقابل، مادرانی که روان رنجورخویی بالاتری دارند، می تواند منجر به کاهش بیشتر بهزیستی آن ها شود و یک چرخه معیوب ایجاد کند. این پژوهش گامی مهم در جهت درک بهتر تجربه های روانشناختی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری است. با این حال برای ارائه یک تصویر کامل تر از این موضوع، نیازمند پژوهش های بیشتر با نمونه هایی بزرگ تر است.

۸. محدودیت های پژوهش

عدم همکاری آموزش و پرورش در مراجعه به مراکز درمانی اختلالات یادگیری آن وزارت خانه

عدم همکاری برخی مراکز خصوصی اختلالات یادگیری علی رغم موافقت اولیه ای که اعلام کرده بودند.

پیشنهادهای کاربردی

لزوم توجه به توانمندسازی روانشناختی مادران در پروسه ی درمان کودکان دارای اختلال یادگیری

برگزاری کلاس ها و دوره های آموزشی جهت آگاهی مادران و بهبود رابطه ی مادر - کودک که موجب رشد سلامت روانی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و کودکانشان خواهد شد.

انجام آزمون بهزیستی روانشناختی و نئو توسط مادران پیش از آغاز پروسه درمان کودکان دارای اختلال یادگیری جهت شناسایی مشکلات مربوطه و مداخله ی درمانی برای مادران در راستای درمان کودکانشان

۹. پیشنهاد نظری

بررسی تاثیر سایر عوامل مانند سبک فرزند پروری، سطح آگاهی والدین درباره اختلال یادگیری بر بهزیستی روانشناختی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری

انجام پژوهش های مداخله ای طولانی مدت که می تواند به ارزیابی اثربخشی مداخلات مختلف در جهت افزایش بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری کمک کنند. بررسی عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مقاطع تحصیلی متوسطه اول و دوم

مقایسه ی بهزیستی روانشناختی مادران دارای اختلال یادگیری در

۰/۰۴۶	۳/۱۶۴	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱	۶۳/۹۳۵
۰/۵۶۷	۰/۵۷۴	۰/۰۶۱		
۰/۶۳۰	-۰/۴۸۳	-۰/۰۴۸		
۰/۶۹۹	۰/۳۸۸	۰/۰۴۶		
۰/۰۰۱	-۱۰/۴۵۵	-۰/۷۲۲		

همان طور که در جدول شماره ۶ مشخص است، رگرسیون پیش بینی خطی ویژگی های شخصیتی، برای بهزیستی روانشناختی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری با $R^2 = ۰/۸۴$ و $MR = ۰/۷۲$ و F رگرسیون (۶۳/۹۳۵) در سطح معنی داری $p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۱$ معنی دار است. بنابر این می توان گفت که ۷۲/۰ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری بوسیله متغیر پیش بین ویژگی های شخصیتی قابل تبیین است. البته با توجه به نتایج β در جدول فوق، فقط متغیرهای وجدان گرایی با ضریب $\beta = ۰/۲۱۸$ و روان رنجورخویی با ضریب $\beta = -۰/۷۲۲$ بعنوان متغیرهای پیش بین معنی دار هستند.

۶. بحث

فرضیه: بهزیستی روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیتی در مادران دانش آموزان دارای اختلال یادگیری پیش بینی می شود. بر اساس نتایج، مادرانی که وجدان گرایی بالاتری دارند، تمایل بیشتری به نظم و مسئولیت پذیری دارند و نسبت به تعهدات خود پایبند تر هستند. این ویژگی ها می تواند به مادران کمک کند تا با چالش های فرزند پروری، به ویژه در مورد فرزندان دارای اختلال یادگیری، بهتر کنار بیایند و در نتیجه بهزیستی روانشناختی بالاتری داشته باشند. همچنین مادرانی که سطح روان رنجورخویی بالاتری دارند، غالباً حساسیت بیشتری نسبت به استرس و نگرانی دارند و بیشتر به نوسانات خلقی دچار می شوند. این ویژگی ها می تواند باعث کاهش بهزیستی روانشناختی در مادران به خصوص دانش آموزان دارای اختلال یادگیری شود. نتایج پژوهش نشان می دهد که تأثیر روان رنجورخویی بر کاهش بهزیستی روانشناختی مادران بیشتر از تأثیر مثبت وجدان گرایی بر افزایش آن است. که نشان می دهد وجود چالش هایی مانند اختلال یادگیری در فرزند، می تواند تأثیر منفی روان رنجورخویی را تشدید کند. ویژگی های شخصیتی، به ویژه وجدان گرایی و روان رنجورخویی، نقش مهمی در تعیین سطح بهزیستی روانشناختی این گروه از مادران ایفا می کنند. با در نظر گرفتن این یافته ها، می توان برنامه های حمایتی مؤثرتری را برای این مادران طراحی کرد و به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کرد. یافته های این فرضیه با پژوهش های حیدری و همکاران (۱۴۰۲)، جوادیان و همکاران (۱۴۰۱)، و در پژوهش های انجام شده در خارج از کشور، مرورو و بانکو (۲۰۱۹)، همسو است و رابطه ی معناداری بین ویژگی های شخصیتی و بهزیستی

دو گروه دختران و پسران

فهرست منابع

منابع فارسی

- آتش روز، بهروز؛ پاکدامن، شهلا؛ عسگری، علی (۱۳۸۶). پیش بینی پیشرفت تحصیلی از طریق دلبستگی و صفات پنج گانه شخصیتی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. ##
- انصاری اردلی، سجاده؛ حاجی حسینی دره شوری، کرامت؛ حاجی حسینی دره شوری، پیمان؛ حاجی حسینی دره شوری، کامران (۱۴۰۰). بررسی اختلال های یادگیری و میزان شیوع آن در بی ن دانش آموزان. مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش. دوره ۴، شماره ۳۴، ص ۳۴-۴۴ ##
- بیانی، علی اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به زیستی روانشناختی ریف، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲(۴): ۱۵۱-۱۴۶ ##
- پور طالب، نرگس؛ پور طالب، سکینه؛ آرمون، سعید (۱۴۰۰). پیش بینی بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه بر اساس میزان کمال طلبی و امید به زندگی آنان. نشریه رویش روانشناسی. دوره ۹، شماره ۱۰، ص ۱۳۵-۱۲۵ ##
- پرهون، کمال؛ علیزاده، هادی؛ حسن آبادی، حمید رضا؛ امرایی، کوروش (۱۴۰۱). بررسی نیمرخ حرکتی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه و مشکل یادگیری. نشریه پرستاری کودکان. دوره ۸، شماره ۴، ص ۵۱-۶۱ ##
- جلالیان، محمد و شهودی، هانیه، ۱۴۰۲، تاثیر راهبردهای مقابله ای بر بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی دانش آموزان با نقش میانجی تاب آوری، چهارمین کنفرانس بین المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پرورش، <https://civilica.com/doc/1932105> ##
- جوادیان، بهمن؛ مهدوی مطلق، بهرام؛ دانایی، احسان؛ وجدانی فر، حکیمه؛ عدالتی نسب، سید علی (۱۴۰۱). بررسی رابطه صفات شخصیت و بهزیست روان شناختی با کیفیت زندگی کاری از طریق میانجی گری حمایت ادراک شده در آموزگاران و دبیران شهرستان بویراحد. فصلنامه مدیریت نوآوری و رفتار سازمانی. سال دوم. شماره ۴۳-۲۳ ##
- حیدری مشهور، فاطمه؛ حسینی، سعید هسادات؛ افشاری نیا، کرمی؛ عارفی، مهنار (۱۴۰۲). مدل یابی عوامل فردی، آموزشی و خارجی موثر بر بهزیستی روانشناختی در کودکان با نقش میانجی آموزش رسانه ای مهارت های زندگی. فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده درمانی کاربردی. دوره ۴، شماره ۳، ص ۳-۲۴ ##
- حق شناس، لیلا؛ علی اکبری دهکردی، مهنار (۱۳۹۹). بررسی نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای در پیش بینی بهزیستی روان شناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۰(۸) ##
- حبیبی، کلیر؛ امانی، حبیب (۱۳۹۹). تجربه زیسته مادران دارای کودک با اختلال یادگیری ویژه: یک مطالعه پدیدار شناختی. تعلیم و تربیت استثنایی. دوره ۲۰، شماره ۱، پیاپی ۱۵۹، ص ۹-۱۸ ##
- راضی، لیلا؛ جلالی، داریوش (۱۴۰۱). نقش میانجی راهبردهای مقابله ای در رابطه بین ویژگی ای شخصیتی و عملکرد خانواده با ادراک از بیماری در بیماران مولتیپل اسکلروزیس. نشریه روان شناسی سلامت. شماره ۴۲/ الف/ ## 131-148 ISC
- زرگر خرازی اصفهانی، احسان؛ عابدی، محمدرضا؛ نامدارپور، فهیمه (۱۴۰۲). نقش صفات شخصیتی و روایان خاص زندگی در بهزیستی روان شناختی، انطباق پذیری شغلی، هوش هیجانی و مولد بودن در بزرگسالان ایرانی ۲۲ تا ۶۵ ساله طی سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۹. مجله تحقیقات نظام سلامت. سال ۱۹، شماره ۱. ۶۱-۷ ##
- زارع، زهرا؛ قلعه نویی، مینا؛ مهدوی فر، ندا؛ زارع، نفیسه؛ اعتمادی، ساجده (۱۴۰۰). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله ای و بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در دوران پاندمی کووید ۱۹. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. دوره ۲۸، شماره ۵، ص ۶۵۰-۶۶۲ ##
- سدیدی، محسن؛ یمینی، محمد (۱۳۹۷). پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس راهبردهای مقابله ای و ناگویی هیجانی. مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا(س). دوره ۱۴، شماره ۲، ص ۱۴۲-۱۲۵ ##
- شهابی فام، لیلا؛ لطفی نیا، حسین (۱۴۰۱). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تبریز. پژوهش های نوین روانشناختی. دوره ۱۷، شماره ۶۵. ۱۷۵-۱۸۱ ##
- شیرزاد؛ سپیده؛ کوشکی، شیرین؛ فرزاد، ولی اله؛ قنبری پور، افسانه. مدل ساختاری سرمایه روانشناختی بر اساس ویژگی های شخصیت روان رنجورخویی، انعطاف پذیری و توافق پذیری با نقش واسطه ای راهبرد مقابله ای مساله مدار (۱۳۹۹). فصلنامه ی پژوهش های نوین روانشناختی. سال ۱۵، شماره ۵۸. صفحه ۱۸۵-۱۷۰ ##

عباسی می آبادی، شیماء؛ مصطفائی، شادی؛ اسدی، ایوب؛ عسگری، محمد (۱۳۹۸). بهزیستی روانشناختی و راهبرهای مقابله ای در دانشجویان خوابگاهی و غیر خوابگاهی دانشگاه ملایر. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی. سال دوم. شماره ۲۲. ##۵۴-۶۴.

عینی، سارا؛ هاشمی، زهره؛ عبادی کسبخی، متینه (۱۳۹۹). بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: نقش سر سختی روانشناختی، حس انسجام و راهبردهای مقابله ای. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت. دوره ۹، شماره ۲، ص ۱۳۶-۱۲۱ ##
عباسی می آبادی، شیماء؛ مصطفائی، شادی؛ اسدی، ایوب؛ عسگری، محمد (۱۳۹۸). بهزیستی روانشناختی و راهبرهای مقابله ای در دانشجویان خوابگاهی و غیر خوابگاهی دانشگاه ملایر. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی. سال دوم. شماره ۲۲. ##۵۴-۶۴.

فرهادپور، ریحانه؛ آزموده، معصومه؛ طباطبائی، سید محمود؛ حسینی نسب، سید داود (۱۴۰۱). مدل یابی احساس تنهایی مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری: بر اساس حمایت اجتماعی با نقش واسطه ای خودکارآمدی. مجله علمی پژوهان. دوره ۲۰. شماره ۲. ##۷۴-۷۹

قیصری، ملیحه؛ سروقد، سیروس؛ تجلی، فاطمه (۱۴۰۱). رابطه ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر شیراز، اولین همایش ملی روانشناسی و کیفیت زندگی، شیراز، ## <https://civilica.com/doc/1621188>

قیاسی، الهام (۱۳۹۹). بررسی رابطه ی سبک های مقابله با بهزیست روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی. مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش. سال سوم. شماره ۳۳. ۱۷۴-۱۶۴ ##
کیامهر، جواد؛ سلیمی زاده، محمد کاظم؛ دلاور، علی (۱۳۸۱). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نوین (NEO-FFI) و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تأییدی) در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. ##
گروسی فرشی، میر تقی؛ قاضی طباطبائی، محمود؛ مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۰). کاربرد آزمون جدید شخصیتی نئو (neo) و بررسی تحلیلی ویژگی ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه ها ایران. علوم انسانی دانشگاه الزهراء. شماره ۳۹. ۱۹۸۱۷۳ ## <https://ganj.irandoc.ac.ir>

متین، ح.؛ اخوان غلامی، م؛ واحدی، ص. (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. مجله ی ناتوانی یادگیری. شماره ۸، ص ۷۱-۸۹ ##
نعیمی نظام آباد، مهدی؛ وظیفه دوست، حسین؛ عبدالوند، محمد علی؛ خدایاری، بهناز (۱۴۰۰). بررسی نقش ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روان شناختی در رفتار اخلاقی افراد. دوره ۲۸، شماره ۵، ص ۷۲-۷۹ ##

منابع انگلیسی

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Seyed Mohammadi, Yahya. Fifth Edition ##
Balbo N., Bolano D. (2023). Child disability as a family issue: a study an mothers' and fathers' health in Italy. European journal of public healt. Vol. 34, No. 1, 79-84 ##
Bores B., Erika; Coral, Susana; Irtte E., Leire; Gordo C., Leire. (2023). Differences in perceived Social Support,

پیش بینی افکار پارانوئید براساس طرحواره های ناسازگار اولیه

زهرآ تفتیان

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

دکتر سیده زهرا سیدمیرزایی

استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

دکتر منوچهر لرنی

استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

Life Satisfaction and Psychological Well-Being in Parents and "Childfree" Individual. Faculty of Health Sciences, University of Deusto (Spain).295-299. ##

Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. J. Behav Med 1981; 4(2): 139-57.##

Chlan, K. M., Zebracki, K., & Vogel, L.C. (2010). Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Retrieved from: www.pubmed.com.##

Chlan, K. M., Zebracki, K., & Vogel, L.C. (2010). Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Retrieved from: www.pubmed.com.##

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (2010). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. Psychological Bulletin, 125, 276-302.##

Jing L., Bo Zh., Mengyang C., Brent W. R.(2022). The stressful personality: A meta-analytical review of the relation between personality and stress. Personality and social psychology review: an official journal of the society for personality and social psychology, Inc. DOI:10.1177/10888683221104002##

Jing A., Xuanyu z., Zhan s., Jinlong A.(2024). A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. BMC public health.24:94. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>##

Joshanloo M., Reciprocal relationship between personality traits and psychological well-being(2022).The British Psychological Society. Volume 114, Issue 1, pages 54-69. DOI: 10.1111/bjop.12596##

Kayed, H., Kazemian Moghadam, K.,(2021). Causal relationship between personality and psychological well-being with quality of working life through perceived social support in nurses. Journal of fundamentals of mental health. 23(6). 433-442##

Mazumdar K.,Sen I., Gupta P., Parekh S.(2021). Psychological well-being of Indian mothers during the COVID-19 pandemic. International perspectives in psychology. 10(3). 155-162##

Nkechi A. CH., Chidiebere W.O.(2024). Emotion regulation strategies on psychological distress and psychological well-being of caregivers of mentally challenged children: moderating role of social support. National Library of Medicine. 29(1),79-91.##

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 6(57). 1069-xx##

Prediction of Paranoid Thoughts Based on Early Maladaptive Schemas

Zahra Taftian

Master's Student in Personality Psychology, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, Iran

Seyedeh Zahra Seyedmirzaei

Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, Iran

Manouchehr Larni

Assistant Professor of Educational Management, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, Iran

Abstract:

Paranoid thoughts, as one of the prominent features of psychotic disorders and certain personality disorders, are characterized by intense suspicion, threatening interpretations of others' behavior, and a negative worldview. These thoughts can significantly disrupt an individual's psychological, social, and emotional functioning. The present study, using a review method, aims to examine the predictability of paranoid thoughts based on early maladaptive schemas. The findings reviewed in this article indicate that the activation of early maladaptive schemas can lead to distorted cognitive processing, perceptual biases, and the formation of hostile attitudes toward others, ultimately resulting in paranoid thinking. From a clinical perspective, identifying the schemas most strongly associated with paranoid thoughts can greatly contribute to the development of targeted therapeutic interventions, particularly within the framework of schema therapy. Moreover, by addressing the role of biological, psychological, social, and cultural factors in the development of paranoid thoughts, this article provides a multidimensional perspective on the phenomenon and emphasizes the importance of examining it within the contextual background of each individual. Overall, the results of previous studies underscore the hypothesis that early maladaptive schemas can serve as meaningful predictors of paranoid thoughts, and modifying these schemas may play an effective role in reducing extreme distrust and enhancing mental health. The statistical population in this study was students of Karaj Azad University and the sample size was 435 students. Sampling was conducted using Green's Paranoid Thoughts Questionnaire and Young's Short Form Schema Questionnaire. The findings using SPSS and SMART PLS software showed that early maladaptive schemas have a significant and positive effect on predicting paranoid thoughts.

Keywords: *Paranoia, Paranoid Thoughts, Early Maladaptive Schemas, impaired autonomy and functioning, impaired constraints, orientation, hypervigilance and inhibition*

چکیده:

افکار پارانوئید، به عنوان یکی از ویژگی های بارز اختلالات روان پریشانه و برخی اختلالات شخصیت، با سوء ظن شدید، تفسیرهای تهدیدآمیز از رفتار دیگران و نگرش منفی نسبت به جهان پیرامون همراه هستند. این افکار می توانند به شکل چشمگیری عملکرد روانی، اجتماعی و هیجانی افراد را مختل سازند. پژوهش حاضر، با روش مروری و با هدف بررسی پیش بینی پذیری افکار پارانوئید بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه انجام شده است. یافته های مرور شده در این مقاله نشان می دهند که فعال سازی طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند به پردازش های شناختی تحریف شده، سوگیری های ادراکی، و شکل گیری نگرش های خصمانه نسبت به دیگران منجر شود که در نهایت به افکار پارانوئید می انجامند. از منظر بالینی، شناسایی طرحواره هایی که بیشترین ارتباط را با افکار پارانوئید دارند، می تواند به تدوین مداخلات درمانی هدفمند، به ویژه در قالب طرحواره درمانی، کمک شایانی نماید. افزون بر این، این مقاله با پرداختن به نقش عوامل زیستی، روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی در تکوین افکار پارانوئید، نگاهی چندبعدی به این پدیده ارائه می دهد و بر اهمیت بررسی آن در بستر زمینه ای هر فرد تأکید می کند. در مجموع، نتایج مرور مطالعات پیشین بر این فرض تأکید دارند که طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند پیش بینی کننده معناداری برای افکار پارانوئید باشند و اصلاح این طرحواره ها ممکن است نقش مؤثری در

کاهش بدبینی های افراطی و ارتقای سلامت روان ایفا نماید. جامعه آماری در این پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد کرج و حجم نمونه ۴۳۵ نفر از دانشجویان بودند که با استفاده از پرسشنامه های افکار پارانوئیدی گرین و پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ نمونه گیری انجام شد و توسط نرم افزارهای SPSS و SMART PLS یافته ها نشان دادند که طرحواره های ناسازگار اولیه بر پیش بینی افکار پارانوئید تأثیر معنادار و مثبت دارد.

کلمات کلیدی: پارانوئید، افکار پارانوئید، طرحواره های ناسازگار اولیه، متغیر بریدگی و طرد، متغیر خودگردانی و عملکرد مختل، متغیر محدودیت های مختل، متغیر جهت مندی، متغیر گوش به زنگی بیش از حد و بازدارندگی

۱. مقدمه

افکار پارانوئید، به عنوان یکی از شاخص ترین ویژگی های اختلالات طیف سایکوتیک و نیز برخی اختلالات شخصیت، معمولاً با بی اعتمادی افراطی، تفسیر خصمانه از نیت دیگران و گرایش به مراقبت بیش از حد از خود همراه است (ایشیگاک و نیشیگوچی^{۲۰۰} ۲۰۲۴). این نوع افکار نه تنها موجب آسیب جدی به کیفیت روابط بین فردی می شوند، بلکه عملکرد فرد را در زمینه های مختلف زندگی، از جمله شغلی، تحصیلی و اجتماعی مختل می سازند (حسنوند و همکاران، ۱۴۰۰). از این رو، شناخت عوامل شناختی و روان شناختی مؤثر در شکل گیری و تداوم افکار پارانوئید، می تواند گامی مؤثر در راستای پیشگیری، تشخیص و درمان این نوع اختلالات تلقی شود. یکی از رویکردهای نوین در تبیین ریشه های روان شناختی افکار پارانوئید، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه است (بکسندل^{۲۰۱} و همکاران ۲۰۲۵). این نظریه، که در چارچوب مدل طرحواره درمانی توسط یانگ ارائه شده است، بر این اصل مبتنی است که تجارب ناکارآمد و آسیب زای دوران کودکی می توانند منجر به شکل گیری الگوهای شناختی پایداری شوند که در بزرگسالی نیز تداوم یافته و رفتار، افکار و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار می دهند (کرکوویچ^{۲۰۲} و همکاران ۲۰۱۸). این طرحواره ها در مواجهه با رویدادهای زندگی فعال شده و فرد را به سمت تفسیر تحریف شده از واقعیت سوق می دهند (استیلارتر^{۲۰۳} و همکاران ۲۰۲۳).

طرحواره های ناسازگار اولیه دربردارنده باورهای بنیادین درباره خود، دیگران و جهان هستند که عمدتاً در نتیجه ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اولیه شکل می گیرند (انگ^{۲۰۴} و همکاران ۲۰۲۵). این باورها شامل مضامینی چون بی اعتمادی، نقص و شرم، وابستگی،

محرومیت هیجانی، رهاشدگی و اطاعت افراطی هستند (سارینن^{۲۰۵} و همکاران ۲۰۲۰). از میان این موارد، به نظر می رسد برخی طرحواره ها به طور خاص با افکار پارانوئید هم پوشانی مفهومی و کارکردی دارند، به ویژه طرحواره بی اعتمادی/ بد رفتاری که فرد را نسبت به نیت دیگران بدبین می سازد و باعث می شود تعاملات روزمره نیز تهدیدآمیز ادراک شوند (دوستال و پیلکینگتون^{۲۰۶} ۲۰۲۳). در بسیاری از مطالعات تجربی، رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و انواع مختلف نابهنجاری های روانی بررسی شده است، اما بررسی اختصاصی نقش این طرحواره ها در پیش بینی افکار پارانوئید، هنوز نیازمند پژوهش های نظام مندتر است (بنچارفا^{۲۰۷} و همکاران ۲۰۲۴). درک این ارتباط می تواند به روشن شدن مسیرهای شناختی و هیجانی منتهی به پارانوئیا کمک کند (حسنوند و همکاران، ۱۴۰۰) و در نتیجه، مداخلات درمانی مؤثرتری برای اصلاح طرحواره های زیربنایی ارائه گردد. افکار پارانوئید اغلب در بستر تجربه های درون روانی شکل می گیرند و به مرور زمان به ساختاری نسبتاً پایدار بدل می شوند. از آنجا که طرحواره ها نیز ساختارهایی پایدار هستند که در موقعیت های خاص فعال می شوند، می توان چنین فرض کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه، زمینه ساز شکل گیری و تقویت افکار پارانوئید در افراد می باشند (پیلکینگتون و همکاران ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، طرحواره هایی که با احساس بی ارزشی، ناامنی، تهدید، و آسیب پذیری عجین اند، ممکن است دریچه ای باشند که فرد از خلال آن ها دنیا را ناعادلانه، خصمانه و خطرناک ببیند (آزادفر و همکاران ۲۰۲۵).

با توجه به اهمیت روزافزون فهم عوامل شناختی زمینه ساز اختلالات روانی، بررسی رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانوئید، نه تنها از نظر نظری بلکه از منظر بالینی نیز اهمیت دارد (انگ و همکاران ۲۰۲۵). این پژوهش در پی آن است که مشخص سازد کدام یک از طرحواره های ناسازگار اولیه بیشترین نقش را در تبیین افکار پارانوئید ایفا می کنند و تا چه اندازه می توان براساس این طرحواره ها، شدت افکار پارانوئید را در افراد پیش بینی کرد (زنفر^{۲۰۸} ۲۰۲۴). در این راستا، شناخت تفاوت های فردی در شدت و نوع طرحواره های ناسازگار اولیه نیز اهمیت می یابد. برخی افراد ممکن است به ویژه در معرض تجربه افکار پارانوئید باشند، زیرا طرحواره هایی در ذهن دارند که به آن ها القا می کند دیگران قصد فریب، آسیب یا کنترل آن ها را دارند. این باورهای بنیادین می توانند منجر به پردازش سوگیرانه اطلاعات، سوء برداشت از کنش های دیگران و شکل گیری الگوهای تفسیری منفی شوند (ایکیچی^{۲۰۹} و همکاران ۲۰۲۴).

انجام پژوهش با عنوان «بررسی پیش بینی افکار پارانوئید بر اساس

205	Saarinen
206	Dostal & Pilkington
207	Bencharfa
208	Zanfir
209	Ekici

200	Ishigaki & Nishiguchi
201	Baxendell
202	Krkovic
203	Steylaerts
204	Ang



۱-۲ تعریف و تبیین افکار پارانویید

افکار پارانویید به مجموعه ای از باورها و تفسیرهای نادرست، بدبینانه و غالباً خصمانه نسبت به انگیزه ها، نیت ها و رفتارهای دیگران اطلاق می شود. این افکار معمولاً با تردید شدید به دیگران، ترس از آسیب دیدن یا فریب خوردن، و نگرانی مداوم نسبت به امنیت فردی همراه هستند (مونسونت^{۱۱} و همکاران ۲۰۲۰). در حالت های خفیف تر، این افکار ممکن است به صورت سوءظن نسبت به اطرافیان یا حساسیت مفرط به انتقاد بروز یابند، اما در سطوح شدیدتر می توانند به شکل هذیان های پارانویید در اختلالات روان پریشانه ظاهر شوند (سیرلی^{۱۱} و همکاران ۲۰۲۴). ریشه اصلی افکار پارانویید در شیوه خاص پردازش اطلاعات اجتماعی و شناختی نهفته است (غدیری صورمان آبادی و همکاران، ۱۳۹۵). افرادی که چنین افکاری دارند، تمایل دارند رفتارهای مبهم یا خنثای دیگران را به صورت تهدیدآمیز تفسیر کنند. به عنوان مثال، ممکن است سکوت یا بی تفاوتی یک فرد را نشانه بی احترامی، توطئه یا خصومت تلقی کنند. این افراد اغلب فاقد ظرفیت برای تفسیر چندگانه رویدادها هستند و برداشت خود را به عنوان تنها تعبیر درست از واقعیت می پذیرند (زنفیر ۲۰۲۴).

۲-۲ افکار پارانویید از دیدگاه روانشناختی

از منظر روان شناختی، افکار پارانویید معمولاً بر پایه مجموعه ای از باورهای بنیادین منفی درباره خود، دیگران و جهان شکل می گیرند. باور به این که «دیگران خطرناک اند»، «هیچ کس قابل اعتماد نیست» یا «همه می خواهند به من آسیب بزنند» نمونه هایی از این ساختارهای شناختی تحریف شده هستند. این باورها معمولاً در نتیجه تجربه های آسیب زای اولیه، نظیر بی اعتمادی خانوادگی، خیانت، طرد شدن یا تنبیه های ناعادلانه شکل می گیرند و در بزرگسالی به صورت الگوهای پایدار ذهنی فعال باقی می ماندند (پلیکینگتون و همکاران ۲۰۲۳). افکار پارانویید را می توان در طیفی از اختلالات روانی مشاهده کرد. در اختلال شخصیت پارانویید، این افکار مزمن، نافذ و بخشی از ساختار شخصیت فرد هستند (کروویچ و همکاران ۲۰۱۸). در مقابل، در اختلالات روان پریشانه مانند اسکیزوفرنی، این افکار ممکن است به صورت هذیان های سیستماتیک پارانویید نمود پیدا کنند. همچنین، برخی اختلالات اضطرابی، افسردگی های شدید، یا وضعیت های ناشی از مصرف مواد محرک نیز می توانند افکار پارانویید موقتی یا موقعیتی ایجاد کنند (ایشیگاکي و نیشیگوچی ۲۰۲۴).

۳-۲ افکار پارانویید از دیدگاه بالینی

در سطح بالینی، افکار پارانویید چالش های فراوانی برای درمانگران

طرحواره های ناسازگار اولیه^{۱۲} از چندین جهت علمی، بالینی و کاربردی، ضروری و موجه به نظر می رسد. نخست آنکه افکار پارانویید، به عنوان یکی از مهم ترین علائم اختلالات روانی، به ویژه در طیف سایکوتیک و برخی اختلالات شخصیت نظیر اختلال شخصیت پارانویید، می تواند به طور گسترده ای عملکرد روانی، هیجانی و اجتماعی فرد را مختل سازند. چنین افکاری با ایجاد نگرش های منفی، بدبینی مزمن و برداشت های تحریف شده از واقعیت، کیفیت زندگی فرد را کاهش داده و در مواردی منجر به رفتارهای ناسازگارانه یا پرخاشگرانه می شوند. از این رو، شناخت و مداخله زود هنگام در شکل گیری این افکار از اهمیت فراوانی برخوردار است. از سوی دیگر، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه، که مبتنی بر تجارب هیجانی دوران کودکی است، چهارچوبی جامع برای درک ساختارهای زیربنایی تفکر و رفتارهای ناسالم در بزرگسالی فراهم می آورد. بررسی پیوند بین این طرحواره ها و افکار پارانویید می تواند به روشن شدن نقش باورهای بنیادین و الگوهای شناختی ناکارآمد در بروز بدبینی های افراطی و تفسیرهای تهدیدآمیز کمک کند. چنانچه مشخص شود که برخی طرحواره های خاص با افکار پارانویید همبستگی معنادار دارند، می توان با تمرکز بر اصلاح یا تعدیل این طرحواره ها، مسیر درمانی مؤثرتری طراحی کرد. افزون بر این، اهمیت این پژوهش در زمینه کاربردهای درمانی و پیشگیرانه نیز مشهود است. امروزه طرحواره درمانی یکی از رویکردهای نوین و اثربخش در درمان اختلالات شخصیت و مشکلات شناختی-هیجانی به شمار می رود. شناسایی طرحواره هایی که بیشترین نقش را در تقویت افکار پارانویید ایفا می کنند، به درمانگران امکان می دهد که مداخلات خود را به گونه ای هدفمند و شخصی سازی شده طراحی کنند. این مداخلات می توانند شامل تکنیک هایی برای تغییر باورهای بنیادین، بازسازی شناختی، بازآفرینی تجارب هیجانی، و ایجاد شیوه های سازگارانه جدید برای تعامل با دیگران باشند.

در سطح نظری، این پژوهش می تواند به غنای ادبیات روان شناختی کمک کند و درک عمیق تری از رابطه میان ساختارهای شناختی دیرپای شکل گرفته در کودکی و پیامدهای روانی آن در بزرگسالی به دست دهد. هم چنین این تحقیق می تواند خلأ موجود در پژوهش های بومی را پر کند؛ چراکه تاکنون در ایران مطالعات اندکی به بررسی تجربی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانویید پرداخته اند، و پژوهش حاضر می تواند مبنای شکل گیری دانش بومی در این حوزه باشد. با توجه به افزایش فشارهای روانی، روابط ناپایدار اجتماعی و احساس ناامنی در جوامع معاصر، شناخت عمیق تر مکانیسم های شناختی درگیر در افکار پارانویید، بیش از پیش ضروری است. پژوهش حاضر می تواند پاسخ علمی و روان شناختی مناسبی به این نیاز اجتماعی باشد و راه را برای اقدامات پژوهشی و مداخلاتی مؤثرتر هموار سازد.

و فرهنگی شکل می گیرند. این عوامل نه به صورت مجزا، بلکه در تعامل پیچیده با یکدیگر، زمینه را برای تقویت یا تشدید این افکار فراهم می سازند. بررسی عوامل مؤثر بر افکار پارانوئید، مستلزم رویکردی چندبعدی است که ریشه های ژنتیکی، تجربه های رشدی، فرآیندهای شناختی و شرایط اجتماعی فرد را دربر گیرد. در سطح زیستی، پژوهش ها نشان داده اند که برخی افراد به واسطه ویژگی های ژنتیکی یا ساختارهای نوروشیمیایی مغز، آمادگی بیشتری برای تجربه افکار پارانوئید دارند (بالینگر^{۲۱۳} و همکاران ۲۰۲۰). مطالعات تصویربرداری مغزی، فعالیت بیش از حد نواحی مرتبط با پردازش تهدید - نظیر آمیگدالا - را در افراد دارای افکار پارانوئید گزارش کرده اند. هم چنین، عدم تعادل در انتقال دهنده های عصبی مانند دوپامین می تواند در ایجاد و تداوم تفسیرهای بدبینانه و هذیان های پارانوئید نقش داشته باشد، به ویژه در اختلالات روان پریشانه مانند اسکیزوفرنی. تجربه های روانی اولیه، به ویژه در دوران کودکی، از عوامل اساسی در شکل گیری افکار پارانوئید به شمار می روند (گریتز و همکاران ۲۰۲۰). کودکانی که در محیط های بی ثبات، تهدیدکننده یا آکنده از طرد، خشونت یا بی اعتمادی رشد می کنند، احتمال بیشتری دارند که طرحواره های ناسازگار اولیه ای نظیر بی اعتمادی/ بد رفتاری یا رهاشدگی را در ذهن خود تثبیت کنند (مونسوت و همکاران ۲۰۲۰). این طرحواره ها در بزرگسالی، به صورت الگوهای پایداری از تفسیر منفی رفتار دیگران و حساسیت افراطی به نشانه های تهدید نمود می یابند و می توانند زمینه ساز بروز افکار پارانوئید باشند (پیلینگتون و همکاران ۲۰۲۳).

نقش فرآیندهای شناختی در تقویت افکار پارانوئید بسیار برجسته است. سوگیری های شناختی نظیر توجه انتخابی به نشانه های منفی، خطاهای شناختی همچون استنتاج شتاب زده، اسناد خارجی و خصمانه برای رفتار دیگران، و تفسیر تحریف شده رویدادها، از جمله مکانیسم هایی هستند که افکار پارانوئید را فعال نگه می دارند. افرادی که چنین الگوهای شناختی دارند، محیط اطراف خود را دائماً از منظر تهدید و فریب بررسی می کنند و قادر به بازبینی یا اصلاح باورهای خود نیستند (گالوته^{۲۱۴} و همکاران ۲۰۱۸). عوامل بین فردی و خانوادگی نیز در شکل گیری افکار پارانوئید نقش مهمی ایفا می کنند. روابط خانوادگی آشفته، شیوه های فرزندپروری مستبدانه یا غیرقابل پیش بینی، و تجارب مکرر طرد یا خیانت از سوی نزدیکان، می توانند الگوی ذهنی فرد را به سمت بدبینی، گمان زنی و بی اعتمادی سوق دهند. هم چنین، سبک دلبستگی ناایمن، به ویژه دلبستگی اجتنابی یا مضطرب، با دشواری در اعتماد به دیگران و تفسیر منفی از نیت های آنان مرتبط دانسته شده است (هپر^{۲۱۵} و همکاران ۲۰۲۱). شرایط اجتماعی و فرهنگی نیز بر بروز و شدت افکار پارانوئید اثرگذار هستند. زندگی در محیط هایی که

ایجاد می کند. این افکار معمولاً به گونه ای ساختاریافته هستند که فرد مبتلا، نیاز به کمک را انکار کرده و نیت درمانگر را نیز با سوءظن زیر سؤال می برد. از این رو، برقراری رابطه درمانی اثربخش با چنین افرادی نیازمند صبر، اعتمادسازی تدریجی و استفاده از تکنیک های خاص شناختی-رفتاری یا طرحواره درمانی است. افکار پارانوئید، برخلاف برخی باورهای عمومی، لزوماً به معنای ابتلا به یک بیماری روانی شدید نیستند (مونسوت و همکاران ۲۰۲۰). در واقع، برخی درجات خفیف تر سوءظن و شک گرایي ممکن است در شرایط خاص - نظیر تجارب استرس زا، زندگی در محیط های تهدیدآمیز یا روابط خانوادگی آشفته - در افراد سالم نیز ظاهر شود. تفاوت اصلی در شدت، تداوم، و تأثیر این افکار بر عملکرد روزمره است که تعیین کننده آسیب شناختی بودن آن ها خواهد بود.

۴-۲ افکار پارانوئید از دیدگاه فرهنگی

از منظر فرهنگی، باید توجه داشت که افکار پارانوئید می توانند با باورها و هنجارهای فرهنگی درهم تنیده باشند. در برخی جوامع که سطح اعتماد اجتماعی پایین است یا تجربه های تاریخی سرکوب، نظارت یا خیانت گسترده وجود دارد، برخی تفسیرهای بدبینانه ممکن است نه تنها غیرعادی نباشند، بلکه به عنوان واکنشی تطبیقی تلقی شوند. از این رو، ارزیابی این افکار باید همواره با در نظر گرفتن زمینه فرهنگی صورت گیرد (سیرلی و همکاران ۲۰۲۴). در پژوهش های روان شناختی، ابزارهای متعددی برای سنجش افکار پارانوئید طراحی شده اند. این ابزارها معمولاً شامل مقیاس هایی برای اندازه گیری میزان سوءظن، نگرش خصمانه نسبت به دیگران، و تفسیر تهدیدآمیز از رویدادهای اجتماعی هستند. دقت و حساسیت این ابزارها در تشخیص تفاوت بین پارانویاهای بالینی و پارانویاهای موقعیتی از اهمیت بسیاری برخوردار است (گریتز^{۲۱۳} و همکاران ۲۰۲۰). افکار پارانوئید، نه تنها به عنوان یک پدیده روان شناختی، بلکه به عنوان مسئله ای اجتماعی نیز باید مورد توجه قرار گیرند (کروویچ و همکاران ۲۰۱۸). گسترش فضای بی اعتمادی، روابط بین فردی ناپایدار و رسانه های تهدیدمحور، می توانند زمینه ساز افزایش تجربه های پارانوئید در سطح جامعه باشند. از این رو، شناخت عمیق تر سازوکارهای شناختی زیربنای این افکار، گامی مؤثر در راستای ارتقای سلامت روان فردی و جمعی خواهد بود (دوستال و پیلینگتون ۲۰۲۳).

۵-۲ عوامل مؤثر بر افکار پارانوئید

افکار پارانوئید، که به صورت تردید مفرط، بدبینی نسبت به نیت دیگران و تفسیر تهدیدآمیز از رویدادهای اجتماعی بروز می یابند، تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل زیستی، روان شناختی، اجتماعی

213 Bahlinger
214 Calvete
215 Hepper

212 Geraets



ناامنی، تبعیض، بی عدالتی یا نظارت گسترده در آن رایج است، می تواند باورهای پارانوئید را تقویت کند. در جوامعی با اعتماد اجتماعی پایین، رقابت شدید، یا تجربه های تاریخی سرکوب، برخی افکار بدبینانه ممکن است نه تنها غیرعادی تلقی نشوند، بلکه حتی نوعی سازوکار دفاعی برای بقا و محافظت از خود به شمار روند. استرس های مزمن، آسیب های روانی درمان نشده و شرایطی نظیر مصرف مواد محرک یا محرومیت خواب می توانند به عنوان عوامل فعال کننده یا تشدیدکننده افکار پارانوئید عمل کنند (گریتر و همکاران ۲۰۲۰). در شرایط فشار روانی بالا، ذهن تمایل بیشتری به ارزیابی منفی از محیط دارد و در چنین موقعیت هایی، افراد مستعد ممکن است به راحتی درگیر چرخه ای از شک، گمان و ترس شوند. بنابراین، درک جامع افکار پارانوئید مستلزم توجه به تعامل پویای این عوامل زیستی، روان شناختی و محیطی است (بنچارفا و همکاران ۲۰۲۴).

۶-۲ مبانی نظری طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان مفاهیمی بنیادی در نظریه طرحواره درمانی، نخستین بار توسط جفری یانگ معرفی شدند. این مفهوم به الگوهای عمیق، فراگیر و پایدار هیجانی و شناختی اشاره دارد که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می گیرند و در سراسر زندگی فرد تداوم می یابند. این طرحواره ها، نحوه درک فرد از خود، دیگران و جهان پیرامون را تحت تأثیر قرار می دهند و در صورتی که ناسازگار باشند، ممکن است منجر به بروز اختلال های هیجانی، شناختی و بین فردی شوند (کالوته و همکاران ۲۰۱۸). بر اساس نظریه یانگ، طرحواره های ناسازگار اولیه از برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی در سال های نخست زندگی ناشی می شوند. این نیازها شامل دلبستگی ایمن، آزادی برای ابراز احساسات، خودمختاری، محدودیت های واقع بینانه، و پذیرش واقعیت های اجتماعی هستند. زمانی که محیط رشدی کودک، مانند خانواده یا مدرسه، در تأمین این نیازها ناکام می ماند، ذهن کودک برای سازگاری، باورهای منفی و ناکارآمد درباره خود و جهان شکل می دهد (زنفر ۲۰۲۴). طرحواره های ناسازگار اولیه، ماهیتی خودتحکیم بخش دارند؛ یعنی فرد در طول زندگی، به طور ناآگاهانه به دنبال تجربه ها یا روابطی می گردد که طرحواره های موجود را تأیید و تثبیت کنند. این فرایند از طریق سه سبک مقابله ای اصلی، شامل تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، صورت می گیرد (لارنس و همکاران ۲۰۲۲). برای مثال، فردی با طرحواره «بی کفایتی» ممکن است پیوسته در روابطی قرار گیرد که احساس ناتوانی او را تقویت کند، یا به کلی از موقعیت های چالشی پرهیز نماید (انگ و همکاران ۲۰۲۵).

طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان ریشه های آسیب شناسی روانی در بسیاری از اختلالات روان شناختی شناخته می شوند. پژوهش ها نشان داده اند که وجود طرحواره هایی نظیر «بی اعتمادی/

بدرفتری»، «رهاشدگی»، «نقص/ شرم» و «وابستگی/ بی کفایتی» با اختلال هایی چون افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی و پارانوئیا رابطه دارد. این طرحواره ها به طور خودکار فعال شده و باعث می شوند افراد در برابر موقعیت های معمول، واکنش هایی شدید، افراطی و غیرمنطقی نشان دهند. یکی از ویژگی های مهم طرحواره های ناسازگار، پایداری آن ها در طول زمان است. از آن جا که این طرحواره ها از سنین پایین در ذهن نهادینه می شوند، به صورت ناخودآگاه در تصمیم گیری ها، روابط و واکنش های هیجانی نفوذ دارند. به همین دلیل، شناسایی و اصلاح آن ها در فرایند روان درمانی، نیازمند مداخله های عمیق، منسجم و اغلب بلندمدت است (کالوته و همکاران ۲۰۱۸). روش های درمانی شناختی-رفتاری سنتی معمولاً پاسخگوی پیچیدگی و ریشه دار بودن این ساختارها نیستند (غدیری صورمان آبادی و همکاران، ۱۳۹۵). طرحواره درمانی به عنوان رویکردی تلفیقی، ترکیبی از اصول درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، روان تحلیلی و نظریه گشتالت را به کار می گیرد. در این رویکرد، درمانگر تلاش می کند تا همراه با مراجع، منشأ طرحواره های ناسازگار را شناسایی کرده و از طریق تکنیک هایی نظیر بازسازی شناختی، گفت و گوی خیالی، یا نقش آفرینی، به تغییر آن ها بپردازد. هدف نهایی این رویکرد، تأمین نیازهای هیجانی برآورده نشده در محیطی امن و درمانی است (آزادفر و همکاران ۲۰۲۵).

از دیدگاه شناختی، طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند به صورت «لنزهایی» در نظر گرفته شوند که فرد از طریق آن ها واقعیت را تفسیر می کند (لارنس و همکاران ۲۰۲۲). این لنزها باعث می شوند تا فرد اطلاعات محیطی را به گونه ای انتخابی، تحریف شده و ناهماهنگ با واقعیت دریافت کرده و در نتیجه، به بازتولید افکار منفی و رفتارهای ناکارآمد بپردازد. این فرایند شناختی، چرخه ای خودافزا به وجود می آورد که در صورت عدم مداخله درمانی، ادامه خواهد یافت (رک^{۱۶} و همکاران ۲۰۲۲). نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه، چارچوبی قوی و علمی برای درک ریشه های شناختی و هیجانی بسیاری از مشکلات روان شناختی فراهم می سازد (هپر و همکاران ۲۰۲۱). این نظریه با تمرکز بر منشأ تحولی آسیب ها، چگونگی پایداری الگوهای ناکارآمد در طول زندگی، و روش های مداخله مؤثر، نه تنها در عرصه درمان، بلکه در زمینه پژوهش و پیشگیری نیز کارکردهای وسیعی دارد (بکسندل^{۲۱۷} و همکاران ۲۰۲۵).

۷-۲ رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلالات روانشناختی

رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلالات روان شناختی یکی از محورهای اساسی در روان شناسی بالینی و درمان های

216 Rek
217 Baxendell

۹-۲ نقش طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری در شکل‌گیری پارانویا

طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری یکی از مهم‌ترین طرحواره های ناسازگار اولیه است که نقش بنیادینی در شکل‌گیری و تداوم افکار پارانوئید ایفا می‌کند. این طرحواره زمانی شکل می‌گیرد که کودک در دوران رشد اولیه، تجربه‌هایی مکرر از خیانت، سوءاستفاده، فریب یا تحقیر از جانب مراقبان اولیه یا اطرافیان خود داشته باشد. در نتیجه، فرد به این باور بنیادین می‌رسد که دیگران غیرقابل اعتماد هستند، نیت‌های خصمانه دارند و دیر یا زود آسیب یا ظلمی به او وارد خواهند کرد (هپر و همکاران ۲۰۲۱). این انتظار همیشگی برای آسیب دیدن، به مرور زمان در ذهن فرد تثبیت می‌شود و به صورت الگویی ناهشیار در روابط بعدی زندگی او فعال می‌گردد. افرادی که این طرحواره را به شکلی فعال و شدید در خود دارند، اغلب رفتارهای دیگران را با دید شک و تردید تفسیر می‌کنند. حتی اعمالی که از نظر دیگران خنثی یا خیرخواهانه تلقی می‌شوند، برای فرد دارای این طرحواره می‌تواند تهدیدآمیز یا فریبکارانه به نظر برسند. چنین تفسیری از واقعیت، زمینه‌ساز افکار پارانوئید می‌شود؛ افکاری که بر مبنای بی‌اعتمادی شدید به دیگران و فرض‌های منفی نسبت به انگیزه‌های آنان شکل می‌گیرند. در واقع، طرحواره بی‌اعتمادی نوعی فیلتر شناختی ایجاد می‌کند که اطلاعات محیطی را به گونه‌ای گزینشی و تحریف‌شده پردازش می‌کند و بر تهدید و آسیب تمرکز می‌یابد (فیلیس و همکاران ۲۰۱۹).

در زمینه‌های اجتماعی، این طرحواره موجب می‌شود که فرد به راحتی نتواند به دیگران نزدیک شود، روابط گرم و ایمن برقرار کند یا کمک دیگران را بپذیرد. در نتیجه، احساس تنهایی و طردشدگی در او تقویت می‌شود که خود، مجدداً افکار پارانوئید را تقویت می‌کند. این فرایند، نوعی چرخه‌ی معیوب شناختی-هیجانی پدید می‌آورد که در آن، افکار منفی درباره دیگران، از طریق رفتارهای اجتنابی یا دفاعی فرد، بازتولید و تأیید می‌شوند. به‌عنوان مثال، فردی که انتظار دارد مورد خیانت قرار گیرد، با بی‌اعتمادی رفتار می‌کند و در نتیجه، واکنش منفی اطرافیان را برمی‌انگیزد که همان انتظار اولیه‌ی او را به ظاهر تأیید می‌کند سیرلی و همکاران ۲۰۲۴).

از منظر روان‌درمانی، شناسایی و بازسازی این طرحواره نقش کلیدی در کاهش افکار پارانوئید دارد. درمانگر باید با کمک به فرد در کشف ریشه‌های دوران کودکی این طرحواره و بررسی شواهد تجربی برای اعتبارسنجی باورهای نادرست، به او یاری رساند تا بین افکار گذشته محور و واقعیت‌های اکنون تمایز قائل شود (لارنس و همکاران ۲۰۲۲). مداخلاتی نظیر درمان طرحواره محور یا درمان شناختی-رفتاری می‌توانند به تدریج ساختار این طرحواره را تضعیف کرده و به جای آن، سبک‌های فکری واقع‌بینانه‌تر و تعاملات اجتماعی سالم‌تری را در فرد تثبیت کنند. طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری از طریق ایجاد باورهای بنیادین منفی درباره

شناختی-هیجانی محسوب می‌شود. طرحواره های ناسازگار اولیه، به مثابه الگوهای عمیق و ناپایدار فکری و هیجانی، زمینه ساز پردازش نادرست اطلاعات و تحریف تجربه‌های درونی و بیرونی هستند. این تحریف‌ها می‌توانند به شکل‌گیری باورهای منفی درباره خود، دیگران و جهان منتهی شوند که خود، زمینه‌ساز بروز و تداوم نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی گوناگون می‌شوند.

۸-۲ افسردگی و طرحواره

یکی از اختلالاتی که با طرحواره های ناسازگار ارتباط نزدیکی دارد، افسردگی است (ایشیگاکا و نیشیگچی ۲۰۲۴). افرادی که دارای طرحواره‌هایی نظیر نقص/شرم، شکست، یا وابستگی هستند، در موقعیت‌های چالشی دچار ارزیابی‌های منفی شدید نسبت به خود می‌شوند و خود را ناتوان، بی‌ارزش یا غیر قابل دوست داشتن می‌پندارند. این سبک شناختی منفی، زمینه ساز خلق پایین، احساس ناامیدی و کناره‌گیری اجتماعی می‌شود که از نشانه‌های محوری افسردگی به شمار می‌آیند (دوستان و پیلینگتون ۲۰۲۳).

اضطراب و طرحواره

اضطراب نیز به شدت با برخی طرحواره های ناسازگار مرتبط است. طرحواره‌هایی مانند بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر، یا اطاعت می‌توانند احساس ناامنی، ترس از تهدیدهای بیرونی و ناتوانی در مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا را در افراد تقویت کنند. این افراد اغلب وقایع را تهدیدآمیزتر از آن‌چه واقعاً هستند ارزیابی کرده و دچار واکنش‌های اضطرابی مکرر می‌شوند (رک و همکاران ۲۰۲۲). در مورد اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی، نیز شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد طرحواره های اولیه، به ویژه در حوزه‌های گسست/طرد و خودگردانی مختل، به شکل‌گیری الگوهای ناپایدار روابط بین فردی، تنظیم هیجانی ضعیف و تکانش‌گری منجر می‌شوند. افراد دارای این اختلالات، به دلیل تجربه‌های اولیه پرآسیب، از درک پایدار از خود و دیگران برخوردار نیستند و اغلب دچار نوسانات شدید خلقی و مشکلات رفتاری هستند.

طرحواره های ناسازگار اولیه نقش بنیادینی در آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کنند و می‌توانند به مثابه زیربنای شناختی و هیجانی اختلالات روان‌شناختی مختلف تلقی شوند (لارنس و همکاران ۲۰۲۲). فهم این طرحواره‌ها نه تنها به تشخیص بهتر اختلالات کمک می‌کند، بلکه در طراحی مداخلات درمانی مؤثر نیز نقشی اساسی دارد، چرا که با اصلاح این الگوهای ناپخته و ناپایدار، می‌توان به بهبود عملکرد روانی و هیجانی فرد امیدوار بود (روبیو اسکوبار^{۲۱۸} و همکاران ۲۰۲۴).

خصلت و رفتار دیگران، زمینه ساز رشد و تثبیت افکار پارانوئید در فرد می شود (نیتل^{۲۱۹} و همکاران ۲۰۱۸). این طرحواره، نوعی منشأ شناختی ناپیدا برای تفسیرهای خصمانه از محیط اجتماعی است که بدون مداخله درمانی مناسب، می تواند به شکل گیری اختلالات روانی جدی مانند اختلال شخصیت پارانوئید یا اختلالات روان پریشانه منجر شود. از این رو، بررسی و مداخله در این طرحواره، نه تنها در سطح نظری، بلکه در سطح بالینی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است (پیلینگتون و همکاران ۲۰۲۳).

۱۰-۲ شواهد تجربی درباره رابطه طرحواره ها و افکار پارانوئید

رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانوئید یکی از حوزه های نوظهور و در حال رشد در پژوهش های روان شناختی است که در سال های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. شواهد تجربی فزاینده ای وجود دارد که نشان می دهد برخی از طرحواره های ناسازگار می توانند زمینه ساز تفسیرهای نادرست، خصمانه و تهدیدآمیز از محیط اجتماعی شده و در نتیجه افکار پارانوئید را در افراد فعال کنند (شینام^{۲۲۰} و همکاران ۲۰۲۰). این ارتباط از دیدگاه نظری نیز قابل درک است، زیرا هر دو مفهوم به صورت الگوهای شناختی-هیجانی شکل گرفته در نتیجه تجارب اولیه زندگی در نظر گرفته می شوند (Panagiotopoulos et al., ۲۰۲۳). مطالعات متعددی نشان داده اند که طرحواره «بی اعتمادی/ بد رفتاری» با افکار پارانوئید همبستگی بالایی دارد. افرادی که این طرحواره را در خود دارند، معتقدند دیگران قصد دارند به آنها آسیب برسانند، از آنها سوء استفاده کنند یا آنها را تحقیر نمایند. این سبک تفکر، زمینه شناختی مناسبی برای رشد افکار پارانوئید فراهم می سازد، به ویژه زمانی که فرد در محیط های مبهم یا تهدیدآمیز قرار می گیرد. علاوه بر بی اعتمادی، طرحواره هایی مانند «رهاشدگی/ بی ثباتی» و «نقص/ شرم» نیز در برخی مطالعات با افکار پارانوئید مرتبط دانسته شده اند (Legenbauer et al., ۲۰۱۸). et al., ۲۰۱۸) افرادی که احساس می کنند در روابط مهم زندگی خود مورد ترک یا طرد واقع شده اند، یا باور دارند که ذاتاً معیوب و ناپسند هستند، در موقعیت های اجتماعی دچار سوء ظن و گمان می شوند و در نتیجه ممکن است دیگران را به عنوان تهدید تلقی کنند. این الگوی تفسیر شناختی، زمینه ساز رشد تدریجی باورهای پارانوئید می شود. (Zanfir, ۲۰۲۴)

۱۱-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه از دیدگاه روان تحلیلی

از دیدگاه روان تحلیلی نیز، طرحواره های ناسازگار به عنوان بازنمایی درونی روابط اولیه با مراقبان ناپایدار در نظر گرفته می شوند که می توانند در بزرگسالی در قالب باز آفرینی ناخود آگاهانه روابط

نیت و رفتار دیگران، زمینه ساز رشد و تثبیت افکار پارانوئید در فرد می شود (نیتل^{۲۱۹} و همکاران ۲۰۱۸). این طرحواره، نوعی منشأ شناختی ناپیدا برای تفسیرهای خصمانه از محیط اجتماعی است که بدون مداخله درمانی مناسب، می تواند به شکل گیری اختلالات روانی جدی مانند اختلال شخصیت پارانوئید یا اختلالات روان پریشانه منجر شود. از این رو، بررسی و مداخله در این طرحواره، نه تنها در سطح نظری، بلکه در سطح بالینی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است (پیلینگتون و همکاران ۲۰۲۳).

۱۰-۲ شواهد تجربی درباره رابطه طرحواره ها و افکار پارانوئید

رابطه میان طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانوئید یکی از حوزه های نوظهور و در حال رشد در پژوهش های روان شناختی است که در سال های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. شواهد تجربی فزاینده ای وجود دارد که نشان می دهد برخی از طرحواره های ناسازگار می توانند زمینه ساز تفسیرهای نادرست، خصمانه و تهدیدآمیز از محیط اجتماعی شده و در نتیجه افکار پارانوئید را در افراد فعال کنند (شینام^{۲۲۰} و همکاران ۲۰۲۰). این ارتباط از دیدگاه نظری نیز قابل درک است، زیرا هر دو مفهوم به صورت الگوهای شناختی-هیجانی شکل گرفته در نتیجه تجارب اولیه زندگی در نظر گرفته می شوند (Panagiotopoulos et al., ۲۰۲۳). مطالعات متعددی نشان داده اند که طرحواره «بی اعتمادی/ بد رفتاری» با افکار پارانوئید همبستگی بالایی دارد. افرادی که این طرحواره را در خود دارند، معتقدند دیگران قصد دارند به آنها آسیب برسانند، از آنها سوء استفاده کنند یا آنها را تحقیر نمایند. این سبک تفکر، زمینه شناختی مناسبی برای رشد افکار پارانوئید فراهم می سازد، به ویژه زمانی که فرد در محیط های مبهم یا تهدیدآمیز قرار می گیرد. علاوه بر بی اعتمادی، طرحواره هایی مانند «رهاشدگی/ بی ثباتی» و «نقص/ شرم» نیز در برخی مطالعات با افکار پارانوئید مرتبط دانسته شده اند (Legenbauer et al., ۲۰۱۸). et al., ۲۰۱۸) افرادی که احساس می کنند در روابط مهم زندگی خود مورد ترک یا طرد واقع شده اند، یا باور دارند که ذاتاً معیوب و ناپسند هستند، در موقعیت های اجتماعی دچار سوء ظن و گمان می شوند و در نتیجه ممکن است دیگران را به عنوان تهدید تلقی کنند. این الگوی تفسیر شناختی، زمینه ساز رشد تدریجی باورهای پارانوئید می شود. (Zanfir, ۲۰۲۴)

۱۱-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه از دیدگاه روان تحلیلی

از دیدگاه روان تحلیلی نیز، طرحواره های ناسازگار به عنوان بازنمایی درونی روابط اولیه با مراقبان ناپایدار در نظر گرفته می شوند که می توانند در بزرگسالی در قالب باز آفرینی ناخود آگاهانه روابط

۳ روش تحقیق

پژوهش حاضر به بررسی پیش بینی افکار پارانوئید براساس طرحواره

- 221 Ludwig
222 Panagiotopoulos
223 Legenbauer

- 219 Nittel
220 Sheinbaum

های ناسازگار اولیه پرداخته است. در این پژوهش روش تحقیق همبستگی از نوع تحلیل مسیر بوده است. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرج می باشد و حجم نمونه ۴۳۵ نفر بصورت تصادفی از بین دانشجویان انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه های افکار پارانوئیدی گرین و فرم کوتاه طرحواره یانگ داده ها جمع آوری شد و بعد از وارد کردن داده ها در نرم افزار و گرفتن خروجی، فرضیه طرحواره های ناسازگار اولیه بر پیش بینی افکار پارانوئید مثبت و معنادار شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه افکار پارانوئیدی گرین مقدار ۰/۸۱۹ و آلفای کرونباخ پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ نیز ۰/۸۹۹ بدست آمد که نشان از روایی پرسشنامه استفاده شده دارد. در هر پژوهش علمی، رعایت ضوابط اخلاقی از اهمیت بالایی برخوردار است، به ویژه زمانی که تحقیق شامل شرکت کنندگان انسانی است. در این پژوهش، که شامل بررسی دانشجویان دانشگاه آزاد کرج بود، توجه به اصول اخلاقی ضروری بود. اولین اصل اخلاقی که باید رعایت میشد، کسب رضایت آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان بود. پیش از شروع فرآیند جمع آوری داده ها، پژوهشگر به طور شفاف و دقیق هدف، روش ها، و اهمیت پژوهش را به دانشجویان توضیح داد. همچنین، اطلاعات مربوط به حقوق شرکت کنندگان، مانند حق آنان برای ترک پژوهش در هر زمان و بدون هیچ گونه پیامد منفی، بیان شد. برای اطمینان از آگاهی کامل دانشجویان، پژوهشگر تمام جزئیات در مورد استفاده از داده های شخصی و محرمانه بودن آن ها را به اطلاع دانشجویان رساند. حفظ محرمانگی و حریم خصوصی دانشجویان یکی از اصول مهم اخلاقی در این پژوهش بود. تمامی داده های گردآوری شده به طور کدگذاری شده و ناشناس ذخیره شدند تا هویت شرکت کنندگان حفظ شود. این اطلاعات تنها برای اهداف پژوهشی استفاده شد و هیچ گونه دسترسی غیرمجاز به آن ها وجود نداشت.

۴ یافته ها

در این بخش، داده های گردآوری شده از بررسی میدانی پژوهش تحلیل شده اند. ابتدا یافته های توصیفی مرتبط با ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری ارائه شده و سپس یافته های استنباطی مورد بحث قرار گرفته است.

۴-۱ یافته های جمعیت شناختی

در این بخش وضعیت نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس جنسیت و گروه سنی افراد نمونه، مورد بررسی قرار گرفته است. نمودار دایره ای شرکت کنندگان به تفکیک جنسیت در شکل ۴-۱ آمده است و همانطور که مشاهده می شود از ۴۳۵ پاسخ دهنده پرسشنامه مذکور، تعداد ۱۸۳ نفر مرد (معادل با ۴۲/۰۷٪ پاسخ دهندگان) و ۲۵۲ نفر زن (معادل با ۵۷/۹۳٪ پاسخ دهندگان) هستند. همچنین جدول فراوانی تعداد شرکت کنندگان به تفکیک گروه سنی پاسخ دهندگان در جدول ۴-۱ آمده است و بر اساس آن از ۴۳۵ پاسخ دهنده پرسشنامه مذکور، بیشترین در صد فراوانی در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال (۲۹/۶۶٪) مشاهده می شود. همچنین نمودار میله ای درصد شرکت کنندگان به تفکیک گروه سنی در شکل ۴-۲ نمایش داده شده است

جدول ۴-۱: جدول فراوانی تعداد شرکت کنندگان به تفکیک گروه سنی

گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰ سال و کمتر	۱۰۷	۲۴/۶
۲۱ تا ۲۵ سال	۱۲۹	۲۹/۶۶

۲۳/۴۵	۱۰۲	۲۶ تا ۳۰ سال
۱۱/۹۵	۵۲	۳۱ تا ۳۵ سال
۷/۱۳	۳۱	۳۶ تا ۴۰ سال
۳/۲۲	۱۴	۴۱ سال و بیشتر

۴-۲ یافته‌های توصیفی:

این پژوهش دارای ۹ متغیر (عامل) است که در ادامه آمار توصیفی هر یک از این متغیرها در جدول ۴-۲ شرح داده شد. به این منظور در این قسمت، نرم افزار SPSS به کار گرفته شده است.

جدول ۴-۲: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها

نام متغیر	میانگین	میان	انحراف معیار	واریانس
فرم کوتاه طرحواره یانگ	۳/۵۱	۳/۴۰	۰/۸۹۷	۰/۸۰۴
	۳/۶۳	۳/۷۰	۰/۸۳۲	۰/۶۹۲
	۳/۲۸	۳/۲۰	۰/۸۸۱	۰/۷۷۶
	۳/۴۲	۳/۴۰	۰/۸۶۵	۰/۷۴۹
	۳/۴۵	۳/۶۰	۰/۸۱۸	۰/۶۷۰
افکار پارانوئیدی گرین	۲/۰۰	۳/۰۰	۰/۹۰۲	۰/۸۱۴
	۲/۸۸	۲/۹۰	۰/۹۳۱	۰/۸۶۸
	۲/۷۶	۲/۸۰	۰/۹۱۷	۰/۸۴۱
	۲/۹۰	۲/۹۰	۰/۹۳۲	۰/۸۶۸

۴-۳ یافته‌های استنباطی:

برای آزمون فرضیه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها، از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش در این بخش با استفاده از نرم افزارهای SmartPLS و SPSS صورت گرفته است. از آنجایی که برآورد پارامترهای مدل معادلات ساختاری به شیوه حداقل مربعات جزئی (PLS) نیاز به نرمال بودن داده‌ها ندارند، نرمالیت متغیرها بررسی نگردید.

۴-۳-۱ بار عاملی

جدول ۴-۳ بار عاملی هر ۹ عامل مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. هیر و همکاران (۲۰۰۶) بارهای عاملی که حداقل برابر با ۰/۵ باشند، اعتبار را نشان می‌دهند و همانطور که مشاهده می‌شود، بارهای عاملی در این مدل بین ۰/۶۸۳ تا ۰/۸۷۵ متغیر است که همگی در محدوده قابل قبول قرار دارند.

جدول ۴-۳: بار عاملی متغیرهای مدل اندازه‌گیری

پرسشنامه	متغیر	بار عاملی
----------	-------	-----------

۰/۷۸۶	بریدگی و طرد	فرم کوتاه طرحواره یانگ
۰/۸۲۶	خودگردانی و عملکرد مختل	
۰/۸۲۸	محدودیت های مختل	
۰/۶۸۳	جهت مندی (دیگرمداری)	
۰/۸۳۶	بازداری	افکار پارانوئید گرین
۰/۷۹۹	حساسیت فردی (خصوصیت)	
۰/۸۴۵	بی اعتمادی (سوءظن)	
۰/۸۷۵	گوش به زنگی بیش از حد	
۰/۸۷۵	آزار و اذیت	

۲-۳-۴ اعتبار همگرا

برای بررسی اعتبار همگرا یا روایی همگرا، میانگین واریانس استخراج شده^{۲۲۴} (AVE) و پایایی مرکب^{۲۲۵} (CR) محاسبه شد. شاخص پایایی مرکب بر طبع نظر رایکو و همکاران (۱۹۹۷) و هیر و همکاران (۲۰۰۶) بالاتر از ۰/۷ باشد تا اعتبار سازه بالا باشد و بین ۰/۶ و ۰/۷ قابل قبول است. طبق نظر رایکو و همکاران (۱۹۹۷) میانگین واریانس استخراج شده نیز در صورتی که بالاتر از ۰/۵ باشد اعتبار سازه بالا است و بین ۰/۴ تا ۰/۵ مورد قبول است. شرط دیگر نیز بزرگتر بودن پایایی مرکب از میانگین واریانس استخراج شده است. طبق جدول ۴-۴ شاخص پایایی مرکب (CR) برای متغیرهای مدل بین ۰/۸۹۴ تا ۰/۹۰۸ و همچنین مقادیر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) متغیرها بین ۰/۶۳۰ تا ۰/۷۱۳ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار قابل قبول و خوب است.

جدول ۴-۴: میانگین واریانس استخراج شده و پایایی مرکب متغیرهای پنهان

متغیر	CR	AVE
طرحواره های ناسازگار اولیه	۰/۸۹۴	۰/۶۳۰
پیش بینی افکار پارانوئید	۰/۹۰۸	۰/۷۱۳

۳-۳-۴ روایی واگرا (تشخیصی یا افتراقی):

به دلیل این که در این مدل بیش از یک متغیر پنهان وجود دارد، اعتبار تشخیصی نیز بررسی شد. برای بررسی اعتبار واگرای مدل اندازه گیری از دو معیار HTMT و ماتریس فورنل-لارکر استفاده شد.

شاخص روایی یگانه-دوگانه HTMT روشی برای سنجش میزان روایی واگرا یا افتراق میان گویه های تشکیل دهنده هر یک از سازه های مدل است و اگر همبستگی بین متغیرها کمتر از ۰/۸۵ یا ۰/۹ باشد، نشان دهنده اعتبار تشخیصی ابزار اندازه گیری است. مقادیر شاخص HTMT در این پژوهش در جدول ۴-۵ ارائه شده است و همبستگی میان تمامی سازه ها کمتر از ۰/۹ است که قابل قبول می باشد.

جدول ۴-۵: مقادیر شاخص روایی واگرای HTMT بین متغیرهای پنهان

متغیر	طرحواره های ناسازگار اولیه	پیش بینی افکار پارانوئید
طرحواره های ناسازگار اولیه	۱	
پیش بینی افکار پارانوئید	۰/۸۶	۱

همچنین برای بررسی روایی واگرا در مدل اندازه گیری، از معیار فورنل - لارکر^{۲۲۶} استفاده شد. در این ماتریس، مقدار ریشه دوم AVE باید بیشتر از همبستگی آن سازه با سایر سازه ها باشد تا بتوان روایی واگرا را تأیید نمود. ماتریس فورنل لارکر مدل در جدول ۴-۶ ارائه

224 Average Variance Extracted

225 Composite Reliability

226

Fornell-Larcker

شده است و همانگونه که مشاهده میشود اعداد هر سطر و ستون (مقادیر AVE) از مقادیر روی قطر اصلی (ریشه دوم AVE) کمتر است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که هر یک از سازه ها از نظر مفهومی از دیگر سازه ها متمایز بوده و روایی و اگری مدل اندازه گیری پژوهش تأیید می شود.

جدول ۴-۶: ماتریس فورنل-لارکر متغیرهای پنهان

متغیر	طرحواره های ناسازگار اولیه	پیش بینی افکار پارانوئید
طرحواره های ناسازگار اولیه	۰/۷۹۴	
پیش بینی افکار پارانوئید	۰/۷۰۱	۰/۸۴۴

جدول ۴-۳: بررسی عدم هم خطی متغیرهای مدل اندازه گیری

در بررسی هم خطی متغیرها از شاخص تورم واریانس (VIF) استفاده می شود؛ این شاخص نشان دهنده افزایش واریانس یک ضریب رگرسیون در نتیجه وجود هم خطی است. چنانچه شاخص تورم واریانس کمتر از ۳ باشد نشان دهنده عدم هم خطی، اگر بین ۳ تا ۵ باشد نشان دهنده هم خطی قابل قبول و بالاتر از ۵ نشان دهنده هم خطی کامل (غیرقابل قبول) است. شاخص تورم واریانس (VIF) برای متغیرهای هر پرسشنامه محاسبه و مقادیر آن در جدول ۴-۷ ارائه شده است و همانطور که مشاهده می شود میان متغیرهای هر پرسشنامه هم خطی مشاهده نمی شود.

جدول ۴-۷: شاخص تورم واریانس (VIF) مدل اندازه گیری

پرسشنامه	متغیر	VIF
فرم کوتاه طرحواره یانگ	بریدگی و طرد (۱Q)	۲/۶۸۲
	خودگردانی و عملکرد مختل (۲Q)	۲/۰۳۰
	محدودیت های مختل (۳Q)	۲/۴۲۵
	جهت مندی (دیگرمداری) (۴Q)	۲/۲۱۵
	بازداری (۵Q)	۲/۰۳۲
افکار پارانوئید گرین	حساسیت فردی (خصوصیت) (۱۵Q)	۲/۱۳۸
	بی اعتمادی (سوءظن) (۱۶Q)	۲/۶۱۹
	گوش به زنگی بیش از حد (۱۷Q)	۲/۸۷۵
	آزار و اذیت (۱۸Q)	۲/۴۶۰

جدول ۴-۳-۵: بررسی عدم هم خطی چند گانه بین متغیرهای پنهان

بر طبق نظر هیر و همکاران (۲۰۰۶) چنانچه عامل تورم واریانس بزرگتر از ۴ باشد و یا آماره تحمل کوچکتر از ۰/۳ باشد، نشان وجود هم خطی چند گانه است. با توجه به جدول شماره ۴-۸ در تمامی متغیرها در محدوده قابل قبول قرار دارند و هم خطی در هیچ یک مشاهده نشد.

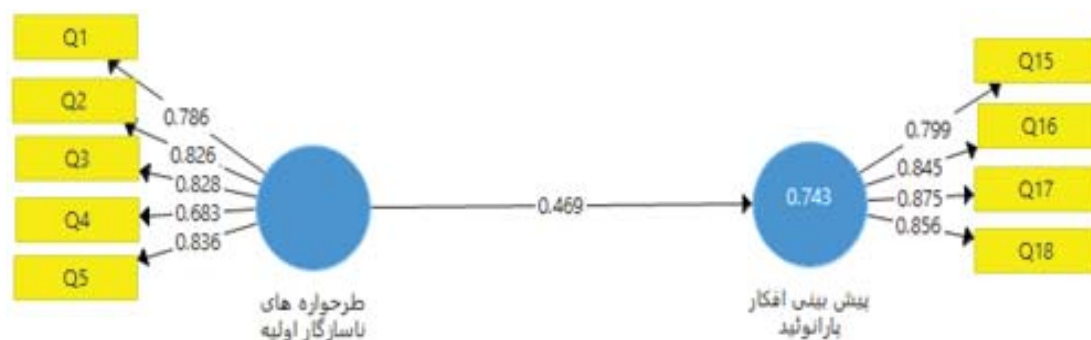
جدول ۴-۸: مقادیر شاخص تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل بین متغیرهای پنهان مدل ساختاری

متغیر	VIF	TOL
-------	-----	-----

طرحواره های ناسازگار اولیه	-	-
پیش بینی افکار پارانوئید	۱/۳۱۱	۰/۷۲۲

۴-۳-۶ برآورد مدل و یافتن ضریب مسیر

در این بخش پارامترهای مدل با روش حداقل مربعات جزئی (PLS) برآورد شدند. مدل برآورد شده در حالت ضرایب استاندارد به همراه بارهای عاملی در شکل ۴-۳ دیده می شود. ضریب مسیر و تمامی بارهای عاملی بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار است.



شکل ۴-۳: مقادیر p-value ضرایب مسیر مدل برآورد شده

۴-۳-۷ بررسی معیارهای برازش مدل:

بعد از طی شدن مراحل، نوبت بررسی شاخص های برازش مدل ساختاری است. در جدول ۴-۹ شاخص های برازش مدل ساختاری به صورت کامل آماده است. با توجه به بررسی شاخص های برازش مدل، مدل اندازه گیری دارای برازش مناسبی است. همچنین با توجه به شکل مقدار R^2 مدل ۰/۷۴۳ بدست آمد که در محدوده قابل قبول قرار دارد.

جدول ۴-۹: شاخص های برازش مدل ساختاری

شاخص یا نشانگر	مقدار شاخص	دامنه پذیرش شاخص
شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۵۵	مقادیر زیر ۰/۰۸
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (X^2/df)	۲/۱۱	بین ۱ تا ۳
شاخص ریشه میانگین مربعات استاندارد شده (SRMR)	۰/۰۴۴	مقادیر زیر ۰/۰۸

۴-۳-۸ آزمون فرضیه های پژوهش

در این بخش برای تایید یا رد فرضیه اصلی پژوهش، از آزمون t استفاده شده است. به بیان آماری:

- ✓ H_0 : طرحواره های ناسازگار اولیه بر پیش بینی افکار پارانوئید تأثیر معنا ندارد. ($= 0$)
 ✓ H_1 : طرحواره های ناسازگار اولیه بر پیش بینی افکار پارانوئید تأثیر معنادار و مثبت دارد. ($\neq 0$)

مقدار t-value حاصل از آزمون T مقدار ۶/۴۳۲ بدست آمد که با توجه به آن میتوان فرضیه اصلی را تایید کرد. همچنین مقدار t-value بدست آمده در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

۵ نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که طرحواره های ناسازگار اولیه، به ویژه طرحواره هایی نظیر بی اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، و اطاعت افراطی، نقش معناداری در پیش بینی افکار پارانوئید دارند. این یافته ها مؤید آن است که باورهای بنیادینی که از تجربه های آسیب زای دوران کودکی سرچشمه می گیرند، می توانند به شکل گیری الگوهای شناختی ناسازگارانه منجر شوند که زمینه ساز تفاسیر تهدیدآمیز از محیط و نیت دیگران می گردند. به بیان دیگر، افکار پارانوئید نه صرفاً نتیجه عوامل زیستی یا موقعیتی، بلکه پیامد ساختارهای پایدار ذهنی و باورهایی هستند که فرد از طریق تعامل با محیط اولیه خود آموخته و درونی کرده است. این پژوهش همچنین نشان می دهد که افراد دارای طرحواره های فعال شده، در مواجهه با موقعیت های مبهم یا روابط بین فردی چالش برانگیز، تمایل بیشتری به سوء تعبیر رفتار دیگران دارند و بیشتر احتمال دارد که نیت آن ها را خصمانه یا فریب کارانه تفسیر کنند. چنین الگویی از پردازش اطلاعات اجتماعی، می تواند به تثبیت افکار پارانوئید و افزایش بدبینی مزمن نسبت به دیگران منجر شود. بنابراین، شناخت و ارزیابی طرحواره های ناسازگار اولیه، به عنوان یکی از ابزارهای بالینی، می تواند به تشخیص زودهنگام خطر بروز افکار پارانوئید کمک کند. از منظر بالینی، یافته های این پژوهش کاربردهای مهمی برای درمان گران دارد. شناسایی طرحواره هایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در تقویت افکار پارانوئید دخیل هستند، امکان طراحی مداخلاتی هدفمند و شخصی سازی شده را فراهم می سازد. رویکردهایی مانند طرحواره درمانی، می توانند با تمرکز بر تغییر باورهای بنیادین، پردازش مجدد تجارب گذشته و بازسازی ارتباط فرد با خود و دیگران، در کاهش شدت افکار پارانوئید و افزایش احساس امنیت ذهنی مؤثر واقع شوند. با توجه به پایداری نسبی طرحواره ها و افکار پارانوئید، مداخلات درمانی باید از تداوم و عمق کافی برخوردار باشند. استفاده از تکنیک هایی نظیر بازآفرینی تجارب هیجانی، ایفای نقش، مواجهه با ترس های شناختی و آموزش مهارت های بین فردی می تواند فرآیند تغییر شناختی و هیجانی را تسهیل کند. لازم است درمانگران در کار با افراد مبتلا به افکار پارانوئید، صبورانه رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد ایجاد کنند، چرا که بی اعتمادی بنیادین، یکی از موانع اصلی در فرآیند درمان این افراد است.

۱-۵ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی افکار پارانوئید بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه، به یکی از حوزه های بنیادی در روان شناسی بالینی و روان درمانی شناختی-هیجانی می پردازد. افکار پارانوئید، که اغلب با بی اعتمادی افراطی، تفسیر خصمانه از نیت دیگران و نگرانی مداوم نسبت به امنیت فردی همراه هستند، نه تنها موجب آسیب جدی به عملکرد فرد در سطوح بین فردی، اجتماعی و شغلی می شوند، بلکه می توانند در بستر برخی اختلالات روانی نظیر اختلال شخصیت پارانوئید یا اختلالات طیف سایکوتیک، شدت بیشتری بیابند. از آن جا که این افکار در بسیاری از موارد به صورت ساختارهای پایداری در ذهن فرد درمی آیند، فهم سازوکارهای شناختی-هیجانی زیربنای آن ها ضرورتی اجتناب ناپذیر برای طراحی مداخلات بالینی مؤثر محسوب می شود.

در این راستا، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه، که توسط جفری یانگ بنیان نهاده شده است، چشم اندازی تبیینی برای درک شکل گیری الگوهای شناختی ناسازگار فراهم می آورد. مطابق این نظریه، تجارب ناکارآمد و نیازهای هیجانی ارضاننشده دوران کودکی منجر به تثبیت باورهایی بنیادین و فراگیر درباره خود، دیگران و جهان می شوند که به عنوان طرحواره شناخته می گردند. این طرحواره ها، با فعال شدن در موقعیت های خاص، زمینه ساز تفسیرهای تحریف شده و واکنش های هیجانی و رفتاری ناسازگارانه در بزرگسالی می گردند. طرحواره هایی مانند بی اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم، و رهاشدگی/ بی ثباتی، به ویژه در شکل گیری افکار پارانوئید نقش برجسته ای دارند. پژوهش های متعددی بر نقش طرحواره ها در آسیب شناسی روانی تأکید کرده اند، اما بررسی اختصاصی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانوئید هنوز نیازمند تحلیل های عمیق تر و دقیق تر است. افکار پارانوئید معمولاً از طریق سوگیری های شناختی خاصی مانند تفسیر تهدیدآمیز، تفکر دوقطبی، و استنتاج عجولانه پردازش می شوند. این فرآیندها در بستر طرحواره های ناسازگار فعال می شوند و به تحکیم باورهای پارانوئید منجر می گردند. بدین ترتیب، شناخت طرحواره هایی که بیشترین همپوشانی با افکار پارانوئید دارند، می تواند راهبردهای نوینی برای مداخلات درمانی فراهم آورد.

اهمیت این پژوهش نه تنها در سطح نظری بلکه در سطح کاربردی و بالینی نیز مشهود است. چنانچه مشخص گردد که برخی طرحواره های خاص با افکار پارانوئید رابطه معنادار دارند، می توان در چارچوب رویکرد طرحواره درمانی، با تمرکز بر اصلاح این ساختارهای شناختی دیرپا، درمان های هدفمندتری برای افراد دارای افکار پارانوئید طراحی کرد. این مداخلات می توانند از طریق بازسازی شناختی، پردازش مجدد هیجانی، و بازآفرینی تجارب زیربنایی منفی دوران کودکی انجام شوند و در نتیجه، به کاهش شدت افکار پارانوئید و بهبود کیفیت زندگی بیماران بینجامند. در سطح فرهنگی نیز، افکار پارانوئید گاه تحت تأثیر زمینه های اجتماعی، تاریخی و محیطی شکل می گیرند. در جوامعی با سطح پایین اعتماد اجتماعی، تجربه سرکوب سیاسی، یا روابط اجتماعی بی ثبات، میزان بروز این افکار ممکن است افزایش

یابد. از این رو، تحلیل پیوند میان طرحواره های ناسازگار اولیه و افکار پارانوئید در زمینه فرهنگی خاص، همچون جامعه ایران، می تواند سهمی ارزشمند در تولید دانش بومی داشته باشد و شکاف موجود در ادبیات پژوهشی داخلی را پوشش دهد. از منظر پیشگیرانه، شناسایی افراد در معرض خطر توسعه افکار پارانوئید، از طریق ارزیابی طرحواره های فعال در آن ها، می تواند مداخلات زودهنگام روان شناختی را امکان پذیر سازد. در نظام های مشاوره ای، آموزشی و تربیتی، آگاهی از این الگوهای شناختی می تواند راهکارهایی برای تقویت امنیت روانی کودکان و نوجوانان ارائه دهد تا از شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه جلوگیری شود.

نکته حائز اهمیت دیگر، کاربردپذیری یافته های این پژوهش در طراحی و تقویت برنامه های آموزشی برای درمانگران است. آموزش درمانگران در شناسایی طرحواره های کلیدی مرتبط با افکار پارانوئید، مهارت های درمانی آنان را ارتقا داده و اثربخشی مداخلات بالینی را افزایش می دهد. افزون بر این، این پژوهش می تواند الگویی برای پژوهش های آتی در زمینه سایر اختلالات روانی مرتبط با طرحواره ها، از جمله اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس فکری-عملی فراهم آورد. با توجه به اینکه افکار پارانوئید می توانند به اختلال در روابط بین فردی، انزوای اجتماعی، و حتی گرایش به رفتارهای پرخطرانه و خودمراقبتی افراطی منجر شوند، پژوهش در این زمینه گامی مهم در راستای ارتقای سلامت روان فردی و اجتماعی به شمار می آید. تبیین علمی ریشه های شناختی این افکار، از خلال تحلیل طرحواره های ناسازگار اولیه، می تواند به فهم بهتر روان پویایی این پدیده و طراحی راهبردهای مداخله ای اثربخش تر منتهی شود. پژوهش حاضر با رویکردی تحلیلی-تبیینی و با تکیه بر مبانی نظری طرحواره درمانی، درصدد است سهمی در شناخت عمیق تر افکار پارانوئید و عوامل زمینه ساز آن ایفا کند. امید است نتایج این تحقیق بتواند نه تنها در توسعه دانش روان شناسی بالینی مؤثر واقع شود، بلکه بهبود کیفیت خدمات روان درمانی و سلامت روان جامعه را نیز در پی داشته باشد.

۲-۵ پیشنهاد

پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده، بررسی های طولی در مورد تداوم و تغییرپذیری طرحواره ها و افکار پارانوئید صورت گیرد تا بتوان مسیر تحولی این متغیرها را بهتر درک کرد. همچنین، با در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی، بررسی نقش زمینه های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی در شکل گیری طرحواره ها می تواند به درک جامع تری از سازوکارهای زیربنایی این افکار منجر شود. در جوامعی که بی اعتمادی و ناامنی اجتماعی گسترده تر است، احتمالاً شدت و شیوع افکار پارانوئید نیز بالاتر است، و بنابراین باید تفسیر یافته ها در این زمینه متناسب با بستر فرهنگی انجام پذیرد. در سطح آموزشی، می توان با طراحی برنامه های پیشگیرانه در مدارس و خانواده ها، آگاهی والدین، مربیان و نوجوانان را نسبت به پیامدهای روابط آسیب زاء، سبک های فرزندپروری ناسازگار، و نیازهای هیجانی کودک افزایش داد. آموزش های مبتنی بر ارتقاء هوش هیجانی، تاب آوری، و مهارت های ارتباطی نیز می توانند از شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه جلوگیری کنند و سلامت روان نسل های آینده را تضمین نمایند. از آنجا که افکار پارانوئید می توانند به کاهش کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی و حتی بروز رفتارهای پرخطرانه منجر شوند، مداخلات جامعه محور نیز باید مورد توجه قرار گیرد. افزایش سطح اعتماد اجتماعی، ایجاد محیط های امن روانی در نهادهای آموزشی و کاری، و ارتقاء فرهنگ گفت و گوی سازنده در روابط انسانی می تواند نقش پیشگیرانه مهمی ایفا کند. به علاوه، روان درمانی های گروهی با محوریت بازسازی روابط بین فردی و شناخت الگوهای تفسیری ناسالم، می تواند مکمل خوبی برای درمان های فردی باشد. در پایان، پیشنهاد می شود سیاست گذاران سلامت روان، از یافته های چنین پژوهش هایی در طراحی برنامه های مداخله ای و پیشگیرانه استفاده کنند. اختصاص منابع کافی به خدمات روان شناسی، آموزش متخصصان در حوزه درمان اختلالات مبتنی بر طرحواره، و حمایت از پژوهش های تجربی، می تواند گام مؤثری در ارتقاء سلامت روانی فرد و جامعه باشد. پژوهش حاضر نشان می دهد که با شناخت ریشه های شناختی افکار پارانوئید، می توان با رویکردی مبتنی بر پیشگیری و درمان، از آسیب های فردی و اجتماعی ناشی از آن کاست و زمینه های رشد روان شناختی افراد را فراهم آورد.

منابع

- حسنوند، صبا، کربلایی محمد میگوئی، احمد، و رضابخش، حسین. (۱۴۰۰). پیش بینی افکار پارانوئید بر اساس سبک های دلبستگی با میانجی گری اجتناب تجربی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. مدیریت ارتقای سلامت، ۱۰(۴)، ۱۲۱-۱۳۵. <https://sid.ir/paper/411343/fa>
- غدیری صورمان آبادی، فرهاد، عبدالمحمدی، کریم، بابا پورخیرالدین، جلیل، و اصل رحیمی، وهاب. (۱۳۹۵). رابطه اختلال جسمانی سازی با عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰(۱)، ۶۱-۶۸. <https://sid.ir/paper/132348/fa>

Ahmed, J. U. (2010). Documentary research method: New dimensions. Indus Journal of Management &

- Social Sciences, 4(1), 1-14.
- Ang, B., Gollapalli, S., Du, M., & Ng, S. (2025). Unraveling Online Mental Health Through the Lens of Early Maladaptive Schemas: AI-Enabled Content Analysis of Online Mental Health Communities. *Journal of Medical Internet Research*, 27. <https://doi.org/10.2196/59524>.
- Azadfar, Z., Rossi, G., Dierckx, E., Duenas, J., Díaz-Batanero, C., Schoevaerts, K., Peuskens, H., Santens, E., Pauwels, E., Haekens, A., & Baetens, K. (2025). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and adult psychopathology in psychiatric inpatients.. *Child abuse & neglect*, 160, 107238 . <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107238>.
- Bahlinger, K., Lincoln, T., Krkovic, K., & Clamor, A. (2020). Linking psychophysiological adaptation, emotion regulation, and subjective stress to the occurrence of paranoia in daily life.. *Journal of psychiatric research*, 130, 152-159 . <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.021>.
- Baxendell, R., Schmitter M., Spijker, J., Keijsers, G., Tendolkar, I., & Vrijzen, J. (2025). Measuring Early Maladaptive Schemas in Daily Life. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-025-10574-5>.
- Bencharfa, Z., Ballouk, H., Katir, I., Laboudi, F., Ouanass, A., Moreno, M., Milas, A., Carreño, L., A.Izquierdo, D., Puente, L., Del, P., & Calderón, S. (2024). Exploring maladaptive early schemas in adults with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 67, S434 - S434. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.899>.
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and practice*, 2(1), 14.
- Byrne, B. M. (2013). Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming. Psychology Press.
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., Fernández-González, L., Orue, I., & Borrajo, E. (2018). Maladaptive schemas as mediators of the relationship between previous victimizations in the family and dating violence victimization in adolescents.. *Child abuse & neglect*, 81, 161-169 . <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.028>.
- Clark, T., Foster, L., Bryman, A., & Sloan, L. (2021). Bryman's social research methods. Oxford university press.
- Cronin, M. A., & George, E. (2023). The why and how of the integrative review. *Organizational Research Methods*, 26(1), 168-192.
- Cui, J., Wang, Z., Ho, S. B., & Cambria, E. (2023). Survey on sentiment analysis: evolution of research methods and topics. *Artificial Intelligence Review*, 56(8), 8469-8510.
- Dostal, A., & Pilkington, P. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis.. *Journal of affective disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>.
- Ekici, E., Nazlı, Ş., & Yiğman, F. (2024). Evaluation of early maladaptive schemas and domains in social anxiety disorder specifiers and non-clinical samples. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.5505/kpd.2024.08684>.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 39-50.
- Geraets, C., Snippe, E., Van Beilen, M., Pot-Kolder, R., Wichers, M., Van Der Gaag, M., & Veling, W. (2020). Virtual reality based cognitive behavioral therapy for paranoia: Effects on mental states and the dynamics among them. *Schizophrenia Research*, 222, 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.047>.
- Gupta, V., Siddiqi, N., Ojha, A., & Sharma, B. (2019). Hepatoprotective effect of Aloe vera against cartap and malathion induced toxicity in Wistar rats. *Journal of Cellular Physiology*, 234, 18329 - 18343. <https://doi.org/10.1002/jcp.28466>.

- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tahtam, R. L. (2006). Data Analysis Multivariate.
- Hendren, K., Newcomer, K., Pandey, S. K., Smith, M., & Sumner, N. (2023). How qualitative research methods can be leveraged to strengthen mixed methods research in public policy and public administration?. *Public Administration Review*, 83(3), 468-485.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the academy of marketing science*, 43(1), 115-135.
- Hepper, E., Ellett, L., Kerley, D., & Kingston, J. (2021). Are They Out to Get Me? Individual Differences in Nonclinical Paranoia as a Function of Narcissism and Defensive Self-Protection.. *Journal of personality*. <https://doi.org/10.1111/jopy.12693>.
- Ishigaki, T., & Nishiguchi, Y. (2024). Effects of Interpersonal Stress and Maladaptive Metacognitive Beliefs on Paranoid Ideation Among Japanese University Students. *Early Intervention in Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1111/eip.13642>.
- Khan, S. A. R., Yu, Z., Golpira, H., Sharif, A., & Mardani, A. (2021). A state-of-the-art review and meta-analysis on sustainable supply chain management: Future research directions. *Journal of Cleaner Production*, 278, 123357.
- Kotur, A. S. (2023). A bibliometric review of research in wine tourism experiences: insights and future research directions. *International Journal of Wine Business Research*, 35(2), 278-297.
- Krkovic, K., Clamor, A., & Lincoln, T. (2018). Emotion regulation as a predictor of the endocrine, autonomic, affective, and symptomatic stress response and recovery. *Psychoneuroendocrinology*, 94, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.028>.
- Kunisch, S., Denyer, D., Bartunek, J. M., Menz, M., & Cardinal, L. B. (2023). Review research as scientific inquiry. *Organizational Research Methods*, 26(1), 3-45.
- Lawrence, K., Bucci, S., Berry, K., Carter, L., & Taylor, P. (2022). Fluctuations in proximity seeking and paranoia. *The British Journal of Clinical Psychology*, 61, 1019 - 1037. <https://doi.org/10.1111/bjc.12372>.
- Legenbauer, T., Radix, A., Augustat, N., & Schütt-Strömel, S. (2018). Power of Cognition: How Dysfunctional Cognitions and Schemas Influence Eating Behavior in Daily Life Among Individuals With Eating Disorders. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>.
- Ludwig, L., Mehl, S., Schlier, B., Krkovic, K., & Lincoln, T. (2019). Awareness and rumination moderate the affective pathway to paranoia in daily life. *Schizophrenia Research*, 216, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.12.007>.
- Martin, F., Bacak, J., Polly, D., & Dymes, L. (2023). A systematic review of research on K12 online teaching and learning: Comparison of research from two decades 2000 to 2019. *Journal of Research on Technology in Education*, 55(2), 190-209.
- McCulloch, G. (2004). Documentary research: In education, history and the social sciences. Routledge.
- Mogalakwe, M. (2006). The use of documentary research methods in social research. *African Sociological Review/Revue Africaine De Sociologie*, 10(1), 221-230.
- Monsonet, M., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2020). Deconstructing the relationships between self-esteem and paranoia in early psychosis: an experience sampling study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 59, 503 - 523. <https://doi.org/10.1111/bjc.12263>.
- Nittel, C., Lincoln, T., Lamster, F., Leube, D., Rief, W., Kircher, T., & Mehl, S. (2018). Expressive

- suppression is associated with state paranoia in psychosis: An experience sampling study on the association between adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and paranoia. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 291–312. <https://doi.org/10.1111/bjc.12174>.
- Panagiotopoulos, A., Despoti, A., Varveri, C., Wiegand, M., & Lobbestael, J. (2023). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Cluster C Personality Disorder Traits: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Psychiatry Reports*, 25, 439 - 453. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01439-3>.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P., & Kneebone, I. (2019). Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging & Mental Health*, 23, 140 - 147. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1396579>.
- Pilkington, P., Karantzas, G., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis.. *Clinical psychology & psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>.
- Rassel, G., Leland, S., Mohr, Z., & O'Sullivan, E. (2020). *Research methods for public administrators*. Routledge.
- Rek, K., Kappelmann, N., Zimmermann, J., Rein, M., Egli, S., & Kopf-Beck, J. (2022). Evaluating the role of maladaptive personality traits in schema therapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 53, 4405 - 4414. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001209>.
- Rubio-Escobar, E., Sión, A., Rodríguez, L., Jurado-Barba, R., Sánchez, D., Armada, V., Osset, B., Horcajadas, F., & Valladolid, G. (2024). New Approach to Early Maladaptive Schemas and its Relationship with Alcohol use Disorder. Role of Psychopathology and Prognostic Variables.. *The Spanish journal of psychology*, 27, e23 . <https://doi.org/10.1017/SJP.2024.22>.
- Saarinén, A., Granö, N., & Lehtimäki, T. (2020). Self-Reported Cognitive Functions Predict the Trajectory of Paranoid Ideation Over a 15-Year Prospective Follow-Up. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 333-342. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10142-z>.
- Sheinbaum, T., Racioppi, A., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2020). Attachment as a mechanism between childhood maltreatment and subclinical psychotic phenomena: Results from an eight-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 220, 261-264. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.023>.
- Sireli, O., Çolak, M., Demirci, T., Savasçihabes, A., & Cinar, H. (2024). Early maladaptive schemas in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1455897>.
- Steylaerts, B., Dierckx, E., & Schotte, C. (2023). Relationships Between DSM-5 Personality Disorders and Early Maladaptive Schemas from the Perspective of Dimensional and Categorical Comorbidity. *Cognitive Therapy and Research*, 47, 454-468. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10349-w>.
- Sudirjo, F., Ratnawati, R., Hadiyati, R., Sutaguna, I. N. T., & Yusuf, M. (2023). The Influence of Online Customer Reviews and e-Service Quality on Buying Decisions In Electronic Commerce. *Journal of Management and Creative Business*, 1(2), 156-181.
- Sutrisno, S., Ausat, A. M. A., Permana, B., & Harahap, M. A. K. (2023). Do Information Technology and Human Resources Create Business Performance: A Review. *International Journal of Professional Business Review: Int. J. Prof. Bus. Rev.*, 8(8), 14.
- Thomas, J. R., Martin, P., Etnier, J. L., & Silverman, S. J. (2022). *Research methods in physical activity*. Human kinetics.
- Zanfir, A. (2024). Exploring the Interplay Between Early Maladaptive Schemas and Depression: A Comparative Analysis. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.541>.

Effectiveness of organizational coaching on self-awareness and organizational citizenship behavior of Saman insurance company personnel

اثر بخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خود آگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان شرکت بیمه سامان

دکتر افشین رباطی روان شناس صنعتی و سازمانی
استادیار گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

محمد سرحدی
دانشجوی کارشناسی ارشد صنعتی و سازمانی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Afshin Robati

Industrial and Organizational Psychologist, Assistant Professor, Department of Industrial and Organizational Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Mohammad Sarhadi

Master's Student, Industrial and Organizational Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

The aim of this research was the study of effectiveness of organizational coaching on self-awareness and organizational citizenship behavior of Saman insurance company personnel. This research was kind of semi-experimental with pretest and posttest with control group. The research population was composed of all Saman insurance company personnel that 30 individuals selected by inconvenient method and assigned randomly in experimental and control groups. Research tools included emotional self-awareness questionnaire (Kaure, Reid & Crooke, 2012), organizational citizenship behavior inventory (Oregan & Conowsky, 1991), and coaching process design (John Whitmore, 1992). For analyzing data was used of covariance analysis. The research results indicated that self-awareness and organizational citizenship behavior had significant increase in posttest ($p < 0.01$) in personnel. According to the research results, exhibiting educational workshops is recommended for enhancing self-awareness and organizational citizenship behavior in personnel in Tehran city and Iran other cities.

Keywords: *organizational coaching, self-awareness, organizational citizenship behavior*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خود آگاهی و رفتار شهروندی سازمانی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن عبارت بود از کلیه کارکنان شرکت بیمه سامان که ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خود آگاهی هیجانی کاتر، رید و کروک (۲۰۱۲)، پرسشنامه رفتار شهروندی سازمانی اورگان و کانوسکی (۱۹۹۱) و طرح فرایند مربیگری جان وایتمور (۱۹۹۲) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش حاکی از افزایش معنی دار خود آگاهی و رفتار شهروندی سازمانی در پس آزمون ($p < 0/01$) در کارکنان بود. با توجه به نتایج پژوهش، برگزاری کارگاه های آموزشی جهت کمک به ارتقای خود آگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان در شهر تهران و سایر شهرهای ایران توصیه می شود.

کلیدواژه ها: مربیگری سازمانی، خود آگاهی، رفتار شهروندی سازمانی

مقدمه

مربیگری^{۲۲۷} نوعی رابطه تعاملی است که به افراد در زمینه شناسایی، هدایت و تحقق اهداف شخصی و شغلی در زمانی سریعتر از آنچه خود قادر به انجام آن هستند، کمک می کند و علاوه بر افزایش مهارت های ارتباطی، حل مسئله، کار گروهی و ارتقای توانمندی های فردی به توسعه شایستگی های شغلی نیز می انجامد. همچنین، یکی از روش های آموزش کارکنان است که همانند سایر روش های آموزشی برای رشد و بالندگی نیروی انسانی به کار گرفته می شود (کولودزیاک^{۲۲۸}، ۲۰۱۵)، اما مزایای آن نسبت به روش های دیگر موجب شده که استفاده از آن به طور روزافزونی فراگیر شود. مربیگری در زیرمجموعه آموزش های ضمن خدمت قرار میگیرد و می تواند توسط یک کارمند ارشد، مدیر، مربی سازمان یا فرد دیگری که با فراگیران کار می کند ارائه شود تا به آنان در تعیین اهداف یادگیری کمک کند و آنها را تشویق کند که روش های جدید رفتاری را در راستای تحقق اهدافشان شناسایی کنند (مکرا^{۲۲۹}، ۲۰۱۰).

مربیگری فرایند همراهی مداوم و حمایت از فرد برای ثابت قدم ماندن در اهداف و تعهدات خود است و به معنی پیمودن راه میانبر، فائق آمدن بر ترس و تقویت ویژگی های مهم و اساسی است. به بیان دیگر، مربیگری هنر تسهیل کردن اجرای فعالیت ها، فرایند یادگیری و پیشرفت فرد است و بر فرایندهای پیشرفت و رشد افراد تمرکز می کند (لویانز^{۲۳۰}، ۲۰۱۷). مربیگری اثربخش می تواند تأثیر مثبتی بر فعالیت های سازمان داشته باشد و به ایجاد روابط خوب و تیمی میان کارکنان در سطوح مختلف منجر شود (جارویس^{۲۳۱}، ۲۰۰۴؛ وو^{۲۳۲}، ۲۰۱۵). به علاوه، با افزایش رضایت شغلی کارکنان در اثر مربیگری، بهره‌وری بهبود یافته و کیفیت ارتقا می یابد و امکان استفاده از افراد، مهارت‌ها و منابع در جهت ایجاد تغییر سازگار و انعطاف پذیر فراهم می شود (ارشدی، رباطی و طهمورسی، ۱۳۹۸).

مربیگری می تواند در حوزه های مرتبط با کارآمدی سازمان ها و کارکنان مؤثر واقع شود. یکی از مهمترین حوزه های کارآمدی شخصی در همه سازمان ها، خود آگاهی^{۲۳۳} است. خود آگاهی معرفت و بصیرت شخص به سلوک و خصایص خود و فهمیدن رفتار و انگیزش خویش است (قهاری، ۱۳۹۲). خود آگاهی به این معناست که افراد چگونه خود را به خوبی می شناسند (کوت^{۲۳۴}، ۲۰۱۷) و بر احساسات، افکار، انگیزه ها و رفتارهای خود تسلط دارند (بلاکیمور و آگلیاس^{۲۳۵}، ۲۰۱۸). برای اینکه افراد خود را بشناسند باید از ویژگی های جسمی و روانشناختی خود و هر چیز دیگری که مربوط به خودشان است، آگاه شوند. آگاهی از خود امکان خودارزیابی و هدف-گزینی صحیح را فراهم میسازد و در نهایت به احساس رضایت از خود منتهی می شود (پاکمنش و جاودان، ۱۳۹۹). افراد زمانی میتوانند نسبت به اتفاقات و رویدادهای احساسی واکنش صحیحی را نشان دهند که هیجانهای خود را به خوبی شناخته و نسبت به آنها آگاهی داشته باشند. آگاهی از احساسات به عنوان اولین گام در جهت تغییر احساسات و تنظیم هیجانها معرفی میشود و ضعف در خود آگاهی با آسب پذیری روانی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی همراه است (بلاکیمور و آگلیاس، ۲۰۱۸). مربیگری علاوه بر توسعه مهارت های حرفه

- 227 . coaching
- 228 - Kolodziejczak
- 229 - Macrae
- 230 - Lubans
- 231 - Jarvis
- 232 - Woo
- 233 - self-awareness
- 234 - Cote
- 235 - Blakemore & Agllias

ای، نسبت به توسعه خودشناسی و مهارت های شخصی افراد نیز حساس است و به دلیل خشنودی کارکنان از رشد مهارت های شخصی و خودشناسی در کنار رشد حرفه ای، نگرش مثبتتری نسبت به سازمان در آنها شکل میگیرد (واکر^{۳۶}، ۲۰۱۱).

از جمله رفتارهای اثرگذار و مهم در هر سازمان میتوان به رفتار شهروندی سازمانی^{۳۷} اشاره کرد (نوبل^{۳۸}، ۲۰۱۶). این نوع رفتارها کل سازمان را ارتقا می دهند و نظام اجتماعی آن را حفظ می کنند. رفتار شهروندی سازمانی شامل رفتارهای اختیاری کارکنان است که از وظایف رسمی آنها نیست و به طور مستقیم از سوی نظام رسمی سازمان پاداش دریافت نمی کنند، اما میزان اثربخشی کلی سازمان را افزایش می دهند (فلدمن^{۳۹}، ۲۰۱۱). عناصر کلیدی رفتار شهروندی سازمانی عبارتند از فراتر بودن از تعریف رسمی سازمان، عدم دریافت پاداش رسمی و مهم بودن برای عملکرد، اثربخشی و موقعیت سازمان (رنارد^{۴۰}، ۲۰۱۵). از آنجا که مربیگری نوعی رابطه حمایتی و تشویقی محسوب می شود و در قالب روابط نزدیک و تعاملات کمکی انجام می شود، می تواند بر رفتار شهروندی سازمانی تأثیر بگذارد و از طریق جلب اعتماد کارکنان و ایجاد تعهد در آنها نسبت به سازمان، رفتارهای مثبت و اختیاری آنها برای بهبود عملکرد سازمانی را افزایش دهد.

از مهمترین دلایل توجه روزافزون به مربیگری میتوان به کسادی و رکود ناشی از عملکرد ضعیف سازمان ها و اهمیت موضوع کاهش هزینه های سازمانی، عدم اثربخشی کافی آموزش های معمول مانند کلاسهای حضوری و مجازی یکسویه و لزوم توجه به آموزش های بازخوردی و شاگردمحور، رواج کوچک سازی در سازمان ها، اهمیت کار کارشناسی، پالایش سازمان ها از نیروهای ضعیف، اهمیت توسعه مداوم کارکنان و مدیریت استعدادها و دلایلی نظیر اینها اشاره کرد (وو، ۲۰۱۷). ظهور ایده مدیریت دانش و اهمیت موضوع حفظ و گسترش دانش سازمانی و اهمیت روزافزون موضوع تبدیل دانش به دانایی به عنوان یک مقوله مدیریتی- فرهنگی نیز سبب توجه به مربیگری شده است (موغلی، احمدی، آذر و خدای، ۱۳۹۲). به طور خلاصه، لزوم حمایت از ابتکار عمل راهبردی و توسعه بهسازی و پاسخگویی به نیازهای افراد از عمدهترین دلایل کاربرد مربیگری در سازمان ها است (اسماعیلی، رحیمی و نذافی، ۱۳۹۶).

حوزه عمل مربیگری بسیار گسترده است و از رشته های مختلف ورزشی تا طیف وسیعی از صنایع و حرفه های بخش خصوصی و عمومی را در بر میگیرد (وو، ۲۰۱۵). عوامل اجرایی شرکتها و سازمان ها، مدیران، کارشناسان، کارآفرینان گروههای مختلف شغلی و دانشجویان و فارغ التحصیلان از طریق گذراندن دوره های مربیگری و دریافت آموزش های لازم میتوانند به راه حل های پایداری در زمینه های فردی، شغلی، رهبری، مدیریتی و یا چالش های سازمانی دست پیدا کنند (دانشمندی، ۱۳۹۱). مربیگری در تمام حوزه هایی که افراد میخواهند به نتایجی دست پیدا کنند، قابل اجرا است و می تواند در عرصه های گوناگون مانند حوزه های عمل اجرایی، رهبری و مدیریت کارآمد، تصمیم گیری درست و مؤثر، مدیریت تغییر و تحول شرکت، رشد حرفه ای و توسعه مهارت، افزایش درآمد از طریق فروش و بازاریابی کارآمد، حفظ کارکنان، ارتباطات مؤثر و کارآمدی شغلی و عملکرد سازمانی کاربرد مؤثری داشته باشد (مسعودی، ۱۳۹۴). تعداد پژوهشهای انجام شده درباره تأثیر مربیگری در سازمان زیاد نیست و بیشتر پژوهشها به بررسی مفهوم مربیگری پرداخته اند. پژوهشهای میدانی انجام شده نیز بیشتر در چارچوب پژوهشهای همبستگی بوده اند. بنابراین، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان شرکت بیمه سامان پرداخته می شود.

روش

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن عبارت بود از کلیه کارکنان شرکت بیمه سامان که ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اکثر آزمودنیهای گروه آزمایش در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۵/۳۳ درصد) و اکثر آزمودنیهای گروه کنترل در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال (۶۰ درصد) قرار داشتند. همچنین، اکثر آزمودنیهای گروههای آزمایش و کنترل دارای مدرک دیپلم (۵۵/۳۳ و ۴۰ درصد) بودند.

ابزار

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

- پرسشنامه خودآگاهی هیجانی: این مقیاس توسط کاتر، رید و کروک^{۴۱} (۲۰۱۲)، به نقل از پاکمنش و جاودان، (۱۳۹۹) طراحی شده و دارای ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس (بازشناسی، شناسایی، تبدیل سازی، محیط گرایی و حل مسئله) است که خودآگاهی هیجانی را

- 236 - Walker
- 237 - organizational citizenship behavior
- 238 - Nobel
- 239 - Feldman
- 240 - Renard
- 241 - Kaure, Reid & Crooke's emotional self-awareness questionnaire

در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) اندازه‌گیری می‌کند. امتیازات ۳۳ گویه با یکدیگر جمع می‌شود و بنابراین حداقل و حداکثر امتیاز ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. در پژوهش مهنا و طالع پسند (۱۳۹۵) روایی مقیاس توسط متخصصان تأیید شد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش پاکمنش و جاودان (۱۳۹۹) پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

– **پرسشنامه رفتار شهروندی سازمانی:** این پرسشنامه توسط اورگان و کانوسکی (۱۹۹۱)، به نقل از پورسلطانی زرنندی و امیرجی نقندر، (۱۳۹۲) ساخته شده و دارای ۱۲ گویه و ۵ خردهمقیاس نوع دوستی، وجدان، جوانمردی، رفتار مدنی و ادب و ملاحظه است. نمره گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای «کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵» انجام می‌شود. گویه‌های ۷، ۸، ۹ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه توسط اسلامی و سیار (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است. پورسلطانی زرنندی و امیرجی نقندر (۱۳۹۲) روایی محتوایی آن را تأیید کردند و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه نمودند. همچنین، پایایی آن در پژوهش ارشدی و همکاران (۱۳۹۸) با استفاده از آلفای کرونباخ و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد.

– طرح فرایند مربیگری:

در این پژوهش از مدل چهار مرحله‌ای (هدف، واقعیت، گزینه‌ها و وضعیت مطلوب) گراو^{۲۴۲} استفاده شد که توسط جان وایتمور^{۲۴۳} در سال ۱۹۹۲ ارائه شده است. مرحله هدف شامل تعیین این موضوع است که فراگیر باید به چه هدفی برسد، هدفی که به واقعیت نزدیک است. هدف مشخص، قابل اندازه‌گیری، دست‌یافتنی، واقعی و محدود به زمان است. در مرحله واقعیت معلوم می‌شود که فاصله فراگیر از هدف چقدر است. به عبارت دیگر، موقعیت فعلی فراگیر در ارتباط با موضوع مد نظر در حال حاضر چیست. در مرحله گزینه‌ها که مهمترین بخش فرایند مربیگری است، فراگیر به کمک راه‌حلی که خودش ارائه می‌دهد، استعدادها و توانمندی‌هایش را توسعه می‌دهد. مربی با مطرح کردن سؤالات جدی به فراگیر کمک می‌کند تا گزینه‌های گوناگون را کشف کند و در مرحله وضعیت مطلوب، فراگیر با انگیزه کافی به بررسی هدفها و قدم‌های لازم برای رسیدن به آن می‌پردازد و در مسیر اصلی گام برمی‌دارد (ارشدی، رباطی و طهمورسی، ۱۳۹۸). این طرح در ۶ جلسه و هفته‌ای یک جلسه یک ساعته برگزار شد.

پژوهشگر پس از حضور یافتن در شرکت بیمه سامان و کسب اجازه جهت اجرای پژوهش، آن را در چهار مرحله انجام داد: مرحله اول: سنجش میزان خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان (مرحله پیش‌آزمون)؛ مرحله دوم: اعمال طرح فرایند مربیگری (برگزاری ۶ جلسه آموزش فردی)؛ مرحله سوم: بررسی اثربخشی آموزش با در نظر گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در گروه کنترل و گروه آزمایش و مرحله چهارم: بررسی مجدد میزان خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان (مرحله پس‌آزمون). در این پژوهش سعی شد تا آزمودنیها از اهداف پژوهش آگاه شوند و رضایت آگاهانه آنها کسب شود. همچنین، اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی ماند و حین اجرای پژوهش و پس از آن در جریان کامل نحوه اجرای پژوهش و نتایج حاصل از آن قرار گرفتند. معیارهای ورود پژوهش شامل شاغل بودن، داشتن مدرک دیپلم و بالاتر از آن و داشتن بیش از ۵ سال سابقه کار بود.

یافته‌ها

ویژگیهای توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودآگاهی	پیش‌آزمون	۸۷/۲۱	۶/۱۰	۸۹/۷۵	۶/۰۹
	پس‌آزمون	۱۰۹/۳۷	۹/۹۳	۸۸/۸۹	۶/۷۱
رفتار شهروندی سازمانی	پیش‌آزمون	۳۹/۶۴	۳/۲۴	۴۰/۴۷	۳/۳۴
	پس‌آزمون	۴۷/۳۵	۳/۷۷	۳۹/۱۱	۳/۲۵

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خودآگاهی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (۱۰۹/۳۷) نسبت به پیش‌آزمون (۸۷/۲۱) افزایش پیدا کرده است، درحالی‌که نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون افزایش نداشته است. همچنین، میانگین نمرات رفتار شهروندی سازمانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (۴۷/۳۵) نسبت به پیش‌آزمون (۳۹/۶۴) افزایش (وضعیت مطلوب) است Will (گزینه‌ها) و Options (واقعیت)، Reality، (هدف) Goal مخفف چهار واژه (GROW) – سرواژه 24 2

243 - John Whitmore

پیدا کرده است، درحالیکه نمرات پس آزمون در گروه کنترل نسبت به پیش آزمون افزایشی نداشته است. جهت بررسی تأثیر آموزش مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است. پیش از استفاده از این روش تحلیل باید پیشفرض های آن را مورد بررسی قرار داد. مقادیر آماره آزمون شاپیرو-ویلکز^{۲۴۴} جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه آزمایش و کنترل بود. همچنین، وجود همگنی شیب های رگرسیون نیز در دو متغیر مورد تأیید قرار گرفت و مشخص شد که بین متغیرهای مورد پژوهش رابطه خطی وجود دارد. به علاوه، شرط همگنی ماتریسهای واریانس که توسط امباکس^{۲۴۵} بررسی شد، رعایت شده بود.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی

منبع	مجموع مجذورات	د رجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنیداری	اندازه اثر
خودآگاهی	۱۹۹۷/۷۱	۱	۲۵۷/۴۲۵	۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
رفتار شهروندی سازمانی	۲۲۶۷/۸۲	۱	۳۴۲/۳۲	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱

همانطور که جدول ۲ نشان میدهد، بر اساس نتایج متغیر خودآگاهی ($F=۵۹/۴۲$ و $P=۰/۰۰۱$) و رفتار شهروندی سازمانی ($F=۵۰/۳۱$ و $P=۰/۰۰۱$) میتوان گفت که این متغیرها معنیدار هستند، یعنی آموزش مربیگری سازمانی بر بهبود خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی مؤثر بوده است. به علاوه، اندازه اثر نشان میدهد که ۴۵ درصد از تفاوت خودآگاهی و ۴۲ درصد از تفاوت رفتار شهروندی سازمانی دو گروه در مرحله پس آزمون مربوط به آموزش مربیگری سازمانی است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی انجام شد. بر این اساس، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مربیگری سازمانی بر بهبود خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش بارون و مورین^{۲۴۶} (۲۰۱۰)، الناصر و بهری^{۲۴۷} (۲۰۱۵)، فینچ و بسونت^{۲۴۸} (۲۰۱۸)، ونسان و همکاران^{۲۴۹} (۲۰۱۹)، گرائن، کاندو و گریس^{۲۵۰} (۲۰۲۰)، ژری و همکاران^{۲۵۱} (۲۰۲۱)، فو، پادیللا-واکر و براون^{۲۵۲} (۲۰۲۲)، حبشی زاده (۱۳۸۵)، احمدی و شفیعیآبادی (۱۳۸۷)، اسماعیلی، رحیمی و نداف (۱۳۹۶)، ارشادی، رباطی و طهمورسی (۱۳۹۸)، رستگار، علیکرمی و جباری (۱۳۹۸)، مافی، محمدی الیاسی و رضاییزاده (۱۳۹۹)، سپهوند، حکاک و فعلی (۱۴۰۰)، اصل فلاح، اکبری مقدم و دوستار (۱۴۰۱) و عربشاهی کریزی و حسینی (۱۴۰۱) همسو است. برای مثال، نتایج پژوهش الناصر و بهری (۲۰۱۵) نشان داد که مربیگری سازمانی از طریق فراهم آوردن جوی که بر اطمینان، احترام و همکاری افراد از طریق مبادله آزاد اطلاعات تأکید می کند به ایجاد جو سازمانی مثبت کمک می کند. همچنین، فینچ و بسونت (۲۰۱۸) جهت بررسی اثربخشی مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و بهزیستی کارکنان نشان دادند که این آموزش در بهبود خودآگاهی و تقویت بهزیستی کارکنان تأثیر معنی داری دارد. به علاوه، اسماعیلی، رحیمی و نداف (۱۳۹۶) دریافتند که مربیگری سازمانی تأثیر مثبت و معناداری بر جو سازمانی مثبت دارد و جو سازمانی مثبت بر رفتارهای غیرمولد فردی در محیط کار (قلدری در محیط کار و از خود بیگانگی شغلی) تأثیر منفی و معناداری دارد. همچنین جو سازمانی مثبت در رابطه بین مربیگری سازمانی و رفتارهای غیرمولد فردی در محیط کار (قلدری در محیط کار و از خود بیگانگی شغلی) نقش میانجی کامل ایفا میکرد. همچنین، ارشادی، رباطی و طهمورسی (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی فرایند مربیگری بر خودکارآمدی شغلی و رفتار شهروندی سازمانی دریافتند که آموزش مربیگری موجب تقویت خودکارآمدی شغلی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان می شود.

در تبیین یافته های فوق میتوان گفت که افراد زمانی میتوانند نسبت به اتفاقات و رویدادهای احساسی واکنش صحیحی را نشان دهند که هیجانهای خود را به خوبی شناخته و نسبت به آنها آگاهی داشته باشند. آگاهی از احساسات به عنوان اولین گام در جهت تغییر احساسات

- 244 - Shapiro-Wilks
- 245 - Box's M
- 246 - Baron & Morin
- 247 - Al-Nasser & Behery
- 248 - Finch & Bessonnette
- 249 - van Son et al.
- 250 - Graen, Canedo & Grace
- 251 - Xie et al.
- 252 - Fu, Padilla-Walker & Brown

و تنظیم هیجانها معرفی میشود و ضعف در خودآگاهی با آسیبپذیری روانی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی همراه است. مربیگری علاوه بر توسعه مهارت های حرفه ای، نسبت به توسعه خودشناسی و مهارت های شخصی افراد نیز حساس است و به دلیل خشنودی کارکنان از رشد مهارت های شخصی و خودشناسی در کنار رشد حرفه ای، نگرش مثبتتری نسبت به سازمان در آنها شکل میگیرد. همچنین، از آنجاکه مربیگری نوعی رابطه حمایتی و تشویقی محسوب می شود و در قالب روابط نزدیک و تعاملات کمکی انجام می شود، می تواند بر رفتار شهروندی سازمانی تأثیر بگذارد و از طریق جلب اعتماد کارکنان و ایجاد تعهد در آنها نسبت به سازمان، رفتارهای مثبت و اختیاری آنها برای بهبود عملکرد سازمانی را افزایش دهد.

این پژوهش مانند سایر پژوهشها دارای محدودیتهایی است، از جمله اینکه جامعه آماری پژوهش شامل کارکنان شرکت بیمه سامان بود که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر کارکنان در کشور محدود میکند. همچنین، شرایط جسمی و روانی افراد مورد پژوهش می تواند بر نحوه پاسخگویی به پرسشها و نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. لذا به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می شود که به بررسی اثربخشی آموزش مربیگری سازمانی بر خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان سایر نهادها و سازمان ها بپردازند و اثربخشی آموزش مربیگری سازمانی بر متغیرهای این پژوهش و سایر متغیرها را میان کارکنان مرد و زن مقایسه کنند. همچنین، برگزاری کارگاههای آموزشی جهت کمک به ارتقای خودآگاهی و رفتار شهروندی سازمانی کارکنان در شهر تهران و سایر شهرهای ایران توصیه می شود.

منابع

- احمدی، لیلا، و شفیعآبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر مشاوره شغلی به سبک کوچینگ در تغییر نگرش نسبت به بازار کار و افزایش مهارت های کاریابی در فارغالتحصیلان دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی. مشاوره شغلی و سازمانی، ۲، ۱۸۲-۱۶۵.
- ارشدی، مریم، رباطی، افشین، و طهمورسی، نیلوفر. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی فرایند مربیگری بر خودکارآمدی شغلی و رفتار شهروندی سازمانی. فصلنامه پژوهشهای روانشناسی اجتماعی، ۳۵، ۱۰۶-۸۹.
- اسلامی، حسن، و سیار، ابوالقاسم. (۸۶۱۳). رفتار شهروندی سازمانی. ماهنامه تدبیر، ۸۷، ۶۵-۶۰.
- اسماعیلی، آذین، رحیمی، فرجالله، و نداف، مهدی. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر مربیگری سازمانی بر رفتارهای غیرمولد فردی در محیط کار: نقش میانجی جو سازمانی مثبت. پژوهشهای مدیریت در ایران، ۳، ۱۹۱-۱۶۷.
- اصل فلاح، حوریا، اکبری مقدم، بیتالله، و دوستار، محمد. (۱۴۰۱). تأثیر فرهنگ مربیگری بر کارآفرینی سازمانی: تبیین جایگاه عوامل رفتاری درون سازمانی. توسعه کارآفرینی، ۱۵، ۴۱۸-۴۰۲.
- بحرینی، ناهید، و آقایی جشقانی، اصغر. (۱۳۹۸). مقایسه تنظیم هیجانی و خودآگاهی در نوجوانان عادی و بزهارکار. اندیشه و رفتار، ۱۳، ۹۰-۵۷.
- پاکمنش، ناهید، و جاودان، موسی. (۱۳۹۹). پیشبینی عملکرد تحصیلی از طریق خودکنترلی، خودمختاری و خودآگاهی هیجانی در دانشآموزان دوره دوم متوسطه شهرستان بندرعباس. دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۱۴، ۵۷-۳۳.
- پورسلطانی زرنندی، حسین، و امیرجی نقدر، رامین. (۱۳۹۲). ارتباط تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی معلمان تربیت بدنی شهر مشهد در سال ۱۳۹۰. نشریه مدیریت ورزشی، ۱۶، ۱۴۷-۱۲۷.
- حبشیزاده، اعظم. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر ایفای نقش مربیگری توسط سوپروایزران بالینی بر روحیه پرسنل پرستاری و رضایت بیماران. پایاننامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- دانشمندی، سمیه. (۱۳۹۱). امکانسنجی بهکارگیری مربیگری در فعالیتهای آموزش و بهسازی منابع انسانی شرکت ملی نفت ایران. پایاننامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.
- رستگار، عباسعلی، علیکرمی، سجاد، و جباری، اقبال. (۱۳۹۸). تأثیر مربیگری مدیریتی بر رفتارهای نوآورانه پرستاران: نقش میانجی توانمندسازی روانشناختی و وضوح نقش (مورد مطالعه: پرستاران یک بیمارستان نظامی). مطالعات مدیریت راهبردی، ۴۱، ۵۶-۴۵.
- سیهوند، رضا، حکاک، محمد، و فعلی، راضیه. (۱۴۰۰). مربیگری خیرخواهانه و تقویت سرمایه انسانی: تحلیل نقش میانجی سرمایه انگیزشی. رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۱۲، ۳۴-۲۲.
- عربشاهی کریزی، احمد، و حسینی مرزیه. (۱۴۰۱). نقش مربیگری سازمانی در انگیزه خدمت عمومی با نقش میانجی رفتار سازمانی مثبتگرا (مورد مطالعه: کارکنان ستاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد). مدیریت بر آموزش سازمان ها، ۱۱، ۳۹-۱۳.
- قهاری، شهربانو. (۱۳۹۲). از خودآگاهی تا خودشناسی (چاپ دوم). تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.
- مافی، بهاره، محمدی الیاسی، قنبر، و رضاییزاده، مرتضی. (۱۳۹۹). تأثیر روشهای مربیگری بر رفتار کارآفرینانه کارآفرینان نوپا در مراکز شتابدهی. توسعه کارآفرینی، ۱۳، ۸۱-۱۰۰.
- مسعودی، مارال. (۱۳۹۴). امکانسنجی اجرای راهبرد مربیگری در نظام آموزش و بهسازی بانک مهر اقتصاد. پایاننامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.
- موغلی، علیرضا، احمدی، علیاکبر، آذر، عادل، و خدای، عبدالصمد. (۱۳۹۲). شناسایی عوامل مؤثر بر ایجاد سازمان مربیگرا. مطالعات مدیریت بهبود و تحول، ۲۲، ۱۸۵-۱۶۱.
- مهنّا، سعید، و طالعپسند، سیاوش. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایتهای محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی: نقش میانجی بهزیستی تحصیلی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۶، ۴۲-۳۱.

- Al-Nasser, A., & Behery, M. (2015). Examining the relationship between organizational coaching and workplace counterproductive behaviors in the United Arab Emirates. *International Journal of Organizational Analysis*, 23, 375-403.
- Baron, L., & Morin, L. (2010). The impact of executive coaching on self-efficacy related to management soft skills. *Leadership & Organization Development Journal*, 31, 18-38.
- Blakemore, T., & Agllias, K. (2018). Student reflections on vulnerability and self-awareness in a social work skills course. *Australian Social Work*, 72, 21-33.
- Cote, S. (2017). Enhancing managerial effectiveness via four core facets of emotional intelligence: Self-awareness, social perception, emotion understanding, and emotion regulation. *Journal of Organizational Dynamics*, 46, 140-147.
- Feldman, T.W.H. (2011). Affective organizational commitment and citizenship behavior: Linear and non-linear moderating effects of organizational tenure. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 528-537.
- Finch, P., & Bessonnette, S. (2018). The effectiveness of organizational coaching on self-awareness and well-being in personnel. *Journal of psychotherapies*, 18, 11-16.
- Fu, X., Padilla-Walker, L.M., & Brown, M.N. (۲۰۲۲). The effectiveness of organizational coaching on psychological reactance and self-efficacy. *American Journal of Health*, ۵۷, 90-98.
- Graen, G., Canedo, J., & Grace, M. (2020). Team coaching can enhance psychological safety and drive organizational effectiveness. *Organizational Dynamics*, 49, 1-9.
- Jarvis, J. (2004). Coaching and buying coaching services. London: Chartered institute of personnel and development.
- Kolodziejczak, M. (2015). Coaching across organizational culture. *Procedia Economics and Finance*, 23, 329-334.
- Lubans, J. (2017). The spark plug: A leader catalyst for change. *Library leadership and management*, 23, 88-90.
- Macrae, R. (2010). Coaching and consolidating the practice of Newly Qualified Social workers: A Brief Literature Review.
- Nobel, A.D. (2016). The relationship of formal education and gender to organizational citizenship behavior. Dissertation Argosy University/Sarasota, Florida.
- Renard, L. (2015). Executive coaching for professional organizations and organizational citizenship behavior. PhD thesis, school of humanities, The American university of London.
- Van Son, J., Nyklicek, I., Pop, V.J., Blonk, M.C., Erdtsieck, R.J., & Pouwer, F. (2019). The effect of organizational coaching on well-being and self-efficacy in personnel. *Journal of Organizational Research*, 77, 81-84.
- Walker, A. (2011). An HR perspective on executive coaching for organizational learning. *International Journal of Evidence-based Coaching and Management*, 9, 67-79.
- Whitmore, J. (1992). Coaching for performance: a practical guide to growing your own skills. Nicholas Brealey Publishing.
- Woo, H.R. (2015). The moderating effects of managerial coaching between job characteristics and job performance. *Journal of Korean Contents Association*, 15, 425-435.
- Woo, H.R. (2017). Exploratory study examining the joint impacts of mentoring and managerial coaching on organizational commitment. *Sustainability*, 9, 181 -190.
- Xie, X., Chen, W., Lei, L., Xing, C., & Zhang, Y. (۲۰۲۱). Effectiveness of organizational coaching on job burn-out. *Personality and Individual Differences*, ۹۵, 61-۵۶.