

پیش بینی کمرویی بر اساس سیستم های مغزی رفتاری و مهارت های اجتماعی هیجانی در دانش آموزان متوسطه اول

Prediction of shyness based on behavioral brain systems and social-emotional skills in first secondary
students of Agh Qola city

Ghorban Habibli

Master's Student, Department of Clinical Psychology,
Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Golestan,
Iran.

Maliheh Mehdikhani (corresponding Aouthor)

PhD, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad
University, Sari, Iran.

Email □ sh.payam94@yahoo.com

Vali Iri

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

قربان حبیبلی

دانشجوی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی،
گلستان، ایران.

ملیحه مهدیخانی (نویسنده مسئول)

دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری،
ایران. Email □ sh.payam94@yahoo.com

ولی ایری

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران.

Abstract

Aim: Research This research aims to predict the behavior
based on brain-behavioral systems and social-emotional
skills in the first secondary school students of Agh Qala
city.

Method: Agh Gholi was in the academic year 1403-1402.
According to the number of target community according to
the table of Kergesi and Morgan, 250 people were selected
as a sample in a convenient manner. In this study, three
questionnaires included; The Camroy Questionnaire
(Chick-Briggs, 1990), the Behavioral Brain Systems
Questionnaire (Carver and White, 1994) and the Social-
Emotional Skills Scale (Corin et al., 2009) were used. The
statistical method was Pearson correlation analysis and
stepwise regression.

Results: The findings showed that there is a positive and
significant relationship (34.0) between behavioral inhibition
and humility in the first secondary school students of Agh
Gholi city (34.0) and between behavioral activation (29.0-)
and social and emotional skills. (23/0-) With poverty in the
first secondary school students of Agh Gholi city There is a
significant negative relationship at the 0.01 level and
behavioral inhibition (258/0B=,110/33F=), behavioral
activation (180/0- B=,076/23F=), and social-emotional
skills (124/0 - B=,947/16F=), significant predictive power
of lower back pain in secondary students First, they owned
the city of Agh Gholi.

Conclusion: It is suggested that since behavioral brain
systems and social skills have the ability to predict shyness
in first-grade students; Therefore, attention is recommended
to regulate the brain-behavioral systems and increase the
social skills of students.

Keyword: Locomotion, Behavioral Brain Systems, Social
Emotional Skills.

چکیده

هدف: پژوهش این پژوهش با هدف پیش بینی کمرویی بر اساس سیستم های
مغزی رفتاری و مهارت های اجتماعی هیجانی در دانش آموزان متوسطه اول
شهرستان آق قلا انجام گردید. روش: پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و
جامعه آماری پژوهش تمامی ۶۶۷ دانش آموزان پسر متوسطه اول پایه نهم مدارس
دولتی شهرستان آق قلا در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. با توجه به تعداد
جامعه هدف به جدول کرجسی و مورگان تعداد ۲۵۰ نفر به روش در دسترس به
عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش از سه پرسشنامه شامل: پرسشنامه
کمرویی (چیک-بریگز، ۱۹۹۰)، پرسشنامه سیستم های مغزی رفتاری (کارور و
وایت، ۱۹۹۴) و مقیاس مهارت های اجتماعی-هیجانی (کورین و همکاران،
۲۰۰۹) استفاده شد. روش آماری پژوهش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به
گام بوده است. یافته ها: یافته ها نشان داد که بین بازداری رفتاری با کمرویی
در دانش آموزان متوسطه اول شهرستان آق قلا رابطه (۰/۳۴) مثبت و معنی داری در
سطح ۰/۰۱ وجود دارد و بین فعال سازی رفتاری (۰/۲۹-) و مهارت های
اجتماعی هیجانی (۰/۲۳-) با کمرویی در دانش آموزان متوسطه اول شهرستان
آق قلا رابطه ی منفی معنی داری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد و بازداری رفتاری
($F=233/110, B=-0/180$)، فعال سازی رفتاری ($F=233/110, B=-0/180$)، و
مهارت های اجتماعی هیجانی ($F=124/0, B=0/947$)، توان پیش بینی معنادار
کمرویی در دانش آموزان متوسطه اول شهرستان آق قلا را دارا بودند. نتیجه گیری:
پیشنهاد می شود از آنجا که سیستم های مغزی رفتاری و مهارت های اجتماعی
توان پیش بینی کمرویی را در دانش آموزان متوسطه اول دارند؛ لذا توجه به تنظیم
سیستم های مغزی رفتاری و افزایش مهارت های اجتماعی دانش آموزان پیشنهاد
می شود. **کلمات کلیدی:** کمرویی، سیستم های مغزی رفتاری، مهارت های
اجتماعی هیجانی.

مقدمه

در هر جامعه درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان بدون آن که تمایلی داشته باشند، ناخواسته خودشان را در حصاری از کمرویی محبوس و زندانی می‌کنند و شخصیت واقعی و قابلیت‌های ارزشمند ایشان در پس توده‌ای از ابرهای تیره‌ی کمرویی، ناشناخته می‌شود (روک و همکاران، ۲۰۱۸). احساس کمرویی تجربه‌ای است که در آن افراد بیش از اندازه به خود توجه می‌کنند و همواره ارزیابی‌های منفی از خود به عمل می‌آورند تا حدی که این حالت‌ها برای فرد کمرو، باعث ایجاد ناراحتی، جلوگیری از بروز احساس‌ها در موقعیت‌های اجتماعی و مانع از پیگیری‌های هدف‌های فردی می‌شود (ژیا و همکاران ۲۰۱۶). کمرویان خودآگاه بیش از هر چیز دیگر، از مشکل خودشان به عنوان یک موضوع اجتماعی آگاه هستند (فنگ و همکاران^۱، ۲۰۱۴). احساس کمرویی به عنوان یک پدیده اجتماعی در نظر گرفته شده است که با اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی، بازداری اجتماعی، یا رفتارهای بین فردی ناشی از نگرانی درباره ارزیابی بین فردی، مشخص می‌شود (روک و همکاران^۲، ۲۰۱۸). سازه احساس کمرویی معمولاً به صورت شخصی و نه براساس ملاک استاندارد تشخیصی تعریف شده است، یک شکل ناهمگن از فویبای اجتماعی است و بیشتر به عنوان فرمی که از این اختلال روان‌پزشکی غیرقابل تشخیص است، درک می‌شود (ژو و همکاران^۳، ۲۰۲۱). کمرویی افراد می‌تواند در نتیجه نقص عملکرد شناختی و کاهش نیازهای تعلق و شایستگی روی دهد (یانگ و همکاران^۴، ۲۰۱۵).

افراد مبتلا به کمرویی و اضطراب اجتماعی است علائمی مانند انزوای اجتماعی، مشکلات فعال‌سازی و بازداری رفتاری در سیستم مغزی را در زندگی تجربه کنند (آکیونوس و گلتهکین^۵، ۲۰۲۳). در سیستم‌های مغزی رفتاری اساس تفاوت‌های فردی در واکنش به محرک تنبیه‌کننده و پاداش‌دهنده مطرح شده است و دارای دو سیستم بازداری رفتار^۶ و سیستم فعال‌سازی رفتار^۷ است (سانچز رودریگز و همکاران^۸، ۲۰۲۱). سیستم بازداری رفتار با حساسیت به نشانه‌های تنبیه و رفتار اجتنابی مشخص می‌شود و با نظام‌هایی که اضطراب در آن‌ها نقش دارد، همپوشی دارد (بایکان و کارلیدره^۹، ۲۰۲۳). در حالی که سیستم فعال‌سازی رفتار به نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و گرایش به رفتار گرایشی و لذت بخش حساس است (گری و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۶). مهم‌ترین صفت منعکس‌کننده این دو سیستم به

¹. Feng, et al

². Roks, et al

³. Zhu, et al

⁴. Yang, et al

⁵. Akyunus & Gültekin

⁶. BIS

⁷. BAS

⁸. Sánchez-Rodríguez, et al

⁹. Baykan & Karlıdere

¹⁰. Gray, et al

ترتیب اضطراب و تکانشگری است (گری^۱، ۱۹۹۰). دهقانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سیستم فعال‌سازی-بازداری رفتاری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی

اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری نقش دارند. پول و اشمیت^۲ (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که بین عملکرد سیستم رفتاری با کمرویی در کودکان رابطه معنی‌داری وجود دارد. اشمیت و همکاران^۳ (۲۰۲۰) دریافته‌اند که بازداری رفتاری و کمرویی مزاجی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

از سوی دیگر، گرایش افراد به رفتار ناسازگار و کاهش مشارکت در محیط و تجربه کمرویی و اضطراب اجتماعی، می‌تواند به فقدان مهارت‌های اجتماعی-هیجانی مناسب اشاره کند (گیومتی و کوالسکی^۴، ۲۰۲۲). مهارت‌های اجتماعی-هیجانی ناشی از یادگیری اجتماعی-عاطفی بر این باورند که یادگیرندگان توانایی نظارت بر رفتارهای خود را از طریق یادگیری دارند (شرودر و اولیس^۵، ۲۰۱۳). فقدان مهارت‌های اجتماعی-هیجانی در محیط‌های اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش توانایی، کاهش موفقیت و به طور کلی کاهش عملکرد مناسب شود (کارا^۶، ۲۰۱۹). مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تمایل دانش‌آموزان برای پاسخ‌دهی مؤثر به اقدامات محیطی تأثیر می‌گذارد و ماهیت اساسی آن درونی است (ایهامورا و همکاران^۷، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، دانش‌آموزان زمانی در محیط‌های اجتماعی مهارت‌های اجتماعی-هیجانی را احساس می‌کنند که در محیط خانواده با تعاملات و تربیت مناسب رشد کرده باشند، این شرایط در سلامت خانواده خلاصه می‌شود (انور و همکاران^۸، ۲۰۱۲). مهارت‌های اجتماعی-هیجانی ادراک شده یکی از مؤلفه‌های مهم در راستای متغیرهایی مانند خودپنداره و خود ادراک است که می‌تواند موجب تعلق و روابط بهینه در تعاملات اجتماعی و درک صحیح این شرایط شود (استورم^۹، ۲۰۱۲). که در فرآیند آگاهی افراد از ویژگی‌ها و توانایی‌های خود، نوع، کمیت و کیفیت روابط با افراد دیگر، عکس العمل مناسب به موقعیت و رویدادهای پیرامون، ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه یک فرد را جامع و ویژه‌ای خواهد داشت (میسیر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰). این شرایط ادراک از مهارت‌های اجتماعی-هیجانی می‌تواند بر حوزه‌های مختلف شناختی، رفتاری، فیزیکی و اجتماعی تأثیر بگذارد (کارا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۸). به عبارت دیگر انگیزه‌های ناشی از مهارت‌های

1. Gray

2. Poole & Schmidt

3. Schmidt, et al

4. Giumetti & Kowalski

5. Schroder & Ollis

6. Thergankar & Wadkar

7. Imamura, et al

8. Anwar, Ali, & Abro

9. Strømme

10. Mısırlı, et al

11. Kara, et al

اجتماعی-هیجانی فرد را به سمت اقدامات مؤثر سوق می‌دهد و احساس خودکارآمدی و لذت درونی را بهبود می‌بخشد (شیکل و رینگسین^۱، ۲۰۲۰).

در همین راستا بقایی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داده‌اند که بین مهارت‌های اجتماعی با کمرویی و استرس دانش‌آموزان رابطه دارد. حسن‌پور و همکاران (۱۴۰۱) دریافته‌اند که مدل علی کمرویی دانش‌آموزان بر اساس خودتنظیمی هیجانی با نقش میانجی خود انتقادی دارای برازش مناسب است. چیره و همکاران (۱۳۹۸) دریافته‌اند که بین کمرویی، سلامت معنوی و مهارت‌های ارتباطی با هوش هیجانی در دانشجویان رابطه وجود دارد. حسن و اشمیت^۲ (۲۰۲۳) دریافته‌اند که بین عوامل مهارت‌های اجتماعی، کمرویی و بازداری رفتاری رابطه دوسویه معنی‌داری وجود دارد. ژایو و همکاران^۳ (۲۰۲۳) دریافته‌اند که شیوه‌های والدین مادری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی سهم خاصی در اختلال کمرویی دارند. نبی‌ئی و امیری (۱۴۰۲) در پژوهش خود تحت عنوان پیشینی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس حساسیت اضطرابی، سیستم‌های مغزی-رفتاری (فعال‌سازی و بازداری رفتاری) و خودکارآمدی نشان داده‌اند که بین هر یک از متغیرهای حساسیت اضطرابی، بازداری رفتاری و خودکارآمدی با اضطراب اجتماعی همبستگی معنادار وجود داشته اما بین فعال‌سازی رفتاری و اضطراب اجتماعی همبستگی معنادار وجود نداشت. بقایی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی با کمرویی و استرس دانش‌آموزان نشان داده‌اند که بین مهارت‌های اجتماعی با کمرویی و استرس دانش‌آموزان رابطه دارد. حسن‌پور و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی نقش میانجی خودانتقادی بین خودتنظیمی هیجانی و کمرویی نوجوانان نشان داده‌اند که مدل علی کمرویی دانش‌آموزان بر اساس خودتنظیمی هیجانی با نقش میانجی خود انتقادی دارای برازش مناسب است. همچنین خودتنظیمی هیجانی بر خود انتقادی تأثیرمستقیم دارد و خودتنظیمی هیجانی بر کمرویی تأثیر مستقیم دارد. حسن و اشمیت^۴ (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان کمرویی و بازداری رفتاری در زوج‌های پیش‌دبستانی: مدل رفتار اجتماعی دریافته‌اند که بین عوامل مهارت‌های اجتماعی، کمرویی و بازداری رفتاری رابطه دوسویه معنی‌داری وجود دارد. ژایو و همکاران^۵ (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان کمرویی و سازگاری هیجانی-اجتماعی در اوایل دوران کودکی در سرزمین اصلی چین: بررسی نقش شیوه‌های والدین مادری و باورها در مورد کمرویی دریافته‌اند که شیوه‌های والدین مادری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی سهم خاصی در اختلال کمرویی دارند. ژو و همکاران^۶ (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان کمرویی و مشکلات سازگاری اجتماعی-عاطفی در مهدکودک‌های شهری چینی: نقش تعدیل‌کننده کنترل تلاشگر کودک دریافته‌اند که تلاشگر کودک بین رابطه کمرویی و مشکلات سازگاری اجتماعی-عاطفی در مهدکودک‌های شهری چینی نقش تعدیل‌کننده دارد.

1. Schickel & Ringeisen

2. Hassan & Schmidt

3. Xiao, et al

4. Hassan & Schmidt

5. Xiao, et al

6. Zhu, et al

بنابر مطالب فوق شناسایی متغیرهای موثر بر شرایط این افراد مبتلا به کمرویی علی‌الخصوص دانش آموزان می‌تواند زمینه را برای تحقیقات بیشتر فراهم کرد و از شیوع و گسترش آن که به طور کلی در کشور رو به افزایش است با آرایه دهنده پیشنهادهای کاربردی مشاوره و درمانی جلوگیری نماید. از طرفی با توجه عدم وجود پیشینه در داخل کشور که به صورت همزمان به بررسی روابط بین مهارت‌های اجتماعی هیجانی و سیستم‌های مغزی رفتاری با کمرویی در دانش آموزان متوسطه اول شهرستان آق‌قلا پردازند، بنابراین بررسی کمرویی براساس ابعاد زمینه‌ای مانند مهارت‌های اجتماعی هیجانی و سیستم‌های مغزی رفتاری در جامعه پژوهش ضروری دارد. با توجه مطالب ذکر شده، هدف اصلی پژوهش حاضر پیش‌بینی کمرویی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی در دانش آموزان متوسطه اول شهرستان آق‌قلا است.

روش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به صورت مقطعی و تحلیل آن‌ها به روش توصیفی از نوع همبستگی بود. بر اساس استعلام از اداره آموزش و پرورش شهرستان آق‌قلا جامعه آماری پژوهش تمامی ۶۶۷ دانش آموزان پسر ۱۵ ساله متوسطه اول پایه نهم مدارس دولتی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. با توجه به تعداد جامعه هدف به جدول کرجسی و مورگان تعداد ۲۵۰ نفر به روش درد سترس به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد به شرح زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه کمرویی (RSS)^۱: پرسشنامه کمرویی توسط چیک-بریگز (۱۹۹۰) ساخته شده و دارای ۱۴ سوال است. با هدف سنجش کمرویی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس ۳-۱۰-۱۱-۱۳، پریشانی و دوری‌گزینی اجتماعی ۱-۲-۴-۵-۷-۸-۱۴، گستره کمرویی در ارتباط با افراد ناآشنا ۶-۹-۱۲-۳ سنجیده شده است. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. هرچه نمره‌ی فرد بیشتر باشد نشان‌دهنده‌ی میزان کمرویی بیشتر در فرد می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۱۴ و حداکثر ۷۰ خواهد بود. نمره بین ۱۴ تا ۲۸: میزان کمرویی پایین است. نمره بین ۲۸ تا ۴۲: میزان کمرویی متوسط است. نمره بالاتر از ۴۲: میزان کمرویی بالا است. روایی سازه و محتوا توسط سازنده تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ کل نمونه ۰/۸۰، و در عامل‌های اول ۰/۷۷، دوم ۰/۷۵ و سوم ۰/۷۲ بدست آمده است. در ایران توسط رجبی و عباسی (۱۳۸۹) روایی سازه و همزمان تایید شد و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ کل

¹. Revised Shyness scale

نمونه ۰/۷۱، و در عامل‌های اول ۰/۶۷، دوم ۰/۶۷ و سوم ۰/۱۸ به دست آمده است بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵ بدست آمده است.

۲. پرسشنامه سیستم‌های مغزی رفتاری^۱ (BBS): پرسشنامه سیستم‌های مغزی رفتاری توسط کارور و وایت^۲ در سال ۱۹۹۴ با ۲۴ سوال طراحی شد. دو زیرمقیاس سیستم بازدارنده رفتاری^۳ و زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری^۴ دارد. با هدف سنجش بازدارنده از انجام یک رفتار و یا فعال شدن یک رفتار تدوین شده است. سوال‌ها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۱) توسط آزمودنی رتبه بندی می‌شود. زیرمقیاس سیستم بازدارنده رفتاری در این پرسشنامه شامل هفت سوال ۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴ است. زیرمقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری شامل سه زیرمقیاس دیگر است که عبارتند از: سائق (۲۱-۱۲-۹-۳)، پاسخدهی به پاداش (۲۳-۱۸-۱۴-۷-۴)، جستجوی سرگرمی (۲۰-۱۵-۱۰-۵). گزینه‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷ در نمره گذاری هیچ تاثیری ندارند. نمره بالاتر در فعال‌سازی رفتاری نشان دهنده فعال‌سازی رفتاری بهتر در افراد است و نمره بالاتر در بازدارنده رفتاری نشان دهنده بازدارنده رفتاری بهتر در افراد است. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و روایی همزمان از طریق دو زیرمقیاس افسردگی و اضطراب فهرست تجدید نظر شده ۹۰ سوالی بررسی گردید و ضرایب همبستگی مقیاس بازدارنده رفتاری با افسردگی و اضطراب معنی‌دار و به ترتیب برابر ۰/۲۲ و ۰/۳۱ بود. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس سیستم بازدارنده رفتاری ۰/۹۳ برآورد شد. عبدالهی مجارشین (۱۳۸۵) روایی سازه را تایید پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای مقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس سیستم بازدارنده رفتاری ۰/۸۱ گزارش نمود. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای بازدارنده و فعال‌سازی به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۱ بدست آمده است.

۳. مقیاس مهارت‌های اجتماعی-هیجانی^۵ (SESS): پرسشنامه‌ی مهارت‌های اجتماعی-هیجانی توسط کورین و همکاران (۲۰۰۹) با ۲۰ سوال طراحی شد. با هدف سنجش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی تدوین شده است. سه خرده مقیاس سازمان‌دهی تکلیف ۱ تا ۷، روابط همسالان ۸ تا ۱۵ و خودتنظیمی ۱۶ تا ۲۰ را دارد. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بیشتر و بهتر است. حداقل نمره آن ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازنده تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ بدست آمد. روایی سازه و همزمان این پرسشنامه در پژوهش جهانی پاقلعه و همکاران (۱۳۹۲) مورد تایید قرار گرفته و مقادیر آلفای کرونباخ برای آن ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ بدست آمده است.

۱. behavioral brain systems Questionnaire

۲. Carver & White

۳. the behavioral inhibition system

۴. the behavioral activation system

۵. Social-emotional skills scale

روش اجرا

در این پژوهش در حوزه‌ی کتابخانه‌ای با مراجعه به کتاب‌ها، مقالات، پایان‌نامه‌ها و پژوهش‌های مختلف، به بررسی دیدگاه‌ها و نظریات اندیشمندان و صاحب‌نظران در رابطه با ادبیات نظری پیرامون موضوع پژوهش و بررسی از طریق گفتگو با متخصصان و اساتید دانشگاهی به منظور دریافت دیدگاه‌ها و ایده‌های آن‌ها در هر یک از مراحل کار پژوهشی پرداخته شد. در حیطه میدانی دریافت مجوزها از دانشگاه و آموزش و پرورش شهرستان آق‌قلا در وهله‌ی نخست و در گام دوم پس از انتخاب ابزارها و مراجعه به مدارس شهرستان آق‌قلا و دریافت ابزارهای مربوطه با توجه به روش نمونه‌گیری موردنظر و در بازه زمانی زمستان سال ۱۴۰۲ و به صورت فردی انجام شد، در ابتدا توضیحات مقدماتی به آزمودنی‌ها در خصوص نوع و نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد، رضایت‌نامه از آزمودنی‌ها قبل از اجرای پژوهش دریافت گردیده شد و پس از تایید فرم رضایت‌نامه پس از جمع‌آوری داده‌های تکمیلی، در انتها به بررسی روابط بین متغیرها پرداخته شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل نتایج داده‌های خام استخراجی در بخش آمار توصیفی با میانگین، انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی با توجه به رعایت شدن مفروضه‌های آمار پارامتریک مانند آزمون کلموگروف اسمیرنوف، کشیدگی و چولگی از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ انجام گردید.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل آماره	حداکثر آماره	میانگین	انحراف استاندارد
بازداری رفتاری	۱۲	۲۲	۱۶/۸۰	۱/۶۳
سائق	۵	۱۶	۹/۴۸	۲/۱۷
پاسخدهی به پاداش	۸	۱۹	۱۳/۷۳	۲/۶۰
جستجوی سرگرمی	۴	۱۴	۶/۶۶	۱/۲۴
فعال‌سازی رفتاری	۱۸	۴۳	۲۹/۸۷	۵/۳۹
مهارت‌های اجتماعی هیجانی	۸	۲۶	۱۷/۱۰	۳/۷۲
سازمان‌دهی تکلیف	۸	۲۶	۱۷/۱۰	۳/۷۲
روابط همسالان	۸	۲۸	۱۸/۴۶	۴/۲۳
خودتنظیمی	۷	۲۰	۱۳/۹۸	۲/۵۳
مهارت‌های اجتماعی هیجانی	۲۳	۷۴	۴۹/۵۴	۱۰/۰۴
کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس	۷	۱۶	۱۲/۵۲	۱/۷۵
کمرویی	۹	۲۱	۱۵/۵۹	۲/۴۸
پیشانی و دوری‌گزینی اجتماعی				

گستره کمروبی در ارتباط با افراد ناآشنا	۴	۱۴	۹/۹۸	۲/۱۹
کمروبی	۲۲	۵۱	۳۸/۰۹	۶/۱۰

پیش از استفاده از آزمون رگرسیون ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. جدول ۲ نرمال بودن توزیع را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرها

متغیرهای اصلی	مقدار آزمون کولموگروف - اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
بازداری رفتاری	۰/۸۳۳	۰/۴۹۲
سائق	۱/۱۷۷	۰/۱۲۵
پاسخدهی به پاداش	۱/۰۸۱	۰/۱۹۳
جستجوی سرگرمی	۱/۰۴۳	۰/۲۲۷
فعال‌سازی رفتاری	۰/۸۵۴	۰/۴۵۹
سازمان‌دهی تکلیف	۰/۷۵۲	۰/۶۲۴
روابط همسالان	۱/۰۰۵	۰/۳۶۴
خودتنظیمی	۰/۸۱۲	۰/۵۲۴
مهارت‌های اجتماعی هیجانی	۰/۷۷۷	۰/۵۸۲
کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس	۱/۱۹۹	۰/۱۱۳
پیشانی و دوری‌گزینی اجتماعی	۰/۹۰۳	۰/۳۸۹
گستره کمروبی در ارتباط با افراد ناآشنا	۰/۷۵۷	۰/۶۱۵
کمروبی	۰/۸۳۱	۰/۶۵۸

با توجه به نتایج جدول ۲ و مشاهده مقادیر بدست آمده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۱، توزیع تمامی متغیرها با توجه به سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵، نرمال است. با توجه به نرمالی داده‌های شرایط لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک به طور مشخص برای تعیین همبستگی از روش همبستگی پیرسون استفاده می‌گردد.

جدول ۳. خلاصه یافته‌های تحلیل آنوا برای پیش‌بینی کمروبی (متغیر ملاک) براساس سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی (متغیرهای پیش‌بین)

شاخص	منبع متغیر پیش‌بین	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
بازداری	رگرسیون	۱۰۹۳/۶۴۶	۱	۱۰۹۳/۶۴۶	۳۳/۱۱۰	۰/۰۱
	باقیمانده	۸۱۹۱/۶۴۰	۲۴۸	۳۳/۰۳۱		
	کل	۹۲۸۵/۲۸۶	۲۴۹			
فعال‌سازی	رگرسیون	۱۴۶۱/۸۲۳	۲	۷۳۰/۹۱۲	۲۳/۰۷۶	۰/۰۱
	باقیمانده	۷۸۲۳/۴۶۳	۲۴۷	۳۱/۶۷۴		
	کل	۹۲۸۵/۲۸۶	۲۴۹			

¹⁻ Kolmogorov-Smirnov (K-S)

۰/۰۱	۱۶/۹۴۷	۵۳۰/۱۰۲	۳	۱۵۹۰/۳۰۶	رگرسیون
		۳۱/۲۸۰	۲۴۶	۷۶۹۴/۹۸۰	مهارت‌های اجتماعی هیجانی
			۲۴۹	۹۲۸۵/۲۸۶	کل

نتایج مندرج در جدول ۳ با توجه به مقدار تحلیل واریانس بدست آمده مسیرهای پیش‌بینی کمرویی توسط سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

جدول ۴. ضریب همبستگی چندگانه، ضرایب رگرسیون، ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و هم خطی داده‌ها

گام	متغیرهای پیش بین	R	ضریب همبستگی چندگانه	(Beta) ضریب تا استاندارد شده	R ² مقدار ضریب همبستگی چندگانه	مقدار ضریب همبستگی چندگانه تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	t ضریب	معنی داری	تولرانس	VIF
۱	بازداری	۰/۳۴۳	۰/۲۵۸	۰/۱۱۸	۰/۱۱۴	۳/۶۵۷	۴/۱۷۹	۰/۰۱	۱/۸۵۷	۰/۸۸۱	۱/۱۳۵
۲	فعال‌سازی	۰/۳۹۷	-۰/۱۸۰	۰/۱۵۷	۰/۱۵۱	۳/۵۳۴	-۲/۸۷۹	۰/۰۱	۰/۸۵۹	۰/۸۵۹	۱/۱۶۵
۳	مهارت‌های اجتماعی هیجانی	۰/۴۱۴	-۰/۱۲۴	۰/۱۷۱	۰/۱۶۱	۳/۲۱۳	-۲/۰۲۷	۰/۰۴	۰/۸۹۵	۰/۸۹۵	۱/۱۱۷

نتایج مندرج در جدول ۴ پیش‌بینی کمرویی (متغیر ملاک) براساس سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی (متغیرهای پیش بین) بوده است. برپایه آنچه که در جدول ارائه شده، بازداری رفتاری (۰/۳۴۳)، فعال‌سازی رفتاری (۰/۳۹۷) و مهارت‌های اجتماعی هیجانی (۰/۴۱۴) به صورت انحصاری و افزوده در پیش‌بینی کمرویی نقش داشته است و مقادیر بدست آمده از آماره t نشان دهنده‌ی پیش‌بینی معنی دار متغیر کمرویی می‌باشد. همچنین با توجه به مقادیر بدست آمده از (Beta) بازداری رفتاری (۰/۲۵۸)، فعال‌سازی رفتاری (-۰/۱۸۰) و مهارت‌های اجتماعی هیجانی (-۰/۱۲۴) اثر را بر کمرویی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی کمرویی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی در دانش‌آموزان متوسطه اول شهرستان آق‌قلا انجام شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های هیجانی قادر به پیش‌بینی کمرویی در دانش‌آموزان متوسطه اول شهرستان آق‌قلا می‌باشند. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های بقایی و همکاران (۱۴۰۲)، حسن‌پور و همکاران (۱۴۰۱)، چیره و همکاران (۱۳۹۸)، حسن و اشمیت (۲۰۲۳)، ژیاپو و همکاران (۲۰۲۳) و

¹. Hassan & Schmidt

². Xiao, et al

نبی‌ئی و امیری (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین نتایج حاصل می‌تولن گفت بازداري رفتاری ممکن است باعث کاهش اعتماد به نفس در دانش‌آموزان شود و انگیزه آن‌ها را کاهش دهد. این موضوع می‌تواند منجر به کمروبی در انجام وظایف و اهمال تحصیلی شود. دانش‌آموزان، ممکن است تحت فشار و استرس قرار گیرند (یلدریم و بلن، ۲۰۱۸). این استرس می‌تواند با عملکرد تحصیلی و روحیه آن‌ها تداخل ایجاد کند و به کمروبی منجر شود. بازداري رفتاری ممکن است باعث ایجاد ناراحتی و خشم در دانش‌آموزان شود که این می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات در روابط اجتماعی آن‌ها شود (گری و همکاران، ۲۰۱۶). این اختلالات می‌تواند به افزایش کمروبی در دانش‌آموزان منتهی شود. بازداري رفتاری ممکن است باعث کاهش توانایی دانش‌آموزان در تمرکز و توجه به مطالب درسی شود. این موضوع می‌تواند به کمروبی و عملکرد ناکارآمد در محیط تحصیلی منجر شود (بایکان و کارلیدره، ۲۰۲۳). بنابراین، بازداري رفتاری می‌تواند بر روند یادگیری و توانایی دانش‌آموزان در موفقیت تحصیلی تأثیر منفی داشته باشد و باعث افزایش کمروبی در آن‌ها شود. فعال‌سازی در رفتار می‌تواند به تقویت مهارت‌های فردی دانش‌آموزان کمک کند. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های اجتماعی، مدیریت زمان، تمرکز و توجه به وظایف و دقت در انجام کارها می‌شود که همگی به کاهش کمروبی و افزایش عملکرد تحصیلی منجر می‌شود (مارچان کلاولینو و همکاران، ۲۰۱۸). فعال‌سازی در رفتار می‌تواند انگیزه و انگیزش دانش‌آموزان را افزایش دهد و آن‌ها را به یادگیری فعال و مشارکتی ترغیب کند. این امر باعث می‌شود که دانش‌آموزان بهتر بتوانند به موضوعات و درس‌ها توجه کنند و از آنها استفاده کنند (شریفی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). فعال‌سازی در رفتار می‌تواند بهبود تعامل و همکاری دانش‌آموزان با همدیگر و با معلمان را ایجاد کند. این امر باعث می‌شود که دانش‌آموزان از تجربیات و دانش همدیگر بهره‌مند شوند و از همکاری و تعامل مثبت بین اعضای گروه استفاده کنند. فعال‌سازی در رفتار می‌تواند ارتباط معلم-دانش‌آموز را تقویت کند و از ایجاد ارتباط مثبت و موثر بین آنها کمک کند (سان و همکاران، ۲۰۲۰). این امر باعث می‌شود که معلمان بتوانند بهتر از نیازها و علاقه‌های دانش‌آموزان آگاه شوند و به آنها کمک کنند که بهترین عملکرد را داشته باشند. با توجه به این موارد، می‌توان گفت که فعال‌سازی در رفتار می‌تواند بهبود کمروبی دانش‌آموزان و افزایش عملکرد تحصیلی آنها کمک کند.

در توضیح این نتایج می‌توان بیان کرد که مهارت‌های اجتماعی هیجانی شامل توانایی‌هایی مانند شناخت و مدیریت احساسات، تعامل موثر با دیگران، تشخیص نیازهای خود و دیگران و انعطاف‌پذیری در مواقع مختلف است (آکول و همکاران، ۲۰۲۰). مهارت‌های اجتماعی هیجانی به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا هیجانات خود را به طور موثر مدیریت کنند و از واکنش‌های ناپسندی که منجر به کمروبی می‌شود، پیشگیری کنند. با بهبود مهارت‌های ارتباطی و همکاری، دانش‌آموزان قادر خواهند بود برای حل مسائل و رفع ابهامات خود، به دیگران مراجعه کنند و از راه‌های سازنده برای حل مشکلات استفاده کنند (اماقلی و نند و همکاران، ۱۳۹۷). این مهارت‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا در تعامل با دیگران، مثبت و محترمانه رفتار کنند که این موضوع می‌تواند به جلوگیری از کمروبی و افزایش همبستگی در محیط آموزشی کمک کند. با بهبود مهارت‌های اجتماعی هیجانی، دانش‌آموزان احساس بهتری از تعلق به محیط آموزشی و گروه درسی خود خواهند داشت که این امر می‌تواند به کاهش کمروبی و افزایش مشارکت آن‌ها منجر شود.

(گیومتی و کوالسکی، ۲۰۲۲). بنابراین، تقویت مهارت‌های اجتماعی هیجانی در دانش‌آموزان می‌تواند به ایجاد یک محیط آموزشی سازنده و پشتیبانی‌کننده که از کمرویی جلوگیری می‌کند، کمک کند. ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل عوامل شناختی از جمله هوش و استعداد و عدم کنترل وضعیت اقتصادی اجتماعی و اتکا کردن به گزارش‌های ذهنی آزمودنی‌ها اشاره کرد، در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر شناسایی و تعدیل گردند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

منابع مالی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله بوده که بدون حمایت مالی صورت گرفته است.

منابع

- دهقانی، یوسف، حکمتیان فرد، صادق (۱۳۹۸). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سیستم فعال‌سازی-بازداری رفتاری و راهبرد های تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری. *فصلنامه کودکان/استثنایی*. ۱۹ (۴): ۷۷-۹۰.
- بقایی، حسین، ارجمندی فر، خالد، اسود، سیاوش (۱۴۰۲). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی با کمرویی و استرس دانش‌آموزان، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و فلسفه، بابل.
- چیره، شادی (۱۳۹۸). رابطه بین کمرویی، سلامت معنوی و مهارت‌های ارتباطی با هوش هیجانی در دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیشک، نخستین کنفرانس ملی علوم انسانی و توسعه، شیراز.
- جمالی‌پاقلعه، سمیه، عابدی، احمد، جدیدی فیکان، مهناز، جمالی‌پاقلعه، زیور، آقایی، الهام (۱۳۹۲). ویژگی روانسنجی مقیاس یادگیری اجتماعی هیجانی دانش‌آموزان پسر پایه‌ی سوم و چهارم شهر اصفهان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*. ۱۳ (۴): ۱۹۶-۱۹۴.
- شریفی زاده، الهام (۱۴۰۰). بررسی رابطه بدتنظیمی هیجانی و سیستم‌های مغزی-رفتاری با نشانه‌های اختلال کمرویی در دانشجویان، پنجمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات جهانی در علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره، تهران.
- حسن پور، آمنه، علیزاده موسوی، ابراهیم، محمدی پور، محمد (۱۴۰۱). بررسی نقش میانجی خودانتقادی بین خودتنظیمی هیجانی و کمرویی نوجوانان. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳ (۲): ۴۵۷-۴۶۷.
- امامقلی وند، فاطمه، کدیور، پروین، پاشا شریفی، حسن پاشا. (۱۳۹۷). شاخصهای روانسنجی پرسشنامه شایستگی های اجتماعی-هیجانی دانش‌آموزان (SECQ). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*. ۳۳ (۹): ۷۹-۱۰۱.

Roks, K. C., Meral, E. O., & van Beest, I. (2018). *The Effect of Shyness and Condition on Need Satisfaction*.
 Zhu, J., Fu, R., Li, Y., Wu, M., & Yang, T. (2021). Shyness and Adjustment in Early Childhood in Southeast China: The Moderating Role of Conflict Resolution Skills. *Frontiers in Psychology*, 12, 784.
 Zhu, J., Xiao, B., Li, Y., Xie, M., & Zhang, L. (2023). Shyness and socio-emotional adjustment difficulties in

urban Chinese kindergartners: the moderating role of child effortful control. *Early Education and Development*, 34(2), 349-365.

Feng, X., Harkness, S., Super, C. M., & Jia, R. (2014). Shyness and adaptation to school in a Chinese community. *Infant and Child Development*, 23(6), 662-671.

Yang, F., Chen, X., & Wang, L. (2015). Shyness-sensitivity and social, school, and psychological adjustment in urban Chinese children: A four-wave longitudinal study. *Child Development*, 86(6), 1848-1864.

Sánchez-Rodríguez, E., Racine, M., Castarlenas, E., Tomé-Pires, C., Galán, S., Jensen, M. P., & Miró, J. (2021). Behavioral activation and inhibition systems: further evaluation of a BIS-BAS model of chronic pain. *Pain Medicine*, 22(4), 848-860.

Baykan, H., & Karlidere, T. (2023). CORRELATION AMONG EXPERIENTIAL AVOIDANCE, ANXIETY SENSITIVITY AND BEHAVIORAL INHIBITION SYSTEM IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND PANIC DISORDER PATIENTS. *Psychiatria Danubina*, 35(3), 344-354.

Gray, J. A. (1982). Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and brain sciences*, 5(3), 469-484.

Poole, K. L., & Schmidt, L. A. (2020). Early-and later-developing shyness in children: An investigation of biological and behavioral correlates. *Developmental Psychobiology*, 62(5), 644-656.

Schmidt, L. A., Poole, K. L., Fox, N. A., & Kagan, J. (2020). The study of behavioral inhibition and temperamental shyness across four academic generations. *Adaptive shyness: multiple perspectives on behavior and development*, 3-21.

Giumetti, G. W., & Kowalski, R. M. (2022). Cyberbullying via social media and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 101314.

Kara, F. M., Gürbüz, B., & Sarol, H. (2018). An investigation of adult's leisure boredom, perceived social competence and self-esteem. *International Journal of Sport Exercise and Training Sciences-IJSETS*, 4(4), 113-121.

Schickel, M., & Ringeisen, T. (2020). What predicts students' presentation performance? Self-efficacy, boredom and competence changes during presentation training. *Current Psychology*, 1-14.

Schroder, K. E., & Ollis, C. L. (2013). The Coping Competence Questionnaire: A measure of resilience to helplessness and depression. *Motivation and Emotion*, 37(2), 286-302.

Hassan, R., & Schmidt, L. A. (2023). Shyness and inhibitory control in preschool dyads: An actor-partner model of social behavior. *Developmental psychology*.

Merchán-Clavellino, A., Alameda-Bailén, J. R., Zayas García, A., & Guil, R. (2019). Mediating effect of trait emotional intelligence between the behavioral activation system (BAS)/behavioral inhibition system (BIS) and positive and negative affect. *Frontiers in psychology*, 10, 424.

Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 939-948.

Akoul, M., Lotfi, S., & Radid, M. (2020). Effects of academic results on the perception of competence and self-esteem in students' training. *Global Journal of Guidance and Counseling in Schools: Current Perspectives*, 10(1), 12-22.

Anwar, S., Ali, M., & Abro, A. A. (2019). Relationship Of Shyness With Parental Education And Family Structure. *Grassroots*, 52(1).

Strømme, H. (2012). Confronting helplessness: A study of the acquisition of dynamic psychotherapeutic competence by psychology students. *Nordic Psychology*, 64(3), 203-217.

Misir, S., Demir, A., & Koydemir, S. (2020). The relationship between perceived interpersonal competence and self-disclosure in an online context: The moderating role of shyness. *International Journal of Psychology*, 55(4), 601-608.

سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ: نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان *Attachment styles and Death anxiety: the mediation role of Emotion regulation difficulty*

Abstract

Aim: the present study aimed to investigate the role of attachment styles in death anxiety with the mediating role of emotion regulation difficulty. **Method:** The statistical population consisted of adults over 18 years old, of whom 230 were selected as the sample by Convenience Sampling method. Hazen and Shaver adult attachment questionnaire, Templer death anxiety questionnaire (DA), and Gratz and Roemer emotion difficulty questionnaire (DERS) were used for data collection. Data analysis was performed using Pearson correlation coefficient and path analysis. **Results:** The results of Pearson correlation showed that secure attachment style had a negative and significant relation with emotion regulation difficulty ($p < 0.01$), but ambivalent and avoidant attachment styles had a positive and significant relation with emotion regulation difficulty ($p < 0.001$). The results of path analysis displayed that emotion regulation difficulty plays a significant mediating role in the relation between secure and ambivalent attachment styles with death anxiety. **Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that attachment styles affect death anxiety through emotion regulation difficulty.

Keyword: Death Anxiety, Attachment Styles, Emotion Regulation Difficulty

فاطمه علی دوستی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه علوم اجتماعی، روان‌شناسی و مشاوره، روانشناسی، دانشگاه

خیام، مشهد، ایران Email □ f.alidoosti@khayyam.ac.ir

وحیده معافیان

کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه خیام، مشهد، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های دلبستگی در اضطراب مرگ با میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت. **روش:** جامعه‌ی آماری پژوهش را افراد بزرگسال بالای ۱۸ سال تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۲۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی دلبستگی بزرگسالان هازن و شاور، پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (DA)، پرسشنامه‌ی دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (DERS)، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر صورت گرفت. **یافته‌ها:** نتایج همبستگی پیرسون نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن با دشواری تنظیم هیجان رابطه منفی و معنادار اما سبک‌های دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی با دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری داشتند ($p < 0.01$). سبک دلبستگی دوسوگرا و دشواری در تنظیم هیجان با اضطراب مرگ رابطه مثبت و معناداری داشتند ($p < 0.001$). نتایج حاصل از تحلیل مسیر نیز نشان داد دشواری در تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا با اضطراب مرگ نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت سبک‌های دلبستگی از طریق دشواری در تنظیم هیجان بر اضطراب مرگ اثر می‌گذارند.

کلمات کلیدی: ۱. اضطراب مرگ، سبک‌های دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجان

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات زندگی امروز، اضطراب^۱ است که در روند زندگی اختلال ایجاد کرده و امنیت روانی و آرامش انسان را به مخاطره می‌اندازد (جرود، پرویت، زولنر و فنی^۲، ۲۰۱۶). به عقیده‌ی هایکی^۳ (۲۰۱۶) قرارگیری انسان در معرض فشار روانی، منجر به واکنش‌های قابل مشاهده‌ای می‌گردد که از آن تحت عنوان اضطراب یاد می‌شود. بر اساس نظر انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ (۲۰۲۲) اضطراب غالباً با تنش ماهیچه‌ای و گوش به زنگی در آمادگی برای پیش‌بینی کمرویی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی هیجانی در دانش‌آموزان متوسطه اول خطر آینده و احتیاط یا رفتارهای اجتنابی همراه است. انواع خاصی از اضطراب بر اساس منشأ آن وجود دارد که اضطراب مرگ^۵ یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (ملکشاهی بیرانوند، خدابخش پیرکلانی، خسروی و عامری، ۱۳۹۸). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ که همراه با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهد تعریف می‌شود (پترس، کانت، پین و اُکانور^۶، ۲۰۱۳). بر اساس مطالعه‌ای شیوع این اضطراب در میان مردم عادی تا ۱۶٪ گزارش شده است و این در حالی است که ۳/۳٪ از آن‌ها از نوع بسیار شدید آن رنج می‌برند (بیرگیت، تک، روزمالن و وشار^۷، ۲۰۱۸).

مؤلفه‌های روان‌شناختی زیادی در تبیین اضطراب مطرح شده‌اند (ویمر و پاولی^۸، ۲۰۱۶). یکی از این مؤلفه‌ها، سبک‌های دلبستگی^۹ می‌باشد. مادر به عنوان مراقب اولیه، با توجه به روش پاسخ‌گویی‌اش به واکنش‌های کودک منجر به ایجاد یک شبکه‌ی تعاملی می‌گردد و این شبکه، سنگ بنای رابطه‌ی والد-کودک را بنا نهاده و چارچوبی را تشکیل می‌دهد که الگوی دلبستگی را ایجاد می‌کند (پیکاردی، جولیان و جایگانت سکو^{۱۰}، ۲۰۲۰). بر اساس این پیوند عاطفی، الگوهای مختلف دلبستگی شکل می‌گیرند که نقش تعیین‌کننده‌ای در رشد شخصیت، شکل‌گیری روابط بین فردی و کنترل هیجانات فرد در دوره نوجوانی و بزرگسالی دارد (قایم‌پور، اسماعیلیان و سرافراز، ۱۳۹۸). دلبستگی میان مادر و کودک با انجام آزمایشی به نام موقعیت ناآشنا به سه سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دو سوگرا تقسیم شده است (هاینز بریچ^{۱۱}، ۲۰۲۰). افراد با دلبستگی ایمن توانایی کنترل هیجانات و احساسات را دارند و از

¹ anxiety

² Jerud, A., Pruitt, L., Zoellner L., Feeny, N

³ Hickie, I

⁴ American Psychiatric Association (APA)

⁵ death anxiety

⁶ Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'connor, M

⁷ Birgit, M., Tak, L., Rosmalen, J., Voshaar, R

⁸ Wiemer, J., Pauli, P

⁹ attachment styles

¹⁰ Picardi, A., Giuliani, E., Gigantesco, A

¹¹ Heinz, Brych

استراتژی‌های تطبیقی تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند، درحالی که افراد دلبسته‌ی نایمن در کنترل رفتارها و احساسات خود ناتوان‌اند و به راحتی گوشه‌گیر و افسرده می‌شوند (رفاهی و طاهری، ۱۳۹۸؛ هنشل، ناندترینو و دوبا^۱، ۲۰۲۰). در واقع می‌توان گفت، سبک‌های دلبستگی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم رنگ‌تر جلوه دهند (لینلی و جوزف^۲، ۲۰۰۴؛ آذر می، فرهادی، رشید و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۹). بر همین اساس، نگرانی‌های دسته‌ای در ارتباط با مرگ و مردن از دوران کودکی و در زمانی شکل می‌گیرد که فرد قادر است آن را به عنوان یک رویداد غیرقابل برگشت و غیر قابل تغییر تجسم نماید (لو، هالز، زیمرمن و گالیز^۳، ۲۰۱۱). به عبارتی خانواده به عنوان محیطی که اولین تجربه‌ها و آموزه‌های زندگی را برای کودکان فراهم می‌کند، و شیوه‌ی ارتباط با مراقب اولیه قادر است جهت‌گیری شناختی، هیجانی و اجتماعی کودکان را شکل داده و با آموزش مهارت‌های مختلف آن‌ها را از نظر هیجانی و شناختی برای مقابله با مشکلات احتمالی از جمله رویارویی با موقعیت‌هایی مانند سوگ و مرگ، در آینده تجهیز نماید (کارر و بووی^۴، ۲۰۱۲). تا آن‌جا که به عقیده‌ی برخی تجربه‌ی اولیه‌ی بد از مادری محروم کننده، می‌تواند اضطراب مرگ را ایجاد کند (مسعودی، حاتمی، مدرس غروی و بنی جمال، ۱۳۹۵). به عبارتی قوانین و راهکارهای مقابله با تنش مورد استفاده در بزرگسالی، تحت تأثیر سبک‌های دلبستگی است که ریشه آن در دوران کودکی می‌باشد (آذر می و همکاران، ۱۳۹۹).

علاوه بر آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد سبک‌های دلبستگی بصورت غیرمستقیم با اثرگذاری بر متغیرهای متعدد نیز می‌تواند در اضطراب مرگ نقش داشته باشد. یکی از این متغیرها دشواری در تنظیم هیجان^۵ است. منطبق با مبانی نظری، دلبستگی اولیه نوزاد به مراقب در سلامت هیجانی و عاطفی آینده او اهمیت بسیار دارد (بشارت، خلیلی خضرآبادی و رضازاده، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، دلبستگی اولیه به مراقب، پایه و اساس شکل‌گیری تنظیم هیجان^۶ و رفتار می‌باشد (صفایی، یارمحمدی واصل، محقق و طالع پسند، ۱۳۹۸). بر اساس مطالعات مشخص شده است دلبستگی ایمن با ابعاد بی‌نظمی هیجان رابطه‌ی منفی و دلبستگی نایمن با بی‌نظمی هیجان همبستگی مثبتی را نشان می‌دهند (پارادفرناندز، هرورفرناندز، اولیویاما سیز و روور^۷، ۲۰۲۱). در واقع، خانواده اولین محیطی است که کودک در آن یاد می‌گیرد چطور هیجانات خود را بیان کند، پیغام‌ها را منتقل کند و راه‌های مدیریت کردن هیجان را که سبب نماید (سگریور، کربلایی، میگونی و تقی‌لو، ۱۳۹۴). در نتیجه بنابر عقیده‌ی گرتز و روئمر^۸ (۲۰۰۴) نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند در کودکی شکل بگیرد و تا بزرگسالی وجود داشته باشد و مشکلاتی را ایجاد نماید. بر این اساس، تجارب هیجانی جدا از ظرفیت مثبت یا منفی حاکم بر آن‌ها، از عناصر اصلی سازگاری با اضطراب ایجاد شده به

¹ Henschel, S., Nandrinio, J., Doba, K

² Linley, P., Joseph, S

³ Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L

⁴ Carrère, S., Bowie, B

⁵ emotion regulation difficulty

⁶ emotion egulation

⁷ Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macias, M., Rohwer, H

⁸ Gratz, K., & Roemer, L

حساب می‌آیند. هرچند هیجانات مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجانات را ابراز می‌کنند اثر بگذارند، به این توانایی نظم‌جویی هیجان اطلاق می‌شود و مشتمل بر فرایندهای درونی و بیرونی است که عهده‌دار نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی برای به انجام رساندن اهداف فرد می‌باشد (فیتزپاتریک و کوچانیس^۱، ۲۰۱۶). در واقع نظم‌جویی هیجان، فرآیندی است که افراد از طریق آن هشیارانه و ناهشیارانه، هیجان‌هایشان را تعدیل می‌کنند تا بتوانند به طور مؤثر به نیازهای محیطی پاسخ دهند (فیتزجرالد، مک‌ناهارا، دیگانگی، کندی و رابینک^۲، ۲۰۱۶). لذا نظم‌جویی هیجان کارآمد، عامل مهمی در تعیین سلامت روان‌شناختی و روابط بین فردی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی، شغلی و تحصیلی به حساب می‌آید (برکت و سلوی^۳، ۲۰۰۴).

گاهی افراد در استفاده از راهبردها و تنظیم نمودن هیجانات خود با دشواری روبه‌رو می‌شوند؛ دشواری تنظیم هیجان^۴ از طریق بروز مشکلاتی در آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها، عدم دسترسی به راهبردهای انطباقی در مواجهه با هیجان‌های مختلف و یا ناتوانی در کنترل رفتار به هنگام مواجهه با انگیزش‌های شدید بیان می‌شود و می‌توان گفت این نقص و دشواری در تنظیم هیجان نقش قابل ملاحظه‌ای در پیش‌بینی اضطراب و آسیب‌های روانی ایفا می‌کند (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). لذا، بر اساس مطالعات مشخص شده است که نظم‌جویی هیجان یکی از مؤلفه‌های سلامت روانی افراد محسوب شده و می‌تواند نقش کلیدی در بروز، کاهش و یا افزایش اضطراب و انواع آن داشته باشد (متیوز، کرنز و سیسلا^۵، ۲۰۱۴؛ باردن و فرگوس^۶، ۲۰۱۴). افرادی که دچار دشواری تنظیم هیجان هستند، معمولاً از مجموعه‌ای از راهبردهای هیجانی ناکارآمد استفاده می‌کنند (محمدی و کرد، ۱۳۹۸) که شامل عدم آگاهی از پاسخ‌های هیجانی، عدم وضوح پاسخ‌های هیجانی، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر، مشکل در کنترل تکانه‌ها هنگام تجربه احساسات منفی و مشکل درگیر شدن در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه احساسات منفی می‌باشد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴).

مطالعه‌ی چگونگی شکل‌گیری تنظیم هیجانات، دشواری در تنظیم هیجان، تأثیر سال‌های اولیه‌ی کودکی بر تنظیم هیجان و نیز تأثیر این مؤلفه‌ها در به‌وجود آمدن و تداوم اضطراب مرگ که نقش به‌سزایی در کیفیت زندگی فرد ایفا می‌کند، از اهمیت بالایی برخوردار است. بدین ترتیب با بالا بردن آگاهی نسبت به اهمیت کیفیت ارتباط با کودک می‌توان با اتخاذ مناسب‌ترین رفتار به بهزیستی انسان‌ها کمک نمود. از این طریق والدین و سایر افرادی که با کودکان تعامل دارند، می‌توانند آگاهانه مناسب‌ترین رفتار و برخورد را با آن‌ها داشته باشند و به سلامت روان و زندگی بهتر آن‌ها کمک کنند. با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت پیوند عاطفی بین والدین و کودکان در دوران کودکی، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های دلبستگی در اضطراب مرگ با میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان انجام شده

¹ Fitzpatrick, S., Kuo Janice, R

² Fitzgerald, J., MacNamara, A., DiGangi, J., Kennedy, A., Rabinak, C., Patwell, R

³ Brackett, M., Salovey, P

⁴ Difficulty Emotion regulating

⁵ Mathews, B., Kerns, K., Ciesla, J

⁶ Bardeen, J., Fergus, T

است و در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ نقش واسطه‌ای دارد؟

روش

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری را افراد بالای ۱۸ سال تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۲۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ زیرا بر اساس نظر هو^۱ (۲۰۰۸) حداقل میزان حجم نمونه در روش تحلیل مسیر ۲۰۰ نفر می‌باشد و هرچقدر تعداد نمونه از این حجم بیشتر شود نتایج مطمئن‌تری بدست می‌آید. با توجه به شیوع همه‌گیری ویروس کرونا، ابزارهای پژوهش پس از تدوین به صورت الکترونیکی، آنلاین اجرا شدند. به این صورت که لینک مربوط به آن از طریق شبکه‌های اجتماعی در اختیار افراد واجد شرایط قرار گرفت. لازم به ذکر است که در ابتدای پرسشنامه محرمانه بودن اطلاعات نزد پژوهشگر عنوان شد تا تمامی افراد در کمال صداقت به سؤالات پاسخ دهند.

ابزار

پرسشنامه‌ی دلبستگی بزرگسالان هازان و شیور^۲: جهت سنجش سبک دلبستگی، از پرسشنامه‌ی دلبستگی بزرگسالان که توسط هازان و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده است، استفاده شد. این پرسشنامه ۱۵ گویه‌ای و یک پرسشنامه خود-ارزیابی می‌باشد، که در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم ۱)، (کم ۲)، (متوسط ۳)، (زیاد ۴)، (خیلی زیاد ۵) سنجیده می‌شود. از سؤال ۱ تا ۵ برای سنجش دلبستگی اجتنابی؛ سؤال ۶ تا ۱۰ دلبستگی ایمن و ۱۱ تا ۱۵ برای دلبستگی دوسوگرا می‌باشد. در نهایت امتیازات به دست آمده از ۱۵ مؤلفه باهم جمع می‌شود، حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ خواهد بود. نمره بین ۱۵ تا ۲۵: نشان می‌دهد میزان دلبستگی در حد پایینی است. نمره بین ۲۵ تا ۵۰: میزان دلبستگی در حد متوسط را نشان می‌دهد. نمره بالاتر از ۵۰: مشخص کننده‌ی میزان دلبستگی در حد بالا می‌باشد. ضریب پایایی خارجی این پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شده است (سرمد، حجازی و بازرگان، ۱۳۹۱). مؤذنی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی این پرسشنامه را بالای ۰/۷۰ یا به بیان دقیق‌تر ۰/۷۰ به دست آورده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۳۸ می‌باشد.

پرسشنامه‌ی اضطراب مرگ تمپلر^۳: در این پژوهش برای سنجش اضطراب مرگ از پرسشنامه‌ی اضطراب مرگ (DA) که توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده و در ایران توسط رجبی و بحرانی در سال ۱۳۸۰ به فارسی برگردانده و هنجاریابی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه، یک ساختار چند بعدی دارد و شامل ۱۵ سؤال است که نگرش آزمودنی را نسبت به مرگ نشان می‌دهد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه‌ی نمره‌ی این پرسشنامه بین ۰ (عدم وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی زیاد) می‌باشد. در فرهنگ اصلی ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، و روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷، و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ می‌باشد (رجبی و بحرایی،

¹ Hoe, S

² Hazan and Shaver Adult Attachment Questionnaire

³ Templer Death Anxiety Questionnaire

(۱۳۸۰). همچنین رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران بررسی کردند و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰، ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه آن ۰/۳۴ همبستگی بین این دو مقیاس بود. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی اضطراب مرگ ۰/۷۷ بدست آمد.

پرسشنامه‌ی دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر^۱ برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان، از مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) که توسط گرتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس، یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه که عبارتند از: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، و فقدان شفافیت هیجانی می‌سنجد. از مجموع نمره‌ی شش زیرمقیاس آزمون، نمره‌ی کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره‌ی بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. در نتیجه، هرچه نمره‌ی فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین‌تر خواهد بود. گرتز و روئمر (۲۰۰۴) روایی و اعتبار خارجی این مقیاس را ۰/۸۸ بدست آورده‌اند. همچنین پایایی درونی کلی این آزمون برابر با ۰/۹۳ می‌باشد (صفایی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی دشواری در تنظیم هیجان برابر با ۰/۹۲ بدست آمد.

در انتها داده‌های بدست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم افزار SPSS 26 و LISREL 8.80 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است داده‌های ۲۳ نفر به دلیل ناقص بودن حذف شد و تجزیه و تحلیل‌های آماری برای داده‌های ۲۰۷ نفر صورت گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی اعضای نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): اطلاعات جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۷۰/۰۰
	مرد	۳۷/۸۷
	مجرد	۳۴/۷۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۳۲/۰۰
	مطلقه	۱/۴۵
	زیر دیپلم	۰/۹۷
تحصیلات	دیپلم	۳۹/۰۰
	فوق دیپلم	۸/۷۰

^۱ Gratz and Roemer emotion regulation difficulty Questionnaire

لیسانس	۷۷/۰۰	۳۷/۲۰
فوق لیسانس	۵۵/۰۰	۲۶/۵۷
دکتری و بالاتر	۱۶/۰۰	۷/۷۳
ابتلا	۶۰/۰۰	۲۸/۹۹
عدم ابتلا	۱۴۷/۰۰	۷۱/۰۱

سابقه ابتلا به کرونا

در جدول ۲ شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات بدست آمده در سبک‌های دلبستگی، دشواری تنظیم هیجان و اضطراب مرگ ارائه شده است. علاوه بر این، نتایج ضریب همبستگی پیرسون در جدول ذیل بیانگر آن است که سبک دلبستگی ایمن با دشواری در تنظیم هیجان رابطه منفی و معنادار اما سبک‌های نایمن یعنی دوسوگرا و اجتنابی با دشواری در تنظیم هیجان رابطه مثبت و معنادار داشتند ($p < 0/01$). همچنین سبک دلبستگی دوسوگرا و دشواری در تنظیم هیجان با اضطراب مرگ رابطه مثبت و معنادار داشتند ($p < 0/001$).

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دشواری تنظیم هیجان	اضطراب مرگ	همبستگی
دلبستگی ایمن	۱۵/۰۱	۲/۷۷	-۰/۲۱**	-۰/۰۸	
دلبستگی اجتنابی	۱۲/۲۷	۲/۹۸	۰/۳۱**	۰/۰۸	
دلبستگی دوسوگرا	۱۲/۰۵	۳/۵۸	۰/۳۶**	۰/۳۶***	
دشواری تنظیم هیجان	۸۱/۶۳	۱۹/۸۱	-	۰/۲۹***	
اضطراب مرگ	۵/۹۳	۳/۳۷	۰/۲۹***	-	

*** $p < 0/001$ ، ** $p < 0/01$

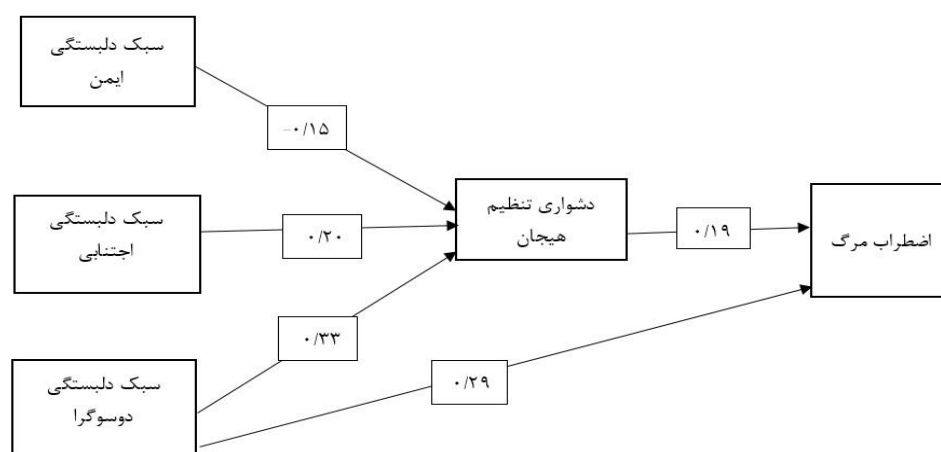
در ادامه جهت پاسخ به این سؤال که آیا دشواری تنظیم هیجان نقش میانجی معناداری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ ایفا می‌کند، الگویی ترسیم شد. بر این اساس برازش الگوی پیشنهادی بر اساس مقادیر مجذور خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) مورد بررسی قرار گرفت. برای برازش الگو لازم است شاخص‌های ذکر شده از استاندارد لازم برخوردار باشند. به عبارتی اگر شاخص χ^2/df کوچکتر از ۳، مقدار RMSEA کوچکتر از ۰/۱ و به صفر نزدیک باشد، و همچنین شاخص‌های برازش CFI، AGFI و CFI به ۱ نزدیک‌تر باشند، یعنی الگوی پیشنهادی تأیید شده است (شرملة انگل، موسبروگر و مولر^۱، ۲۰۰۳). اما شاخص‌های کلی مدل اولیه‌ی این پژوهش شامل: $DF=0$ ، $\chi^2=0$ ، $P=1$ ، $RMSEA=0$ بودند که از اشباع بودن مدل حکایت داشت و نشان دهنده‌ی عدم برازش مطلوب الگوی پیشنهادی اولیه بود. به همین دلیل اصلاحاتی بر روی الگوی اولیه انجام شد و پس

¹Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H

از حذف مسیرهای غیرمعنادار در الگوی اولیه، مجدداً برازش آن بررسی شد که در نهایت، الگوی تصحیح شده با برازش خوب مورد تأیید قرار گرفت (شکل شماره ۱). شاخص‌های کلی الگوی پیشنهادی تصحیح شده که از استانداردهای مورد نظر برخوردار بودند در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول (۳): شاخص‌های نیکویی برازش الگوی تصحیح و تأیید شده

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	DF	χ^2
۱/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۲	۱/۴۶



شکل ۱: الگوی تأیید شده نهایی برای اضطراب مرگ

براساس یافته‌های حاصل از الگوی تأیید شده، ضریب مسیر مستقیم سبک دل‌بستگی ایمن به دشواری تنظیم هیجان -0.15 ؛ ضریب مسیر مستقیم سبک دل‌بستگی اجتنابی به دشواری تنظیم هیجان 0.20 ؛ ضریب مسیر مستقیم سبک دل‌بستگی دو سوگرا به دشواری تنظیم هیجان 0.33 ؛ ضریب مسیر مستقیم سبک دل‌بستگی دو سوگرا به اضطراب مرگ 0.29 و ضریب مسیر دشواری تنظیم هیجان به اضطراب مرگ 0.19 بدست آمد، که تمامی این ضرایب طبق آزمون t معنادار بودند. بر این اساس، ضرایب مسیر از متغیرهای برون‌زاد سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا به متغیر میانجی دشواری تنظیم هیجان معنادار شد. همچنین، ضریب مسیر از متغیر میانجی دشواری تنظیم هیجان نیز به متغیر درون‌زاد اضطراب مرگ معنادار بود. از میان متغیرهای برون‌زاد، فقط ضریب مسیر سبک دل‌بستگی دو سوگرا به متغیر درون‌زاد اضطراب مرگ معنادار به دست آمد. لازم به ذکر است که کلیه این مقادیر در سطح 0.05 معنادار می‌باشند.

جدول (۴): ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل در الگوی تأیید شده

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
---------	------------	---------------	--------

بر دشواری تنظیم هیجان از:

-0.15

-

-0.15

سبک دل‌بستگی ایمن

۰/۲۰	-	۰/۲۰	سبک دلبستگی اجتنابی
۰/۳۳	-	۰/۳۳	سبک دلبستگی دوسوگرا
			بر اضطراب مرگ از:
۰/۱۹	-	۰/۱۹	دشواری تنظیم هیجان
-۰/۰۲۵	-۰/۰۲۵	-	سبک دلبستگی ایمن
۰/۰۳	۰/۰۳	-	سبک دلبستگی اجتنابی
۰/۳۵	۰/۰۶	۰/۲۹	سبک دلبستگی دوسوگرا

بر اساس نتایج حاصل از جدول فوق می‌توان گفت تمامی متغیرهای برون‌زاد یعنی سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا بر متغیر درون‌زاد یعنی اضطراب مرگ اثر غیر مستقیم دارند. اما از بین این متغیرها، فقط سبک دلبستگی دوسوگرا علاوه بر اثر غیرمستقیم، اثر مستقیم هم بر اضطراب مرگ داشته است. در مجموع می‌توان گفت دشواری در تنظیم هیجان نقش میانجی معناداری را در الگوی تأیید شده داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

دلبستگی برای فرد امری حیاتی محسوب می‌شود، بنابراین جدایی و از دست دادن والدین و افرادی که با آنها روابط عاطفی دارد، برای وی ناخوشایند و اضطراب‌آور می‌باشد (مش و وولف^۱، ۲۰۱۴). نخستین یافته‌ی حاصل از این پژوهش در این راستا نشان داد بین سبک دلبستگی دوسوگرا و اضطراب مرگ رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ اما بین سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی با اضطراب مرگ رابطه معناداری نبود. این یافته‌ها هم‌سو با نتایج پژوهش ولیخانی و یارمحمدی واصل (۱۳۹۴)، مسعودی و همکاران (۱۳۹۵)، میکولینسر، فلوریان و تولمکز^۲ (۱۹۹۰) و وینگ^۳ (۲۰۱۱) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با دلبستگی دوسوگرا در کودکی درعین حال که نیاز به برقراری رابطه را در خود احساس می‌کردند اما مدام ترس از طرد شدن و از دست دادن نگاره‌ی دلبستگی خود را یدک می‌کشیدند. این افراد معتقدند تمام مشکلات معطوف به خودشان است و وابسته به دیگران و خودتخریب‌گر هستند. آنان همچنین باور دارند که از جانب دیگران به خوبی درک نمی‌شوند و از آنجا که احساس می‌کنند ارزشمند نیستند، هویت متزلزلی دارند و بر همین اساس، اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. در مقابل، با توجه به اینکه افراد با دلبستگی اجتنابی هم از نوعی دلبستگی ناایمن برخوردار هستند اما به این دلیل که اغلب اوقات از نزدیک شدن به دیگران اجتناب می‌کنند و به تنها هیلدن گرایش دارند، ترس مبنی بر از دست دادن دیگران ندارند. این گروه همچنین تمایل دارند

^۱ Mash, E., Wolfe, D

^۲ Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R

^۳ Wing, M

تظاهرات هیجانی خود را پنهان نمایند و بر این عقیده هستند که در برابر صدمات آسیب‌ناپذیرند، در نتیجه اضطراب مرگ کمتری را گزارش می‌کنند (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۴؛ کران^۱، ۲۰۲۱؛ کارلسون و استروف^۲، ۱۹۹۵).

در این راستا می‌توان به نقش اضطراب جدایی نیز در نمود یافتن اضطراب مرگ اشاره داشت. اضطراب جدایی رویدادی طبیعی در روند شکل‌گیری دلبستگی میان والد و کودک می‌باشد، اما این اضطراب، اضطرابی بنیادین برای سایر اضطراب‌ها از جمله اضطراب مرگ به حساب می‌آید. به عبارتی می‌توان گفت مرگ ترسناک است زیرا اضطراب جدایی را دوباره زنده می‌کند (یالوم^۳، ۲۰۱۳). اما برخی اوقات و با شکل‌گیری دلبستگی ناایمن دوسوگرا، فرد در روابط خود مدام نگران عدم دسترسی به دیگران و ترس قوی از رها شدن است، که این امر باعث به وجود آمدن نشانه‌های اضطرابی، از جمله اضطراب مرگ در فرد می‌شود (بارتولومی و هوروویتز^۴، ۱۹۹۱؛ برنان، کلارک و شاور^۵، ۱۹۹۸).

به‌طور کلی میزان حمایت و توجهی که افراد می‌توانند از طرف خانواده، دوستان و به‌طور کلی افراد آشنا دریافت کنند، می‌تواند بر شدت و ضعف اضطراب مرگ آن‌ها اثرگذار باشد (خاور، اسلام و امیر^۶، ۲۰۱۳؛ فردی^۷، ۲۰۱۴). با مرور تحقیقات در این حیطه می‌توان گفت نوع برخورد و مواجهه آدمی با مرگ و تفکری که در این باره دارد از همان اوایل زندگی و تحت تأثیر شیوه تعاملاتش با افراد مهم زندگی در درونش شکل می‌گیرد؛ و پس از آن فرد در طی زندگی به گونه‌ای رفتار می‌کند که حقیقت انکارناپذیر مرگ را ورای نوع نگرش یا عملی که نسبت به محیط اطراف به خود گرفته است، پنهان یا فراموش کند (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۴). بر اساس اثری که دلبستگی بر ادراک افراد در مورد اهمیت مسائل مربوط به سوگ، مرگ و مردن داشته است، کوبلر-راس^۸ (۱۹۷۴) را بر آن داشته است تا از دیدگاه‌های نظری و درمانی مربوط به دلبستگی در کارهای خود استفاده نماید (هاینز بریچ، ۲۰۲۰).

دومین یافته پژوهش بیانگر این امر بود که دو سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا رابطه مثبت و معناداری با دشواری در تنظیم هیجان دارند. این نتایج هم‌سو با نتایج پژوهش بشارت، تاج‌دین و غلامعلی‌لوا سانی^۹ (۱۳۹۶)، محمدی و فولادچنگ^{۱۰} (۱۳۹۹)، شیرمحمدی، حسینی و امیری (۱۴۰۰)، احمدی مرویلی، میرزاحسینی و منیرپور (۱۴۰۰)، لوچوک^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱)، هنرشل و همکاران (۲۰۲۰)، تاوب-شیف^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۵)، مالیک، ولز و ویتکوفسکی^{۱۳} (۲۰۱۵) و پاسکازو، موس و کرای^{۱۴} (۲۰۱۵) بود. بر این اساس افراد با سبک دلبستگی اجتنابی اغلب تظاهرات هیجانشان را پنهان می‌کنند و به سوی اشخاصی جذب می‌شوند که از لحاظ هیجانی در دسترس نیستند و نیازهای آنان را نادیده می‌گیرند. آن‌ها آگاهی بسیار محدودی نسبت به عواطف و هیجانات خود دارند، به گونه‌ای که نمی‌توانند

¹ Crane, W

² Carlson, E., Sroufe, L

³ Yalom, E

⁴ Bartholomew, K., Horowitz, L

⁵ Brennan, K., Clark, C., Shaver, P

⁶ Khawar, M., Aslam, N., Aamir, S

⁷ Frady, K

⁸ Kubler-Ross, E

⁹ Lewczuk, K

¹⁰ Taube-Schiff, M

¹¹ Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A

¹² Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr, C

احساسات درونی خود را توضیح دهند (میکولینسر و شاور، ۲۰۱۶). به عبارتی ضعف عاطفی و هیجانی و همچنین پرخاشگری در بزرگسالی پیامدی ناشی از این سبک از دلبستگی در دوران کودکی می‌باشد (رفاهی و طاهری، ۱۳۹۸). این درحالی است که افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا معمولاً در کودکی به نیازهایشان رسیدگی نشده است و از این رو، الگوی پایداری برای کنترل هیجاناتشان ندارند. آن‌ها به افرادی تمایل دارند که معمولاً با حالات عاطفی و هیجانی آن‌ها به طور متناقض برخورد می‌کنند. آنان همچنین برخلاف افراد اجتنابی، نیازهای عاطفی و هیجانی بسیار شدیدی دارند و احساس می‌کنند نمی‌توانند بدون حمایت دیگران زندگی کنند، و در عین حال احساس بی‌ارزشی بسیار زیادی را تجربه می‌نمایند.

همین ویژگی‌ها دلیلی است بر اینکه افراد با این دو نوع سبک دلبستگی آن‌طور که باید تنظیم صحیح هیجانات را فرا نگیرند، که این نیز به نوبه‌ی خود باعث می‌شود در شرایط استرس‌زا سطوح تنش بیشتری را تجربه نمایند و در تنظیم هیجاناتشان کنترل و پایداری مناسبی نشان ندهند. علاوه بر این، آنان اغلب به صورت واکنشی عمل می‌کنند و بیشتر به دنبال فرار از هیجاناتشان هستند تا رویارویی و تنظیم آن (کارلسون و استروف، ۱۹۹۵؛ محمدی و فولادچنگ، ۱۳۹۹). لوچوک و همکاران (۲۰۲۱) اذعان نمودند دشواری در تنظیم هیجان به عنوان یک عامل میانجی در بین دلبستگی اجتنابی، اضطرابی/دوسوگرا و ابتلا به مشکلات سلامت روانی از جمله هراس اجتماعی و فوبی‌های خاص عمل می‌کند. بر اساس مطالعات هنشل و همکاران (۲۰۲۰) نیز مشخص شد افراد دارای دلبستگی اضطرابی/دوسوگرا نسبت به افراد دارای دلبستگی اجتنابی و دلبستگی ایمن مشکلات بیشتری در تنظیم هیجاناتشان تجربه می‌کنند. به عبارتی سبک‌های دلبستگی ناایمن استفاده از راهبردهای نا سازگار تنظیم هیجان را به طور مثبت و استفاده از راهبردهای سازگارانه را به طور منفی پیشبینی می‌کند. همینطور مالیک و همکاران (۲۰۱۵)، پاسکازو و همکاران (۲۰۱۵) و بشارت و فرهمند (۱۳۹۶) نشان دادند این راهبردها نقش میانجی بین دلبستگی اضطرابی و نشانه‌های اختلال افسردگی و آسیب شناسی روانی دارند.

همچنین بین دلبستگی ایمن و دشواری در تنظیم هیجان رابطه منفی و معناداری بدست آمد. این نتیجه همسو با پژوهش پارادافرناندز و همکاران (۲۰۲۱) و استفن و آورام^۱ (۲۰۱۸) بود. بر اساس این نتایج می‌توان گفت میزان حساسیت و پاسخدهی مراقب اولیه به حلت‌های هیجانی کودک، عاملی مهم برای رویارویی با مشکلات در تنظیم هیجانات و عواطف درمانده ساز و یادگیری روش سازگارانه‌ی تنظیم هیجانات می‌باشد (مظاهری، نجاتی، ذبیح زاده و ملکی، ۱۳۹۶). این امر باعث افزایش همدلی عاطفی و شناختی با دیگران می‌شود (استفن و آورام، ۲۰۱۸). بر این اساس هرچقدر این ویژگی‌ها در افراد بیشتر باشد، آن‌ها از توانایی بیشتری در تنظیم صحیح هیجانات برخوردار هستند و دشواری تنظیم هیجان کم‌تری را نشان می‌دهند. به طوری که افراد دارای دلبستگی ایمن از راهبردهای تطبیقی برای تنظیم هیجانات خود استفاده می‌کنند (هنشل و همکاران، ۲۰۲۰)، و در مقابل داشتن این سبک دلبستگی موجب

^۱ Ștefan, C., & Avram, J

بازداری راهبردهای نا سازگارانه‌ی تنظیم هیجان از جمله سرزنش خود می‌شود (لوپز و گروملی^۱، ۲۰۰۲). میکولینسر، شاور و پرگ^۲ (۲۰۰۳) نشان دادند افراد دارای دلبستگی ایمن، پریشانی هیجانی‌شان را به تنهایی و با استفاده از احساس امنیت و آسودگی خاطری که از طریق تعاملات با مراقب و چهره‌های دلبستگی حاصل شده است، تنظیم می‌کنند. چرا که تجربه‌ی اولیه با والدین در شکل‌گیری شخصیت، عواطف و احساسات، باورها، نوع برخورد با دیگران و توانایی مدیریت کردن هیجانات تأثیر به‌سزایی دارد.

تنظیم مؤثر هیجانات در فرد باعث می‌شود ارزیابی‌ها و واکنش‌های وی در مواجهه با حوادث تنیدگی‌زا (ازجمله موقعیت مواجهه با رویدادهای مربوط به مرگ) به گونه‌ای مناسبت‌آمیز تعدیل یابد (محمدي و فولادچنگ، ۱۳۹۹). در این راستا، سومین یافته‌ی این پژوهش حاکی از آن بود که دشواری در تنظیم هیجان با اضطراب مرگ رابطه مثبت و معناداری دارد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش قاسم‌پور، سوره و سیدتازه‌کند (۱۳۹۱)، عیسی‌زادگان، اشرف‌زاده و سلیمانی (۱۳۹۳)، نصیری، عسکری‌زاده و فضیلت‌پور (۱۳۹۶)، کریمی‌افشار، شعبانیان، سعیدتالشی و منظری‌توکلی (۱۳۹۷)، خادمی‌اشکذری، جماعتی‌اردکانی و کاغذگران (۱۳۹۹)، وصالی، لاجینی، افشانی و محدودی‌زمان (۱۳۹۹) و چوکورجی، چوکو، اوزوگبو، ایفاگوازی و اوگوو^۳ (۲۰۲۰) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد چه گرایش به پنهان‌نگه داشتن هیجان‌ها داشته باشند، چه از آن‌ها اجتناب نمایند و چه آن‌ها را ابراز کنند، در هر صورت آن‌ها زندگی از آن‌ها را به روش‌های مختلفی هدایت می‌کنند. در این میان هرچه افراد از راهبردهای نا سازگارانه‌ی تنظیم هیجانات بیشتر استفاده نمایند و به دنبال آن، دچار دشواری در تنظیم هیجانات‌شان شوند، توانایی رویارویی درست با هیجان‌های خود را انداخته و اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. درواقع، عدم توانایی فرد در به‌کارگیری راهبردهای مناسب جهت تنظیم هیجاناتش، با عملکرد ضعیف در مدیریت هیجانات، توجه به داده‌های هیجانی، ادراک صحیح و پردازش مناسب آن‌ها همراه است؛ که این امر باعث می‌شود فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی توانایی حل مسئله، انتخاب رفتار مناسب و تصمیم‌گیری صحیح را از دست داده، به راحتی دچار اضطراب شود و به دنبال آن برای کاهش سطح اضطراب در خود و ایجاد آرامش ناتوان شود (کاشدان، باریوس، فورسیت و استگر^۴، ۲۰۰۶). به‌طور کلی هیجان‌ها از نظر اجتماعی مفید هستند و در ایجاد، حفظ و تداوم رابطه با دیگران نقش دارند؛ بر این اساس تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش درست تنظیم هیجان ممکن است بر کاهش مشکلات اضطرابی، از جمله اضطراب مرگ مؤثر باشد (نصیری و همکاران، ۱۳۹۶).

یافته‌ی اصلی پژوهش بیانگر نقش میانجی‌گری معنادار دشواری تنظیم هیجان میان سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ بود. آدمی تعداد بی‌شماری هیجان دارد که هرکدام از آن‌ها واکنش‌ها و کارکردهای مختلفی را شامل می‌شوند. از میان خیل عظیمی از آن‌ها، می‌توان به ترس، نگرانی‌ها و هیجانات مربوط به پایان زندگی اشاره نمود که با پیشبینی و آگاهی از واقعیت مرگ در انسان‌ها رخ می‌دهد (کاکابرایی و معاذی‌نژاد، ۱۳۹۵). هرچه این ترس و اضطراب‌ها در افراد به‌طور

¹ Lopez, F., Gormley, B

² Pereg, D

³ Chukwuorji, J. C., Chukwu, C. V., Uzuegbu, C. N., Ifeagwazi, C. M., & Ugwu, C

⁴ Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J., Steger, M

عمیق‌تر و بیمارگونه‌تری رخ دهد، فرد بیشتر دچار کژکاری و مشکل در تنظیم هیجاناتش می‌شود. تنظیم هیجان یک فرایند منحصر به فرد است و به فرآیند رشد فردی و روابط مبتنی بر دلبستگی، وابسته می‌باشد (هارت^۱ و شاور، ۲۰۰۵). بر مبنای این گفته‌ها نکته‌ای روشن می‌شود مبنی بر اینکه روابط اولیه میان والد و کودک که دلبستگی را شکل می‌دهد می‌تواند ارتباط مهمی با اختلالات هیجانی و اضطرابی، از جمله اضطراب مرگ داشته باشد (ولیکانی و یارمحمدی و اصل، ۱۳۹۲). در این میان اگر فردی در دوران اولیه زندگی دلبستگی ایمن‌تری با مراقب خود برقرار کرده باشند از دشواری کمتری در تنظیم هیجانات برخوردار است و به گونه‌ای سالم‌تر و مناسب‌تر به این احساسات واکنش نشان می‌دهند، که به دنبال این امر اضطراب مرگ کمتری را نیز تجربه می‌کنند. به عبارتی هرچقدر افراد دوران کودکی و نوجوانی را با روابط سالم و ایمن‌بیشتری طی کنند، در بزرگسالی توانایی بهتری برای مقابله‌ی سازگارانه با هیجاناتشان در شرایط مختلف، اعم از شرایط با بار هیجانی مثبت و بار هیجانی منفی (مانند سوگ) خواهند داشت.

در مقابل افرادی که دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا دارند از دشواری تنظیم هیجان بیشتری برخوردار می‌باشند، که همین امر سبب می‌شود اضطراب مرگی که تجربه می‌کنند نیز افزایش یابد. از آنجایی که افراد برای اولین بار در محیط خانواده یاد می‌گیرند چگونه هیجانات خود را بیان و مدیریت نمایند (سگرپور و همکاران، ۱۳۹۴)، زمانی که روابط اولیه‌ی فرد با مراقب دچار کژکاری باشد این امر بر نحوه‌ی مدیریت کردن هیجاناتشان نیز تأثیر سوء خواهد داشت. به عبارتی، وقوع تروما در روابط دلبستگی محور منجر به تجربه‌ی هیجانات پیچیده‌ای می‌شود، و این امر باعث می‌شود در گذر زمان فرد از تجربه‌ی آن‌ها اجتناب نماید. به گونه‌ای که به شارت و همکاران (۱۳۹۶) اذعان می‌کند افراد دارای دلبستگی اجتنابی در برقراری روابط میان فردی دچار اشکال هستند، مشکلاتی که تا حدودی ناشی از دشواری تنظیم هیجان می‌باشد. این افراد اغلب در دوران کودکی احساس می‌کردند با گریه کردن دیگران را از دست می‌هند، پس تلاش می‌کنند تمام احساسات خود را نادیده بگیرند، سرکوب کنند یا از آن اجتناب نمایند، و به مرور زمان فراموش می‌کنند چه احساسی داشته‌اند و همین امر باعث می‌شود در بزرگسالی نگاهی منفی نسبت به افراد دیگر و نگاهی مثبت نسبت به خود داشته باشند. همین‌طور بر این باوراند که فقط به خودشان می‌توانند اعتماد کنند. همچنین دلبستگی دوسوگرا در به وجود آمدن مشکلات تنظیم هیجانی و علائم اضطرابی (اعم از اضطراب مرگ) دخیل می‌باشد (نیلسن، لوفلد، وولیتزکی تیلور، هاگمن و وانگکلید^۲، ۲۰۱۷). به عقیده‌ی فروید^۳ وقتی در سنین اولیه‌ی زندگی پیوند عاطفی عمیقی میان والد و کودک شکل نگیرد، باعث می‌شود فرد تا پایان عمر در نوعی دلهره و اضطراب گرفتار شود (صالحی امیری و رادان، ۱۳۹۶). در این راستا می‌توان گفت دلیل اصلی ایجاد اضطراب در فرد، فقدان دلبستگی مناسب از جمله داشتن دلبستگی دوسوگرا در ارتباط با والدین و مراقبان اصلی‌اش می‌باشد (آذر می و همکاران، ۱۳۹۹). به‌طوری که روابط نزدیک و ایمنی که افراد با مراقبان اولیه‌ی خود دارند به عنوان سپر دفاعی در برابر چگونگی تجربه‌ی هیجانات

^۱ Hart, J

^۲ Nielsen, S., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K., Hageman, I., Vangkilde, S

^۳ Freud, S

(به عنوان مثال تجارب آسیب‌زای آن‌ها) و اضطراب مرگ عمل می‌کند؛ و اگر این رابطه دچار اختلال شود ممکن است باعث افزایش نگرانی نسبت به مرگ و نیستی شود (میکولینسر، فلوریان، بیرنباو و مالیشکویچ^۱، ۲۰۰۲). به‌طور کلی و بر اساس آنچه تا کنون مطرح شد می‌توان به نقش پررنگ مفهوم دلبستگی میان والد و کودک و تأثیرات آن بر تحولات هیجانی فرد و تفاوت‌های فردی برای تنظیم هیجانات در سراسر چرخه‌ی عمر اشاره نمود (پیکاردی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هاینز باریچ، ۲۰۲۰). بر این اساس می‌توان گفت افرادی که سازگاری هیجانی دارند اکثراً خوشحالی و موفقیت‌شان را معلول بزرگ شدن در خانه‌ای سالم می‌دانند. به عبارتی، خانواده به عنوان اولین محیطی که تجربه‌های مختلف را برای کودک فراهم می‌کند، می‌تواند جهت‌گیری‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی کودک را شکل دهد و با آموزش‌هایی آن‌ها را برای مقابله با اتفاقات غیرمنتظره و مشکلات احتمالی آینده، اعم از موقعیت‌هایی که فرد با رویداد مرگ برخورد می‌کند، آماده نماید (کرر و بووی، ۲۰۱۲).

عمده محدودیت موجود در این پژوهش، شیوه‌ی اجرای ابزارهای پژوهش بود. به عبارتی با توجه به اجرای آنلاین پرسشنامه‌ها، محقق نظارتی بر روی شرکت‌کنندگان نداشت، لذا در نهایت تعداد شرکت‌کنندگان مردی که پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند بسیار کمتر از تعداد زنان شرکت‌کننده در پژوهش بود. این امر می‌تواند به دلیل عدم تمایل اغلب مردان برای مشارکت نمودن در کارهای پژوهشی باشد.

همچنین پیشنهاد می‌شود براساس تأثیرات بسیار زیادی که سبک دلبستگی در ابعاد مختلف زندگی بشر دارد؛ و با توجه به نمایان شدن بیش از پیش اضطراب مرگ در روزگاران اخیر، پیشنهاد می‌شود در آینده تحقیقات مشابهی و با در نظر گرفتن متغیرهایی از جمله راهبردهای مقابله‌ای، مکانیزم‌های دفاعی، درملندگی آموخته شده و کارآمدی اجتماعی به عنوان متغیر میانجی انجام گیرد. به علاوه، به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد هر کدام از سبک‌های دلبستگی و اثری که می‌تواند بر آینده‌ی شخص داشته باشد، پیشنهاد می‌شود آزمایش‌هایی در مورد شناخت هر کدام از سبک‌ها، روش‌های صحیح فرزندپروری و نیازهای کودکان در هر دوره‌ی سنی برای والدین به صورت هرچه جدی‌تر از قبل در نظر گرفته شود. همچنین درمانگران در برنامه‌های درمانی خود برای افراد دارای اضطراب مرگ، می‌توانند کار بر روی مهارت‌های صحیح تنظیم هیجانی را در دستور کار قرار دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهش موجود در راستای نشان دادن نقش پررنگ ارتباطات اولیه در نحوه‌ی تنظیم هیجانات و به وجود آمدن اضطراب مرگ صورت گرفت. از تمامی افرادی که در روند انجام این پژوهش به ما یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

¹ Birnbaum, G., Malishkevich, S

- احمدی مرویلی، ناهید؛ میرزاحسینی، حسن؛ منیرپور، نادر. (۱۳۹۸). مدل پیشبینی رفتارهای خودآسیب رسان و گرایش به خودکشی بر اساس سبک‌های دلبستگی و سازمان شخصیت در نوجوانان دانش آموز: نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی (روانشناسی و علوم تربیتی)*، ۱۰(۳): ۱۱۷-۱۰۱.
- آذرمی، ربابه؛ فرهادی، مهران؛ رشید، خسرو؛ یارمحمدی واصل، مصیب (۱۳۹۹). تبیین رفتار خرافی براساس سبک‌های دلبستگی و اضطراب در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱، ۱۰۰-۹۳.
- بشارت، محمدعلی؛ تاج دین، ساره؛ غالمعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). نقش میانجیگر دشواری نظم جویی هیجان در رابطه میان شیوه‌های دلبستگی و تعارضات زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۵۶(۶): ۴۴-۲۰.
- بشارت، محمدعلی؛ خلیلی خضرآبادی، مهدیه؛ رضازاده، سید محمدرضا. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه و مشکلات زناشویی. *روانشناسی خانواده*، ۳(۲): ۲۷-۴۴.
- بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۱(۴۴): ۱۶-۷.
- خادمی اشکذری، ملوک؛ جماعتی اردکانی، راضیه؛ کاغذگران، فاطمه. (۱۳۹۹). بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه عواطف مثبت و منفی با اضطراب مرگ و خستگی مزمن در پرستاران. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۶(۲): ۵۴-۶۸.
- رفاهی، ژاله؛ طاهری، محمد. (۱۳۹۸). پی‌شبینی سبک‌های فرزندپروری مادران بر اساس طرحواره‌های اولیه و سبک‌های دلبستگی آنان. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۱، ۱۹۵-۱۶۷.
- شیرمحمدی، سمیرا؛ حسینی، سهدیه سادات؛ امیری، حسن. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و آسیب شناسی روانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر کرمانشاه. *پوست و زیبایی*، ۱۰(۲): ۱۱۶-۱۰۱.
- صالحی امیری، رضا؛ رادان، احمدرضا. (۱۳۹۵). تأثیر انواع دلبستگی بر احساس امنیت. *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات امنیت اجتماعی*، ۴۵، ۹۹-۱۱۶.
- صفایی، صدیقه؛ یارمحمدی واصل، مسیب، محقق، حسین؛ طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۸). تأثیر اصلاح سوگیری توجه بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی افراد با دلبستگی دورگیزین. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۳۶، ۶۴-۴.
- عسگریور، فاطمه؛ کربالی محمد میگوئی، احمد؛ تقی لو، صادق. (۱۳۹۴). سبک‌های فرزندپروری، آسیب کودکی و تنظیم شناختی غیرانطباقی هیجان در کودکان کار. *روانشناسی معاصر*، ۱۰، ۱۰۶۳-۱۰۶۰.
- قاسم پور، عبدالله؛ سوره، جمال؛ سیدتازه کند، میرتوحید. (۱۳۹۱). پیش‌بینی اضطراب مرگ براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۲): ۶۳-۷۰.
- کاکابریایی، کیوان؛ معاذی نژاد، مهوش. (۱۳۹۵). رابطه سن و معنایی در زندگی با اضطراب مرگ در زنان و مردان سالمند. *روانشناسی پیری*، ۲(۱)، ۴۷-۳۷.
- کریمی افشار، عشرت؛ شعبانیان، گلناز؛ سعیدتالشی، لیلا؛ منطری توکلی، وحید. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مداخله تنظیم هیجان گروهی بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان. *روانشناسی سلامت*، ۷(۱): ۱۰۵-۹۵.
- محمدی، حمیده؛ فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۳): ۳۰۸-۳۲۵.
- محمدی، منیره؛ کرد، بهمن. (۱۳۹۸). پی‌شبینی اضطراب دانشجوین بر اساس دشواری‌های تنظیم هیجان و افکار خودآیند منفی. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۲(۱): ۱۳۱-۱۳۵.

مسعودی، شاهد؛ حاتمی، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مسعود؛ بنی جمال، شکوه السادات. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۰(۳۹): ۳۷-۴۶.

مش، اریک؛ وولف، دیوید. (۲۰۱۴). روانشناسی مرضی کودک. ترجمه مجید، مظفری مکی آبادی؛ اصغر، فروغ الدین عدل. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات رشد.

مظاهری، محمدعلی؛ نجاتی، وحید؛ ذبیح زاده، عباس؛ ملکی، قیصر. (۱۳۹۶). سبک‌های دلبستگی و توانایی باز شناسی حالت‌های هیجانی چهره. *فصلنامه پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۸(۱): ۱-۱۲.

ملکشاهی بیرانوند، فاطمه؛ خدابخش پیرکالنی، روشنگر؛ خسروی، زهره؛ عامری، فریده. (۱۳۹۸). مقایسه و اثربخشی مداخله مبتنی بر مرگ آگاهی با مداخله شناختی رفتاری بر اختلال وحشتزدگی و اضطراب مرگ. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۴): ۷۳-۸۷.

نصیری، سارا؛ عسکری زاده، قاسم؛ فضیلت پور، مسعود. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش بینی در پیش بینی اضطراب مرگ زنان در سه ماهه سوم بارداری. *روان پرستاری*، ۴(۶): ۵۸-۵۰.

هاینتس بریش، کارل. (۲۰۲۰). درمان اختلال‌های دلبستگی از نظریه تا درمان. ترجمه صفورا بابایی و همکاران. (۱۳۹۸). تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

وصالی، هاله؛ الجینی، عزیز؛ افشانی، رضا؛ محدودی زمان، مرتضی. (۱۳۹۹). رابطه سبک‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اضطراب مرگ در سالمندان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۵(۵۵): ۱۷-۲۶.

ولیخانی، احمد؛ یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی - عروقی. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۱(۴): ۳۵۵-۳۶۷.

American Psychiatric Associatio. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TM*.

Bardeen, J., Fergus, T. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of anxiety disorders*, 28(4), 394-401.

Bartholomew, K., Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.

Birgit, M., Tak, L., Rosmalen, J., Voshaar, R. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 115: 58-65.

Brackett, M., Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer – Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geh (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. 179-194.

Brennan, K., Clark, C., Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment theory and close relationships*, 46–76.

Carlson, E., Sroufe, L. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. *Developmental psychopathology*, 1: 587-617.

Carrère, S., Bowie, B. (2012). Like parent, like child: parent and child emotion dysregulation. *Arch Psychiatr Nurs*, 26(3): 23-30.

Chukwuorji, J., Chukwu, C., Uzuegbu, C., Ifeagwazi, C., Ugwu, C. (2020). Social support serves emotion regulation function in death anxiety among people living with HIV/AIDS. *South African Journal of Psychology* 50(3): 395-410.

Crane, W. (2021). *Growth theories (concepts and applications)*. Translator: Khoeinezhad Gh. Rajae A. Tehran, Roshd Publication.

- Fitzgerald, J., MacNamara, A., DiGangi, J., Kennedy, A., Rabinak, C., Patwell, R., et al. (2016). An electrocortical investigation of voluntary emotion regulation in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 249: 113-121.
- Fitzpatrick, S., Kuo Janice, R. (2016). The impact of stimulus arousal level on emotion regulation effectiveness in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 241: 242-248.
- Fraday, K. (2014). Depression, social support, and self-rated health in older adults. University of Rhode Island.
- Ghaempour, Z., Esmailian, M., Sarafriz, M. (2019). Emotion regulation in adolescents: the predicting role of family function and attachment. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 13 (51): 7-16.
- Gratz, K., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1): 41-54.
- Hart, J., Shaver, R., Goldenberg, J. (2005). Attachment, self-esteem worldviews, and terror management: Evidence for tripartite security system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88: 999-1013.
- Henschel, S., Nandrino, J., Doba, K. (2020). Emotion regulation and empathic abilities in young adults: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*, 156: 1-36.
- Hickie, I. (2016). Specific Mental Health Disorders: Depressive and Anxiety Disorders. *International Encyclopedia of Public Health* (Second Edition). 29-42.
- Hoe, S. (2008). Issues and procedures in adopting structural equation modelling technique. *Journal of Quantitative Methods*, 3(1): 76.
- Issazadeghan, A., Ashraf Zadeh, S., Sheikhi, S. (2014). The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Optimism with Death Anxiety among Nurses in Urmia City. *Nursing and Midwifery Journal*, 12 (6): 467- 476.
- Jerud, A., Pruitt, L., Zoellner, L., Feeny, N. (2016). The effects of prolonged exposure and sertraline on emotion regulation in individuals with posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 77: 62-67.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J., Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9): 1301-1320.
- Khawar, M., Aslam, N., Aamir, S. (2013). Perceived Social Support and Death Anxiety Among Patients with Chronic Diseases. *Pakistan Journal of Medical Research*, 52(3): 75.
- Lewczuk, K., Kobylńska, D., Marchlewska, M., Kryzstofiak, M., Glica, A., Moiseeva, V. (2021). Adult attachment and health symptoms: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Current Psychology*, 40(4): 1720-1733.
- Linley, P., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies*, 17(1): 11-21.
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., Rodin, G. (2011). Measuring death-related anxiety in advanced cancer: preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 33: 140-145.
- Lopez, F., Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3): 355.
- Malik, S., Wells, A., Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 172: 428-444.
- Mathews, B., Kerns, K., Ciesla, J. (2014). Specificity of emotion regulation difficulties related to anxiety in early adolescence. *Journal of adolescence*, 37(7): 1089-1097.

- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2016). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. New York, NY: Guilford. 2nd ed.
- Mikulincer, M., Florian, V., Birnbaum, G., Malishkevich, S. (2002). The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3): 287-299.
- Mikulincer, M., Florian, V., Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of personality and social psychology*, 58(2): 273.
- Mikulincer, M., Shaver, P., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2): 77-102.
- Moazen, T., Aghaei, A., Golparvar, M. (2014). Predicted Students attachment styles based on Parents parenting styles. *Instruction and Evaluation*, 7 (25): 87- 99.
- Nielsen, S., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K., Hageman, I., Vangkilde, S., Daniel, S. (2017). Adult attachment style and anxiety—The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218: 253-259.
- Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M., Rohwer, H. (2021). Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 62(3): 312-320.
- Pascuzzo, K., Moss, E., Cyr, C. (2015). Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *Sage Open*, 5(3): 1-15.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'connor, M., McDermott, F., Hood, K., et al. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing Journal*, 7: 14-21.
- Picardi, A., Giuliani, E., Gigantesco, A. (2020). Genes and environment in attachment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112: 254-269.
- Rajabi, Gh., Bohrani, M. (2001). Factorial analysis of death anxiety scale. *Psychol J*, 4: 331- 344.
- Sarmad, Z., Hejazi, E., Bazargan, A., (2012). Research Methods in Behavioral Sciences Iran: Tehran, Agah Publication.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2): 23-74.
- Ştefan, C., Avram, J. (2018). The multifaceted role of attachment during preschool: moderator of its indirect effect on empathy through emotion regulation. *Early Child Development and Care*, 188(1): 62-76.
- Taube-Schiff, M., Van Exan, J., Tanaka, R., Wnuk, S., Hawa, R., Sockalingam, S. (2015). Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eating behaviors*, 18: 36-40.
- Wiemer, J., Pauli, P. (2016). How fear-relevant illusory correlations might develop and persist in anxiety disorders: a model of contributing factors. *Journal of anxiety disorders*, 44: 55-62.
- Wing, M. (2011). Predicting Death Anxiety with Gratitude and Friendship Attachment: A Correlational Study. Hong Kong, China: Hong Kong Baptist University. 98.
- Yalom, E. (2013). Existential psychotherapy. Translator: Habib S. Tehran, Ney Publication.

برازش مدل تحلیلی عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز مرتبط با مدرسه بر نگرش به مصرف مواد و سبک های دلبستگی در دانش آموزان دوم متوسطه

Fitting the analytical model of school protective and risky factors on attitudes towards substance use and attachment styles in secondary school students.

Hasan Ali Viskarmi

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Ezzat-oleh Kadampour

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Hadi sarani (corresponding Aouthor)

PhD Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

hadisarani@yahoo.com

Somaye Valizada

School teacher in Khorram Abad city

حسنعلی ویسکرمی

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

عزت اله قدم پور

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

هادی سارانی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان،

خرم آباد، ایران.

hadisarani@yahoo.com

سمیه والی زاده

آموزگار مدارس شهرستان خرم آباد

نداشت معنادار است ($P < 0.001$). همچنین شاخص های برازش نشان دهنده برازش مطلوب مدل بود. نتیجه گیری: با شناسایی عوامل مخاطره آمیز و تقویت عوامل محافظت کننده مرتبط با مدرسه و عوامل فردی می توان، از نگرش مثبت دانش آموزان به اعتیاد پیشگیری نمود.

واژه های کلیدی: سبک دلبستگی - عوامل محافظ و خطر ساز مدرسه - نگرش به مواد

Research Objective: The present research is to fit the model of school factors (interaction of teachers and students, bullying, sense of belonging to the school, and contextual factors of school) by considering the drug use in middle school students along with the intermediate role of attachment styles. **Method:** research method was correlation and path analysis type. The research population consists of all the middle school students of Khorramabad in the academic year 2021-2022. The sample size was made of 380 students, selected by the relative stratified sampling method. The standard questionnaires of teacher-student interaction by Wubbels, Creton, Levy, & Hooymayers (1993), the sense of belonging to the school, Brew, Beatty, & Watt (2004), bullying, Espelage & Holt (2001), attitude toward addiction by Nazari (2009), Collins & Read attachment styles (1990) and the researcher-maid questionnaire of school contextual factors were the measuring tools of the research. **Findings:** The results showed that between the standard coefficients of the path of bullying to attachment styles ($P < 0.001$, $\beta = 0.58$), belonging to school to attachment styles ($P < 0.001$, $\beta = 0.37$), school background factors to attachment styles ($P < 0.001$, $\beta = 0.52$) and teacher-student interaction path to attachment styles ($P < 0.001$, $\beta = 0.40$) are significant. Also, the

هدف: پژوهش حاضر برازش مدل عوامل مدرسه ای (تعامل معلم - دانش آموز، قلدری مدرسه، احساس تعلق به مدرسه و عوامل زمینه ای) با نگرش به مصرف مواد در دانش آموزان دوم متوسطه با نقش واسطه ای سبک های دلبستگی انجام گرفت. روش: روش پژوهش همبستگی و از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه پژوهش شامل همه ی دانش آموزان دوم متوسطه دوم شهرستان خرم آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه ۳۸۰ دانش آموز بود که با روش نمونه گیری طبقه ای نسبی انتخاب گردید. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه های استاندارد تعامل معلم دانش آموز ویلز، کریتون، لوی و هوی مایرز (۱۹۹۳)، تعلق به مدرسه بری، بتی و وات (۲۰۰۴)، قلدری مدرسه اسپلاجه و هولت (۲۰۰۱)، نگرش به اعتیاد نظری (۱۳۸۰)، سبک دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰) و پرسشنامه محقق ساخته عوامل زمینه ای مدرسه بود. یافته ها: نتایج نشان داد که بین ضرایب استاندارد مسیر مستقیم عوامل مرتبط با مدرسه از جمله، قلدری به مدرسه ($P < 0.001$, $\beta = 0.62$)، تعلق به مدرسه ($P < 0.001$, $\beta = -0.45$)، عوامل زمینه ای مدرسه ($P < 0.001$, $\beta = -0.71$) و مسیر تعامل معلم - دانش آموز به نگرش به مصرف مواد مخدر ($P < 0.001$, $\beta = 0.53$) معنادار می باشد. همچنین مسیر قلدری به سبک های دلبستگی ($P < 0.001$, $\beta = 0.58$)، تعلق به مدرسه به سبک های دلبستگی ($P < 0.001$, $\beta = 0.37$)، عوامل زمینه ای مدرسه به سبک های دلبستگی ($P < 0.001$, $\beta = 0.52$) و مسیر تعامل معلم - دانش آموز به سبک های دلبستگی ($P < 0.001$, $\beta = 0.40$) معنادار می باشد. همچنین، روابط غیرمستقیم متغیرهای عوامل مدرسه ای و نگرش به مصرف مواد با سبک های دلبستگی با توجه به اینکه حد پایین و حد بالای آزمون بوت استراپ فاصله اطمینان برای آنها صفر را در بر

by identifying the risky factors and strengthening the protective factors related to school and personal factors.

Keywords: attitude towards drug - protective and risky factors of school - attachment style

indirect relationships of the variables of school factors and attitudes towards substance use with attachment styles are significant considering that the lower limit and upper limit of the bootstrap test did not include zero for them ($P < 0.001$). Also, the fit indices indicated the optimal fit of the model.

Conclusion: Drug addiction in students could be prevented

مقدمه

عوامل خطر ساز و محافظت کننده زیادی برای نگرش به مصرف مواد مخدر در دانش آموزان وجود دارد و محیط مدرسه می تواند نقش کلیدی در کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد در اکثر نوجوانان داشته باشد. زیرا اکثر جوانان، صرف نظر از وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بسیاری از ساعات بیداری خود را در تعامل با محیط مدرسه خود می گذرانند (باتلر، رومانو، لدر دیل^۱، ۲۰۲۲) مطابق تحقیقات عوامل خطرزا و محافظت کننده در محیط خانواده و مدرسه به طور همزمان بر سلامت روان نوجوانان تأثیر می گذارد (وانگ، ژو، فو، شی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). عوامل محافظتی به عنوان ویژگی های فردی، اجتماعی یا مرتبط با خانواده تعریف می شوند که احتمال ابتلا به تجربیات نامطلوب مانند بدرفتاری و اعتیاد را کاهش (اسپراگ جونز، کنتس، روسو و فیرمن^۳، ۲۰۱۹) و پاسخ فرد به تجربیات نامطلوب را که معمولاً منجر به نتیجه منفی می شود، بهبود می بخشد (ناوارو پرز، توماس، جورجیوا و گارسیا - مولا^۴، ۲۰۲۳). برخلاف عوامل محافظت کننده، عوامل خطر ساز نوجوانان را در معرض پیامدهای نامطلوب، سوء مصرف مواد مخدر و سایر رفتارهای پرخطر قرار می دهد (وودوارد، اسمیت، مان، آلفگیر و مورهاوس^۵، ۲۰۲۳ و عفراتی^۶، ۲۰۲۳)

با وجود جنبه های خطر ساز فردی، همسالان، و خانواده، مدرسه محیط امنی را برای ایجاد عوامل محافظتی و کاهش میزان رفتارهای مخاطره آمیز سلامتی در جوانان فراهم می کند. مدارس فرصت های زیادی را برای تأثیرگذاری بر جوانان ارائه می دهند و به آنها اجازه می دهند از طریق برقراری روابط با کیفیت با همسالان و معلمان، از نظر تحصیلی و حرفه ای رشد کنند (اوسترل و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع، مدرسه بعد از خانواده دومین محیطی است که می تواند، به عنوان یک عامل محافظتی، نوجوانان را در برابر تأثیرات منفی محیط محافظت نماید (رحماسری^۷، ۲۰۲۳). مدرسه محیطی مساعد برای دانش آموزان است تا شیوه های زندگی سالم را که شامل الگوهای شناختی، عاطفی، فرهنگی، رفتاری و اجتماعی است توسعه دهند. این عوامل به نوجوانان کمک می کند تا در برابر مصرف مواد مخدر مقاومت و خطرات ناشی از آن را کاهش دهند. بدین ترتیب مدرسه به عنوان یک عامل حفاظتی در رشد روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان نقش حیاتی دارد (گارسیا و فریانی^۸، ۲۰۰۸). بنابراین، مدرسه به عنوان یکی از فاکتورهای مهم پیشگیری از سوء مصرف مواد و بزهکاری شناخته شده است (لیدل، رو، داکوف، اونگارو، هندرسون^۹، ۲۰۰۴). علاوه بر این، مدرسه می تواند، یک عامل خطر ساز برای مصرف مواد و اعتیاد هم باشد (گارسیا و فریانی، ۲۰۰۸؛ وودوارد، اسمیت، مان، کریستیانسون و مورهاوس^{۱۰}، ۲۰۲۳؛ باتلر، رومانو، لدر دیل، ۲۰۲۲). الگو برداری از معلمان و همسالان مصرف کننده مواد، مشکلات آموزشی، قلدری

1. Butler, Romano, Leatherdale

2. Wang, Zhou, Fu, Xie

3. Sprague-Jones, Counts, Rousseau & Firman

4. Navarro-Perez, Tomas, Georgieva & Garcia- Molla

5. Woodward,, Smith, Mann, Algeir & Morehouse

6. Efrati

7. Rahmasari

8. García , Ferriani

9. Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro, Henderson

10. Woodward, Smith, Mann, Kristjansson & Morehouse,

و پیوند ضعیف با مدرسه تنها بخشی از عوامل خطرساز مرتبط با مدرسه است. بنابراین، ترویج برنامه‌های آموزشی مدرسه مهم است، زیرا دانش‌آموزان را از مهارت‌های زندگی آگاه و مدرسه را به یک عامل محافظتی تبدیل و به رفاه جسمی، اجتماعی و روانی ایده‌آل نوجوانان کمک می‌کند. البته، مدرسه برای تبدیل شدن به یک عامل محافظتی در برابر مصرف مواد مخدر باید شبکه‌های حمایتی با والدین، دانش‌آموزان و معلمان ایجاد کند تا عادات سالم دانش‌آموزان تقویت شود (گارسیا و فریانی، ۲۰۰۸). سلامت روان نوجوانان اغلب توسط تجربیات منفی مدرسه، مانند قلدری به خطر می‌افتد (دی کامارگو، رایس و تورستاینسون^۱، ۲۰۲۳). تحقیقات وقوع بالای قلدری و مصرف مواد و پیامدهای مضر آن را در بین نوجوانان ثابت کرده است (رادلیف، ویتون، رابینسون، موریس^۲، ۲۰۱۲). البته نتایج تحقیقات در مورد سه گروه قلدر، قربانی و قربانیان قلدر متفاوت است. بطوریکه (پچل، فیجو، ایسورنا، وارا^۳، ۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند نوجوانانی که در نقش (قربانیان، مجرمان و قربانیان قلدر) درگیر قلدری مدرسه یا قلدری سایبری بوده‌اند، نرخ‌های قابل توجهی در عادات مصرف از خود نشان داده‌اند. همچنین، گائته، تورنرو، والنسولا، روخاس-باراهونا^۴ و همکاران، ۲۰۱۷) در رابطه، استفاده از مواد در میان نوجوانان درگیر در قلدری، نشان دادند که قلدرها و قربانیان قلدر در معرض خطر بالایی برای مصرف سیگار، الکل و حشیش هستند. با این حال، رابطه بین قربانی شدن و مصرف مواد نتایج بسیار متناقضی را نشان می‌دهد (ریچارد، گریت - گوستد، فلچر، تمشف^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین شناسایی و تشخیص عوامل محافظت کننده و خطرساز مرتبط با قلدری و قربانی در مدارس از اهمیت بالایی برخوردار است.

همچنین، احساس بیگانگی یا عدم تعلق به مدرسه با مصرف مواد مرتبط است (شاذین، هیگ، هیلی، میلا، ایان^۶، ۲۰۲۱). دانش‌آموزانی که روابط ضعیفی با همسالان و معلمان خود دارند و از فعالیت‌های مربوط به مدرسه جدا می‌شوند، احتمال بیشتری دارد که پیامدهای منفی مانند مصرف مواد مخدر، علائم افسردگی و شکست را گزارش کنند (استودارد و ولیز^۷، ۲۰۱۹). بنابراین، وجود تعلق به مدرسه به عنوان یک عامل حفاظتی و عدم تعلق یا تعلق پایین به مدرسه به عنوان یک عامل مخاطره‌ای در نگرش دانش‌آموزان به مواد مخدر محسوب می‌شود.

تعامل ناسالم معلم - دانش‌آموز، می‌تواند، خطر ابتلای نوجوانان را به رفتارهای پرخطر را افزایش دهد (روداسیل، ریو، استیانیوویچ و تیلور^۸، ۲۰۱۰). در حالی که ایجاد تعامل مثبت معلم - دانش‌آموز نقش مهمی برای طرح‌های پیشگیری از مصرف مواد در مدرسه ایفا می‌کند (فورستر، گور، بورووسکی، مک موریس^۹، ۲۰۱۷).

از دیگر عوامل محافظ و خطرساز مرتبط با مدرسه، عوامل زمینه‌ای مدرسه می‌باشد. عوامل زمینه‌ای مدرسه‌ای طیف وسیعی از متغیرها از جمله محیط فیزیکی، همسالان، جو عاطفی، حمایت معلم و غیره را در بر می‌گیرد. تحقیقات

¹ . De Camargo, Rice & Thorsteinsson

² . Radliff, Wheaton, Robinson, Morris

³ . Pichel, Feijoo, Isorna, Varela

⁴ . Gaete, Tornero, Valenzuela, Rojas-Barahona

⁵ . 5. Richard, Grande-Gosende, Fletcher, Temcheff

⁶ . Shaezeen, Hugues, Hayley, Mila, Ian

⁷ . Stoddard, & Veliz,

⁸ . Rudasill, Reio, Stipanovic & Taylor

⁹ . Forster, Gower, Borowsky, McMorris

در این زمینه برای شناسایی کامل متغیرهای محیطی و عوامل زمینه‌ای در حال گسترش است. همسالان به عنوان یک متغیر مهم زمینه‌ای مدرسه با اعتیاد پذیری و گرایش نوجوانان به اعتیاد در ارتباط است (چمنی و سجادیان، ۱۳۹۸ و آدجی، اتو، کامان، ریس^۱، و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، تحقیقات نشان داده که محیط فیزیکی مدرسه و جو عاطفی مدرسه با رضایت از زندگی، حرمت نفس و عملکرد در ارتباط است (نصیرپور، ۱۳۹۷؛ نظری، ۱۳۹۹ و محمودی، ۱۳۹۸).

مطالعات مختلف نشان داد که عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز فردی از دیگر عوامل خطر برجسته ترند و عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز مرتبط با مدرسه و اجتماع را تحت تأثیر قرار می دهند. ویژگی های شخصیت، تکانشگری، هیجان پذیری، خودکنترلی و سبک دلبستگی از جمله عوامل فردی بشمار می روند (ناوی، اسماعیل، ابراهیم، حسن^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش های نشان می دهد که سبک های دلبستگی در دسته و سبکی از پیامدهای روان شناختی نقش دارند (فرالی و رویزمن^۳، ۲۰۱۹) از جمله رفتارهای پرخطری که سبک دلبستگی در آنها نقش دارد اعتیاد است (آهرنس، سیکانوسکی و کانت^۴، ۲۰۱۲). بسیاری بر این باورند که اعتیاد یک مکانیسم مقابله ای است و سبک دلبستگی می تواند، نقش کلیدی در ایجاد انواع اعتیادها (استوز، ژاورگی، لویز^۵، ۲۰۱۹) (از جمله اعتیاد به سیگار، الکل و اینترنت) داشته باشد.

راهبردهای پیشگیری و مداخله زود هنگام می تواند تأثیر مصرف مواد و اختلالات روانی را در میان جوانان و نوجوانان کاهش دهد. یکی از مهمترین راهبردهای پیشگیری تغییر نگرش مثبت نسبت به مواد و شناسایی عوامل مخاطره آمیز و محافظت کننده نوجوانان در گرایش یا عدم گرایش به اعتیاد است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی برآزش مدل تحلیلی عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز مدرسه ای بر نگرش به مصرف مواد و سبک های دلبستگی در دانش آموزان دوم متوسطه شهرستان خرم آباد است. شناسایی عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز نقش اساسی در کاهش نگرش مثبت به اعتیاد در نوجوانان ایفا می کند. یک دسته از عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز مهم که در نگرش دانش آموزان به مصرف مواد مؤثر است، عوامل مرتبط با مدرسه است. عوامل مرتبط با مدرسه نیز مانند عوامل مرتبط با خانواده و فردی فراوانند. در پژوهش حاضر چهار عامل تعلق به مدرسه، قلدری مدرسه، تعامل معلم- دانش آموز و عوامل زمینه ای مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس بررسی های صورت گرفته تحقیقات اندکی در مورد رابطه عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز قلدری مدرسه و پیوند به مدرسه با گرایش به اعتیاد صورت گرفته است در حالی که بر اساس بررسی های صورت گرفته پژوهشی در رابطه عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز تعامل معلم- دانش آموز و عوامل زمینه ای مانند همسالان و محیط فیزیکی با نگرش به اعتیاد صورت نگرفته است. همچنین، نقش عوامل فردی (سبک دلبستگی) در رابطه بین عوامل مدرسه ای با نگرش به اعتیاد مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر ضمن بررسی برآزش کلی مدل

¹. Adedeji, Otto, Kaman, Reiss

². Nawi, Ismail, Ibrahim, Hassan

³. Fraley & Roisman

⁴. Ahrens, Ciechanowski & Katon

⁵. Estevez, Jauregui, Lopez

ارائه شده، فرضیاتی در مورد رابطه مستقیم و غیرمستقیم هر یک از عوامل مرتبط با مدرسه با نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم (نظری) شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به تعداد ۸۴۴۲ دانش‌آموز تشکیل می‌دادند. حجم نمونه مورد مطالعه با توجه به تعداد متغیرها و خرده مؤلفه‌های آنها ۳۸۰ نفر برآورد گردید. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی استفاده شد. برای اجرای پژوهش از دو ناحیه‌ی آموزشی شهرستان خرم‌آباد برای هر ناحیه پنج دبیرستان، سه دبیرستان مخصوص پسرها و دو دبیرستان مخصوص دخترها بطور تصادفی انتخاب گردید. همچنین از میان پایه‌های هر مدرسه یک پایه بطور تصادفی انتخاب گردید و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند با توجه به نسبت دانش‌آموزان دختر و پسر در جامعه حجم نمونه برای هر یک از گروه پسران و دختران به ترتیب شامل ۲۱۸ و ۱۶۲ دانش‌آموز بود. سپس برازش مدل مذکور از طریق معادلات ساختاری و با نرم‌افزار ایموس بررسی گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نگرش به اعتیاد: این پرسشنامه در مورد نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر است که به صورت فرم الف و ب توسط نظری (۱۳۸۰) ساخته شده است. وی برای تعیین اعتبار صوری از نظر اساتید روانشناسی استفاده کرده است. فرم اولیه مقیاس دارای ۶۴ آیتم بوده که آنها نیز به دو نیمه تقسیم شده‌اند تا در مقیاس، دو فرم موازی بدست آید. نتایج نشان داد که همبستگی بین دو فرم الف و ب برابر $0/82$ است و دو مقیاس به میزان بالا و رضایت بخشی با یکدیگر موازی هستند. نتایج بدست آمده در مورد مقیاس نگرش ساخته شده نشان می‌دهد که مواد مقیاس از همسانی خوبی برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ در فرم الف برابر $0/81$ و در فرم ب برابر با $0/86$ است (به نقل از پورچناری و گلزاری، ۱۳۸۷).

پرسشنامه عوامل زمینه‌ای مدرسه: پرسشنامه‌ای محقق ساخته و ۳۶ سؤالی است که برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه عوامل مدرسه‌ای ساخته شده است. این پرسشنامه دارای شامل ۳۶ گویه است که کیفیت فضای آموزشی، همسالان، رابطه دانش‌آموزان با معلمان، مدیر و دیگر پرسنل، علاقه و انگیزه، یادگیری، جو عاطفی مدرسه و نهایتاً رسیدگی معلم به مشکلات درسی می‌باشد. روایی محتوایی و صوری پرسشنامه بر اساس نظر متخصصان تربیتی بررسی و تأیید شده است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۸۷ درصد بدست آمده است.

پرسشنامه تعامل معلم - دانش‌آموز: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و به منظور ارزیابی رفتار معلمان داخل کلاس درس، تعامل آن‌ها با دانش‌آموزانشان و پاسخ و برداشت‌های مختلف به این تعاملات توسط وبلز، کریتون، لوی هوی و مایرز^۲ (۱۹۹۳) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ گویه است و چهار حیطه رفتاری تسلط (شامل

^۱ . Teacher-Student Interaction Questionnaire (QTI)

^۲ . Wubbels, Creton, Levy & Hooymayers

ابعاد رهبری و سخت‌گیری)، تسلیم (شامل ابعاد عدم قطعیت و مسئولیت‌پذیری و یا آزادی دانش‌آموز)، مخالفت (شامل ابعاد نارضایتی و نصیحت کردن) و همکاری (شامل ابعاد کمک / صمیمیت و درک / فهم) را پوشش می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه‌ای توسط فراهانی (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۸۶ درصد بدست آمده است.

پرسشنامه استاندارد احساس تعلق به مدرسه^۱: پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه توسط بری، بتی و وات (۲۰۰۴) به منظور سنجش احساس تعلق به مدرسه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال و شش مؤلفه حمایت معلم، مشارکت در اجتماع، احساس رعایت احترام و عدالت در مدرسه، احساس مثبت به مدرسه، تعلق فرد به مدرسه و مشارکت علمی می‌باشد. در پژوهش در پژوهش مکین و کلانتر (۱۳۹۴) ضمن ارزیابی مناسب روایی محتوایی، صوری و ملاکی، ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ را برای این پرسشنامه گزارش نمود. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۸۳ درصد بدست آمده است.

مقیاس قلدری ایلی نویز^۲: این پرسشنامه استاندارد ۱۸ سؤال داشته و توسط ایلی نویز و اسپلاگه و هولت^۳ (۲۰۰۱) ساخته شد. هدف آن ارزیابی میزان قلدری دانش‌آموزان از ابعاد مختلف (قلدری، زد و خورد، قربانی) می‌باشد. نتایج آزمون کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ بدست آمد که نشانگر پایایی خوب این ابزار می‌باشد. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۸۷ درصد بدست آمده است.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی^۴: این پرسشنامه توسط کولینز و رید^۵ (۱۹۹۰) ساخته شده است. این مقیاس شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه‌ی شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ گویه می‌شود که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد = ۱، تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد = ۵) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه شامل سه زیر مقیاس ایمن، اجتنابی و دو سوگرا است و هر مقیاس از ۶ سؤال درست شده است. کولینز و رید (۱۹۹۰) به نقل از پاکدامن، (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ را برای هر زیر مقیاس در ۳ نمونه از دانشجویان بالاتر از ۸۰٪ گزارش کردند. نتایج بازآزمایی پاکدامن نشان داد که این پرسشنامه در سطح ۹۵٪ دارای اعتبار است. همچنین میکائیلی (۱۳۹۵) برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۸۶٪ گزارش کرده است. همچنین، در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۸۴ درصد بدست آمده است.

روش اجرای پژوهش

بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و حذف موارد ناقص، ابتدا پیش‌فرض‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه شاخص‌های برازش و مسیرهای مستقیم برآورد گردید. همچنین برای مسیرهای غیرمستقیم نیز از آزمون بوت

1. Students' sense of connectedness with school questionnaire

2. Brew, Beatty & Watt

3. Bullying Questionnaire Innoiz (IBS)

4. Espelage & Holt

5. Revised Adult Attachment Scale (RAAS)

6. Collins and Reid

استراپ استفاده گردید. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزارهای بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی SPSS ویراست ۲۴ و نرم افزار ایموس AMOS ویراست ۲۴ انجام شدند.

یافته‌ها

از میان پرسشنامه‌های توزیع شده بعد از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های مربوط ۳۸۰ پرسشنامه که دارای شرایط لازم بودند از میان دانش‌آموزان دوم متوسطه انتخاب و مبنای تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که معادل ۵۷/۴ درصد از پاسخ دهندگان (۲۱۸ پرسشنامه) پسر و ۴۲/۶ درصد پاسخ دهندگان (۱۶۲ پرسشنامه) را دختران تشکیل می‌دادند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
تعلق به مدرسه	۳۴	۱۲۲	۱۱۵/۰۶	۹/۰۹
قلدری مدرسه	۲۴	۸۶	۶۷/۲۹	۴/۰۴
تعامل معلم - دانش‌آموز	۵۵	۲۲۶	۱۷۰/۴۸	۲۰/۳۶
عوامل زمینه‌ای	۴۶	۱۷۷	۱۶۵	۱۵/۰۹
سبک دلبستگی	۲۵	۸۰	۷۰/۷۸	۶/۴۱
نگرش به مواد مخدر	۳۸	۱۵۶	۱۲۷/۴۲	۱۳/۹۶

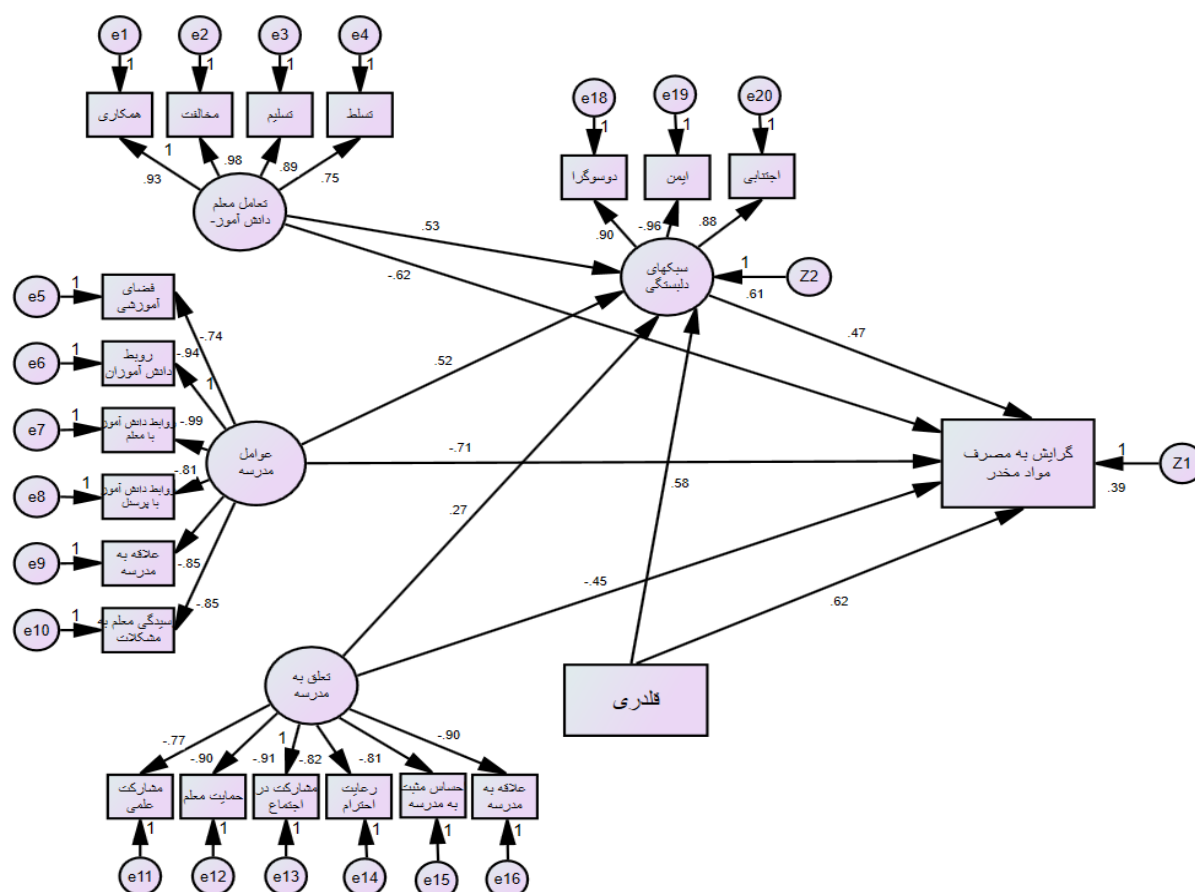
همانگونه که مشاهده می‌شود، حداقل و حداکثر نمره، میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

در مدل‌های مورد بررسی پژوهشگر قبل از بررسی و تفسیر پارامترها باید شاخص‌های نیکویی برازش را بررسی نماید (کاف و مارکوپز، ۱۳۹۳).

جدول ۲. شاخص‌های برازش

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه‌ی مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (X^2)	۴۵۹/۹۷	$> ۰/۰۵$	
سطح معناداری (P.value)	۰/۰۰۱		نامطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/DF)	۲/۴۳	< ۵	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۷۰	$> ۰/۹۰$	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۴۹	$< ۰/۱$	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۰	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۱	$> ۰/۹۰$	مطلوب
برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت (NFI)	۰/۸۸	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص برازش هنجاری شده ایجاز (PNFI)	۰/۸۴	$> ۰/۵۰$	مطلوب

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش برای مدل نهایی در حد قابل قبولی بوده و در نتیجه مدل مورد تأیید است. نمای تصویری مدل و ضرایب ذکر شده در شکل شماره ۱ ارائه شده است.



شکل شماره ۱ نمای تصویری مدل پیشنهادی همراه با ضرایب مسیر

جدول شماره ۳ پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی

مسیرها	خطای استاندارد	بنای غیراستاندارد	بنای استاندارد (B)	نسبت بحرانی (CR)	سطح معنی داری
قلدری به سبک‌های دلبستگی	۰/۶۶	۰/۶۵	۰/۵۸	۲/۰۰	۰/۰۰۱
تعلیق به مدرسه سبک‌های دلبستگی	۰/۵۹	۰/۷۸	۰/۳۷	۲/۲۱	۰/۰۰۱
عوامل مدرسه به سبک‌های دلبستگی	۰/۶۸	۰/۵۷	۰/۵۲	۱/۷۴	۰/۰۰۱
تعامل معلم-دانش آموز به سبک‌های دلبستگی	۰/۷۳	۰/۴۴	۰/۴۰	۱/۴۳	۰/۰۰۱
قلدری به گرایش به مصرف مواد مخدر	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۶۲	۲/۵۸	۰/۰۰۱
تعلیق به مدرسه به گرایش به مصرف مواد مخدر	۰/۶۳	-۰/۵۱	-۰/۴۵	-۲/۸۶	۰/۰۰۱
عوامل مدرسه به گرایش به مصرف مواد مخدر	۰/۵۳	-۰/۶۹	-۰/۷۱	-۲/۵۳	۰/۰۰۱
تعامل معلم-دانش آموز به گرایش به مصرف مواد مخدر	۰/۶۸	-۰/۷۰	-۰/۵۳	-۲/۸۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد ضرایب استاندارد مسیر قلدری به سبک‌های دلبستگی ($\beta=0/58, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر تعلق به مدرسه به سبک‌های دلبستگی ($\beta=0/37, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر عوامل مدرسه به سبک‌های دلبستگی ($\beta=0/52, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر تعامل معلم-دانش آموز به سبک‌های دلبستگی ($\beta=0/40, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر قلدری به گرایش به مصرف مواد مخدر ($\beta=0/62, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر تعلق به مدرسه به گرایش به مصرف مواد مخدر ($\beta=-0/45, P<0/001$)، ضرایب استاندارد مسیر عوامل مدرسه به گرایش به مصرف مواد مخدر ($\beta=-0/71, P<0/001$) و ضرایب استاندارد مسیر تعامل معلم-دانش آموز به گرایش به مصرف مواد مخدر ($\beta=0/53, P<0/001$) معنادار می‌باشند. همچنین برای سنجش معناداری اثر غیرمستقیم از روش بوت استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول شماره ۳. رابطه غیرمستقیم متغیرها در مدل ساختاری برازش شده

حد بالا	حد پایین	مسیرهای غیر مستقیم متغیرهای پژوهش
۲/۲۱	۱/۴۴	۱- قلدری مدرسه، نگرش به مواد و سبک دلبستگی
۲/۲۸	۱/۴۳	۲- تعلق به مدرسه، نگرش به مواد و سبک دلبستگی
۲/۲۲	۱/۲۳	۳- عوامل زمینه‌ای مدرسه، نگرش به مواد و سبک دلبستگی
۲/۲۶	۱/۲۸	۴- تعامل معلم - دانش آموز، نگرش به مواد و سبک دلبستگی

بنابراین با توجه به معنی دار شدن مسیرهای مستقیم عوامل مرتبط با مدرسه (قلدری مدرسه، تعلق به مدرسه، عوامل زمینه‌ای و تعامل معلم - دانش آموز به نگرش به مصرف مواد مخدر) و همچنین، معنی داری عوامل مدرسه‌ای به سبک‌های دلبستگی و حد پایین و بالای گزارش شده و عدم قرار گرفتن صفر در حد فاصل این دو، میانجی‌گری سبک‌های دلبستگی در ارتباط بین عوامل مدرسه‌ای و نگرش به مصرف مواد مخدر معنی دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، که همه ابعاد احساس تعلق به مدرسه (حمایت معلم، علاقه به مدرسه، مشارکت در اجتماع، احساس مثبت به مدرسه، رعایت احترام و مشارکت علمی) بر نگرش دانش‌آموزان به اعتیاد مؤثر بوده است. در این بین مشارکت اجتماع، حمایت معلم و علاقه به مدرسه بیشترین رابطه را با نگرش به مصرف مواد دارند. بنابراین حمایت معلم، علاقه به مدرسه و مشارکت در اجتماع در شکل‌گیری احساسات مثبت و الگوپردازی صحیح به دانش‌آموزان کمک می‌کند و منجر به افزایش عزت نفس، سلامت روانی و دوری از نگرش مثبت به مصرف مواد در نوجوانان

می‌گردد. بطور کلی، این نتایج با تحقیقات (استاد رحیمی، ۱۳۹۹؛ ذهبیون، حسینی، ۱۳۹۶؛ کیم و چون^۱، ۲۰۱۸؛ میهیک، اسکینر، نوک، فریک، کرانژلی^۲، ۲۰۲۲) همسو است. احساس تعلق از طریق روابط مثبت نوجوانان با معلمان و همسالان سبب تغییرات در انگیزش، علاقه به مدرسه، انتظارات پیشرفت و ارزش‌ها می‌گردد. همچنین احساس تعلق به مدرسه منجر به مشارکت، تلاش، عملکرد بهتر و نهایتاً احساسات مثبت در دانش‌آموزان می‌شود. از طرفی احساس عدم تعلق یا تعلق پایین به مدرسه سبب ایجاد احساسات منفی و نتایج ناسازگار می‌شود. به عنوان مثال، دانش‌آموزانی که در مدرسه ناراضی هستند، ممکن است از مشارکت خارج شوند و در نتیجه، تمایل بیشتری به شرکت در انواع رفتارهای ضد اجتماعی داشته باشند (ویلاوینسیو و برناردو^۳، ۲۰۱۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تعلق به مدرسه با ایجاد عواطف مثبت در نوجوان به عنوان یک عامل حفاظتی و عدم تعلق یا تعلق پایین نسبت به مدرسه با ایجاد عواطف منفی به عنوان یک عامل مخاطره‌ای در نوجوانان عمل کرده و سبب گرایش دانش‌آموزان به مواد مخدر می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که قلدری مدرسه با نگرش نوجوانان به مصرف مواد رابطه مستقیم و مثبت دارد. این نتایج با نتایج بدست آمده از تحقیقات (چمنی و سجادیان، ۱۳۹۸؛ سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پیچل و همکاران، ۲۰۲۲) همسو است. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که قلدرها با ویژگی‌هایی همچون قدرت طلبی، انتقام جویی، خودشیفتگی، بی‌مسئولیتی، سازگاری روانی - اجتماعی ضعیف، خودکنترلی پایین و عدم همدلی و شرم بسیار مستعد رفتارهای پرخطر، بزهکاری و گرایش به اعتیاد هستند. قلدرها با خودکنترلی پایین معمولاً لذت طلب بوده و توانایی به تأخیر انداختن خواسته‌ها و وسوسه‌های آنی را ندارند، در نتیجه راحت‌تر به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. همچنین، مطالعات میزان بالاتری از افسردگی، اضطراب، تفکر خودکشی، بستری در بیمارستان، استفاده از داروهای روانپزشکی، مشکلات روانی، پرخاشگری و خشونت؛ همچنین کاهش عملکرد شناختی، روابط اجتماعی ضعیف‌تر، اعتماد به نفس پایین‌تر، غیبت از مدرسه و افت تحصیلی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نقص توجه بیش فعالی، مشکلات عاطفی بیشتر، سطح بهزیستی پایین‌تر، بزهکاری و جرم جنایت، هیستریونیک (اختلال شخصیت نمایشی)، پارانوئید و خودکنترلی پایین و غیره را در نوجوانان در معرض قلدری شناسایی کرده‌اند (نج، چوا و شری^۴، ۲۰۲۰؛ گافنی، توفی و فارینگتون^۵، ۲۰۲۱؛ ارسلان و آلن^۶، ۲۰۲۱). بنابراین قلدرها با انواع رفتارهای برون‌ریزی شده (خشم، شرکشی، بزهکاری) و قربانی‌ها با طیف وسیعی از رفتار درونی مانند اضطراب، افسردگی یا عزت‌نفس پایین (کوک، ویلیامز، گوئرا، کیم، سادک^۷، ۲۰۱۰) بسیار مستعد گرایش به مواد و سایر رفتارهای پرخطر هستند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همه ابعاد تعامل معلم - دانش‌آموز بر نگرش دانش‌آموز به اعتیاد مؤثر بوده است. پژوهش‌های اندکی در ارتباط با رابطه تعامل معلم - دانش‌آموز و نگرش به مصرف مواد انجام شده است از

¹ Kim & Chun

² Mihic, Skinner, Novak, Feric, Kranželi

³ Villavicencio, Bernardo

⁴ Ng, Chua & Shorey

⁵ Gaffney, Ttofi & Farrington

⁶ Arslan & Allen

⁷ Cook, Williams, Guerra, Kim, Sadek

جمله این پژوهش‌ها که نتایج پژوهش حاضر با آنها همسو است می‌توان به (استاد رحیمی، فتحی، ۱۴۰۰؛ فورستر، گور، بورووسکی، مک موریس^۱، ۲۰۱۷؛ هندریانتو، جوسوه، چو گوه، عبدالرشید^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) اشاره کرد. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد، تعامل مثبت بین معلم و دانش‌آموزان جوّ کلاسی مساعدی برای تدریس و یادگیری به وجود می‌آورد که از بسیاری مسائل منفی که مخل سازگاری دانش‌آموز است، جلوگیری می‌کند (لی و بیرمن^۳، ۲۰۱۵). افزون بر این وقتی ارتباط معلم با دانش‌آموز در جهت مثبت و سازنده باشد، نیاز شایستگی نوجوان را برآورده می‌کند (راتلی و دوچسنی^۴، ۲۰۱۴) این شایستگی اجتماعی به آنها کمک می‌کند تا تعاملات را در خدمت حل مشکلات به کار گیرند و بدین ترتیب در مدرسه و محیط تحصیلی رفتارهای سازگارانه‌ای در پیش گیرند. بنابراین دانش‌آموزانی که تعامل مثبتی با معلم دارند، دارای اعتماد به نفس بالا، نگرش مثبت نسبت به تحصیل و نگرش منفی نسبت به آسیب‌ها (از جمله اعتیاد) برخوردارند. همچنین تعامل معلم - دانش‌آموز یک زمینه‌ی حمایتی برای دانش‌آموزان فراهم می‌کند. تا آنها به کلاس و تحصیل علاقمند شوند و خود را درگیر فعالیتهای کلاسی احساس کنند. این حمایت و رابطه صمیمی با معلمان در آنها نگرش تحصیلی مثبت شکل می‌دهد که خود رضایت از مدرسه و نهایتاً احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان ایجاد می‌نماید. احساس رضایت از مدرسه و احساس تعلق به مدرسه همراه با عواطف مثبت و شور و شوق یکی از مواردی است که با نگرش منفی به اعتیاد در ارتباط است.

در نهایت عوامل زمینه‌ای مدرسه به صورت علی و مستقیم بر نگرش دانش‌آموزان به مصرف مواد مخدر تأثیر داشته است. تحقیقات زیادی در مورد جنبه‌های مختلف عوامل زمینه‌ای مدرسه از جمله، فضا و اندازه مدرسه، روابط همسالان، فرصت‌های آموزشی، جو عاطفی، فرصت‌های آموزشی، راهبردهای آموزشی، روش‌های تدریس، روابط دانش-آموز با سایر پرسنل و غیره صورت گرفته است (استاد رحیمی، ۱۴۰۰؛ چمنی و سجادیان، ۱۳۹۸؛ رضایی شریف، ۱۳۹۰؛ محمودی، ۱۳۹۸؛ اوجیاکو و نوکورو^۵، ۲۰۲۱؛ فورستر و همکاران، ۲۰۱۷؛ هندریانتو و همکاران، ۲۰۲۱). در هر یک از این پژوهش‌ها بر تأثیر عوامل مختلف مدرسه‌ای بر نگرش به اعتیاد، پیشگیری از اعتیاد، ترک تحصیل، عاطفه مثبت به مدرسه، کیفیت آموزش و غیره تأکید شده است که می‌توان نتایج حاصل از این بخش پژوهش را با آنها همسو دانست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، ویژگی‌های خاص محیط فیزیکی کلاس با رضایت، نگرش و ارزیابی کیفیت درس مرتبط است (هان، مون و لی^۶، ۲۰۱۹). تعامل مؤثر معلم و دانش‌آموز نیز نقش مهمی در ایجاد یک رابطه حمایتی بین معلم و دانش‌آموز و یک محیط کلاسی مثبت دارد (پولو^۷، ۲۰۱۴). همچنین تحقیقات نشان داده که همسالان می‌تواند، نقش مؤثری در گرایش یا عدم گرایش دانش‌آموزان به اعتیاد و رفتارهای پرخطر داشته باشد. آنچنانکه، (آدجی، اتو، کامان، ریس^۸ و

¹. Forster, Gower, Borowsky, McMorris

². Handrianto, Jusoh, Choo Goh, Abdul Rashid

³. Lee & Bierman

⁴. Ratelle & Duchesne

⁵. Ojiaku & Nwokoro

⁶. Han, Moon, and Lee

⁷. Poulou

⁸. Adedjeji, Otto, Kaman, Reiss

همکاران، ۲۰۲۲) بر تأثیر رابطه با همسالان بر سلامت روان، افسردگی، مشکلات عاطفی تأکید کردند. بنابراین عوامل زمینه‌ای با ایجاد طیفی از عواطف مثبت و منفی در کاهش یا افزایش نگرش مثبت به اعتیاد در دانش‌آموزان مؤثر است. در بخش دیگری از پژوهش نشان داد که رابطه بین قلدری و سبک دلبستگی معنادار است. این نتایج با یافته‌های پژوهش (مرادمند، عشایر و نامور، ۱۴۰۲ و یوسفی افراشته و حقی، ۱۳۹۹ و مورفی، لیبل و آگوستین^۱، ۲۰۱۷) همسو است. در بین این یافته‌ها می‌توان گفت که تعاملات خانوادگی ضعیف از قبیل دلبستگی ناایمن و کنترل ناکافی والدین می‌تواند زمینه را برای ایجاد رفتارهای خشونت آمیز مهیا نماید. در حالی که سبک‌های دلبستگی ایمن می‌تواند، با ایجاد عزت نفس و کاهش اضطراب در نوجوانان، سبب ایجاد مشارکت و همدلی در میان دانش‌آموزان گردد و از این طریق از رفتارهای خشونت آمیز (قلدری) جلوگیری نماید. بنابراین همانگونه که تحقیقات از تحقیق (مورفی و همکاران، ۲۰۱۷) نشان می‌دهد، سبک-های دلبستگی ناایمن به احتمال زیاد نوجوان را درگیر رفتارهای قربانی و قلدری می‌کند، در حالی که سبک دلبستگی ایمن به احتمال زیاد به رفتار قربانی و قلدری منجر نمی‌شود.

همچنین نشان داد که تعلق به مدرسه و سبک دلبستگی رابطه معناداری با هم دارند. این نتایج را می‌توان با پژوهش (حجازی و همکاران، ۱۳۹۲) که نشان داد سبک دلبستگی به والدین و همسالان توان پیش‌بینی ارتباط به مدرسه را دارند، همسو دانست. سبک‌های دلبستگی، عامل مهمی برای احساس تعلق به مدرسه در طول دوران مدرسه است. در سالهای اولیه زندگی مراقبان اولیه منابع مهمی برای ایجاد عزت نفس، امنیت و خودکارآمدی هستند، نوجوانانی که دارای دلبستگی ناایمن هستند، یعنی از طرف والدین نادیده گرفته شده‌اند یا مورد خشونت قرار داشته‌اند، در دوران مدرسه کمتر ارتباط مثبت با مدرسه دارند. زیرا عدم دلبستگی ایمن موجب از دست دادن توانایی ایجاد روابط جدید به صورتی مثبت و حمایت کننده در نوجوان می‌شود. به همین دلیل به سختی به حمایت‌ها و رفتارهای مثبت در روابط توجه نشان می‌دهند (ویتلاک^۲، ۲۰۰۳ به نقل از حجازی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین احساس تعلق به مدرسه در این افراد در سطح پایینی است.

در نهایت نتایج پژوهش حاکی از رابطه معنادار عوامل زمینه‌ای مدرسه و تعامل معلم - دانش‌آموز با سبک دلبستگی است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سبک‌های دلبستگی ناایمن با حرمت نفس پایین رابطه دارند. در حالی خودارزشی پایین مانع تعامل سالم و مناسب با معلم می‌گردد. همچنین سبک دلبستگی ایمن با حرمت نفس بالا در ارتباط است و می‌تواند، منجر به شکل‌گیری روابط سالم با معلم و همسالان گردد. همچنین می‌توان گفت که سبک‌های دلبستگی بر نحوه تعامل همسالان و روابط دانش‌آموزان با همسالان تأثیر گذاشته و موجب علاقه یا عدم علاقه

¹ .Murphy, Laible & Augustine

² .Whitlock

به یادگیری در دانش‌آموزان می‌گردد. بنابراین سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن می‌تواند بر همه‌ی متغیرهای زمینه‌ای تأثیر معناداری برجا بگذارد.

در مورد معناداری رابطه‌ی عوامل زمینه‌ای مدرسه و نگرش به اعتیاد با واسطه‌گری سبک دلبستگی می‌توان نتایج را حاصل را با پژوهش اورال^۱ (۲۰۲۰) با عنوان نقش واسطه‌ای دلبستگی به مدرسه در رابطه بین استرس ادراک شده و رضایت از مدرسه در دانش‌آموزان مقطع متوسطه و پژوهش حجازی، اژه‌ای و رنجبر (۱۳۹۲) با عنوان پیش‌بینی ارتباط با مدرسه بر اساس دلبستگی به والدین و همسالان، که نشان دادند، دلبستگی ایمن به والدین و همسالان می‌تواند به عنوان عاملی برای پیوند با مدرسه در نظر گرفته شود، همسو دانست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سبک دلبستگی ایمن، سبب ارتباط مثبت، سالم و صمیمی با معلمان و همسالان می‌گردد که این موارد می‌تواند سبب پیوند دانش‌آموزان به مدرسه و رضایت از مدرسه منجر شود. این عوامل در نهایت منجر به پیشرفت تحصیلی و عملکرد بهتر و نگرش منفی به اعتیاد و سایر رفتارهای پرخطر می‌شود. بنابراین هرچه نمره فرد در دلبستگی ایمن بالاتر باشد، گرایش به اعتیاد کمتر خواهد بود.

همچنین در مورد تبیین معنادار رابطه احساس تعلق به مدرسه و گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سبک دلبستگی می‌توان گفت، افرادی که در دوران کودکی روابط گرم و صمیمی با والدین داشته‌اند، دارای سبک دلبستگی ایمن هستند، لذا این افراد می‌توانند روابط سالم‌تر و بهتری برقرار کنند، در نتیجه در مدارس روابط بهتری با همسالان و معلمان دارند و به مدرسه احساس تعلق بیشتری دارند. همچنین، به خاطر دارا بودن عواطف و احساسات مثبت و عزت نفس بالا وقتی در برابر مانعی قرار می‌گیرند و یا دچار تنش می‌شوند، براحتی به مواد و رفتارهای انحرافی گرایش پیدا نمی‌کنند، اما افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن به خاطر احساس ناامنی، اضطراب و عدم اعتماد به خود و دیگران، در هنگام شکست یا تنش در روابط دچار تنهایی، انزوا، سرخوردگی، احساس طرد شدگی و سایر عواطف منفی می‌شوند که این امر ممکن سبب گرایش به همسالان منحرف و نهایتاً گرایش به مواد گردد. همچنین این افراد احساس تعلق پایینی نسبت به مدرسه برخوردارند، روابط تنش‌زایی با همسالان و معلمان دارند. بنابراین این امر بر ناامنی آنها می‌افزاید و سبب گرایش آنان به اعتیاد و مواد مخدر به عنوان جبران کمبودهای درونی می‌گردد.

دیگر یافته‌های بدست آمده نیز نشان دهنده تأثیر غیرمستقیم تعامل معلم دانش‌آموز از طریق سبک‌های دلبستگی است. در تبیین نتایج می‌توان گفت، سبک دلبستگی ایمن که با خودپنداره مثبت در ارتباط است، به افراد اجازه می‌دهد تا در زمان برخورد با شرایط تنش‌زا، کنترل شناختی و هیجانی خود را از دست ندهند و بتوانند شرایط تنش‌زا را در کنترل خود درآورده و از راهبردهای مناسب استفاده کنند. این افراد به دلیل اعتماد به توانایی‌ها و قدرت فردی خود می‌توانند، بر شرایط تنش‌زا غلبه کنند و با کنترل منابع تنش‌زا و آشفستگی از سلامت روان بهتری برخوردار شوند. همچنین، نوجوانان با سبک دلبستگی ایمن می‌توانند احساسات خود را راحت‌تر بیان کنند و در روابط با والدین و همسالان خود تعارض کمتری

¹. Oral

را تجربه کنند (دوچارم، دوایل و مارکیوویچ^۱، ۲۰۰۲). بنابراین دانش آموزان دارای سبک دلبستگی ایمن می توانند، تعامل بهتر و سالمی با معلم برقرار کرده و همین موضوع سبب ایجاد عواطف مثبت و علاقه و اشتیاق به مدرسه و یادگیری و نهایتاً نگرش منفی به اعتیاد و مواد شود. در مورد سبک دلبستگی اجتنابی، می توان گفت افرادی که دارای سبک دلبستگی اجتنابی هستند، تمایل به خودکفایی و استقلال دارند، بنابراین ممکن است به راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه ای تکیه کنند که نیاز به انجام دادن رفتارهای نامناسب دیگر مانند مصرف مواد و سیگار برای تنظیم احساسات منفی شود (مندر و هانتز^۲، ۲۰۰۱). نوجوانان دارای سبک های دلبستگی نایمن تمایلی به ایجاد روابط نزدیک با دیگران یا باز شدن در برابر دیگران ندارند و اعتماد به نفس کمتری دارند (لابل، کارلو، و روشک^۳، ۲۰۰۴). بنابراین تعامل معلم - دانش آموز تحت تأثیر سبک دلبستگی اجتنابی منجر به گرایش دانش آموزان به اعتیاد می گردد. افراد دارای سبک دلبستگی نایمن، از رفتارهای پرخطر برای سرکوب کردن و چیره شدن بر ظغیان های درونی خود به استفاده می کنند. از سوی دیگر، رفتارهای پرخطر این افراد سبب می شود که از جانب دوستان و هم تایان مثبت که در رویارویی با مشکلات، و مسائل زندگی واکنشی معقولانه و خویشتندارانه نشان می دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن آنها به گروه های منحرف گردد که این نیز به نوبه خود می تواند زمینه مساعدی برای گرایش بیشتر به رفتارهای پرخطر فراهم نماید. بنابراین تعامل معلم - دانش آموز متأثر از سبک دلبستگی دوگرا می تواند، سبب گرایش دانش آموزان به اعتیاد گردد.

سرانجام اینکه نقش واسطه ای سبک دلبستگی در رابطه بین قلدری مدرسه و نگرش به اعتیاد با نتایج تحقیق (یوسفی افراشته و حقی، ۱۴۰۰) با عنوان رابطه دلبستگی به والدین با قلدری نوجوانان در مدرسه با نقش میانجی گری بهزیستی روانشناختی و سبک دلبستگی به همسالان، که نشان دادند، بین دلبستگی به والدین و قلدری رابطه ای منفی و معنی دار وجود دارد و دو متغیر دلبستگی به همسالان و بهزیستی روانشناختی در رابطه ای دلبستگی به والدین و قلدری نقش میانجی دارند، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش های شایسی و خان محمدی (۱۳۹۸) که نشان داد، دلبستگی ایمن با قلدری رابطه ای منفی دارد، در حالی که دلبستگی نایمن میزان قلدری را در افراد پیش بینی می کند، همسو است. بنابراین آنچه که نتایج تحقیق نشان می دهد، سبک های دلبستگی به طور کلی بر رابطه ای بین قلدری مدرسه و نگرش به اعتیاد تأثیر گذار است. در تبیین نتایج می توان گفت که دلبستگی نایمن و کنترل ناکافی والدین بر روی کودکان و نوجوانان می تواند زمینه ای برای انجام رفتارهای خشونت بار باشد. از طرف دیگر کم توجهی و عدم مراقبت لازم در دوران کودکی و نوجوانی، کمبودهای تجربه شده، احساس تنهایی، عدم برقراری روابط سالم، فرد را در معرض رفتارهای پرخطر قرار می دهد و سبب ایجاد سبک دلبستگی نایمن در فرد می گردد. سبک دلبستگی نایمن بطور کلی سبب تعارضات گوناگون و عدم تعادل در کنترل احساسات می شود و فرد را مستعد گرایش به الکل و سایر مواد روانگردان می کند. علاوه بر این افراد نایمن به خاطر تعارضات و عدم کنترل احساساتشان، مستعد قلدری و قربانی شدن هستند.

^۱ . Ducharme, Doyle, & Markiewicz

^۲ . Maunder & Hunter

^۳ . Laible, Carlo & Roeschc

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که مهمترین آنها حجم بالای ابزار خودگزارش دهی بود. این محدودیت ممکن است، هم امکان پاسخدهی واقعی دانش‌آموز و هم دقت او را در انتخاب پاسخ تحت تأثیر قرار دهد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به فقدان و یا کمبود تحقیقات در مورد ارتباط عوامل مدرسه‌ای با گرایش به اعتیاد، بخصوص برای نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی در رابطه‌ی عوامل مرتبط با مدرسه و گرایش به اعتیاد است. بر این اساس توصیه می‌شود، با توجه به اهمیت دوران نوجوانی (دوره دبیرستانی) سایر عوامل محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز مرتبط با مدرسه که ممکن است، در گرایش به اعتیاد در نوجوانان نقش داشته باشند، شناسایی و مورد بررسی قرار گیرند. همچنین لازم است، عوامل مخاطره‌آمیز فردی نیز شناسایی و مورد اصلاح و آموزش قرار گیرد. در نهایت توصیه می‌شود. بنابراین، در مجموع توصیه می‌شود، همه‌ی عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده مدرسه‌ای و فردی مورد شناسایی، اصلاح و تقویت قرار گیرند.

منابع

- استاد رحیمی، احمد؛ فتحی، آیت اله (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و فرهنگ مدرسه در گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان"، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۱۵ (۵۹)، ۲۹۲-۲۷۵.
- پورطالب، نرگس و میرنسب، میر محمود (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های هویت دانش‌آموزان با رفتارهای قلدری قربانی و عادی. نشریه علمی پژوهشی آموزش و ارزیابی، ۹ (۳۶)، ۱۳۱-۱۴۱۵.
- چمنی، نسرين؛ سجادیان، ایلناز (۱۳۹۸). رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد"، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۱۳ (۵۱)، ۲۳۹-۲۱۹.
- حجازی، الهه؛ اژه‌ای، جواد و رنجبر، غفار (۱۳۹۲). پیش‌بینی ارتباط با مدرسه بر اساس دلبستگی به والدین و همسالان. خانواده پژوهی، ۹ (۳۳)، ۹۷-۸۳.
- ذهبیون، شهلا و حسینی سلطان نصیر، محبوبه سادات (۱۳۹۶). مدل تأثیر علی سبک فرزندپروری و الگوهای ارتباطی خانواده، تعهد به مدرسه و حرمت خود در آمادگی اعتیاد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر آبادان"، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۶۷. ۱۰۹-۱۰۰.
- رضایی شریف، علی؛ قاضی طباطبایی، سید محمود؛ حجازی، الهه و اژه‌ای، جواد (۱۳۹۱). بررسی دیدگاه دانش‌آموزان درباره پیوند با مدرسه: یک مطالعه کیفی"، مجله روانشناسی، ۱ (۱۳۵-۱۶).
- سارانی، هادی (۱۴۰۲). طراحی مدل تحلیلی عوامل مخاطره‌آمیز و محافظت‌کننده (خانواده، مدرسه و عوامل فردی دانش‌آموزان) در نگرش به مصرف مواد مخدر. رساله دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان.
- سید هاشمی، سید قاسم؛ فریدیان، کبری؛ محمودی، حجت؛ حسین زاده خانمیری، بهناز؛ احمد پور محله، المیرا؛ اعزازی، مهر، اعظمی، ابراهیم (۱۳۹۹). فضای سایبری و گرایش به اعتیاد نوجوانان: نقش محوری قلدری / قربانی شدن سایبری و بد تنظیمی روانشناختی، مطالعات روانشناختی، ۱۶ (۳)، ۱۱۹-۱۳۴.

- شاویسی، سعید و خان محمدی، فرامررز (۱۳۹۸). رابطه الگوهای دلبستگی و خصوصیات شخصیتی با قلدری در دانش-آموزان مقطع متوسطه، *مجله پیشرفت های علمی در روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۳.
- شفیع-زاده، محمود؛ خان آرمونی، مهسا و رفیعی نیا، پروین (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین افسردگی و قلدری با نقش واسطه ای سبک هویت. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۲ (۹۶)، ۱۶۳۵-۱۶۲۵.
- محمدی باغملائی، حیدر؛ یوسفی، فریده (۱۳۹۷). رابطه ی ساختاری تعامل معلم-دانش آموز، درگیری تحصیلی و سازگاری دانش آموزان با مدرسه. *مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱۰ (۲)، ۹۹-۷۵.
- محمودی، فاطمه (۱۳۹۸). بررسی رابطه جو فیزیکی مدارس و ویژگی های عاطفی آموزشگاه با کیفیت تحصیلی، نشاط ذهنی و وضعیت روانی دانش آموزان"، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، دانشکده علوم انسانی.
- مرشد بهبهانی، مهدی؛ حیاتی، داود (۱۳۹۶). رابطه علی هویت سردرگم، و خودکارآمدی با آمادگی به اعتیاد: نقش میانجی هیجان خواهی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۴)، ۲۵۷-۲۷۲.
- نصیرپور، علیرضا (۱۳۹۷). بررسی نگرش های دانش آموزان به جو اجتماعی و فیزیکی مدرسه و رابطه آن با اشتیاق تحصیلی در آموزش متوسطه استان قم"، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه کاشان، دانشکده علوم انسانی.
- نظری، کامران (۱۳۹۹). رابطه بین کیفیت فضای آموزشی مدرسه با شادکامی دانش آموزان مدرسه ابتدایی پایه ششم شهرستان اسلام آبادغرب"، پایان نامه کارشناسی ارشد. تاریخ و فلسفه آموزش و پرورش. دانشگاه پیام نور همدان.
- نیک منش، احسان؛ دهقانی، محسن؛ حبیبی عسگر آباد، مجتبی؛ فلاح تفتی، صادق؛ صلواتی، سارا (۱۳۹۷). کارکرد خانواده و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش واسطه ای انسجام و آشفتگی هویت، *خانواده پژوهی*، ۱۴ (۵۶)، ۵۷۷-۵۶۳.
- یوسفی افراشته، مجید و حقی، احمد (۱۴۰۰). رابطه دلبستگی به والدین با قلدری نوجوانان در مدرسه؛ تحلیل نقش میانجی بهزیستی روان شناختی و دلبستگی به همسالان، *پژوهشهای علوم شناختی و رفتاری*، ۱۰(۲)، ۱۱۶-۱۰۳.

Adedeji, Adekunle ., Otto, Christiane ., Kaman, Anne., Reiss, Franziska ., Devine, Janine and Ravens-Sieberer, Ulrike (2022). Peer Relationships and Depressive Symptoms Among Adolescents: Results From the German BELLA Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 767922.

Ahrens, K. R., Ciechanowski, P., & Katon, W. (2012). Association's between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 364-370.

Arslan, G., & Allen, K. A. (2021). School victimization, school belongingness, psychological well-being, and emotional problems in adolescents. *Child Indicators Research*, 1-17.

- Butler, Alexandra., Romano, Isabella., Leatherdale, Scott Thomas (2022). Ascoping review of school-level risk and protective factors of youth cannabis use: An application of the socio-ecological model, *Preventive Medicine*, 164, 107235.
- Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S.(2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *Sch Psychol*, 25(2):65–83.
- Ducharme, J., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2002). Attachment security with mother and father: Associations with adolescents' reports of interpersonal behavior with parents and peers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(2), 203–231.
- Estevez A, Jauregui P, Lopez-Gonzalez H.(2019). Attachment and behavioral addictions in adolescents: the mediating and moderating role of coping strategies. *Scand J Psychol*. 60(4):348–60.
- Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: four lessons. *Current Opinion in Psychology*, 25(1), 26-30.
- Forster, Myriam., Gower, Amy L., Borowsky, Iris W., McMorris, Barbara J. (2017). Associations between adverse childhood experiences, student-teacher relationships, and non-medical use of prescription medications among adolescents, *Addictive Bhaviors*, 68, 30-34.
- Gaete, Jorge., Tornero, Bernardita., Valenzuela, Daniela., Rojas-Barahona, Cristian A., Salmivalli Christina., Valenzuela, Eduardo and Araya, Ricardo (2017). Substance Use among Adolescents Involved in Bullying: A Cross-Sectional Multilevel Study. *Front Psychol*, 8, 1056
- Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2021). Effectiveness of school- based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 17(2), e1143.
- García de Jesús MC; Ferriani MGC (2008). School as a “protective factor” against drugs: perceptions of adolescents, and teachers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16, 590-594.
- Gray KM, Squeglia LM (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *J Child Psychol Psychiatry*, 59 (6):618–27.
- Halladay, Jillian ., Bennett, Kathryn ., Weist, Mark., Boyle, Michael., Manion, Ian., Campo, Matthew., Georgiades, Katholiki (2020). Teacher-student relationships and mental health help seeking behaviors among elementary and secondary students in Ontario Canada. *Journal of School Psychology*, 81, 1-10.
- Han, H., Moon, H., and Lee, H. (2019). Physical classroom environment affects students' satisfaction: attitude and quality as mediators. *Soc. Behav. Pers. Int. J.* 47, 1–10.
- Handrianto, C., Jusoh, A. J., Swee Choo Goh, P., Abdul Rashid, N., Abdullah, A.and Rahman, M. Arinal (2021). Teaching Competency of Teachers for Curbing Drug and Substance Abuse (DSA) in Malaysian Secondary Schools. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 10(11).
- Hosseinpour, Shahrzad., Alizadeh, Marjan., Homae, Rezvan (2022). The Mediating Role of Diffuse-Avoidant Identity in the Re- lationship between Moral Intelligence and Family

-
- Functioning with Addiction Potentials of Male Adolescents, *Men's Health Journal*, 6 (1), e16.
- Hostovesky, M., Prokop, P. (2018). The relationship between internet addiction and personality traits in Slovak secondary schools students. *JAMSI*, 14(1), 83-101.
- Kim, H.H.; Chun, J (2018). Analyzing Multilevel Factors Underlying Adolescent Smoking Behaviors: The Roles of Friendship Network, Family Relations, and School Environment. *J. Sch. Health* 2018, 88, 434–443.
- Korpershoek, H, Canrinus, E, Fokkens-Bruinsma, M., & de Boer, H. (2019). The relationships between school belonging and students' motivational, social-emotional, behavioural, and academic outcomes in secondary education: a meta-analytic review, *Research Papers in Education*, 35 (6), 641-680. .
- Krane, V., Karlsson, B., Ness, O., & Kim, H. S (2016). Teacher–student relationship, student mental health, and dropout from upper secondary school: A literature review. *Scandinavian Psychologist*, 3, e11
- Laible, Deborah., Carlo, Gustavo., Roesch, C. Scott (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, 27 (6), 703-716.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to post treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment (dagger). *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1): 49-63.
- Martin, A. J., & Collie, R. J. (2019). Teacher–student relationships and students' engagement in high school: Does the number of negative and positive relationships with teachers matter? *Journal of Educational Psychology*, 111(5), 861-876.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556–567.
- Mihic, Josipa., Skinner, Martie., Novak, Miranda., Ferić, Martina., Kranželić, Valentina. (2022). The Importance of Family and School Protective Factors in Preventing the Risk Behaviors of Youth .Int. J. Environ. Res. *Public Health* .19, 1630.
- Mst Maleka, P., Nafiza, F., Israt J. M. (2021).Teacher-student interactions and academic performance of students.Dhaka University. *Journal of Biological Sciences*, 30(1):87-93.
- Navarro-Pérez, J., Tomás, Jose M., Georgieva, S & García- Mollá, A. (2023). Profiles of Protective Factors among Children and Adolescents in the Child Welfare System. *J Child Fam Stud*. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02740-8>
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M.R., Abdul Manaf, M. R., Amit, N., Ibrahim, N & Shafurdin, N. S (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*. 21:2088.
- Ng, E. D., Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2020). The effectiveness of educational interventions on traditional bullying and cyberbullying among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1):132-151.
- Oesterle, S., Hawkins, J.D., Steketee, M., Jonkman, H., Brown, E. C., Moll, M., et al. (2012). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent drug use and

- delinquency in the United States and Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 42 (4), 337–357.
- Ojiaku, M. C., Nwokoro, C. O. (2021).). Are Personality Type and Peer pressure Determinants of Drug Abuse among University Students?. *Journal of Social Behavior and Community Health*, 5 (2), 706- 712.
- Pichel, Rafael ., Feijoo, Sandra ., Isorna, Manuel., Varela, Jesús., Rial, Antonio (2022). Analysis of the relationship between school bullying, cyberbullying, and substance use. *Children and Youth Services Review*, 134, 106369. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106369>.
- Phillips, T.M., & Pittman, J.F. (2007). Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence*, 30, 1021-1034
- Poulou, M. (2014). The effects on students' emotional and behavioural difficulties of teacher–student interactions, students' social skills and classroom context. *Br. Educ. Res. J.* 40 (6), 986–1004.
- Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K., & Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive behaviors*, 37(4), 569–572.
- Rahmasari Diana (2023). Role of School as a Protective Factor in Built Youth Resilience. Proceedings of the International Joint Conference on Arts and Humanities, <https://doi.org/10.2991/978-2-38476-008-4> 54.
- Richard, J., Grande-Gosende, A., Fletcher, E., Temcheff, C. E., Ivoska, W., & Derevensky, J. L. (2020). Externalizing Problems and Mental Health Symptoms Mediate the Relationship Between Bullying Victimization and Addictive Behaviors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 1081–1096 .
- Rudasill, Reio, T. G. Jr., Stipanovic, N., Taylor, J. E (2010). A longitudinal study of student–teacher relationship quality, difficult temperament, and risky behavior from childhood to early adolescence. *Journal of School Psychology*, 48 (5), 389-412.
- Shaezeen Syed, Hugues Sampasa-Kanyinga, Hayley A. Hamilton, Mila Kingsbury, Ian Colman (2012). Low school belongingness and non-prescription opioid use among students in Ontario, Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 112:449–455.
- Sprague-Jones J, Counts J, Rousseau M, Firman C. (2019). The development of the protective factors survey, 2nd edition: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse Negl* , 89:122-134.
- Stephenson, M. T., Hoyle, R. H., Palmgreen, P., & Slater, M.D. (2003). Brief measures of sensation seeking for screening and large scale surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 279–286. DOI:
- Villavicencio, F.T., Bernardo, A.B.I., 2016. Beyond math anxiety: positive Emotions predict mathematics achievement, self-regulation, and self-efficacy. *Asia-Pac. Educ. Res.* 25 (3), 415–422.
- Vaziri, S.H., Lotfi Kashani, F., Jamshidfar, Z., & Vaziri, Y. (2014). Brief report: the Identity style inventory-validation in Iranian college students. *Social and Behavioral Sciences*, (128), 316-320.
- Wang C, Zhou T, Fu L, Xie D, Qi H, Huang Z. (2023). Risk and Protective Factors of Depression in Family and School Domains for Chinese Early Adolescents: *An Association Rule Mining Approach. Behav Sci (Basel)*. 29,13(11):893. doi: 10.3390/bs13110893.

-
- Wentzel, K. R., Battle, A., Russell, S. L., & Looney, L. B. (2010). Social supports from teachers and peers as predictors of academic and social motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 35 (3), 193–202.
- Woodward, C.T., Smith, L. M., Mann, J.M., Kristjansson, A., Morehouse, H. (2023). Risk & protective factors for youth substance use across family, peers, school, & leisure domains, *Children and Youth Services Review*. 151, 107027.

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی *Effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination in people with depressive disorder*

معصومه صادقی

Masoumeh Sadeghi
Department of Psychology, Ga.C., Islamic Azad
University, Garmsar, Iran
Email: sadeghi2002@iau.ac.ir

گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
Email: sadeghi2002@iau.ac.ir

Abstract

Aim: The main objective of this study was the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on rumination in people with depression in Karaj city. **Method:** The current study was an intervention type with a pre-test-post-test design. The participants were selected by available sampling method of 30 people in two groups of 15 people, test and control. The statistical population of this research included all the people who referred to the counseling centers of Mena and Aram in Karaj in 1402 with a diagnosis of depression. Tool: The research tool included Nolen Hoeksma and Maro (1991) rumination questionnaire. The intervention of cognitive-behavioral therapy was implemented during 8 sessions of 1 to 1.5 hours. The research data were analyzed using descriptive statistics (central tendency and dispersion indices) and inferential (covariance analysis) methods in spss-22 program. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy has a positive and significant effect on reducing rumination ($ES=0.786$) ($P<0.001$). **Conclusion:** Using cognitive-behavioral therapy as an effective treatment can affect depression and its symptoms and help the affected people. **Keyword:** cognitive-behavioral therapy, mental disorder, depression, rumination

چکیده

هدف: هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی در شهر کرج بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. شرکت کنندگان با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل انتخاب شدند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام در شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بودند. ابزار: ابزار پژوهش شامل پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) بود. مداخله درمان شناختی-رفتاری طی ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت اجرا گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی) و استنباطی (تحلیل کواریانس) در برنامه spss-۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان -شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری ($ES=0.786$) تأثیر مثبت و معناداری دارد ($P>0.001$). **نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک درمان مؤثر می‌تواند بر تعدیل افسردگی و علائم آن تأثیر گذاشته و بر بهبودی افراد مبتلا کمک کند. **کلمات کلیدی:** اضطراب مرگ، سبک‌های دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجان

کلمات کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، اختلال روانی، افسردگی، نشخوار فکری.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

مقدمه

اختلالات افسردگی در طی تاریخ روان‌شناسی به علت پیامدهای ناگوار و شیوع بالا همواره مورد توجه قرار گرفته است و امروزه به‌قدری شایع شده که سرماخوردگی روانی لقب گرفته است (سلیگمن، روزنهان و والکر^۱؛ ترجمه رستمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۸). شیوع افسردگی در طول عمر برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد پیش‌بینی شده است (مرلی و مران^۲، ۲۰۱۱). همهٔ انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی، از جمله فقدان و شکست، نسبت دهند. اکثر مردم می‌توانند این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی بازگردند، اما برای بعضی افراد، نشانه‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و در زندگی شخصی و تمام جنبه‌های هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی افراد تأثیر می‌گذارد. درنهایت این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی و پاتولوژیک منجر شود (گنجی، ۱۴۰۰: ۱۲۳)؛ درواقع افسردگی نوعی اختلال خلقی است که باعث احساس پایدار غمگینی و فقدان علائق می‌شود (سالیک و مارواها^۳، ۲۰۱۹) و نوعی اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علائم نارضایتی، از دست دادن توان و علائق گذشته، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس غم و گناه، عدم تمرکز، داشتن افکار خودکشی، کندی یا بی‌قراری روان - حرکتی، افزایش یا کاهش وزن، فقدان لذت، خستگی روانی جسمانی، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (سادوک و سادوک^۴؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳: ۱۰۷).

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه‌های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (آفتاب، ۱۳۹۵). اختلال افسردگی یک اختلال روانی شدید و یکی از دلایل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است (زرنر و همکاران^۵، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی، همچنان یک تهدید جدی برای بهداشت و سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد محسوب می‌شود و منجر به اختلال‌های روان‌شناختی همایند می‌شود و خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (اینگرام^۶، ۲۰۱۶). افسردگی موجب افت کاری و آموزشی، کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه و پیدایش مشکلات شغلی و خانوادگی است (کاپلان و سادوک^۷، ۲۰۱۵؛ به نقل از صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷). این اختلال یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های نیروی

1. Seligman, Rosenhan & Walker.

2. Morley & Moran

3. Salik, I., & Marwaha, R.

4. Saduk BJ, Sadook VA.

5. Zrenner, B & et al

6. Ingram, R

7. Kaplan, H. & Sadock

کار است که طبق نظر سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به‌تنهایی مهم‌ترین علت هزینه‌های بیماری خواهد بود (گاسک و چو گراهام^۱، ۲۰۱۴؛ به نقل از مویدفر، ۱۳۹۸). یکی از مکانیسم‌های آسیب‌شناختی روانی زیربنایی افسردگی، نشخوار فکری است.

نشخوار فکری را عموماً افکار تکرارشونده منفی درباره نگرانی‌های شخصی و علل خلق منفی تعریف می‌کنند (نولن هوکسما، ویسکو و لیومبریسکی^۲، ۲۰۰۸). نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی از قبیل عواطف شدید منفی، علائم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مسئله ضعیف، تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین از طریق حفظ توجه روی محتوای منفی و از راه به تعویق انداختن مقابله فعال و مؤثر سبب افسردگی عمیق‌تر می‌گردد (پاپاگوئرو و ولز^۳، ۲۰۰۴). در پژوهش‌های مختلف نقش نشخوار فکری در شروع و تداوم افسردگی تأیید شده است. به اعتقاد واتکینز^۴، پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد نشخوار فکری عاملی کلیدی در مفهوم‌سازی افسردگی است که اغلب از آن غفلت می‌شود. به عبارت دیگر نشخوار فکری به‌عنوان افکار مکرر، انعطاف‌ناپذیر عودکننده و کنترل‌ناپذیر درباره رویدادهای گذشته، ازجمله مشکلات مهم بیماران مبتلا به افسردگی است. نشخوار با تداخل در تمرکز و توجه فرد، مانع برطرف شدن خلق غمگین می‌شود. به‌عنوان مثال وقتی که فرد افسرده یا غمگین است، به گوشه‌ای پناه می‌برد و غرق در تفکر راجع به مشکلات گذشته و فعلی خود می‌شود، بدون آنکه بتواند چنین افکاری را نظم بدهد و از آن‌ها در قالب یک فرآیند حل مسئله برای گره‌گشایی از مشکلات خود استفاده کند (انصاری و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند موجب کاهش عواطف منفی و نشخوار فکری در بیماران افسرده شود، درمان شناختی - رفتاری است. این نوع درمان را آرون بک در دهه ۶۰ میلادی توسعه داده است. (هالبر، ۲۰۱۶؛ به نقل از هاشمی و خدمتگزار، ۱۴۰۲)؛ درواقع درمان شناختی - رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری و یک مداخله درمانی رایج برای درمان افسردگی است. (هدایت و همکاران، ۱۴۰۲). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه فرد افسرده بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌شود. این رویکرد می‌تواند ترکیبی از روش‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسأله و تلقیح استرس باشد. این رویکرد افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش کشیده با آموزش روش‌های مقابله، گفت‌وگوی درونی و راهبردهای حل مسأله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت می‌کوشد (کرایگ^۵، ۲۰۰۱؛ به نقل از شیرزاد، ۱۳۹۹). روش شناختی - رفتاری که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد، اهمیت زیادی بر شناخت و افکار انسان قائل است و نوع این افکار و شناخت‌ها را در سلامت یا عدم سلامت روان بسیار سهم می‌داند

1. Gask & Chew-Graham

2. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S.

3. Papageorgiou C, Wells A

4. Watkins ER

5. Craig

(توکلی، کاظمی و زهرانی، ۲۰۱۸). مداخله درمان شناختی - رفتاری یک مدل درمانی مناسب است که به دلیل ماهیت آموزشی بودن در موقعیت‌های مختلفی استفاده می‌شود. در مطالعات پیشین اثربخشی این مدل درمانی در سایر مشکلات روانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است (پارت و همکاران^۱، ۲۰۱۶)؛ به‌طوری‌که ماک و چان^۲ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش تنش‌های روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد داشته است. فرض بنیادین این نوع درمان آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تأکید می‌کند (ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۹). این پژوهش درصدد پاسخ به این سؤال می‌باشد که آیا درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده اثربخش است؟

روش

این تحقیق از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی است که تأثیر متغیر مستقل درمان شناختی - رفتاری را بر متغیر وابسته نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی مورد بررسی قرار می‌دهد که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد که از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: رضایت به شرکت در پژوهش، ابتلا به افسردگی با تأیید مرکز مشاوره، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه، عدم مشارکت فعال در جلسات و انجام ندادن تکالیف و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود.

ابزار

. پرسشنامه نشخوار فکری: نولن هوکسما و مارو^۳ (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نحوه نمره‌گذاری: پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی کنند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر می‌باشد. نمره کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط منصوری و دیگران (۱۳۸۹) مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن تأیید شده است و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. پژوهش منصوری و دیگران (۱۳۸۹) نشان داد: اعتبار پیش بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا پیش‌بینی کند. همبستگی درون طبقه‌ای پنج بار اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید. لطفی نیا

1. Pratt D, & et al

2. Mak VW, Chan CK

3. Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J.

(۱۳۸۶) ضرایب پایایی آن را با اجرا بر روی ۵۴ دانشجو با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ محاسبه کردند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است. پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری برای اولین بار توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹)، بر پایه شواهد تجربی از پایایی درونی بالایی برخوردار بود و آلفای کرونباخ ۰/۶۷ قرار داشت (تقوی قراملکی و محب، ۱۳۹۹).

روند اجرا

در این تحقیق پژوهشگران بعد از کسب اجازه از مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج به این کلینیک‌ها مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کردند. پس از کسب موافقت مسئولین بخش، کار نمونه‌گیری آغاز گردید. در ادامه ۳۰ نفر از افرادی که معیارهای ورودی را داشتند، با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. سپس تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و این نمرات به عنوان نمرات مرحله پیش‌آزمون ثبت شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت درمان شناختی- رفتاری دریافت کرد، ولی گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکرد. در نهایت و پس از آموزش، هر دو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و نمرات آن به عنوان پس‌آزمون ثبت و تحلیل شد. گروه آزمایش تحت مداخله ذکر شده قرار گرفت، اما در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت. همچنین در پایان مطالعه تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات بر اساس درمان شناختی رفتاری لیهی و همکاران، ۱۴۰۱ با ساختار ۸ جلسه‌ای طبق جدول ۱ بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در یک تا یک و نیم ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به درمان شناختی رفتاری انجام شد.

جدول ۱. ساختار درمان شناختی رفتاری نشخوار فکری (رابرت لیهی، ۱۴۰۱)

جلسات	اهداف هر جلسه
یکم	- آشنایی مراجعان با قوانین، بیان برنامه تدوین شده برای درمان، بیان مختصر مشکل و هدف هر یک از آن‌ها برای شرکت در جلسات درمان - ارائه توضیح کلی در خصوص درمان شناختی- رفتاری برای بیمار - تهیه فهرستی از مشکلات فعلی بیمار - تعیین نقش در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی - بررسی انتظارات مراجع از نتایج درمان و آگاه‌سازی بیمار از تشخیص و تعیین اهداف درمانی - بررسی علائم و ارزیابی شناختی- رفتاری بین فردی - ارائه تکلیف‌هایی برای شناسایی افکار و احساسات و وقایع
دوم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - شناسایی آماج رفتاری (کمبودها و بیش‌بودهای رفتاری) - آموزش برنامه‌ریزی پاداش و زمان‌بندی فعالیت به بیمار - تشویق بیمار برای افزایش رفتارهای خود پاداش دهی - ارزیابی و درمان بی‌خوابی - ارائه تکالیف خانگی

سوم	- آموزش ارتباط بین افکار خودآیند و احساسات به بیمار - آموزش دسته‌بندی افکار خودآیند تحریف شده به بیمار - شناسایی و به چالش کشیدن افکار خودآیند - ارزیابی دلایل ناامیدی و به چالش کشیدن آن‌ها - امضای قرارداد عدم خودکشی - به چالش کشیدن افکار کسالت‌بار و غیرلذت بخش - ارائه تکالیف خانگی
چهارم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - تحلیل عملکردی نشخوار و تعیین نقش آن و تغییر احتمالات محیطی به وجود آورنده نشخوار - ارائه مدل شناختی - رفتاری برای تحریف شناختی و نشخوار ذهنی. - تشویق بیمار برای کاهش میزان نشخوار فکری و رفتارهای انزوا طلبانه/ منفعلانه - یافتن عملکردهای جایگزین برای نشخوار؛ کار کردن روی ارزش‌ها - ارائه تکالیف خانگی
پنجم	- مرور تکالیف گذشته - تعیین آماج درمانی ناامیدی، درماندگی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، خودانتقادگری، نشخوار فکری، فقدان انرژی و فقدان احساس لذت - تکمیل کاربرگ ثبت روزانه افکار خودآیند ناکارآمد بیمار - به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی اختصاصی برای چالش با افکار خودآیند منفی - شناسایی و به چالش کشیدن مفروضه‌های ناکارآمد بنیادین - ارائه تکالیف منزل
ششم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - آموزش مهارت حل مساله به بیمار و تشویق او برای تمرین آن - ادامه شناسایی و چالش کشیدن افکار خودآیند مشکل‌ساز و تکراری - ادامه آموزش مهارت‌های اجتماعی و جرأت مندی - ارائه تکالیف منزل
هفتم	- مرور تکالیف جلسه گذشته - شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد - بررسی منشأ طرح‌واره‌ها و ارزیابی نحوه تأثیرگذاری طرح‌واره‌ها بر رویدادهای مهم زندگی - ادامه شناسایی و چالش با مفروضه‌ها و افکار خودآیند مشکل‌ساز و تکراری - کمک به بیمار برای توسعه طرح‌واره‌ها و مفروضه‌های واقع‌بینانه - ارائه تکالیف منزل
هشتم	- مرور تکالیف گذشته - مرور و بررسی افکار خودآیند قدیمی و ادامه چالش با آن‌ها - برنامه‌ریزی برای اتمام تدریجی درمان - تأکید بر درمان ضد نشخوار فکری - کمک به بیمار برای شناسایی مداخلات مؤثر و مداخلات بی‌تأثیر از دیدگاه او - کمک به بیمار برای بررسی دوره‌های افسردگی گذشته خود و ارائه راهبردهایی برای پیشگیری از افسردگی در آینده

یافته‌ها

جهت بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری از تحلیل کوواریانس استفاده شد و تحلیل داده‌ها در تمامی مراحل در نرم‌افزار SPSS22 صورت گرفت.

جدول ۲. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب جنسیت

مدت‌زمان ازدواج	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۶	۲۰
زن	۲۴	۸۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۰ درصد (۶ نفر) مرد و ۸۰ درصد (۲۴ نفر) نیز زن بودند و تعداد زنان بیشتر از مردان است

جدول ۳. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰-۳۰ سال	۱۳	۴۳,۳
۳۱-۴۰ سال	۱۱	۳۶,۷
۴۱-۵۰ سال	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک سن آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۴۳,۳ درصد (۱۳ نفر) بین ۲۰ تا ۳۰ سال؛ ۳۶,۷ درصد (۱۱ نفر) ۳۱ تا ۴۰ ساله و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز ۴۱ تا ۵۰ ساله بودند و تعداد بیماران با سن ۲۰ تا ۳۰ سال بیشتر از بقیه است.

جدول ۴. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب میزان تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
سیکل و پایین‌تر	۸	۲۶,۷
دیپلم	۱۶	۵۳,۳
لیسانس و بالاتر	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک میزان تحصیلات آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۶,۷ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات سیکل یا پایین‌تر، ۵۳,۳ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز دارای تحصیلات لیسانس یا بالاتر بودند و تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم بیشتر از بقیه است.

در این قسمت، میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله در نشخوار فکری در جداول مربوطه ارائه شده است.

جدول (۳): شاخص‌های نیکویی برازش الگوی تصحیح و تأیید شده

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	DF	χ^2
۱/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۲	۱/۴۶

جدول ۵. شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در نشخوار فکری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشخوار فکری	کنترل	۱۵	میانگین ۶۲٫۵۳ انحراف معیار ۱۵٫۴۳	میانگین ۶۲٫۱۳ انحراف معیار ۱۵٫۰۹
	آزمایش	۱۵	میانگین ۶۲٫۴۷ انحراف معیار ۱۵٫۶۳	میانگین ۵۶٫۳۳ انحراف معیار ۱۵٫۸۸

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین نشخوار ذهنی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶۲/۴۷ و ۶۲/۵۳ است و همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون (قبل از مداخله)، تفاوت فراوانی را در متغیر نشخوار فکری نشان نمی‌دهند؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفته‌اند و در ابتدا گروه‌ها، هیچ برتری خاصی از نظر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، نسبت به هم نداشته‌اند و چنانچه در پس‌آزمون نمرات یک گروه خاص در هر یک از متغیرها به‌طور معناداری افزایش یا کاهش داشته باشد، حاصل از تأثیر مداخلات بوده است.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۵، میانگین نشخوار ذهنی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۵۶/۳۳ و ۶۲/۱۳ به دست آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مقایسه میانگین‌ها در بخش پس‌آزمون (بعد از مداخله)، تفاوت نسبتاً بالایی بین گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای وابسته وجود دارد.

همان‌طور که گفته شد جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های داده‌های آماری در مورد توزیع نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت، سپس آزمون کوواریانس بررسی شد که نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	تعداد	مقدار K-S	سطح معناداری
نشخوار فکری (پیش‌آزمون)	۳۰	۰/۰۸۱	۰/۲۰۰
نشخوار فکری (پس‌آزمون)	۳۰	۰/۱۱۹	۰/۲۰۰

همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنف در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون همه متغیرها به ترتیب برابر با ۰/۲۰ به دست آمد که همه آن‌ها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است و تفاوت معنی‌داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین توزیع نمرات در تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۷. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نشخوار فکری (پس‌آزمون)	۲/۳۶۷	۱	۰/۹۵۳	۰/۳۳۸

با توجه به نتایج جدول ۷ و سطوح معناداری به دست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های متغیر نرمال است و برای اجرای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد که در اینجا ملاحظه می‌شود که سطوح معناداری در مرحله پس‌آزمون برای متغیر نشخوار فکری به ترتیب برابر با ۰/۳۳۸ به دست آمده است و شرایط برای اجرای آزمون‌های پارامتریک برقرار است.

جهت بررسی یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول ۸ است.

جدول ۸. آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروه‌ها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۰۷۰	۱ و ۲۸	۰/۷۹۳

در جدول ۸ نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد؛ زیرا مقدار $F=0/070$ ، و سطح معناداری برابر ۰/۷۹۳ است و چون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می‌توان تحلیل کوواریانس را ادامه داد.

جدول ۹. تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در قسمت پس‌آزمون در متغیر نشخوار فکری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون	۶۶۵۰/۱۳۲	۱	۶۶۵۰/۱۳۲	۲۶۸۲/۵۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰
گروه	۲۴۶/۵۷۶	۱	۲۴۶/۵۷۶	۹۹/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
خطا	۶۶۹۳۵	۲۷	۲۴۷۹			
کل	۱۱۲۲۷/۰۰۰	۳۰				

جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون نشخوار فکری با کنترل اثر پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار F بین آزمودنی‌ها برابر ۹۹/۴۶۳ و سطح معناداری برآورد شده ۰/۰۰۱ و کوچک‌تر از ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است ($P > 0/001$ و $F = 99/463$) و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول ۵ در بخش نشخوار فکری در قسمت پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر ۶۶/۱۳ و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر ۵۶/۳۳ است و گروه کنترل از میانگین بالاتری برخوردارند؛ بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای (یک دوره درمان شناختی-رفتاری) بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش مؤثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۷۸۶ است می‌توان گفت که ۷۸/۶ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان نشخوار فکری در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است، تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه گیری

افسردگی شایع ترین اختلال روان پزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. افسردگی اختلالی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی نشأت می گیرد (تیبودیو و همکاران، ۲۰۱۵). مبتلایان به افسردگی معمولاً به وسیله روان درمانی، دارودرمانی و داروهای ضد افسردگی تحت درمان قرار می گیرند. در این پژوهش نیز تأثیر یکی از درمان های رایج در افسردگی؛ یعنی درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری بررسی شد تا شاید بتوان از نتایج پژوهش حاضر در این مسیر استفاده کرد.

نتایج به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) گویای این بود که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است ($P > ۰/۰۰۱$ و $F = ۹۹/۴۶۳$)؛ بنابراین، می توان گفت: برنامه مداخله ای (یک دوره درمان شناختی رفتاری) بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش مؤثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۷۸۶ است می توان گفت که ۷۸/۶ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان نشخوار فکری در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره به کارگیری درمان شناختی - رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است، تأیید می شود؛ به عبارت دیگر درمان - شناختی رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش قهاری؛ بزازیان و قدرتی (۱۴۰۱)، جرجانی (۱۴۰۱)، مولر و همکاران^۱ (۲۰۲۰)، تقوی قراملکی و محب (۱۴۰۰)، هونگارد و همکاران^۲ (۲۰۱۹)، اسپینهاون و همکاران^۳ (۲۰۱۸) همسو است. همچنین نتایج این پژوهش به نوعی با نتایج پژوهش گئورگی^۴ (۲۰۲۱)، دیکرسون و همکاران^۵ (۲۰۱۸)، وارکویزیتی و همکاران^۶ (۲۰۱۸) نیز همسو است.

1. Moeller et al

2. Hvenegaard, M. & et al

3. Spinhoven & et al

4. Georgei

5. Dickerson & et al

6. Varkovitzky & et al

طبق نظریه سبک‌های پاسخ نالن هوکسما و همکاران (۲۰۱۵) نشخوار فکری نوعی پاسخ‌دهی به پرنشانی است که در آن، فرد افسرده به‌طور منفعلانه و مکرر بر علائم افسردگی، علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. در این نظریه تأکید می‌شود که پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مساله مؤثر و ساختار یافته است؛ به عبارت دیگر مانع بروز رفتارهای مؤثری در کاهش افسردگی می‌شود. درمان شناختی - رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش‌های منحرف کننده حواس مثبت و آموزش مهارت‌های حل مسئله و یادگیری مهارت‌های تن‌آرامی است. تمرکز بر طرز کار در سطح فرآیند فکری و تأکید بر بناکردن درمان مبتنی بر تجربیات عینی می‌تواند در مقابله با این پدیده متداول و ناتوان کننده مؤثر واقع شود (اسکارچ، ۲۰۱۰). با توجه به تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری در این پژوهش و در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر داشته و این جایگزینی به‌واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط بین راه اندازنده‌های وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری می‌تواند مناسب باشد. همچنین این رویکرد توانست به افراد در رهاسازی افکار ناخواسته، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی تأثیرگذار می‌باشد.

منابع

- آفتاب، رؤیا. (۱۳۹۵). نقش میانجیگری دشواری‌های بین فردی در رابطه بین اجتناب تجربی با افسردگی اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۱): ۵۲۳-۵۴۲.
- انصاری، بهجت؛ تسبیح‌سازان، سیدرضا؛ خادمی، علی و رضایی، محمدخالد. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴): ۲۸۷-۲۹۸.
- تقوی قراملکی، مهدیه و محب، نعیمه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، سال ۱۴(۵۳): ۱۳-۲۹.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۳). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.
- سلیگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید و والکر، الین. (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه رضا رستمی و همکاران، تهران: ارجمند.
- شیرزاد، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری و تحریف‌های شناختی دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی.
- صدوری دمیرچی، اسماعیل؛ نصرتی بیگزاده، مریم و عبادی راد، سید محمد. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۹): ۲۹۱-۳۰۸.
- صدرمحمادی، رضوان. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش اختصاصی سازی خاطرات، فعالسازی رفتاری و درمان شناختی - رفتاری بر نشخواری فکری، نگرش‌های ناکارآمد، حالات خلقی و سازگاری روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه لرستان.

گنجی، مهدی. (۱۴۰۰). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: ساوالان.

لیهی، رابرت. (۱۴۰۱). مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی. چاپ هفتم. ترجمه مهدی اکبری و مسعود چینی فروشان. تهران: ارجمند.

مویدفر، همام. (۱۳۹۸). بررسی تعیین رابطه تنظیم هیجان و کمال‌گرایی با علائم افسردگی از طریق میانجیگری نشخوار فکری و بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی متمرکز بر نشخوار فکری در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده. دانشگاه علم و فرهنگ، رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی.

ولی‌زاده، شاهرخ؛ مکنونی، بهنام؛ بختیار پور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان. نشریه روان پرستاری، ۸(۴): ۹-۱.

هاشمی، نیلوفر؛ خدمتگزار، حسین. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۱۴(۵۳): ۸۷-۹۸.

هدایت، پریسا؛ فروزنده، الهام؛ خوش اخلاق، حسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رویکرد رفتار درمانی شناختی با رویکرد غنی‌سازی زناشویی گاتمن بر افکار خودآیند در زنان متأهل افسرده. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۱۴(۵۲): ۱-۱۴.

- Ehring, T. (2020). Die Ruminationfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F ... & Watkins, E. R. (2019). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological medicine*, 50(1), 1-9.
- Ingram, R. (2016). Depression. *Encyclopedia of Mental Health*, (Second Edition), 26-33.
- Morley, T. E. & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1071-1082.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*, 32(1), 13-26.
- Pratt D, Gooding P, Awenat Y, Eccles S, Tarrier N. Cognitive behavioral suicide prevention for male prisoners: Case examples. *Cognitive and behavioral practice*. (2016) ;23(4):485-501. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.09.006>.
- Salik, I., & Marwaha, R. (2019). *Electroconvulsive Therapy*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of affective disorders*, 241, 216-225.
- Tavakoli Z, Kazemi zahrani H. (2018). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*., 13(2), DOI: 10.21859/ijnr-13026.
- Zrenner, B., Zrenner, C., Gordon, P. C., Belardinelli, P., McDermott, E. J., Soekadar, S. R., Fallgatter, A. J., Ziemann, U., & Müller-Dahlhaus, F. (2020). Brain oscillation-synchronized stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex in depression using real-time EEG-triggered TMS. *Brain Stimulation*, 1.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-Coherence, Anger and Aggressive Behavior and Quality of Life of Teachers with Type 2 Diabetes in Isfahan City

Keyvan Toghraee

M. A in Educational Psychology, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Maryam Kadhodaee (corresponding Aauthor)
Assistant Professor, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email mkadhodaie@gmail.com

کیوان طغرای

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی،

اصفهان، ایران

مریم کدخدایی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان.

ایران mkadhodaie@gmail.com Email

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان بود. روش: پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان بود و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از معلمان با بیماری دیابت نوع دو انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خود انسجامی قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، پرسشنامه پر خاشگرا نه شگری باس و پری (۱۹۹۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد. یافته‌ها: بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان مبتلا به دیابت نوع دو به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۲۷، ۰/۲۳ و ۰/۷۱ می‌باشد. نتیجه‌گیری: طبق نتایج این پژوهش می‌تواند جهت ارتقاء سلامت روانی بیماران دیابتی در مراکز مشاوره و آموزش و پرورش مورد توجه قرار گیرد. کلمات کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، اختلال روانی، افسردگی، نشخوار فکری.

کلمات کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، خود انسجامی، خشم، پر خاشگرا نه، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو.

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-coherence, anger, aggressive behavior, and quality of life of teachers with type 2 diabetes in Isfahan City. **Method:** The research method was semi-experimental with pre-test and post-test. The statistical population included all teachers with type 2 diabetes in Isfahan City, and using the Purposive sampling method, 30 teachers with type 2 diabetes were selected randomly in two groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were included. The data collection tools included Ghorbani et al Self-Consistency Questionnaire (2008), Buss and Perry's Aggression Questionnaire (1992), and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (1996). To analyze the data, statistical methods of multivariate analysis of covariance were used. **Results:** Based on the effect size values, the effect of dialectical behavior therapy on self-coherence, anger, aggressive behavior, and quality of life of teachers with type 2 diabetes is 0.73, 0.27, 0.23, and 0.71, respectively.

Conclusion: The results of this research can be taken into consideration to improve the mental health of type 2 diabetic patients in counseling and education centers.

Keyword: Dialectical Behavior Therapy, Self-Coherence, Anger, Aggression, Quality of Life, Type 2 Diabetes Patients, Teachers.

مقدمه

دیابت شامل گروه ناهمگونی از بیماری‌های متابولیک است که مشخصه آن‌ها بالا بودن قند خون به‌طور مزمن و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین می‌باشد. این بیماری‌ها بر اثر نقایصی در ترشح انسولین، عملکرد انسولین و یا هر دوی آن‌ها پدید می‌آیند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۲). بیماری دیابت به معنی گلوکز خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌باشد (بک و همکاران، ۲۰۲۱). دیابت به دو تیپ یک و دو تقسیم می‌شود، و هر بیمار دیابتی صرف‌نظر از نوع دیابت در مراحل از بیماری به سه تجویز انسولین نیاز پیدا می‌کند. (ون و همکاران، ۲۰۲۲). هزینه‌های دیابت در ابعاد مادی و معنوی برای همه افراد وجود دارد. این هزینه‌ها فقط مخارج درمان نیستند، بلکه هزینه‌های روانی که هزینه‌های نامحسوس هستند را نیز شامل می‌شود. این هزینه‌ها معمولاً شامل: درد، اضطراب، کاهش کیفیت خواب، ناتوانی در کنترل هیجانات، نگرانی، خشم، و سردرد بوده که عمدتاً به کاهش کیفیت زندگی در فرد و به سه دنبال آن به سه از بین رفتن توحید یافتگی و خود انسجامی منجر می‌شوند (گوف و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس نظریه بندورا ادراک فرد از خود انسجامی به معنی، باور داشتن فرد نسبت به قابلیت‌ها و توانایی‌ها از یک طرف و از سوی دیگر ناتوانی و نقاط ضعف خود، برای سازمان‌دهی و انجام اعمال و دستیابی به اهداف است که در موقعیت‌های پیش‌رو ضروری می‌باشند. به عبارت دیگر «خود انسجامی توانایی و ناتوانی فرد برای سازمان‌دهی و اجرای عملکرد مورد نیاز برای وصول به اهداف و سطوح مشخص شده آن می‌باشد» (بندورا، ۲۰۰۵). اکسی و لی (۲۰۲۲) خود انسجامی را به عنوان تلاش فرد در یکپارچگی تجربیات گذشته، حال و آینده به‌منظور سازش و ارتقاء خود تعریف می‌کنند.

کامپ و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند، وقتی شخص بتواند به مهارت خود انسجامی و مدیریت تنظیم هیجان دست یابد، توانایی بیشتری را در کنترل خشم و پرخاشگری پیدا خواهد کرد. خشم و پرخاشگری از نظر بیولوژیکی به‌طور تفکیک‌ناپذیری با یکدیگر مرتبط هستند. خشم یک احساس است و پرخاشگری بیانگر آن احساس است و هر دو از اشکال غریزه پرخاشگری هستند (تاوریس، ۱۳۹۷). در مدل پردازش اطلاعات شناختی-اجتماعی، پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه از یک سو راهی برای مقابله با مشکلات روزمره اجتماعی است و از سوی دیگر نقص در رمزگشایی، تفسیر موقعیت‌ها، اهداف انتخابی، ایجاد راهبردها و ارزیابی پاسخ‌هاست که می‌تواند منجر به رفتار پرخاشگرانه شود (لیو و همکاران، ۲۰۲۱). مدل دیگری که علاوه بر توسعه نظریه پردازشی در حوزه پرخاشگری منجر به تولید ابزار

نیز شده است، مدل چندبعدی پرخاشگری باس و پری است. بر اساس این مدل پرخاشگری از سه بعد کلی تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

بعد ابزاری یا حرکتی: این بعد به صورت پرخاشگری کلامی و فیزیکی ظاهر می‌شود و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است.

بعد عاطفی و هیجانی: این بعد پرخاشگری که به صورت خشم ظاهر می‌شود، عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌سازد. این بعد مسئول تدارک و آماده‌سازی رفته‌ار پرخاشگرانه است.

بعد شناختی: این عامل که خصومت نامیده می‌شود، باعث ایجاد احساس خودخواهی، دشمنی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (باس و پری، ۲۰۰۵).

بر اساس نتایج پژوهش‌های متعدد، خشم از هیجان‌های نامطلوب رایج در افراد مبتلا به دیابت است (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰) که می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در سال‌های اخیر، در پژوهش‌های پزشکی، کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد مختلف زندگی افراد، به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مطرح شده است (اوستیس و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین لازم است در سنجش سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، افزون بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری، به جنبه‌های روانی و اجتماعی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود (جونگ و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و رابطه این ادراک با اهداف، انتظارات، مسئولیت‌ها و اولویت‌های مدنظر او تعریف می‌کند (پلپهارکو و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای متقابل و دوطرفه وجود دارد و کیفیت زندگی نامطلوب با بدتر شدن بیماری، کاهش طول عمر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران دیابتی همراه است (نریندرادگورا و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر شیوع بیماری، میزان عوارض، هزینه‌های بالای بیماری و کاهش سلامت روانی افراد مبتلا؛ برخی از پژوهش‌ها از مدل رابطه دوجانبه بین مشکلات هیجانی / روان شناختی بیماران دیابتی و کنترل قند خون آن‌ها حمایت می‌کند (هسلر و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین بهتر است مداخلات روان‌شناختی بیشتری برای افزایش سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شود.

تاکنون مداخلات روان‌شناختی متعددی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (محدث شکوری گنجوی، و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان شناختی رفتاری (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ منتظری و همکاران، ۱۴۰۰)، آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰)، درمان روان‌شناختی چند جنبه‌ای (نجمی و همکاران، ۱۳۸۶)، مصاحبه انگیزشی (چن و همکاران، ۲۰۱۲) بر روی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مداخلات درمانی که

اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، نوعی روان‌درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری است که بر جنبه‌های روان‌شناختی درمان تمرکز دارد (گوردن شیتز، ۱۳۹۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی به دنبال تعادل بین تغییر و پذیرش است به گونه‌ای که مراجعان بتوانند پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به وقایع مختلف تنظیم نمایند. در این روش بر آموزش مهارت‌های اثربخش بین فردی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، افزایش تحمل ناکامی و پذیرش هیجانات تأکید می‌شود. این شیوه درمانی برای ایجاد تغییرات در تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر سبک زندگی، افزایش ثبات رفتار و هیجان تدوین شده است (ون دایک، ۲۰۱۳). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای مختلف شخصیتی و روانی در جوامع آماری مختلف مانند بیماران دیالیزی، دانش‌آموزان روستایی و زنان و مردان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی و بر متغیرهایی همچون اختلالات هیجانی (خشم و پرخاشگری)، خودانسانسجامی، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی، کیفیت زندگی، استرس و انعطاف‌پذیری شناختی توسط گاسول و همکاران (۲۰۲۲)، کانو-ویندل و همکاران (۲۰۲۱)، مارتینز و همکاران (۲۰۲۱)، معمار (۱۴۰۱)، محمدی (۱۴۰۱) و خاکشور شانديز، شهابی زاده، آهی، و مجاهدی (۱۴۰۰) مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی از طرفی بر هیجان و کنترل آن مؤثر و از طرف دیگر تعاملات فرد را مورد هدف قرار دهد و با اذعان به اینکه پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی دیابت نوع ۲ انجام شده و مطالعه‌ای بر روی انسانسجام، خشم، پرخاشگری و کیفیت زندگی این بیماران صورت نگرفته است بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بر خود انسانسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو تأثیرگذار باشد؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معلمان مبتلا به بیماری دیابت نوع دو در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. با مراجعه به مرکز دیابت شهر اصفهان (واقع در چهارباغ بالا، خیابان باغ‌زر شک) با همکاری مدیریت از روی پرونده افراد مراجعه‌کننده با توجه به ملاک‌های ورود (شاغل به عنوان معلم، ابتلا به دیابت نوع ۲، تمایل به همکاری)، ۳۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به صورت مساوی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد.

ابزار

پرسشنامه خود انسانسجامی: این پرسشنامه توسط قربانی و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است و شامل ۱۲ سؤال بسته پاسخ با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از عمدتاً نادرست ۱ نمره تا عمدتاً درست ۵ نمره) می‌باشد. این پرسشنامه خود انسانسجامی را در سه بعد خودآگاهی تأملی (سوالات ۳، ۶، ۹)، خودآگاهی تجربی (سوالات ۱، ۵، ۷، ۸) و یکپارچه کردن

¹ Dialectical Behavior Therapy

تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب (سؤالات ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالاتر خود اذسجامی بالاتر در فرد را نشان می‌دهد. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۸ و ضریب روایی همگرایی پرسشنامه از طریق همبستگی پرسشنامه پرخاشگری: پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) با استفاده از چهار خرده مقیاس پرخاشگری صفت را اندازه‌گیری می‌کند: پرخاشگری فیزیکی (سؤالات ۱۸-۱۴-۱۰-۶-۲)، پرخاشگری کلامی (سؤالات ۲۸-۲۶-۲۴-۲۱-۱۷-۱۳-۹-۵-۱)، خشم (سؤالات ۲۹-۲۲-۱۹-۱۵-۱۱-۷-۳) و خصومت (سؤالات ۲۷-۲۵-۲۳-۲۰-۱۶-۱۲-۸-۴). این ابزار سنجش پرخاشگری را در حوزه‌های ابزاری، عاطفی و شناختی ترکیب می‌نماید و شامل ۲۹ ماده با طیف پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالف خصوصیات من است تا حدی مخالف خصوصیات من است، فقط کمی شبیه خصوصیات من است تا حدی زیادی شبیه خصوصیات من است، کاملاً مشابه خصوصیات من است) بوده که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. باس و پری (۲۰۰۴) نمره برش پرسشنامه را ۴۹ گزارش نمودند. باس و پری (۱۹۹۲) ضریب روایی هم‌زمان ۰/۵۲ و ضریب پایایی پرسشنامه را با روش کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری کلامی و فیزیکی برای اندازه‌گیری پرخاشگری و از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های خشم و خصومت برای اندازه‌گیری خشم استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) تهیه شد و دارای ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۱۵-۱۴-۱۳-۹-۸-۲-۱)، سلامت روانی (سؤالات ۲۴-۱۹-۱۷-۱۶-۶-۴)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۱-۲۰-۱۸) و سلامت محیطی (سؤالات ۲۳-۲۲-۱۲-۱۰-۷-۵-۳) اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای: بسیار بد، بد، متوسط، خوب، بسیار خوب است که به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به گزینه‌ی بسیار خوب نمره ۵ و به گزینه بسیار بد نمره ۱ داده می‌شود. دامنه‌ی کلی نمرات پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ نمره است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی هم‌زمان و پایایی پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه که ۰/۸۹ به دست آمد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) یک بار در هفته به مدت ۲ ماه و نیم برای گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکردند. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام درمان و اجرای پس‌آزمون‌ها، جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات مهارت‌آموزی DBT، بر اساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک‌کی و همکاران (۱۳۹۱)

اول	آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی.
دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود؛ آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)، آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه).
سوم	آموزش خود آرامش بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها، کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی.
چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خود جرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر.
پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آن‌ها (خود مشاهده گری)، مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش.
ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه، نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها.
هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پر کردن اوقات فراغت).
هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزش‌ها، مرور جلسات و تمرینات داده شده.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰ معلم مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه گواه) در دامنه سنی بین ۴۰ تا ۵۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند که همگی متاهل بودند. از نظر جنسیت بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) و گروه گواه ۱۲ نفر (۸۰ درصد) مربوط به معلمان مرد بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) و گروه گواه ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) مربوط به معلمان با مدرک تحصیلی لیسانس بود. از نظر سن، بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش (۶۰ درصد) و گروه گواه (۶۰ درصد) مربوط به معلمان گروه سنی ۴۷-۵۲ سال بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود انسجامی	آزمایش	۲۶/۰۶	۵/۷۸	۳۵/۸۶	۶/۴۷
	گواه	۲۶/۶۶	۶/۴۳	۲۶/۱۳	۷/۶۴
خشم	آزمایش	۲۰/۲۰	۴/۸۹	۱۴/۲۰	۳/۷۶
	گواه	۲۰/۹۳	۷/۴۵	۲۰/۴۷	۶/۵۲
رفتار پر خاشگری	آزمایش	۵۱/۲۶	۸/۷۱	۴۵/۷۳	۷/۹۶
	گواه	۵۱	۱۲/۵۲	۵۳/۲۰	۸/۳۶
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۳۳	۱۱/۰۶	۶۹/۴۰	۱۴
	گواه	۶۰/۳۳	۹/۸۴	۶۰/۶۰	۱۱/۰۶

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما در پس‌آزمون خود انسجامی و کیفیت زندگی میانگین نمرات گروه آزمایش بزرگ‌تر از میانگین نمرات گروه گواه، اما در خشم و رفتار پر خاشگری، میانگین نمرات گروه آزمایش کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای

خود از سنجامی، خ شم و رفتار پر خا شگری و کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون برقرار است ($P < 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در چهار متغیر خود از سنجامی، خ شم و رفتار پر خا شگری و کیفیت زندگی رعایت شده است ($P < 0.05$). همچنین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P < 0.05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خا شگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع

۲

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	خود انسجامی	۷۷۵/۸۷	۱	۷۷۵/۸۷	۶۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خشم	۲۹۱/۴۷	۱	۲۹۱/۴۷	۹/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	رفتار پر خا شگری	۴۱۱/۹۷	۱	۴۱۱/۹۷	۷/۵۱	۰/۰۱	۰/۲۳
	کیفیت زندگی	۵۵۷/۹۲	۱	۵۵۷/۹۲	۶۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱

نتایج جدول ۳، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0.05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سنجامی، خشم، رفتار پر خا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود از سنجامی، خ شم، رفتار پر خا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است. بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار پر خا شگرانه ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود از سنجامی، خشم، رفتار پر خا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان انجام شد. بررسی یافته‌های توصیفی نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیرهای مورد پژوهش قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن، همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون نشان از برقرار بودن این پیش‌فرض‌ها جهت تحلیل کواریانس داشت.

نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سنجامی، خ شم، رفتار پر خا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است. بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار پر خا شگری ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می‌باشد.

یافته های پژوهش به طور مستقیم و غیرمستقیم با یافته های محمدی (۱۴۰۱)، معمار (۱۴۰۱)، گاسول و همکاران (۲۰۲۲) و مارتینز و همکاران (۲۰۲۱) همخوانی دارد. این پژوهشگران تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی (محمدی، ۱۴۰۱)، برخشم، تنفر و پرخاشگری نوجوانان (معمار، ۱۴۰۱)، بر کیفیت زندگی (گاسول و همکاران، ۲۰۲۲)، و بر خود انسجامی (مارتینز و همکاران، ۲۰۲۱) را مورد تأیید قرار داده بودند.

در توضیح نتایج پژوهش می توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، روابط و تحمل پریشانی متمرکز در روش رفتاردرمانی دیالکتیک، توانسته فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آنها موجب تقویت خود انسجامی روان شناختی شده را در معلمان با بیماری دیابت نوع دو تقویت کند. در حقیقت زمانی که بیمار دیابتی به شدت در سیکل اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی قرار می گیرد، رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و هیجانی موجب می شود تا فرد احساس خود انسجامی و توحید یافتگی بیشتری را احساس کند.

پژوهشگران معتقدند؛ درد ناشی از بیماری، از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی همچون برخشم و رفتار پرخاشگری را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهم ترین اسرار تجربه درد و برخشم است و همین منجر به برهم خوردن کنترل هیجانی و بروز برخشم فرد بیمار می شود. براساس پژوهش گاسول و همکاران (۲۰۲۲)؛ تکنیک های مورد استفاده در رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث می شود تا افراد نسبت به هیجان ها، افکار و رفتارهای خود، آگاه تر شوند و در نتیجه، میزان کنترل خود و توانایی مدیریت هیجان ها در آنها افزایش می یابد. استفاده از این تکنیک ها به افراد کمک می کند از راهبردهای مؤثرتری برای کنترل هیجانات استفاده کنند. زمانی که هیجانات و افکار هم زمان با احساسات بدنی ظاهر می شوند، در چنین شرایطی فرد یاد می گیرد با احساسات بدنی خود همراه شود، عکس العمل های هیجانی او کمتر شده و احساس بهتری را درک، و برخشم و پرخاشگری کاهش پیدا می کند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند نقش مهمی در کاهش تنظیم رفتاری هیجانی و کاهش خشم و رفتارهای پرخاشگرانه ایفا کند. به نظر می رسد مهارت کنترل خشم از شاخص های مهم درمان دیابت می باشد و این پژوهش در این زمینه مؤثر بوده است.

بیماران دیابتی در زمان مراجعه برای درمان حداقل مدتی را تحت چالش ذهنی درد ناشی از بیماری هستند و ممکن است نگرش کاملاً مثبتی نسبت به فرآیند درمان نداشته باشند، به همین دلیل مقاومت آنها در ابتدا قابل مشاهده است. تداوم چنین امری باعث کاهش کیفیت زندگی شده در حالی که روش رفتاردرمانی دیالکتیک با تقویت ذهن آگاهی به عنوان یک عنصر اصلی بالا بردن خود آگاهی باعث تقویت توانمندسازی و پاسخ های مطلوب در شرایط بحرانی در فرد شده و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کنند. این رویکردها می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و افزایش کیفیت زندگی داشته باشد. همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی با آرامش دهی ذهنی به بیماران در کاهش هیجانات نامطلوب و بهبود پیامدهای درد مؤثر بوده

و با دادن آگاهی و شناخت کامل از فرآیند درمان و تأثیرات مثبت آن موجب بالا رفتن اعتماد به نفس آن‌ها و تحمل درد می‌شود و آستانه تحمل درد در آن‌ها بیشتر می‌شود؛ بنابراین افراد کمتر با مشکلات جسمی و دردهای ناشی از بیماری‌های جسمی مواجه و می‌توانند از کیفیت زندگی مناسب‌تری برخوردار شوند.

به‌طور خلاصه یافته‌های این پژوهش تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد. کاهش خشم و پرخاشگری و افزایش خود انسجامی و کیفیت زندگی در ارتقاء سلامت جسمانی و روانی این بیماران مؤثر است.

از محدودیت‌های مهم این پژوهش به نبود دوره پیگیری، می‌توان اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با دوره پیگیری تکرار شود. همچنین بررسی این مداخله بر سایر متغیرهای شخصیتی، در جوامع و فرهنگ‌های مختلف نیز توصیه می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آن‌ها داده شده است. هم‌چنین بعد از اتمام پژوهش و انجام پس‌آزمون‌ها، جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول بر تمامی مراحل فرایند پژوهشی نظارت نموده و مسئول نگارش مقاله است. حمایت مالی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی نویسنده اول تحت عنوان «اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان» تحت حمایت مالی - معنوی جایی نبوده و نویسندگان هزینه‌های آن را تقبل نموده‌اند.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد. قدردانی: از انجمن دیابت اصفهان و کلیه معلمان شهر اصفهان که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای پژوهش کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- انصاری، مجتبی؛ شمس اسفندآبادی، حسن؛ و محکمی، محمد. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس بر سطح گلوکز خون افراد مبتلا به دیابت. *سلامت و روان‌شناسی*، ۱(۳)، ۶۰-۴۷.
- تاوریس، کارول. (۱۳۹۷). روان‌شناسی خشم. ترجمه احمد تقی‌پور و سعید درودی. تهران: دایره.
- خاکشور شانديز، مسعود، شهابی زاده، مریم، آهی، نرگس، و مجاهدی، فاطمه. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲(۴)، ۸۹-۱۰۲.
- سعیدی، ابوطالب؛ جبل عاملی، شیدا؛ گرجی، یوسف؛ و ابراهیمی، امراه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روان‌شناسی اجتماعی*، ۹(۵۹)، ۸۷-۱۰۰.
- گوردن شیتز، ملانی. (۱۳۹۹). رفتار درمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی. تهران: ارجمند.

محدث شکوری گنجوی، لیلا؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد؛ خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه روان شناسی تحلیلی-شناختی. ۱۲ (۴۷)، ۱-۱۱

محمدی، الهام. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخوا شگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی زنان و مردان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی. پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد تهران.

معمار، افسانه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خشم، تفر و پرخوا شگری نوجوانان دارای رفتارهای بزهکاری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.

منتظری، مریم؛ سلطانی زاده، محمد؛ و لطیفی، زهره. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۱ (۴۲)، ۱۴۵-۱۶۵.

نجمی، بدالدین؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی؛ و هاشمی پور، مهین. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان روان شناختی چند جنبه ای بر بهبود پایبندی به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. تحقیقات علوم رفتاری، ۵ (پیاپی ۱۰)، ۱۲۷-۱۳۷.

- Bandura, A. (2005). *The evolution of social cognitive theory*. In K. G. Smith & M. A. Hitt (Eds.) *Great Minds in Management* (pp. 9-35). Oxford: University Press.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzeck, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. L., Reed, A. A., Rhinehart, A. S., Siminerio, L., & Wang, J. (2021). *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, Feb, 47(1), 14-29. <https://DOI: 10.1177/0145721720987926>.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (2005). *The aggression questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-59.
- Cano-Vindel, A., MuñozNavarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). *Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial*. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Chen, S. M., Creed, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on selfmanagement, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., & Newby, O. (2022). Ponder SW, Quraishi U, Rawlings K, Socke J, Stancil M, Uelmen S, Villalobos S. 2022 *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, 48(1), 44-59. <https://DOI: 10.1177/26350106211072203>. Epub 2022 Jan 20. PMID: 35049403.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2017). *Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder*. *Behav. Res*, 87, 188-195.
- Gasol, X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-bera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). *Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System*. *Int. J Environ. Res. Public Health*, 19, 494. <https://DOI.org/10.3390/ijerph19010494>.
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J. L., Watson, P. J. (2010). *Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private selfconsciousness in predicting responses to stress in Iran*. *International Journal of Psychology*, 45: 147-154.
- Goff, L. M., Moore, A., Harding, S., & Rivas, C. (2020). *Providing culturally sensitive diabetes self-management education and support for black African and Caribbean communities: a qualitative exploration of the challenges experienced by healthcare practitioners in inner London*. *BMJ Open*

- Diabetes Res Care, 8(2), e001818. <https://DOI: 10.1136/bmjdr-2020-001818>. PMID: 33293296; PMCID: PMC7725076.
- Hessler, D., Fisher, L., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Dickinson, L.M., Arean, P.A., & Mashrani, U. (2014). *Reductions in Regimen Distress Are Associated With Improved Management and Glycemic Control Over Time*. Diabetes Care, 37(3), 617-624.
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). *Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 2988-2998. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18062988>.
- Kamp, K. J., Luo, Z., Holmstrom, A., Given, B., & Wyatt, G. (2019). *Self-management through social support among emerging adults with inflammatory bowel disease*. Nursing.
- Liu, H., Dou, K., Yu, C., Nie, Y., & Zheng, X. (2021). *The Relationship between Peer Attachment and Aggressive Behavior among Chinese Adolescents: The Mediating Effect of Regulatory Emotional Self-Efficacy*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 7123. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18137123>.
- Martínez, R. R., Marraccini, M., Knotek, S., Neshkes, R., & Vanderburg, J. (2021). *Effects of dialectical behavioral therapy skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A) program of rural ninth-grade students*. Sch. Men. Health.
- Narindrarangkura, P., Boren, S. A., Khan, U., Day, M., Simoes, E. J., & Kim, M. S. (2022). *SEE-Diabetes, a patient-centered diabetes self-management education and support for older adults: Findings and information needs from patients' perspectives*. Prim Care Diabetes, 16(3), 395-403. <https://DOI: 10.1016/j.pcd.2022.02.008>.
- Papamarkou, M., Sarafis, P., Kaite, C. P., Malliarou, M., Tsounis, A., & Niakas, D. (2017). *Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: A correlational study*. BMC Womens Health, 17, 115.
- Van Dijk, S. (2013). *DBT Made Simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy (The New Harbinger Made Simple Series)*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wen, M. J., Maurer, M., Schwerer, L., Sarkarati, N., Egbujor, U. M., Nordin, J., Williams, S. D., Liu, Y., & Shiyanbola, O. (2022). *Perspectives on a Novel Culturally Tailored Diabetes Self-Management Program for African Americans: A Qualitative Study of Healthcare Professionals and Organizational Leaders*. Int J Environ Res Public Health, 19(19), 12814. <https://DOI: 10.3390/ijerph191912814>. PMID: 36232115; PMCID: PMC9566600.
- Xie, S., & Li, H. (2022). *Self-regulation mediates the relations between family factors and preschool readiness*. Early Childhood Research Quarterly, 59, 32-49. <https://DOI.org/10.1016/j.ecresq.2021.10.005>

پیش بینی اعتیاد به تلفن همراه براساس استرس تحصیلی و هیجان خواهی با میانجی گری حرمت خود در دانشجویان

The Prediction of Mobile Phone Addiction based on Academic Stress and Sensation Seeking with the Mediation of Self-Esteem in College Students

مریم پورمهر

Maryam Pourmehrer

Master of General Psychology, Kashan Branch, Islamic
Azad University, Kashan, Iran

Gmail:maryam1369221@gmail.com

Hamidreza Shams Ravandi (author in charge)

PhD in Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad
University, Kashan, Iran

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی،
کاشان، ایران

Gmail:maryam1369221@gmail.com

حمیدرضا شمس راوندی (نویسنده مسئول)

دکتری تخصصی روان شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان،

چکیده

Abstract

Aim: The present research was conducted with the aim of predicting mobile phone addiction based on academic stress and sensation seeking with the mediation of self-esteem. **Method:** The present research method was descriptive with correlation design. The statistical population of the research consisted of all undergraduate students of Azad University of Kashan in the first semester of the academic year 1402-1403. 350 people from this community were selected by cluster sampling method. The measurement tools included the riding cell phone addiction questionnaire (2013), Godzella's academic stress questionnaire (1991), Rosenberg's self-esteem questionnaire (1965) and Zuckerman's sensation seeking questionnaire (1978). **Results:** Data analysis was done using Pearson's correlation coefficient and path analysis. The results of the research showed that there is a negative and significant relationship between self-esteem and cell phone addiction ($p < 0.01$), on the other hand, there is a positive and significant relationship between academic stress and cell phone addiction and excitement seeking and self-esteem ($p < 0.01$). **Conclusion:** Based on the findings of the research, it can be concluded that academic stress and thrill seeking affect mobile phone addiction through self-esteem. In addition, the mediating role of self-esteem in the relationship between academic stress and sensation seeking with mobile phone addiction was confirmed. Therefore, it is suggested to conduct educational workshops to reduce academic stress, regulate emotions and increase self-esteem, to reduce students' addiction to mobile phones

Keyword: Mobile phone addiction, Academic stress, Sensation seeking, Self-esteem

هدف: تحقیق حاضر با هدف پیش بینی اعتیاد به تلفن همراه براساس استرس تحصیلی و هیجان خواهی با میانجی گری حرمت خود انجام پذیرفت. **روش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی با طرح همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد شهرستان کاشان در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل می دادند. از این جامعه ۳۵۰ نفر به شیوه نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه سواری (۱۳۹۳)، پرسشنامه استرس تحصیلی گادزلا (۱۹۹۱)، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن (۱۹۷۸) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر انجام پذیرفت. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین حرمت خود با اعتیاد به تلفن همراه رابطه منفی و معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). از طرفی بین استرس تحصیلی با اعتیاد به تلفن همراه و هیجان خواهی با اعتیاد به تلفن همراه رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین استرس تحصیلی با حرمت خود و هیجان خواهی با حرمت خود رابطه منفی و معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). علاوه براین نقش میانجی گری حرمت خود در رابطه بین استرس تحصیلی و هیجان خواهی با اعتیاد به تلفن همراه مورد تایید قرار گرفت. نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که استرس تحصیلی و هیجان خواهی از طریق حرمت خود بر اعتیاد به تلفن همراه اثر می گذارند. لذا پیشنهاد می شود با برگزاری کارگاه های آموزشی در جهت کاهش استرس تحصیلی، تنظیم هیجان و افزایش حرمت خود مداخلات لازم جهت کاهش اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان صورت پذیرد.

کلمات کلیدی: اعتیاد به تلفن همراه، استرس تحصیلی، هیجان خواهی، حرمت خود

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۷

مقدمه

دیابت شامل گروه ناهمگونی از بیماری‌های متابولیک است که مشخصه آن‌ها بالا بودن قند خون به‌طور مزمن و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین می‌باشد. این بیماری‌ها بر اثر نقایصی در ترشح انسولین، عملکرد انسولین و یا هر دوی آن‌ها پدید می‌آیند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۲). بیماری دیابت به معنی گلوکز خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌باشد (بک و همکاران، ۲۰۲۱). دیابت به دو تیپ یک و دو تقسیم می‌شود، و هر بیمار دیابتی صرف‌نظر از نوع دیابت در مراحل از بیماری به سه تجویز انسولین نیاز پیدا می‌کند. (ون و همکاران، ۲۰۲۲). هزینه‌های دیابت در ابعاد مادی و معنوی برای همه افراد وجود دارد. این هزینه‌ها فقط مخارج درمان نیستند، بلکه هزینه‌های روانی که هزینه‌های نامحسوس هستند را نیز شامل می‌شود. این هزینه‌ها معمولاً شامل: درد، اضطراب، کاهش کیفیت خواب، ناتوانی در کنترل هیجانات، نگرانی، خشم، و سردرد بوده که عمدتاً به کاهش کیفیت زندگی در فرد و به دنبال آن به سه از بین رفتن توحید یافتگی و خود انسجامی منجر می‌شوند (گوف و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس نظریه بندورا ادراک فرد از خود انسجامی به معنی، باور داشتن فرد نسبت به قابلیت‌ها و توانایی‌ها از یک طرف و از سوی دیگر ناتوانی و نقاط ضعف خود، برای سازمان‌دهی و انجام اعمال و دستیابی به اهداف است که در موقعیت‌های پیش‌رو ضروری می‌باشند. به عبارت دیگر «خود انسجامی توانایی و ناتوانی فرد برای سازمان‌دهی و اجرای عملکرد مورد نیاز برای وصول به اهداف و سطوح مشخص شده آن می‌باشد» (بندورا، ۲۰۰۵). اکسی و لی (۲۰۲۲) خود انسجامی را به عنوان تلاش فرد در یکپارچگی تجربیات گذشته، حال و آینده به‌منظور سازش و ارتقاء خود تعریف می‌کنند.

کامپ و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند، وقتی شخص بتواند به مهارت خود انسجامی و مدیریت تنظیم هیجان دست یابد، توانایی بیشتری را در کنترل خشم و پرخاشگری پیدا خواهد کرد. خشم و پرخاشگری از نظر بیولوژیکی به‌طور تفکیک‌ناپذیری با یکدیگر مرتبط هستند. خشم یک احساس است و پرخاشگری بیانگر آن احساس است و هر دو از اشکال غریزه پرخاشگری هستند (تاوریس، ۱۳۹۷). در مدل پردازش اطلاعات شناختی-اجتماعی، پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه از یک سو راهی برای مقابله با مشکلات روزمره اجتماعی است و از سوی دیگر نقص در رمزگشایی، تفسیر موقعیت‌ها، اهداف انتخابی، ایجاد راهبردها و ارزیابی پاسخ‌هاست که می‌تواند منجر به رفتار پرخاشگرانه شود.

(لیو و همکاران، ۲۰۲۱). مدل دیگری که علاوه بر توسعه نظریه پردازی در حوزه پرخاشگری منجر به تولید ابزار نیز شده است، مدل چندبعدی پرخاشگری باس و پری است. بر اساس این مدل پرخاشگری از سه بعد کلی تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

بعد ابزاری یا حرکتی: این بعد به صورت پرخاشگری کلامی و فیزیکی ظاهر می‌شود و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است.

بعد عاطفی و هیجانی: این بعد پرخاشگری که به صورت خشم ظاهر می‌شود، عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانی آماده می‌سازد. این بعد مسئول تدارک و آماده‌سازی رفته‌سار پرخاشگرانه است.

بعد شناختی: این عامل که خصومت نامیده می‌شود، باعث ایجاد احساس خودخواهی، دشمنی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (باس و پری، ۲۰۰۵).

بر اساس نتایج پژوهش‌های متعدد، خشم از هیجان‌های نامطلوب رایج در افراد مبتلا به دیابت است (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰) که می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در سال‌های اخیر، در پژوهش‌های پزشکی، کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد مختلف زندگی افراد، به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مطرح شده است (اوستیس و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین لازم است در سنجش سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، افزون بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری، به جنبه‌های روانی و اجتماعی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود (جونگ و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و رابطه این ادراک با اهداف، انتظارات، مسئولیت‌ها و اولویت‌های مدنظر او تعریف می‌کند (پلیپهارکو و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای متقابل و دوطرفه وجود دارد و کیفیت زندگی نامطلوب با بدتر شدن بیماری، کاهش طول عمر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران دیابتی همراه است (نریندرادگورا و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر شیوع بیماری، میزان عوارض، هزینه‌های بالای بیماری و کاهش سلامت روانی افراد مبتلا؛ برخی از پژوهش‌ها از مدل رابطه دوجانبه بین مشکلات هیجانی / روان شناختی بیماران دیابتی و کنترل قند خون آن‌ها حمایت می‌کند (هسلر و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین بهتر است مداخلات روان‌شناختی بیشتری برای افزایش سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شود.

تاکنون مداخلات روان‌شناختی متعددی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (محدث شکوری گنجوی، و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان شناختی رفتاری (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ منتظری و همکاران، ۱۴۰۰)، آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰)، درمان روان‌شناختی چند جنبه‌ای (نجمی و همکاران، ۱۳۸۶)، مصاحبه

انگیزشی (چن و همکاران، ۲۰۱۲) بر روی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مداخلات درمانی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، نوعی روان‌درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری است که بر جنبه‌های روان‌شناختی درمان تمرکز دارد (گوردن شیتز، ۱۳۹۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی به دنبال تعادل بین تغییر و پذیرش است به گونه‌ای که مراجعان بتوانند پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به وقایع مختلف تنظیم نمایند. در این روش بر آموزش مهارت‌های اثربخش بین فردی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، افزایش تحمل ناکامی و پذیرش هیجانات تأکید می‌شود. این شیوه درمانی برای ایجاد تغییرات در تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر سبک زندگی، افزایش ثبات رفتار و هیجان تدوین شده است (ون دایک، ۲۰۱۳). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای مختلف شخصیتی و روانی در جوامع آماری مختلف مانند بیماران دیالیزی، دانش‌آموزان روستایی و زنان و مردان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی و بر متغیرهایی همچون اختلالات هیجانی (خشم و پرخاشگری)، خودانسجامی، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی، کیفیت زندگی، استرس و انعطاف‌پذیری شناختی توسط گاسول و همکاران (۲۰۲۲)، کانو-ویندل و همکاران (۲۰۲۱)، مارتینز و همکاران (۲۰۲۱)، معمار (۱۴۰۱)، محمدی (۱۴۰۱) و خاکشور شانندیز، شهابی زاده، آهی، و مجاهدی (۱۴۰۰) مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی از طرفی بر هیجان و کنترل آن مؤثر و از طرف دیگر تعاملات فرد را مورد هدف قرار دهد و با اذعان به اینکه پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی دیابت نوع ۲ انجام شده و مطالعه‌ای بر روی انسجام، خشم، پرخاشگری و کیفیت زندگی این بیماران صورت نگرفته است بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو تأثیرگذار باشد؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معلمان مبتلا به بیماری دیابت نوع دو در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. با مراجعه به مرکز دیابت شهر اصفهان (واقع در چهارباغ بالا، خیابان باغ‌زر شک) با همکاری مدیریت از روی پرونده افراد مراجعه‌کننده با توجه به ملاک‌های ورود (شاغل به عنوان معلم، ابتلا به دیابت نوع ۲، تمایل به همکاری)، ۳۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به صورت مساوی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد.

ابزار

پرسشنامه خود انسجامی: این پرسشنامه توسط قربانی و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است و شامل ۱۲ سؤال بسته پاسخ با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از عمدتاً نادرست ۱ نمره تا عمدتاً درست ۵ نمره) می‌باشد. این پرسشنامه خود

¹ Dialectical Behavior Therapy

انسجامی را در سه بعد خودآگاهی تأملی (سؤالات ۳، ۶، ۹)، خودآگاهی تجربی (سؤالات ۱، ۵، ۷، ۸) و یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب (سؤالات ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالاتر خود انسجامی بالاتر در فرد را نشان می‌دهد. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و ضریب روایی همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی پرسشنامه پرخاشگری: پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) با استفاده از چهار خرده مقیاس پرخاشگری صفت را اندازه‌گیری می‌کند: پرخاشگری فیزیکی (سؤالات ۱۸-۱۴-۱۰-۶-۲)، پرخاشگری کلامی (سؤالات ۲۸-۲۶-۲۴-۲۱-۱۷-۱۳-۹-۵-۱)، خشم (سؤالات ۲۹-۲۲-۱۹-۱۵-۱۱-۷-۳) و خصومت (سؤالات ۲۷-۲۵-۲۳-۲۰-۱۶-۱۲-۸-۴). این ابزار سنجش پرخاشگری را در حوزه‌های ابزاری، عاطفی و شناختی ترکیب می‌نماید و شامل ۲۹ ماده با طیف پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالف خصوصیات من است تا حدی مخالف خصوصیات من است، فقط کمی شبیه خصوصیات من است تا حدی زیادی شبیه خصوصیات من است، کاملاً مشابه خصوصیات من است) بوده که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. باس و پری (۲۰۰۴) نمره برش پرسشنامه را ۴۹ گزارش نمودند. باس و پری (۱۹۹۲) ضریب روایی هم‌زمان ۰/۵۲ و ضریب پایایی پرسشنامه را با روش کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری کلامی و فیزیکی برای اندازه‌گیری پرخاشگری و از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های خشم و خصومت برای اندازه‌گیری خشم استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) تهیه شد و دارای ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۱۵-۱۴-۱۳-۹-۸-۲-۱)، سلامت روانی (سؤالات ۲۴-۱۹-۱۷-۱۶-۶-۴)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۱-۲۰-۱۸) و سلامت محیطی (سؤالات ۲۳-۲۲-۱۲-۱۰-۷-۵-۳) اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای: بسیار بد، بد، متوسط، خوب، بسیار خوب است که به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به گزینه‌ی بسیار خوب نمره ۵ و به گزینه بسیار بد نمره ۱ داده می‌شود. دامنه‌ی کلی نمرات پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ نمره است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی هم‌زمان و پایایی پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه که ۰/۸۹ به دست آمد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) یک بار در هفته به مدت ۲ ماه و نیم برای گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکردند. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام درمان و اجرای پس‌آزمون‌ها، جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتویات جلسات مهارت‌آموزی DBT، بر اساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران (۱۳۹۱)

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی.
دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود؛ آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)، آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه).
سوم	آموزش خود آرامش بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها، کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی.
چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خود جرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر.
پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها، مشاهده و توصیف آن‌ها (خود مشاهده گری)، مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش.
ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه، نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها.
هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پر کردن اوقات فراغت).
هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزش‌ها، مرور جلسات و تمرینات داده شده.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰ معلم مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه گواه) در دامنه سنی بین ۴۰ تا ۵۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند که همگی متاهل بودند. از نظر جنسیت بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) و گروه گواه ۱۲ نفر (۸۰ درصد) مربوط به معلمان مرد بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) و گروه گواه ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) مربوط به معلمان با مدرک تحصیلی لیسانس بود. از نظر سن، بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش (۶۰ درصد) و گروه گواه (۶۰ درصد) مربوط به معلمان گروه سنی ۴۷-۵۲ سال بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود انسجامی	آزمایش	۲۶/۰۶	۵/۷۸	۳۵/۸۶	۶/۴۷
	گواه	۲۶/۶۶	۶/۴۳	۲۶/۱۳	۷/۶۴
خشم	آزمایش	۲۰/۲۰	۴/۸۹	۱۴/۲۰	۳/۷۶
	گواه	۲۰/۹۳	۷/۴۵	۲۰/۴۷	۶/۵۲
رفتار پر خاشگری	آزمایش	۵۱/۲۶	۸/۷۱	۴۵/۷۳	۷/۹۶
	گواه	۵۱	۱۲/۵۲	۵۳/۲۰	۸/۳۶
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۳۳	۱۱/۰۶	۶۹/۴۰	۱۴
	گواه	۶۰/۳۳	۹/۸۴	۶۰/۶۰	۱۱/۰۶

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما در پس‌آزمون خود انسجامی و کیفیت زندگی میانگین نمرات گروه آزمایش بزرگ‌تر از میانگین نمرات گروه گواه، اما در خشم و رفتار پر خاشگری، میانگین نمرات گروه آزمایش کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خود از سنجامی، خشم و رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون برقرار است ($P > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در چهار متغیر خود از سنجامی، خشم و رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی رعایت شده است ($P > 0.05$). همچنین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0.05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع

۲

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	خود انسجامی	۷۷۵/۸۷	۱	۷۷۵/۸۷	۶۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خشم	۲۹۱/۴۷	۱	۲۹۱/۴۷	۹/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	رفتار پرخاشگری	۴۱۱/۹۷	۱	۴۱۱/۹۷	۷/۵۱	۰/۰۱	۰/۲۳
	کیفیت زندگی	۵۵۷/۹۲	۱	۵۵۷/۹۲	۶۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱

نتایج جدول ۳، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0.05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سنجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود از سنجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است. بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار پرخاشگری ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود از سنجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان انجام شد. بررسی یافته‌های توصیفی نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیرهای مورد پژوهش قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن، همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون نشان از برقرار بودن این پیش‌فرض‌ها جهت تحلیل کواریانس داشت.

نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سنجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است.

بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتار درمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار سار پرخاشگری ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می باشد.

یافته های پژوهش به طور مستقیم و غیرمستقیم با یافته های محمدی (۱۴۰۱)، معمار (۱۴۰۱)، گاسول و همکاران (۲۰۲۲) و مارتینز و همکاران (۲۰۲۱) همخوانی دارد. این پژوهشگران تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی (محمدی، ۱۴۰۱)، برخشم، تنفر و پرخاشگری نوجوانان (معمار، ۱۴۰۱)، بر کیفیت زندگی (گاسول و همکاران، ۲۰۲۲)، و بر خود انسجامی (مارتینز و همکاران، ۲۰۲۱) را مورد تأیید قرار داده بودند.

در توضیح نتایج پژوهش می توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، روابط و تحمل پریشانی متمرکز در روش رفتاردرمانی دیالکتیک، توانسته فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آنها موجب تقویت خود انسجامی روان شناختی شده را در معلمان با بیماری دیابت نوع دو تقویت کند. در حقیقت زمانی که بیمار دیابتی به شدت در سیکل اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی قرار می گیرد، رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و هیجانی موجب می شود تا فرد احساس خود انسجامی و توحید یافتگی بیشتری را احساس کند.

پژوهشگران معتقدند؛ درد ناشی از بیماری، از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی همچون خشم و رفتار پرخاشگری را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهم ترین اسرار تجربه درد و بروز خشم است و همین منجر به برهم خوردن کنترل هیجانی و بروز خشم فرد بیمار می شود. بر اساس پژوهش گاسول و همکاران (۲۰۲۲)؛ تکنیک های مورد استفاده در رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث می شود تا افراد نسبت به هیجان ها، افکار و رفتارهای خود، آگاه تر شوند و در نتیجه، میزان کنترل خود و توانایی مدیریت هیجان ها در آنها افزایش می یابد. استفاده از این تکنیک ها به افراد کمک می کند از راهبردهای مؤثرتری برای کنترل هیجانات استفاده کنند. زمانی که هیجانات و افکار همزمان با احساسات بدنی ظاهر می شوند، در چنین شرایطی فرد یاد می گیرد با احساسات بدنی خود همراه شود، عکس العمل های هیجانی او کمتر شده و احساس بهتری را درک، و خشم و پرخاشگری کاهش پیدا می کند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند نقش مهمی در کاهش تنظیم رفتاری هیجانی و کاهش خشم و رفتارهای پرخاشگرانه ایفا کند. به نظر می رسد مهارت کنترل خشم از شاخص های مهم درمان دیابت می باشد و این پژوهش در این زمینه مؤثر بوده است.

بیماران دیابتی در زمان مراجعه برای درمان حداقل مدتی را تحت چالش ذهنی درد ناشی از بیماری هستند و ممکن است نگرش کاملاً مثبتی نسبت به فرآیند درمان نداشته باشند، به همین دلیل مقاومت آنها در ابتدا قابل مشاهده است. تداوم چنین امری باعث کاهش کیفیت زندگی شده در حالی که روش رفتاردرمانی دیالکتیک با تقویت ذهن آگاهی به عنوان یک عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی باعث تقویت توانمندسازی و پاسخ های مطلوب در شرایط بحرانی در

فرد شده و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کنند. این رویکردها می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و افزایش کیفیت زندگی داشته باشد. همچنین رفتار درمانی دیالکتیکی با آرامش دهی ذهنی به بیماران در کاهش هیجانات نامطلوب و بهبود پیامدهای درد مؤثر بوده و با دادن آگاهی و شناخت کامل از فرآیند درمان و تأثیرات مثبت آن موجب بالا رفتن اعتماد به نفس آن ها و تحمل درد می شود و آستانه تحمل درد در آن ها بیشتر می شود؛ بنابراین افراد کمتر با مشکلات جسمی و دردهای ناشی از بیماری های جسمی مواجه و می توانند از کیفیت زندگی مناسب تری برخوردار شوند.

به طور خلاصه یافته های این پژوهش تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد. کاهش خشم و پرخاشگری و افزایش خود انسجامی و کیفیت زندگی در ارتقاء سلامت جسمانی و روانی این بیماران مؤثر است.

از محدودیت های مهم این پژوهش به نبود دوره پیگیری، می توان اشاره نمود. پیشنهاد می شود این پژوهش با دوره پی گیری تکرار شود. همچنین بررسی این مداخله بر سایر متغیرهای شخصیتی، در جوامع و فرهنگ های مختلف نیز توصیه می گردد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آن ها داده شده است. هم چنین بعد از اتمام پژوهش و انجام پس آزمون ها، جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول بر تمامی مراحل فرایند پژوهشی نظارت نموده و مسئول نگارش مقاله است. حمایت مالی: این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی نویسنده اول تحت عنوان «اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان» تحت حمایت مالی - معنوی جایی نبوده و نویسندگان هزینه های آن را تقبل نموده اند.

تعارض منافع: یافته های این مطالعه هیچ گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد. قدردانی: از انجمن دیابت اصفهان و کلیه ی معلمان شهر اصفهان که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای پژوهش کمک کردند، سپاسگزاری می شود.

منابع

- انصاری، مجتبی؛ شمس اسفندآبادی، حسن؛ و محکمی، محمد. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس بر سطح گلوکز خون افراد مبتلا به دیابت. *سلامت و روان شناسی*، ۱(۳)، ۴۷-۶۰.
- تاوریس، کارول. (۱۳۹۷). روان شناسی خشم. ترجمه احمد تقی پور و سعید درودی. تهران: دایره.
- خاکشور شاندریز، مسعود، شهابی زاده، مریم، آهی، نرگس، و مجاهدی، فاطمه. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس و انعطاف پذیری شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲(۴)، ۸۹-۱۰۲.

سعیدی، ابوطالب؛ جبل عاملی، شیدا؛ گرجی، یو سف؛ و ابراهیمی، امراله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۹(۵۹)، ۸۷-۱۰۰.

گوردن شیتز، ملانی. (۱۳۹۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی. تهران: ارجمند.

محدث شکوری گنجوی، لیلا؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد؛ خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی*، ۱۲(۴۷)، ۱-۱۱.

محمدی، الهام. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی زنان و مردان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی. پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد تهران.

معمار، افسانه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خشم، تفر و پرخاشگری نوجوانان دارای رفتارهای بزهکاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.

منتظری، مریم؛ سلطانی زاده، محمد؛ و لطیفی، زهره. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۲)، ۱۶۵-۱۶۵.

نجمی، بدالدین؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی؛ و هاشمی پور، مهین. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان روان شناختی چند جنبه‌ای بر بهبود پایداری به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲ (پیاپی ۱۰))، ۱۲۷-۱۳۷.

- Bandura, A. (2005). *The evolution of social cognitive theory*. In K. G. Smith & M. A. Hitt (Eds.) *Great Minds in Management* (pp. 9-35). Oxford: University Press.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzeck, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. L., Reed, A. A., Rhinehart, A. S., Siminerio, L., & Wang, J. (2021). *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, Feb, 47(1), 14-29. <https://DOI: 10.1177/0145721720987926>.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (2005). *The aggression questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-59.
- Cano-Vindel, A., MuñozNavarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). *Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial*. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on selfmanagement, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., & Newby, O. (2022). Ponder SW, Quraishi U, Rawlings K, Socke J, Stancil M, Uelmen S, Villalobos S. 2022 *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, 48(1), 44-59. <https://DOI: 10.1177/26350106211072203>. Epub 2022 Jan 20. PMID: 35049403.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2017). *Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder*. *Behav. Res*, 87, 188-195.
- Gasol, X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-bera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). *Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System*. *Int. J Environ. Res. Public Health*, 19, 494. <https://DOI.org/10.3390/ijerph19010494>.

- Ghorbani, N., Cunningham, C. J. L., Watson, P. J. (2010). *Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private selfconsciousness in predicting responses to stress in Iran*. International Journal of Psychology, 45: 147-154.
- Goff, L. M., Moore, A., Harding, S., & Rivas, C. (2020). *Providing culturally sensitive diabetes self-management education and support for black African and Caribbean communities: a qualitative exploration of the challenges experienced by healthcare practitioners in inner London*. BMJ Open Diabetes Res Care, 8(2), e001818. <https://DOI: 10.1136/bmjdr-2020-001818>. PMID: 33293296; PMCID: PMC7725076.
- Hessler, D., Fisher, L., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Dickinson, L.M., Arean, P.A., & Mashrani, U. (2014). *Reductions in Regimen Distress Are Associated With Improved Management and Glycemic Control Over Time*. Diabetes Care, 37(3), 617-624.
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). *Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 2988-2998. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18062988>.
- Kamp, K. J., Luo, Z., Holmstrom, A., Given, B., & Wyatt, G. (2019). *Self-management through social support among emerging adults with inflammatory bowel disease*. Nursing.
- Liu, H., Dou, K., Yu, C., Nie, Y., & Zheng, X. (2021). *The Relationship between Peer Attachment and Aggressive Behavior among Chinese Adolescents: The Mediating Effect of Regulatory Emotional Self-Efficacy*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 7123. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18137123>.
- Martínez, R. R., Marraccini, M., Knotek, S., Neshkes, R., & Vanderburg, J. (2021). *Effects of dialectical behavioral therapy skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A) program of rural ninth-grade students*. Sch. Men. Health.
- Narindrarangkura, P., Boren, S. A., Khan, U., Day, M., Simoes, E. J., & Kim, M. S. (2022). *SEE-Diabetes, a patient-centered diabetes self-management education and support for older adults: Findings and information needs from patients' perspectives*. Prim Care Diabetes, 16(3), 395-403. <https://DOI: 10.1016/j.pcd.2022.02.008>.
- Papamarkou, M., Sarafis, P., Kaite, C. P., Malliarou, M., Tsounis, A., & Niakas, D. (2017). *Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: A correlational study*. BMC Womens Health, 17, 115.
- Van Dijk, S. (2013). *DBT Made Simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy (The New Harbinger Made Simple Series)*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wen, M. J., Maurer, M., Schwerer, L., Sarkarati, N., Egbujor, U. M., Nordin, J., Williams, S. D., Liu, Y., & Shiyanbola, O. (2022). *Perspectives on a Novel Culturally Tailored Diabetes Self-Management Program for African Americans: A Qualitative Study of Healthcare Professionals and Organizational Leaders*. Int J Environ Res Public Health, 19(19), 12814. <https://DOI: 10.3390/ijerph191912814>. PMID: 36232115; PMCID: PMC9566600.
- Xie, S., & Li, H. (2022). *Self-regulation mediates the relations between family factors and preschool readiness*. Early Childhood Research Quarterly, 59, 32-49. <https://DOI.org/10.1016/j.ecresq.2021.10.005>

