

نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی

Mediating Role of Self-Compassion and Self-Control in the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Quality of Life

Mohammad Ali Besharat, PhD

University of Tehran

Samira Keshavarz

MA in Clinical Psychology

سمیرا کشاورز

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

Masoud Gholamali Lavasani, PhD

University of Tehran

مسعود غلامعلی لواسانی

دانشیار دانشگاه تهران

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی بود. تعداد ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن، ۱۸۲ مرد) از جمعیت عمومی شهر شیراز به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان فرم کوتاه پرسشنامه روان‌سازه یانگ (YSQ-SF؛ یانگ و براون، ۱۹۹۹)، فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶)، مقیاس خودشفقت‌ورزی (SCS؛ نف، ۲۰۰۳) و مقیاس خودمهارگری (SCS؛ تنگنی، بامیستر، و بون، ۲۰۰۴) را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازه‌های رهاشدگی/طرده و حدنارسایی با کیفیت زندگی و خودمهارگری نیز در رابطه بین روان‌سازه‌های رهاشدگی/طرده، حدنارسایی و بیش‌گوش به زنگی/بازداری با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشتند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت نخست روان‌سازه‌ها نقشی تعیین‌کننده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی دارند؛ دوم آنکه این تأثیرگذاری تا حدودی به صورت غیرمستقیم و به واسطه متغیرهایی چون خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری صورت می‌گیرد.

واژه‌های کلیدی: روان‌سازه، خودشفقت‌ورزی، خودمهارگری، کیفیت زندگی

Abstract

The purpose of the present study was to examine the mediating role of self-compassion and self-control in the relationship between early maladaptive schemas and quality of life. Three hundred and ninety one individuals (209 females, 182 males) from Shiraz city completed the Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF; Young & Brown 1999), the World Health Organization Quality Of Life-Brief (WHOQOL, 1996), the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003b), and the Self-Control Scale (SCS; Tangney, Baumeister & Boone, 2004). The results indicated early maladaptive schemas had a significant negative correlation with quality of life. Self-compassion mediated the relationship between disconnection/rejection and impaired limits with quality of life. Self-control mediated the relationship between disconnection/rejection, impaired limits, and hypervigilance/inhibition with quality of life. The findings suggested that early maladaptive schemas had a determinant role in quality of life and this was partly through mediating role of self-compassion and self-control.

Keywords: schema, self-compassion, self-control, quality of life

received: 24 April 2014

accepted: 15 October 2014

Contact information: besharat@ut.ac.ir

دریافت: ۹۳/۲/۳

پذیرش: ۹۳/۷/۲۳

مقدمه

والدگری و نوع ارتباط افراد نزدیک کودک با وی نمود می‌یابد. طبق مطالعات یانگ، کلوکو و ویشار (۲۰۰۳) این چهار دسته از تجارب باعث شکل‌گیری مفهومی به نام روان‌سازه^۵ در افراد می‌شوند. طبق مدل یانگ (۱۹۹۴) روان‌سازهای سازش‌نیافته اولیه، مجموعه‌ای از خاطرات، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها و شناخت‌ها هستند که بر محور درون‌مایه‌های دوران کودکی نظیر رهاشدگی، بدرفتاری، غفلت یا طرد می‌چرخند. روان‌سازها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط با دیگران بازی می‌کنند و اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلال‌های محور یک و دو مانند اضطراب، افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی و مشکلات شخصیتی (تیم، ۲۰۱۱؛ جلالی، سروقد و سامانی، ۱۳۹۱؛ هاوک و پروونچر، ۲۰۱۲) دانسته شده‌اند. بر این اساس، می‌توان پیش‌بینی کرد کیفیت زندگی تحت تأثیر این روان‌سازها قرار می‌گیرد. اما نکته مهم‌تر از نظر آسیب‌شناختی این است که روان‌سازهای سازش‌نیافته اولیه چگونه و با چه مکانیزم‌هایی کیفیت زندگی را متأثر می‌سازند؟ بررسی روابط بین این متغیرها و متغیرهایی که احتمالاً بتوانند در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای ایفا کنند، مسأله را روشن خواهد ساخت.

برای یافتن متغیرهایی که می‌توانند به عنوان واسطه بین روان‌سازها و کیفیت زندگی قرار گیرند، باید عواملی که از یک سو تحت تأثیر روان‌سازه هستند و از سوی دیگر بر کیفیت زندگی یا مؤلفه‌های آن تأثیر می‌گذارند، بررسی شوند. در بین پژوهش‌های جدید در زمینه روان‌سازها، برینز و چن (۲۰۱۲) نشان دادند فعال شدن روان‌سازهای حمایتگر چه این حمایت ادراک شده باشد و چه واقعی- خودشفقت‌ورزی حالتی^۶ را افزایش می‌دهد. نف (۲۰۰۳الف) نیز معتقد است روان‌سازهایی که با حمایت از دیگران رابطه دارند، خودشفقت‌ورزی را افزایش می‌دهند. خودشفقت‌ورزی به عنوان یکی از سازهای روان‌شناسی مثبت، متضمن خودشناسی تأملی^۷ و عاری از قضاوت است. به بیان دیگر، افراد هنگام مواجهه با شکست‌ها و نقایص خود، به جای انکار یا بزرگ کردن، آنها را خالی از هرگونه قضاوت می‌پذیرند، به جای انتقاد و سرزنش خود با مهربانی و ملاحظت با خود رفتار می‌کنند و به جای منحصر

کیفیت زندگی^۱ به عنوان یک مفهوم کلی به این معناست که افراد چگونه و به چه میزان نیازهای انسانی‌شان برآورده می‌شود و تا چه حد در زمینه‌های مختلف زندگی رضایت را تجربه می‌کنند (کاستانزا و دیگران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند عوامل متعدد بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن تأثیر می‌گذارند. سلامت جسمانی (جانسون، دالستروم و بروستروم، ۲۰۰۶)، روابط بین شخصی (کوهن و سیم، ۲۰۰۱)، ویژگی‌های شخصیت (اونیسی، اوکانگو و اوگو، ۲۰۱۲)، شاخص‌های اجتماعی (اونیسی و دیگران، ۲۰۱۲) و سلامت روانی (کولک، مازواکس، راسل و شویتزر، ۲۰۰۶) نمونه‌هایی از این عوامل محسوب می‌شوند. دسته‌ای از این عوامل که متعلق به دوره کودکی و جزو تجارب اولیه زندگی افراد هستند نیز بر کیفیت زندگی یا مؤلفه‌های آن در آینده تأثیر می‌گذارند. برای مثال، می‌توان از آسیب‌های روانی (تاکچل، لیتلتون و آکسوم، ۲۰۱۱)، بی‌توجهی به کودک (جانوسک، تل، البوکرک و متیو، ۲۰۱۳)، بدرفتاری‌ها و مصیبت‌های کودکی (مک‌لافلین، کانرون، کوئن و گیلن، ۲۰۱۰؛ هیم، شوگارت، کرایهد و نمراف، ۲۰۱۰) و سبک‌های والدگری^۲ (باربر، ۲۰۰۱) به عنوان عوامل و تجربه‌های دوره کودکی نام برد.

استالارد (۲۰۰۷) چهار دسته از تجارب اولیه زندگی را مطرح می‌کند که وقتی با نیازهای هیجانی اساسی افراد در دوره کودکی تداخل می‌یابند، تأثیرات عمیق و پایداری بر جا خواهند گذاشت. دسته اول، ناکامی شدید نیازهاست. منظور از ناکامی شدید نیازها عدم برخورداری از تجارب خوشایند در دوره کودکی است که موجب می‌شود کودک نادیده انگاشته شدن یا مورد غفلت بودن را در کودکی تجربه کند. دسته دوم، آسیب‌های روانی و قربانی شدن است؛ کودک آسیب جدی روانی یا جسمانی می‌بیند و بدرفتاری‌ها و مصیبت‌های کودکی را تجربه می‌کند. دسته سوم، تجارب خوشایند افراطی است که در آن خواسته‌های کودک بدون هیچ محدودیتی برطرف می‌شود که این نیز می‌تواند به نوعی تجربه بی‌توجهی و نادیده انگاشته شدن توسط والدین باشد. دسته چهارم، همانندسازی کودک با افراد مهم زندگی^۳ و درونی‌سازی انتخابی^۴ است که در شیوه‌های

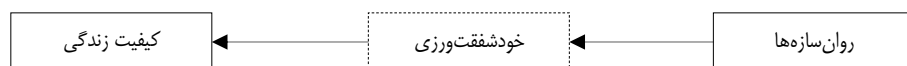
1. quality of life 3. identification with significant others
2. parenting style 4. selective internalization

5. schema 6. state self-compassion

7. reflective self-knowledge

خانوادگی پرتنیدگی و نوع واکنشی که والدین در مواجهه با شکست‌ها یا دشواری‌های زندگی نشان می‌دهند، بر خودشفقت‌ورزی اثر منفی می‌گذارد. خودشفقت‌ورزی، بیانگر حمایت عاطفی فرد از خود و دیگران در مواجهه با سختی‌ها و کاستی‌هاست (یارنل و نف، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند خودشفقت‌ورزی با سطوح مختلف سلامت روانی همچون اضطراب پایین، مقابله کارآمد (نف، سیه و دجیترات، ۲۰۰۵)، کاهش عاطفه منفی (لیری، تیت، آدامز، آلن و هانکوک، ۲۰۰۷)، پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی (نف، کیرک‌پاتریک و رود، ۲۰۰۷) و شادکامی، خوش‌بینی، کنجکامی و نوآوری (سلیگمن و چیکسنت‌میهایلی، ۲۰۰۰) همبستگی دارد. بنابراین، می‌توان مدل فرضی نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌نا یافته اولیه و کیفیت زندگی را مطرح کرد (شکل ۱).

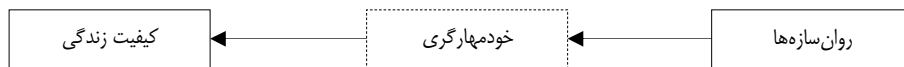
به‌فرد دانستن خود در شکست‌ها و داشتن نواقص و کاستی‌ها، آنها را در میان تمامی انسان‌ها مشترک می‌داند (نف، ۲۰۰۳ الف، ۲۰۰۳ ب). گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که افرادی که در کودکی از حمایت‌های مراقب برخوردار باشند، می‌توانند از خود مراقبت کنند و به خود شفقت ورزند. در مقابل، کسانی که در معرض پرخاشگری و انتقاد مداوم از سوی مراقبان خود قرار گرفته باشند، به رفتارهای خودانتقادگرانه بیشتر گرایش دارند. یانگ و دیگران (۲۰۰۳) در مدل مفهومی خود گروهی را معرفی می‌کنند که باور اساسی آنها این است که برای جلوگیری از انتقاد و فرار از فشارهایی که خانواده به آنها می‌آورند، باید معیارهایی بلندپروازانه درباره رفتار و عملکرد خود داشته باشند و حتماً طبق آن نیز عمل کنند. بررسی نف و مک‌گی (۲۰۱۰) نیز نشان داد روابط مادری انتقادگرانه، روابط



شکل ۱. مدل فرضی نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌نا یافته اولیه و کیفیت زندگی

خودمهارگری را ظرفیت تغییر پاسخ‌ها به منظور قرار دادن آنها در راستای استانداردها، ارزش‌ها و اخلاقیات برای اهداف بلندمدت تعریف می‌کنند (داکورت و کرن، ۲۰۱۱). این متغیر با برانگیختگی هیجانی کمتر (فابز و دیگران، ۱۹۹۹)، پرخاشگری کمتر در محیط کار (لاتام و پرلو، ۱۹۹۶)، مهارت اجتماعی بیشتر (دی و کیلدوف، ۲۰۰۳؛ محمدی‌مصیری، شفیع‌فرد، داوری و بشارت، ۱۳۹۱) و مشکلات بین شخصی کمتر (بشارت، خلیلی‌اردکانی و غلامعلی‌لواسانی، ۱۳۹۳) مرتبط است. بنابراین، خودمهارگری متغیر دیگری است که می‌تواند در مدل فرضی این پژوهش نقش واسطه‌ای در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌نا یافته اولیه و کیفیت زندگی داشته باشد (شکل ۲).

در مدل یانگ (۱۹۹۴)، حوزه‌ای از روان‌سازها مربوط به تجربه نکردن محدودیت‌های لازم و واقع‌بینانه است که در آن افراد در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل دارند. این افراد توانایی مهار برانگیختگی‌های خود را ندارند و نمی‌توانند ارضای نیازهای آنی خود را به تأخیر بیندازند. در این حوزه دو الگو متمایز وجود دارد: ۱) کسانی که خودشان را بالاتر از دیگران می‌دانند و در نتیجه حقوق و امتیازات خاصی برای خود قائلند (الگوی استحقاق/بزرگ‌منشی)^۱؛ ۲) کسانی که نمی‌توانند برای دستیابی به اهدافشان، خود را مهار و ناکامی را به‌قدر کافی تحمل کنند (الگوی خودمهارگری/انضباط شخصی ناکافی)^۲. محققان



شکل ۲. مدل فرضی نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌نا یافته اولیه و کیفیت زندگی

با استناد به مدل نظری روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و یافته‌های پژوهشی مؤید نقش این روان‌سازه‌ها در آسیب‌های روان‌شناختی، پژوهش حاضر، علاوه بر بررسی روابط بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی، نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری را در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار می‌دهد. این مطالعه، فراسوی سنجش روابط بین متغیرها، مکانیزم‌های احتمالی تأثیرگذاری روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه بر آسیب‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی را مشخص می‌کند؛ یافته‌هایی که می‌توانند پیامدهای نظری و عملی مهمی را در این حوزه داشته باشند.

روش

روش پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل تمام مردان و زنان ۱۷ تا ۶۰ سال ساکن شهر شیراز در سال ۱۳۹۲ بود. تعداد نمونه ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن، ۱۸۲ مرد) بود که به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. شرایط شرکت در پژوهش شامل رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و نداشتن بیماری جسمی یا روان‌شناختی مستلزم مصرف دارو یا بستری شدن بود. به علت بزرگی نمونه پژوهش حاضر که شامل جمعیت عمومی شهر شیراز می‌شد، از نمونه‌برداری در دسترس استفاده شد برای افزایش سطح معرف بودن نمونه مورد نظر و در نتیجه کاهش خطا در تبیین نتایج، باید محل‌ها و مکان‌هایی برای نمونه‌برداری انتخاب می‌شد که مورد استفاده همگانی و عموم باشد و افراد از طبقات اجتماعی-اقتصادی مختلف در آن حضور داشته باشند. با توجه به این موضوع، پارک‌های سطح شهر به عنوان محل پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش در نظر گرفته شد. بدین منظور، چهار پارک بزرگ و پررفت و آمد در چهار منطقه مختلف شهر شیراز انتخاب و برای اجرا به آنجا مراجعه شد. پس از جلب مشارکت آزمودنی‌ها و توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت فردی ارائه شدند. زمان تقریبی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۴۰ تا ۵۴ دقیقه بود. شرکت‌کنندگان مختار بودند در هر مرحله از اجرای پژوهش،

به هر دلیل به همکاری خود پایان دهند. از مجموع ۳۹۱ نفر شرکت‌کننده، ۱۸۲ نفر (۴۶/۵ درصد) مرد و ۲۰۹ نفر (۵۳/۵ درصد) زن بودند. میانگین سن زنان ۲۷ سال با دامنه ۱۷ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۹/۰۵ و میانگین سن مردان ۲۷/۳ سال با دامنه ۱۷ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۹/۵۱ بود. سطح تحصیلات ۲۳۶ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۰/۴ درصد) فوق دیپلم و کارشناسی، ۷۶ نفر (۱۹/۴ درصد) کارشناسی‌ارشد و دکتری، ۷۱ نفر (۱۸/۲ درصد) دیپلم و هشت نفر (دو درصد) سیکل و پایین‌تر بود. تعداد ۲۵۶ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۵/۵ درصد) مجرد و ۱۳۵ نفر (۳۴/۵ درصد) متأهل بودند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

فرم کوتاه پرسشنامه روان‌سازه یانگ^۱ (یانگ و براون،

۱۹۹۹). این فرم یک پرسشنامه ۷۵ ماده‌ای است که ۱۵ روان‌سازه سازش‌نیافته اولیه را می‌سنجد. هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (نمره یک) تا کاملاً درست (نمره شش) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در هر روان‌سازه با جمع نمره‌های پنج ماده مربوط به آن روان‌سازه به دست می‌آید که دامنه آن در هر روان‌سازه از ۵ تا ۳۰ است. نمره‌های بالا نشان‌دهنده وجود روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه بیشتر در فرد است. اولین پژوهش جامع برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط اشمیت، جوینر، یانگ و تلچ، (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج این پژوهش‌ها نشان دادند ضرایب آلفای هر روان‌سازه سازش‌نیافته اولیه، از ۰/۸۳ (برای روان‌سازه خودتحوّل‌نیافته/ گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای روان‌سازه نقص/شرم) و ضریب اعتبار بازمایی^۲ در جمعیت غیربالیینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه-شناسی اختلال‌های شخصیت، روایی و همگرایی افتراقی^۳ خوبی نشان داده است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این مقیاس، در نمونه‌ای از ۳۸۷ نفر دانشجو (۲۵۲ دختر و ۱۳۵ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی هر یک از روان‌سازه‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ (برای ایثار) تا ۰/۸۳ (برای وابستگی/بی‌کفایتی) به دست آمد. این ضرایب برای

1. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ, SF)

2. test-retest reliability

3. discriminant

نصیری، ۱۳۸۵).

مقیاس خودشفقت‌ورزی^۶ (نف، ۲۰۰۳). این مقیاس دارای ۲۶ ماده است که شش بعد مختلف خودشفقت‌ورزی را اندازه‌گیری می‌کند: مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات بشری، انزواجویی، به‌شیری و بیش‌هماندسازی. پاسخ‌ها در یک طیف پنج درجه‌ای از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. تحقیقات پیشین در نمونه آمریکایی بیانگر همسانی درونی خوب این مقیاس است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ محاسبه شده است (نف، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان داده‌اند خودشفقت‌ورزی، دارای روایی همزمان^۷ (برای مثال، همبستگی منفی با خودانتقادگری^۸)، روایی همگرا (همبستگی معنادار با نمره درمانگران از خودشفقت‌ورزی)، روایی افتراقی (عدم همبستگی با خودشیفتگی یا مقبولیت اجتماعی) و اعتبار بازآزمایی است (نف، ۲۰۰۳؛ نف و دیگران، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس خودشفقت‌ورزی در یک نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (انجدانی، ۱۳۸۹).

مقیاس خودمهارگری^۹ (تنگنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴). این مقیاس دارای ۱۳ ماده است که برای ارزیابی توانایی تسلط و تغییر پاسخ‌های درونی افراد (مانند افکار و احساس‌ها)، جلوگیری از تمایلات رفتاری نامقبول (مانند برانگیختگی‌ها) و توانایی ایستادگی در کارهای مهم، طراحی شده است. پاسخ‌ها در یک طیف پنج درجه‌ای از یک (اصلاً شبیه من نیست) تا پنج (خیلی شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شوند. ماده‌هایی که دارای کلمه‌های منفی هستند، به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، نمره‌های بالا در کل مقیاس نشان‌دهنده سطوح بالای خودمهارگری است. همسانی درونی این مقیاس در دو مطالعه جداگانه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است (تنگنی و دیگران، ۲۰۰۴). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس خودمهارگری در یک نمونه ایرانی ۰/۷۴ گزارش شده است (طاهباز، حسین‌زاده، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰).

نپذیرفتن و اجتناب از بلا تکلیفی^۱، ۰/۸۷، برای بلا تکلیفی بازدارنده از عمل^۲، ۰/۸۴ و برای نمره کل تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی ۰/۸۹ محاسبه شد (آهی، محمدی‌فر و بشارت، ۱۳۸۶). روایی سازه^۳، همگرا^۴ و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه روان‌سازه یانگ از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا (SCL-25؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان دادند بین نمره آزمودنی‌ها در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه روان‌سازه یانگ با مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا همبستگی مثبت معنادار ($P < 0.001$) وجود دارد. نتایج مقدماتی تحلیل عاملی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی نشان داد ۱۱ عامل از پرسشنامه روان‌سازه یانگ استخراج می‌شود که در مجموع ۶۵/۸۵ درصد از کل واریانس آن را تبیین می‌کند (آهی و دیگران، ۱۳۸۶).

فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی^۵ (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). این مقیاس با ۲۶ ماده، کیفیت زندگی را در چهار بُعد سلامت جسمانی مانند قدرت حرکت و فعالیت‌های زندگی روزمره؛ سلامت روانی مانند احساس‌های منفی، احساس‌های مثبت و اعتماد به خود؛ روابط اجتماعی شامل روابط شخصی و حمایت اجتماعی؛ سلامت محیطی مانند منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی؛ و دو ماده در مورد کیفیت زندگی کلی، می‌سنجد. پاسخ تمامی ماده‌ها در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (اصلاً) تا پنج (بی‌نهایت) و دامنه نمره فرد در این مقیاس از ۲۶ تا ۱۳۰ است. روایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش‌های خارجی (اسکوینگتون، لاتفی و اوکانل، ۲۰۰۴؛ زائو و دیگران، ۲۰۰۶) تأیید شده است. گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶)، ضریب همبستگی بین کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها را از ۰/۵۳ تا ۰/۷۸ و بین زیرمقیاس‌ها را از ۰/۵۱ تا ۰/۶۴ گزارش کرده است. در مجموع، ضرایب روایی و اعتبار به دست آمده حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای کیفیت زندگی در بین نمونه‌های ایرانی است (نجات، منتظری، هلاکوئی‌نائینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵).

1. unacceptability and avoidance of uncertainty
2. uncertainty leading to inability to act
3. construct validity
4. convergent validity
5. World Health Organization Quality of Life-Brief (WHOQOL)

6. Self-Compassion Scale (SCS)
7. concurrent validity
8. self-criticism
9. Self-Control Scale (SCS)

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد پنج حوزه روان‌سازه‌ای، خودشفقت‌ورزی، خودمهارگری و کیفیت زندگی را به تفکیک مرد و زن نشان می‌دهد. نتایج نشان دادند بین روان‌سازه‌ها و کیفیت زندگی همبستگی منفی معنادار وجود دارد: ره‌اشدگی و طرد

با کیفیت زندگی ($r = -.37, P < .01$)، خودپیروی و عملکردمختل با کیفیت زندگی ($r = -.34, P < .01$)، حدنارسایی با کیفیت زندگی ($r = -.31, P < .01$)، دیگرمحوری با کیفیت زندگی ($r = -.27, P < .01$)، بیش‌گوش‌به‌زندگی و بازداری با کیفیت زندگی ($r = -.26, P < .01$).

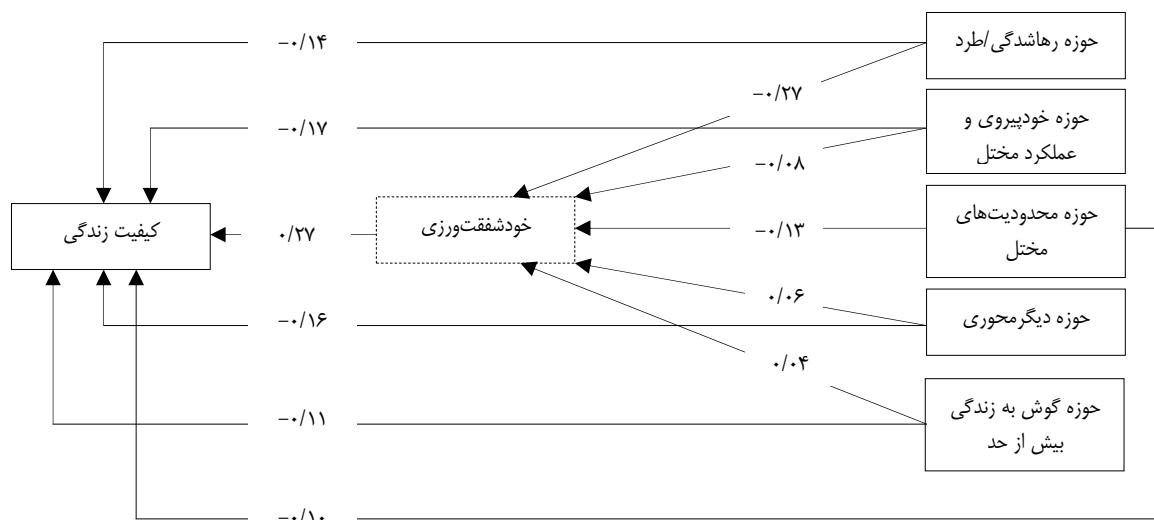
جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد پنج حوزه روان‌سازه‌ای، خودشفقت‌ورزی، خودمهارگری و کیفیت زندگی

متغیر	مرد		زن		کل	
	SD	M	SD	M	SD	M
ره‌اشدگی و طرد	۲۲/۹۳	۶۲/۲۷	۲۰/۵۸	۵۹/۰۱	۲۱/۷۴	۶۱/۰۵
خودپیروی و عملکرد مختل	۱۶/۴۵	۴۱/۹۵	۱۵/۷۹	۳۹/۷۶	۱۶/۱۰	۴۰/۳۶
حدنارسایی	۸/۵۷	۲۹/۲۷	۱۰/۲۹	۲۹/۶۶	۹/۵۲	۲۹/۵۰
دیگرمحوری	۸/۴۴	۲۷/۵۰	۹/۲۶	۲۷/۸۴	۸/۹۸	۲۷/۷۶
بیش‌گوش‌به‌زندگی و بازداری	۹/۰۸	۳۱/۴۳	۹/۱۳	۳۰/۷۰	۹/۲۰	۳۱/۱۲
خودشفقت‌ورزی	۱۰/۸۲	۷۸/۵۴	۱۱/۶۶	۷۴/۶۱	۱۱/۴۰	۷۶/۴۵
خودمهارگری	۶/۰۸	۴۱/۰۹	۵/۱۵	۴۲/۸۷	۵/۶۳	۴۲/۴۰
کیفیت زندگی	۱۱/۸۴	۸۸/۷۶	۱۱/۷۳	۸۸/۹۶	۱۱/۷۷	۸۸/۸۷

به منظور آزمون نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نایافته اولیه و کیفیت زندگی از روش تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها نشان دادند مدل فرضی پژوهش تأیید می‌شود. در جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودشفقت‌ورزی و

کیفیت زندگی گزارش شده است. شکل ۳ ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نایافته اولیه و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. در این مدل، تأثیر مستقیم متغیرها، بالای پیکان ویژه‌ای که رابطه بین دو متغیر را نشان می‌دهد، درج شده است.



شکل ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نایافته اولیه و کیفیت زندگی

حدنارسایی با ضریب مسیر $-0/13$ به میزان $1/69$ درصد از واریانس خودشفقت‌ورزی را تبیین می‌کند. حوزه گوش‌به‌زندگی بیش از حد در هیچ کدام از دو مسیر ضریب معناداری نداشت. همچنین پنج حوزه در قالب مدل نهایی 13 درصد از واریانس خودشفقت‌ورزی و 24 درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

در جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودشفقت‌ورزی و کیفیت زندگی گزارش شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، حوزه خودپیروی و عملکرد مختل با ضریب مسیر $-0/17$ به میزان $2/89$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. همچنین حوزه دیگر محوری با ضریب مسیر $0/16$ به میزان $2/56$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. خودشفقت‌ورزی نیز با ضریب مسیر $0/27$ به میزان $7/29$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در مسیر حوزه‌های روان‌سازه‌ای و خودشفقت‌ورزی حوزه رهاشدگی/طرد با ضریب مسیر $-0/27$ به میزان $7/29$ درصد از واریانس خودشفقت‌ورزی و حوزه

جدول ۲

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودشفقت‌ورزی و کیفیت زندگی

مسیرها	β	t
اثر حوزه رهاشدگی / طرد بر خودشفقت‌ورزی	$-0/14$	$-3/59^{**}$
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر خودشفقت‌ورزی	$-0/06$	$-1/02$
اثر حوزه حدنارسایی بر خودشفقت‌ورزی	$-0/16$	$-2/21^*$
اثر حوزه دیگر محوری بر خودشفقت‌ورزی	$0/08$	$0/90$
اثر حوزه بیش گوش‌به‌زندگی بر خودشفقت‌ورزی	$0/05$	$0/62$
اثر حوزه رهاشدگی / طرد بر کیفیت زندگی	$-0/07$	$-1/93$
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر کیفیت زندگی	$-0/12$	$-2/31^*$
اثر حوزه حدنارسایی بر کیفیت زندگی	$-0/12$	$-1/70$
اثر حوزه دیگر محوری بر کیفیت زندگی	$0/21$	$2/63^{**}$
اثر حوزه بیش گوش‌به‌زندگی بر کیفیت زندگی	$-0/13$	$-1/83$
اثر خود شفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی	$0/27$	$5/67^{**}$

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

$-0/04$ ، $0/02$ و $0/01$ به دست آمده است. با توجه به این نتایج حوزه رهاشدگی/طرد و حوزه حدنارسایی بر کیفیت زندگی با واسطه‌گری خودشفقت‌ورزی دارای رابطه معنادار است. با توجه به اثرهای مستقیم و غیرمستقیم به دست آمده از این مدل، اثر کلی خودشفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی $0/27$ است.

میزان اثر غیرمستقیم روان‌سازه‌ها (متغیرهای برون‌زاد) بر کیفیت زندگی (متغیر درون‌زاد) در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهند اثر حوزه رهاشدگی/طرد، خودپیروی و عملکرد مختل، حدنارسایی، دیگر محوری و بیش گوش‌به‌زندگی بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی به ترتیب به میزان $-0/02$ ، $-0/04$ ،

جدول ۳

ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل مربوط به نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی

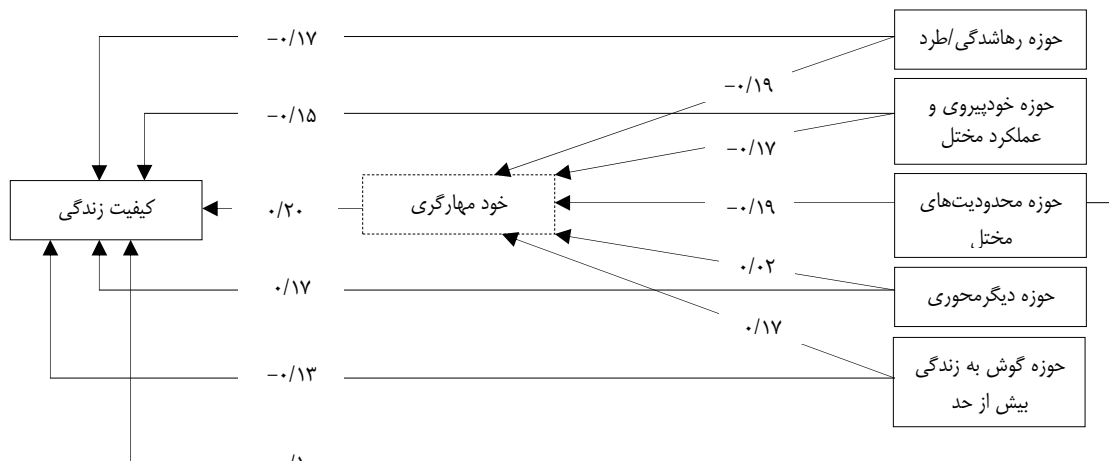
مسیرها	اثر غیرمستقیم	t
اثر حوزه رهاشدگی / طرد بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی	$-0/04$	$-3/03^*$
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی	$-0/02$	$-1/00^{**}$
اثر حوزه حدنارسایی بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی	$-0/04$	$-2/06^{**}$
اثر حوزه دیگر محوری بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی	$0/02$	$0/89^{**}$
اثر حوزه بیش گوش‌به‌زندگی بر کیفیت زندگی به واسطه خودشفقت‌ورزی	$0/01$	$0/62^{**}$

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

خودمهارگری، حوزه ره‌اشدگی/طرد با ضریب مسیر $-0/19$ به میزان $3/61$ درصد از واریانس خودمهارگری، حوزه خودپیروی و عملکردمختل با ضریب مسیر $-0/17$ به میزان $2/89$ درصد از واریانس خودمهارگری، حوزه حدنارسایی با ضریب مسیر $-0/19$ به میزان $3/61$ درصد از واریانس خودمهارگری و حوزه بیش‌گوش‌به‌زندگی با ضریب مسیر $0/17$ به میزان $2/89$ درصد از واریانس خودمهارگری را تبیین می‌کنند. حوزه دیگرجهت‌مندی با ضریب مسیر $0/02$ با خودمهارگری و حوزه حدنارسایی با ضریب مسیر $-0/10$ با کیفیت زندگی رابطه معنادار نداشتند. در کل، پنج حوزه روان‌سازه‌ای 15 درصد از واریانس خودمهارگری و 21 درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

در جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودمهارگری و کیفیت زندگی گزارش شده است.

در جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودمهارگری و کیفیت زندگی گزارش شده است. شکل ۴ ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، حوزه ره‌اشدگی/طرد با ضریب مسیر $-0/17$ به میزان $2/89$ درصد از واریانس کیفیت زندگی، حوزه خودپیروی و عملکرد مختل با ضریب مسیر $-0/15$ به میزان $2/25$ درصد از واریانس کیفیت زندگی، حوزه دیگرمحوری با ضریب مسیر $0/17$ به میزان $2/89$ درصد از واریانس کیفیت زندگی و حوزه بیش‌گوش‌به‌زندگی با ضریب مسیر $-0/13$ به میزان $1/69$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. خودمهارگری نیز با ضریب مسیر $0/20$ به میزان 4 درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در مسیر حوزه‌های روان‌سازه‌ای و



شکل ۴. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی

جدول ۴
ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازه‌ها، خودمهارگری و کیفیت زندگی

مسیرها	β	t
اثر حوزه ره‌اشدگی / طرد بر خودمهارگری	$-0/05$	$-2/65^{**}$
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر خودمهارگری	$-0/06$	$-2/24^*$
اثر حوزه حدنارسایی بر خودمهارگری	$-0/11$	$-3/13^{**}$
اثر حوزه دیگرمحوری بر خودمهارگری	$0/01$	$0/32$
اثر حوزه بیش‌گوش‌به‌زندگی بر خودمهارگری	$0/11$	$2/83^{**}$
اثر حوزه ره‌اشدگی / طرد بر کیفیت زندگی	$-0/09$	$-2/38^*$
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر کیفیت زندگی	$-0/11$	$-2/09^*$
اثر حوزه حدنارسایی بر کیفیت زندگی	$-0/12$	$-1/64$
اثر حوزه دیگرمحوری بر کیفیت زندگی	$0/22$	$2/77^{**}$
اثر حوزه بیش‌گوش‌به‌زندگی بر کیفیت زندگی	$-0/16$	$-2/17^*$
اثر خودمهارگری بر کیفیت زندگی	$0/41$	$4/01^{**}$

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

زندگی به واسطه خودمهارگری به ترتیب به میزان $0.2/0-$ ، $0.2/0-$ ، $0.4/0-$ ، $0.1/0$ و $0.4/0$ است. نتایج نشان می‌دهند حوزه رهاشدگی/طرده، حوزه حدنارسایی و حوزه بیش گوش‌به‌زنگی با کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری دارای رابطه معنادار هستند.

جدول ۵ ضرایب استاندارد مربوط به مسیرهای غیرمستقیم اثر حوزه‌های روان‌سازه‌ای بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثر حوزه رهاشدگی/طرده، خودپیروی و عملکرد مختل، حدنارسایی، دیگرمحوری و بیش گوش‌به‌زنگی بر کیفیت

جدول ۵

ضرایب استاندارد مسیرهای غیر مستقیم موجود در مدل مربوط به نقش واسطه‌ای خودمهارگری

مسیرها	اثر غیرمستقیم	β
اثر حوزه رهاشدگی / طرد بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری	-0.2	-0.221*
اثر حوزه خودپیروی و عملکرد مختل بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری	-0.2	-0.196
اثر حوزه حدنارسایی بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری	-0.4	-0.247*
اثر حوزه دیگرمحوری بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری	0.1	0.133*
اثر حوزه بیش گوش‌به‌زنگی بر کیفیت زندگی به واسطه خودمهارگری	0.4	0.231*

* $P < 0.05$

بحث

کسانی که روان‌سازه‌شان در حوزه خودپیروی و عملکرد مختل قرار دارد، انتظارشان از خود و محیط با توانایی‌شان برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها در تعارض قرار می‌گیرد. این افراد دارای اعتماد به خود پایین هستند، نمی‌توانند مستقل از خانواده کاری انجام دهند، دائم نگران آسیب دیدن یا بیمار شدن هستند، بدون افراد مهم زندگی‌شان هویت مستقلی ندارند و مدام در انتظار شکست به سر می‌برند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). بنابراین، این افراد نمی‌توانند با گروه همسالان و مراجع قدرت تعامل‌های مناسب اجتماعی برقرار کنند. این وضعیت، تنیدگی دائمی را بر آنها تحمیل می‌کند که باعث می‌شود سیستم عصبی مربوط به ستیز و گریز در آنها پیوسته فعال باشد و مشکلات جسمانی را تجربه کنند. همچنین، به دلیل انتظار مداوم شکست دچار درماندگی آموخته‌شده می‌شوند. در نتیجه، حوزه خودپیروی و عملکرد مختل ابعاد سلامت روانی، سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی را در این افراد به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کسانی که روان‌سازه‌هایشان در حوزه حدنارسایی قرار دارد، در ایجاد محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و جهت‌گیری نسبت به اهداف بلندمدت زندگی، ناتوان هستند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). این افراد به دلیل اینکه نمی‌توانند حقوق دیگران را رعایت کنند، گرفتار مسائل قانونی در سطح اجتماع می‌شوند و چون به دنبال کسب قدرت و

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند بین روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه و کیفیت زندگی رابطه منفی وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظر بک (۲۰۰۵) روان‌سازه‌ها که ریشه در باورهای ناکارآمد کودکی دارند، از طریق ایجاد خطاهای شناختی، در طول دوران بزرگسالی باعث ایجاد مشکلات مختلفی در ارتباط با خود فرد یا دیگران می‌شوند (شاه و والر، ۲۰۰۰). فعال شدن روان‌سازه‌های سازش‌نیافته اولیه زمینه را برای اختلال‌های روان‌شناختی (برای مثال، رایت، کروافورد و کاستیلو، ۲۰۰۹؛ هالورسون و دیگران، ۲۰۱۰) و مشکلات اجتماعی (جانوسک و دیگران، ۲۰۱۳) فراهم می‌سازد. این اختلال‌ها می‌توانند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال، کسانی که دارای روان‌سازه‌های حوزه رهاشدگی/طرده هستند نیاز به دل‌بستگی ایمن آنان در دوران کودکی به‌طور مناسب برآورده نشده و در دوران بزرگسالی در روابط خود دارای بی‌ثباتی هستند و از رابطه‌ای به رابطه دیگر پناه می‌برند. در نتیجه، اختلال در روابط اجتماعی فرد ایجاد می‌شود و وی را مستعد افسردگی می‌سازد (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). بنابراین، حوزه اول روان-سازه‌های سازش‌نیافته اولیه، یعنی رهاشدگی/طرده، با تأثیر بر روابط اجتماعی و سلامت روانی، به‌طور منفی با کیفیت زندگی ارتباط دارد.

بالاتکلیفی است (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). در نتیجه، حوزه پنجم روان‌سازدها یعنی بیش گوش به‌زنگی/ بازداری، با تأثیر منفی بر بعد سلامت روانی، کیفیت زندگی را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته‌های پژوهش نشان دادند خودشفقت‌ورزی در رابطه بین روان‌سازدهای رهاشدگی/طرد و حدنارسایی با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه خودشفقت‌ورزی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (برای مثال، تاناکا، وکرل، اشماک و پالگیابوئک، ۲۰۱۱؛ یارنل و نف، ۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان چند احتمال را مطرح کرد. افرادی که روان‌سازدهایشان در حوزه رهاشدگی/طرد قرار دارد، نیازهایشان برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، درمیان گذاشتن احساس‌ها، پذیرش و احترام ارضا نشده است. روان‌سازدهای این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به‌وجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیرقابل پیش‌بینی یا بدرفتار هستند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نشان دادند افرادی که از روابط حمایت‌گرانه مراقب‌شان برخوردارند می‌توانند از خود مراقبت کنند و به خود شفقت ورزند. در مقابل کسانی که در معرض پرخاشگری و انتقاد مداوم از سوی مراقب بوده‌اند، به رفتارهای خودانتقادگرانه بیشتر گرایش دارند. نف و مک‌گی (۲۰۱۰) مشاهده کردند روابط مادری انتقادگرانه، روابط خانوادگی پرتنیدگی و نوع واکنشی که والدین در مواجهه با شکست‌ها یا دشواری‌های زندگی نشان می‌دهند، بر خودشفقت‌ورزی اثر منفی می‌گذارد. در نتیجه، افرادی که روان‌سازدهای حوزه رهاشدگی/طرد دارند به دلیل نوع روابط با والدین و محیطی که در آن رشد کرده‌اند، خودشفقت‌ورزی پایین‌تری دارند. بر این اساس، روان‌سازدهای رهاشدگی/طرد از طریق تأثیر منفی بر خودشفقت‌ورزی، کیفیت زندگی را تضعیف می‌کنند.

روان‌سازده حدنارسایی، نقص در پذیرش محدودیت‌های درونی و بیرونی و احساس مسئولیت نسبت به دیگران را در فرد به وجود می‌آورد. این افراد برای ارضای تمایلات خود، بدون همدلی با دیگران یا بدون توجه به نیازها و احساس‌های آنها، به رقابت افراطی یا مهار رفتارهای دیگران روی می‌آورند

برتری‌جویی هستند، تعامل‌های اجتماعی مناسبی برقرار نمی‌کنند. در نتیجه، نه تنها در سطح اجتماعی دچار انزوا و شکست می‌شوند، بلکه به همین دلیل مسائل دچار مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی نیز خواهند شد. بنابراین، حوزه سوم روان‌سازدها یعنی حوزه حدنارسایی، با تأثیر بر بعد روابط اجتماعی و بعد سلامت روانی، کیفیت زندگی این افراد را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

افرادی که در حوزه دیگرمحوری نمره‌های بالایی می‌گیرند، تمایلات، احساس‌ها و پاسخ‌های دیگران را در اولویت قرار می‌دهند به گونه‌ای که نیازهای خودشان را نادیده می‌گیرند. این افراد در کودکی پذیرش مشروط داشته‌اند و برای دستیابی به عشق و پذیرش دیگران باید جنبه‌های مهم شخصیت خود را نادیده می‌گرفتند. در این گروه، افرادی قرار دارند که به دلیل اطاعت افراطی، دچار خشم نهفته‌ای می‌شوند که در قالب نشانه‌هایی مانند رفتارهای منفعل-پرخاشگرانه، طغیان‌های عاطفی کنترل‌نشده، علائم روان‌تنی، کناره‌گیری از عواطف، برون‌ریزی و سوء مصرف مواد آشکار می‌شود (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). در نتیجه، حوزه دیگرمحوری با تأثیر منفی بر بعد سلامت روانی و سلامت جسمانی، کیفیت زندگی را در این افراد دچار اختلال می‌کند.

کسانی که روان‌سازدهایشان در حوزه بیش‌گوش به‌زنگی و بازداری قرار دارد، بر واپس‌زنی احساس‌ها، برانگیختگی‌ها و انتخاب‌های خودانگیخته یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف‌ناپذیر درونی‌شده در زمینه‌های مختلف تأکید افراطی دارند. روان‌سازدهای این حوزه اغلب منجر به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می‌شود (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). در بعضی از روان‌سازدهای این حوزه فرد انتظارات افراطی در زمینه‌های کاری، مالی یا بین‌شخصی از خود دارد که باعث می‌شود مرتکب اشتباه‌های شدیدی همچون ورشکستگی مالی، فقدان، تحقیر، سرافکندگی یا گرفتار شدن در یک موقعیت بد شود و در نهایت باعث می‌شود شخص احساس کند زندگی‌اش از هم پاشیده شده است. از آنجا که نتایج منفی و بالقوه چنین حالت‌هایی اغراق‌آمیز است، مشخصه این بیماران نگرانی مزمن، گوش به‌زنگی و

وضعیت جنبه افراطی دارد و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی را در پی خواهد داشت. نتایج پژوهش‌ها (بامیستر، هترتون و تیس، ۱۹۹۴؛ بشارت و دیگران، ۱۳۹۳) نیز نشان داده‌اند بیشتر مشکلات شخصی و اجتماعی ناشی از نقص در خودمهارگری است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت روان‌سازها از طریق نارسایی در خودمهارگری، ابعاد روابط اجتماعی و سلامت روانی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

دستاوردها و پیامدهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌توانند با تبیین نحوه اثرگذاری عوامل مربوط به دوران کودکی همچون روان‌سازها، خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در زمینه کیفیت زندگی کمک کنند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روان‌شناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری روان‌سازهای سازش‌نیافته اولیه و سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر رابطه روان‌سازها با کیفیت زندگی شود. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان در جهت تدوین برنامه‌ها و مداخله‌های آموزشی-درمانگری در سازمان‌های ذیربط جهت آموزش راه‌های ارتقای کیفیت زندگی و نیز راه‌های کنترل عوامل مداخله‌کننده در آن، استفاده کرد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت اولاً روان‌سازها نقشی تعیین‌کننده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی دارند؛ ثانیاً این تأثیرگذاری تا حدودی به صورت غیرمستقیم و به واسطه متغیرهایی چون خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری صورت می‌گیرد. آیا متغیرهای روان‌شناختی دیگر هم ممکن است چنین نقشی داشته باشند؟ پاسخ به این پرسش می‌تواند در پژوهش‌های آینده مشخص شود.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که به صورت مقطعی انجام شده است، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. به دلیل داوطلب بودن شرکت‌کنندگان، تمایل و سوگیری مثبت داوطلبان برای شرکت در پژوهش باید به عنوان یک

(یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). این وضعیت، نقطه مقابل خودشفقت‌ورزی است که بر اساس آن خودمیان‌بینی فرد تشدید می‌شود و شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران تحلیل می‌رود. تحقیق آکین (۲۰۱۲) نشان داد نقص در خودشفقت‌ورزی با افکار خودآیند رابطه دارد و افکار خودآیند نیز زیربنای اختلال‌های روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب هستند (کالوت و کانر-اسمیت، ۲۰۰۵). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت حدنارسایی از طریق نارسایی در خودشفقت‌ورزی، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج این پژوهش نشان دادند خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازهای رهاشدگی/طرد، حدنارسایی و بیش‌گوش به زندگی با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه خودمهارگری و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (بشارت و دیگران، ۱۳۹۳؛ بولین و بائر، ۲۰۱۲؛ دنسون، کاپر، اوئاتن، فرایز و شوفیلد، ۲۰۱۱؛ موراون، ۲۰۰۸) همسو است. چند تبیین برای این یافته مطرح می‌شود. گانفردسون و هیرشی (۱۹۹۰)، منبع اصلی تغییرات در سطوح خودمهارگری را در فرایند جامعه‌پذیری دوران کودکی می‌دانند. پژوهشگران علاوه بر عشق و عاطفه والدین، بازیابی و اصلاح رفتار نادرست فرزندان توسط والدین را با سطوح بالای خودمهارگری مرتبط می‌دانند. افرادی که روان‌سازهایشان در حوزه رهاشدگی/طرد قرار دارد، دل‌بستگی ایمن و رضایت‌بخشی را تجربه نکرده‌اند. بنابراین، افرادی که در این حوزه قرار دارند به دلیل تجربه نکردن دل‌بستگی ایمن و روابط والد-فرزندی مناسب، دارای خودمهارگری پایین‌تری خواهند بود. روان‌سازهای حدنارسایی نیز مشکلات مربوط به رعایت حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت را به وجود می‌آورند. این مشکلات، توانایی فرد را در مهار برانگیختگی‌ها و به تأخیر انداختن ارضای نیازها در بزرگسالی تحلیل می‌برند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). روان‌سازهای بیش‌گوش‌به‌زندگی/بازداری، احساس‌ها و برانگیختگی‌های خودانگیخته را واپس می‌زنند. در این افراد، فداکاری بیش‌ازحد و خویش‌ستنداری بر خودانگیختگی و لذت غلبه دارد (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). خودمهارگری در این

نسخه ایرانی آن (IRQOL). مجموعه مقالات سومین سمینار
بهداشت روانی دانشجویان، ۳۶۹-۳۷۳.

Akin, A. (2012). Self-compassion and automatic thoughts.
Journal of Education, 42, 1-10.

Barber, B. K. (2001). Political violence, social inte-
gration, and youth functioning: Palestinian youth
from the Intifada. *Journal of Community Psycho-*
logy, 29, 259-280.

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation.* San Diego, CA, US: Academic Press.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy:
A 40-year retrospective. *Archives of General Psy-*
chiatry, 62, 953-959.

Beck, A. T., & Epstein, N. (1993). An inventory for
measuring clinical anxiety: Psychometric properties.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,
893-897.

Bowlin, S. L., & Baer, R. (2012). Relationships between
mindfulness, self-control, and psychological func-
tioning. *Personality and Individual Differences*, 52,
411-415.

Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion
increases self-improvement motivation. *Personality*
and Social Psychology Bulletin, 38, 1133-1143.

Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic
thoughts and psychological symptoms: A cross cul-
tural comparison of American and Spanish students.
Cognitive Therapy and Research, 29(2), 201-217.

Cohen, S., & Syme, S. L. (2001). *Social support and health.* New York: Academic Press.

**Costanza, R., Fishera, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., &
et al. (2007).** Quality of life: An approach integrating

محدودیت در نظر گرفته شود. همچنین جامعه آماری پژوهش
حاضر به جمعیت عمومی محدود می‌شود. بنابراین، به منظور
تفسیر و تعمیم یافته‌ها در زمینه ارتقای کیفیت زندگی جهت
گروه‌های بیمار، لازم است که جانب احتیاط رعایت شود.

منابع

آهی، ق.، محمدی‌فر، م. ع. و بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). پایایی و
اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. *مجله روان‌شناسی و*
علوم تربیتی، ۳، ۲۰-۵.

انجدانی، ا. (۱۳۸۹). نقش تعیین‌کننده خودشناسی انسجامی،
بهبودسیاری، حرمت خود و شفقت بر خود در نظم‌دهی هیجانات
ناشی از وقایع ناخوشایند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی
عمومی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع.، خلیلی‌اردکانی، ن. و غلامعلی‌لواسانی، م. (۱۳۹۳).
نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و
مشکلات بین شخصی. *علوم روان‌شناختی*، ۵۰، ۱۷۷-۱۵۱.

جلالی، ا.، سروقد، س. و سامانی، س. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای
روان‌بنده‌های شناختی در ارتباط با فرایند و محتوای خانواده و شیوه‌های
مقابله با تعارض. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹ (۳۳)،
۸۳-۹۲.

طاهبازحسین‌زاده، س.، قربانی، ن. و نبوی، م. (۱۳۹۰).
مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در
بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم. *روان‌شناسی معاصر*،
ع ۳۵-۴۶.

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکوئی‌نائینی، ک.، محمد، ک. و
مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی
سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله*
دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴، ۱۲-۱.

محمدی‌مصیری، ف.، شفیعی‌فرد، ی.، داوری، م. و بشارت،
م. ع. (۱۳۹۱). نقش خودمهارگری، کیفیت رابطه با والدین و
محیط مدرسه در سلامت روانی و رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان.
روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۳۲، ۳۹۷-۴۰۴.

نصیری، ح. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت
زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF) و تهیه

- maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 803-811.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010).** Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52, 671-690.
- Janusek, L. W., Tell, D., Albuquerque, K., & Mathews, H. L. (2013).** Childhood adversity increases vulnerability for behavioral symptoms and immune dysregulation in women with breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, 149-162.
- Johansson, P., Dahlström, U., & Broström, A. (2006).** Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 5-15.
- Koleck, M., Mazaux, J. M., Rasclé, N., & Schewitzer, M. B. (2006).** Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11.
- Latham, L. L., & Perlow, R. (1996).** The relationship of client-directed aggressive and non client-directed aggressive work behavior with self-control. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1027-1041.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007).** Self-compassion and reaction to unpleasant self-relevant events: The implication of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010).** Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.
- Day, D. V., & Kilduff, M. (2003).** Self-monitoring personality and work relationships: Individual difference in social network. In Barrick M. R. and Ryan A. M. (Eds.), *Personality and work: Reconsidering the role of personality in organizations* (pp. 205-228). San Francisco: Jossey-Bass.
- Denson, T. F., Capper, M. M., Oaten, M., Friese, M., & Schofield, T. P. (2011).** Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *Journal of Research in Personality*, 45, 252-256.
- Duckworth, A. L., & Kren, M. L. (2011).** A Meta analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality*, 45(3), 259-268.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I., & et al. (1999).** Regulation, emotionality, and preschoolers' socially competent peer interactions. *Child Development*, 70, 432-442.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006).** Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gottfredson, R., & Hirschi, T. (1990).** *The general theory of crime*. CA: Stanford University Press.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pederson, S. K., & et al. (2010).** Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Therapy and Research*, 34, 368-379.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012).** Early

- Shah, R., & Waller, G. (2000).** Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 19-25.
- Skevington, S. M., Loffy, M., & O'Connell, K. A. (2004).** The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of life Assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Stallard, P. (2007).** Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*, 10-18.
- Taquechel, A. E. G., Littleton, H. L., & Axson, D. (2011).** Social support, world assumptions, and exposure as predictors of anxiety and quality of life following a mass trauma. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 498-506.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011).** The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect, 35*, 887- 898.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004).** High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*, 271-324.
- Thimm, J. C. (2011).** Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences, 50*, 777-782.
- World Health Organization (1996).** *WHOQOL-BRIEF introduction, administration, scoring and generic disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. Psychological Medicine, 40*, 1647-1658.
- Muraven, M. (2008).** Autonomous self-control is less depleting. *Journal of Research in Personality, 42*, 763-770.
- Neff, K. D. (2003a).** Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-101.
- Neff, K. D. (2003b).** The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejithirat, K. (2005).** Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139-154.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010).** Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*(3), 225-240.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007).** Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139-154.
- Onyishi, I. E., Okongwu, O. E., & Ugwu, F. O. (2012).** Personality and social support as predictors of life satisfaction of Nigerian prisons officers. *European Scientific Journal, 8*, 110-125.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995).** The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295-301.
- Seligman, M. E., & Csikzentmihalya, M. (2000).** Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.)*.

Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Brown, G. (1999). *Young Schema Questionnaire-L3a*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishoar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

version of the assessment: Field trial version. WHO.

Wright, M. O. D., Crawford, E., & Castillo, D. D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68.

Yarnell, I. M., & Neff, K. D., (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159.

