Journal of Research in Psychological Health

December 2019, Volume 13, Issue 3

The Mediating Role of Self-Regulation Processes in Relation between Perceived Stress and Destructive Effects of Stress in Mothers with Children Suffering from Cancer.

Niloofar Kianrad[1], Hamid-Taher Neshatdoost[2*], Mehdi-Reza Sarafraz[3].

۱. *PhD student in Psychology, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.*
۲. **(Corresponding author): Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.*
۳. *Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.*

Citation: Kianrad N, Neshatdoost HT, Sarafraz MR. The mediating role of self-regulation processes in relation between perceived stress and destructive effects of stress in mothers with children suffering from cancer. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2019; 13(3): ۱۵-۳۰. [Persian]

Highlights

- Self-regulation processes mediate the relationship between perceived stress and destructive effects of stress

Abstract

The mediating role of self-regulation processes in relation between perceived stress and destructive effects of stress in mothers with children suffering from cancer.

The human mental organization has a behavioral regulative principle that operates based on certain conscious and unconscious needs. Experience of stress disrupts human mental structure and results in symptoms of psychological and physical disorders. One source of stress is caring for children with chronic diseases like cancer. Accordingly, this study investigates self-regulation mediational processes in the context of perceived stress in mothers of children diagnosed with cancer. The convenience sample of this study consisted of 245 mothers, who volunteered to participate and were administered the following questionnaires: Integrative self-knowledge; Self-control Scale; Self-compassion Scale; perceived stress and Chronic Self-Destructiveness Scale, body-symptoms checklist. Analysis of the survey data was carried out using structural equation modeling (SEM). The analysis suggests that perceived stress is mediated through self-regulation for self-destructiveness, physical symptoms, and unpleasant self-relevant through. Therefore, exposure to stress has destructive effects both in terms of physical symptoms and on an emotional and behavioral level. The authors concluded that self-regulation was a supportive variable, helping individuals cope better with unpleasant events, retrieve their ideal mental balance and maintain their mental organization. It is implied that based on a self-regulation model, effective management of one's mental organization can improve an individual's capacity to effectively cope with inevitable sources of stress.

Key words self-regulation, perceived-stress, integrative self-knowledge, self-control, self-compassion, cancer

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

نقش فرایندهای خودنظم‌دهی در ارتباط بین استرس ادراک‌شده و اثرات مخرب استرس؛ در مادرانِ کودکان مبتلا به سرطان

نیلوفر کیان‌راد[۱]، حمیدطاهر نشاط‌دوست[۲]، مهدی رضا سرافراز[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. (نویسنده مسئول)، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. H.neshat@edu.ui.ac.ir
۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

* مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۹/۹

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۱۰/۱۵

واژگان کلیدی
خودنظم‌دهی، استرس ادراک‌شده، خودشناسی انسجامی، خودمهارگری، شفقتِ خود، سرطان.

یافته‌های اصلی

- فرایندهای خودنظم‌دهی می‌تواند بین استرس ادارک شده و اثرات مخرب آن نقش واسطه‌گری داشته باشد.

چکیده

سازمان روانی انسان برای اغنای نیازهای هشیار و ناهشیار خود، بر اساس قوانینی عمل می‌کند که آن‌ها را اصول نظم‌دهنده‌ی رفتار می‌نامند. تجربه‌ی استرس تعادلِ سازمان روانی انسان را برهم می‌زند و درنتیجه، نشانه‌های اختلالات روانی و علائم جسمانی بر فرد عارض می‌شود. یکی از منابع استرس، داشتن فرزندِ بیمار است. بر این اساس در پژوهش حاضر به بررسی عوارض جسمانی و روانی استرس در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان پرداخته شد و نقشِ واسطه‌ای الگوی خودنظم‌دهی در کاهش این عوارض مورد بررسی قرار گرفت. ۲۴۵ مادر به مقیاس‌های استرس ادراک‌شده، چک‌لیست علائم بدنی، خودشناسی انسجامی، خودمهارگری، شفقتِ خود، هیجان‌های ناخوشایند و خودتخریب‌گری پاسخ دادند. نتایج نشان داد که خودنظم‌دهی قادر به میانجیگری ارتباط بین استرس ادراک‌شده با خودتخریبگری، علائم جسمانی و هیجانات ناخوشایند (پیامدهای مخرب استرس) است. بر اساس نتایج پژوهش، تجربه‌ی استرس با اثرات مخربی، هم در سطح علائم جسمانی و هم در سطح رفتار و هیجان همراه است. بنابراین داشتنِ ظرفیتِ درون روانی مناسب، فرد را برای مواجهه‌ی سازنده با منابع استرس مجهز می‌کند تا بتواند سریع‌تر و با عوارض کمتری به تعادل قبل از تجربه‌ی استرس بازگردد و نظم سازمان درون‌روانی خویش را حفظ کند. تلویحاً می‌توان مطرح کرد که بر اساس الگوی خودنظم‌دهی، داشتن یک مدیریت منسجم بر سازمان درون‌روانی خود، هم از نظر شناخت، هم هیجان و رفتار می‌تواند فرد را در داشتن ظرفیت تحمل بهینه برای استرس‌های اجتناب‌ناپذیر یاری کند.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

مقدمه

دنیای درون‌روانی انسان، سازمانی است شامل هیجان، شناخت و رفتار که برای عملکرد بهینه و ارضای نیازهای هشیار و ناهشیار خود به‌صورت منسجم، بر اساس قوانینی عمل می‌کند که آن‌ها را اصول نظم‌دهنده‌ی رفتار می‌نامند (۱). از طرفی تجربه‌ی استرس تغییرات مختلفی را در تعادل و نظم سیستم روان‌شناختی فرد ایجاد می‌کند که این بر هم خوردن نظم درون‌روانی، بر اساس شاخص‌های درونی فرد می‌تواند به تجربه‌ی علائم و نشانگان جسمانی و روانی منجر شود و مسیر رشد بهینه‌ی او را با دشواری مواجه سازد (۲). به هم خوردن تعادل و توقف یا انحراف از مسیر رشد، موجب برانگیختن خودنظم‌دهی می‌شود و بازگشت به تعادل پس از تغییر، طی فرایندی به نام خودنظم‌دهی[۱]رخ می‌دهد. الگوی خودنظم‌دهی (۳،۴) شامل سه مؤلفه‌ی اساسی است؛ خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و شفقتِ خود که نقش هر کدام در کاهش استرس، به‌طور جداگانه در ادبیات پژوهشی تأیید شده است. از سوی دیگر بر اساس شواهد پژوهشی (۵،۲،۶) هنگامی‌که این مؤلفه‌ها به‌تنهایی در کاهش استرس یا مدیریت هیجانات مطرح می‌شوند، درنهایت پاسخ‌دهی جامع‌ومانعی نخواهد داشت. ازاین‌رو پژوهشگران در این پژوهش به تدوین الگوی جامعی که هر سه مؤلفه را در برداشته باشد و به شکل همه‌جانبه‌تری عوارض مخرب را هدف قرار دهد، پرداختند. ازآنجاکه عوارض جسمی و روانی ناشی از استرس، حوزه‌های متعددی از زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها را در برمی‌گیرد، پس الگوهای تعدیل‌گر تبیین‌کننده‌ی مکانیسم اثر استرس نیز باید بتواند این ابعاد را پوشش دهند (۷،۸). استرس حالتی است که سبب آشفتگی کارکردهای روان‌شناختی یا فیزیولوژیک بهنجار فرد می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که هرچه فرد رخدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کند یا وقایعی را تجربه کند که شدت فشار روانی‌شان زیاد است، به احتمال بیشتری دچار انواع اختلالات روانی و همچنین جسمانی می‌شود (۹،۱۰). استرس را می‌توان به‌عنوان یک رویداد غیرقابل‌اجتناب (این رویداد می‌تواند، جسمانی، روانی یا هیجانی باشد)، مطرح کرد که سلامت فرد را به خطر می‌اندازد (۸، ۱۱، ۱۲). بنابراین، به نظر می‌رسد یکی از راه‌های پیشگیری از بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی و همچنین راه‌های کاهشِ آسیب‌های مرتبط، یافتن الگویی تعدیل‌گر است. استرس، وضعیت یا حالتی است که در آن شخص محیط را فراتر از منابع خود یا به خطر اندازنده‌ی سلامتش ارزیابی می‌کند و ازآنجاکه منبع استرس حذف‌شدنی نیست و فرد ناگزیر از مواجهه است، بنابراین، در پی ابراز واکنش برمی‌آید (۱۳، ۱۴). واکنش تکاملی ارگانیسم انسانی به استرس، پاسخ جنگ،[۲] گریز[۳] یا بی‌حرکت شدن[۴] است. این واکنش‌ها در مواجهه با شرایط استرس‌زا فعال می‌شوند و با ایجاد تغییراتی در وضعیت الکتروفیزیولوژیک بدن، فرد را برای مقابله آماده می‌کنند. البته، این شرایط موقت بوده و پس از حذف عامل استرس‌زا، ارگانیسم، تعادل پیشین را بازمی‌یابد (۱۵). اما نکته اینجاست که در مقابل بسیاری از موقعیت‌های استرس‌زای زندگی مدرن، پاسخ جنگ یا گریز یا بی‌حرکت ماندن، جهت بازگشت به وضعیت تعادل و سازگاری با شرایط تنش‌زا مناسب و پاسخگو نیست. و همچنین مواجهه‌ی مزمن با منابع استرس و تجربه‌ی مکرر تغییرات الکتروفیزیولوژیک بدنی، اثرات مخربی از لحاظ جسمانی و روانی بر جا می‌گذارد (۱۲). بنابراین، برای کمک به ارگانیسم برای بازگشتِ بهینه و سریع‌تر به وضعیت تعادل، لازم است فرد مجهز به کنش‌هایی باشد که بتواند برای مواجهه‌ی سازنده با استرس و عوارضش، از آن‌ها یاری جوید. ارگانیسم انسانی یک نظام منسجم است که گرایش به حفظ تعادل و رشد دارد. در حوزه‌ی پژوهش‌های بالینی، یافته‌های متعددی به اثراتِ مخرب تجربه‌ی درازمدت تنش و استرس، بر سلامتِ جسم و روانِ فرد، اشاره کرده‌اند (۱۲). اغلب مطالعات تمرکز خود را بر بررسی شدت و تعداد وقایع استرس‌زا و واکنش مقابله‌ای فرد گذاشته‌اند، اما به نتایج قانع‌کننده‌ای دست

[۱] Self-Regulation

[۲] Fight
[۳] Flight
[۴] Freeze

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

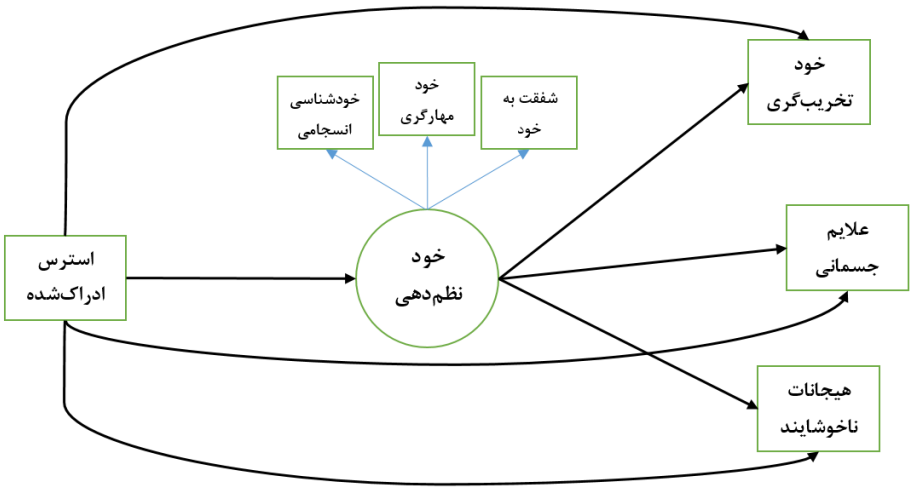
نیافته‌اند (۱۴). در سال‌های اخیر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که چگونگی تعامل فرد با خود و منبع استرس، در هنگام تجربه‌ی فشار، می‌تواند در ایجاد پیامدهای مخرب جسمی و روانی ناشی از این تجربه، تعیین‌کننده‌تر باشد. یکی از منابع استرس، تجربه‌ی داشتن کودک بیمار است. مراقبت از کودکِ بیمار تغییرات زیادی در زندگی والدین ایجاد می‌کند که از آن جمله می‌توان به افزایش مسئولیت‌های آن‌ها، تداخلات با زندگی شغلی و زناشویی والدین و تغییر در ارتباط با سایر فرزندان اشاره کرد. همچنین هیجان‌های مختلفی را فرد تجربه می‌کند که اگر ظرفیت نظم‌دهی به آن‌ها را نداشته باشد، خود یک منبع استرس درونی جدید برای والد به بار می‌آورد. تمامی این موارد سازگاری جدیدی را می‌طلبد و منبع استرس بیرونی خواهد بود (۱۶، ۱۷، ۱۸). از همین رو در مطالعه‌ی پیش رو، این گروه از مادران را مورد بررسی قرار دادیم، با این هدف که آیا الگوی سه‌وجهی خودنظم‌دهی (خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و شفقتِ خود) می‌تواند در کاهش اثرات مخرب روانی، نظیر تجربه‌ی هیجان‌های ناخوشایند مدیریت نشده و تغییرات خلقی و اضطرابی و همچنین نشانه‌های جسمانی و رفتارها و عادات خودتخریبگرانه، نقش واسطه‌ای مؤثری داشته باشد؟

پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده است افرادی که به استرس‌های زندگی با انعطاف‌پذیری پاسخ می‌دهند و کنترل خود را برعهده می‌گیرند، عملکرد سیستم ایمنی‌شان بهتر است و بهتر می‌توانند با استرس موجود و دشواری‌ها و مسئولیت‌های همراه با آن کنار آمده و درنتیجه سلامت روان بالاتری داشته باشند (۱۹، ۲۰). بنابراین، آنچه می‌بایست مورد بررسی و پژوهش بیشتری قرار گیرد این است که فرد چگونه می‌تواند ظرفیت خود را برای مواجهه با محرک‌های استرس‌زا افزایش داده و درنتیجه بتواند خود را از اثرات مخرب جسمانی، از قبیل دردهای بدنی مزمن، مشکلات قلبی‌عروقی، مشکلات گوارشی و آسیب‌های سیستم ایمنی، ایمن سازد و همچنین چگونه خود را در برابر پیامدهای روانیِ تجربه‌ی استرس، نظیر اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب، مشکلات ارتباطی و سایر هیجان‌های ناخوشایند رها سازد. بنابراین، با در نظر گرفتن این مسئله که استرس پدیده‌ای روان‌شناختی ولی با اثرات مخرب دوگانه، هم در سطح جسمی و هم روانی است پژوهش حاضر، به بررسی این مسئله پرداخته است که نقش واسطه‌ای خودنظم‌دهی در کاهش اثرات مخرب جسمانی و روانی استرس چگونه است. ازاین‌رو قصد بر آن است که الگویی به‌منظور مداخله‌ی بالینی در حوزه‌ی کاهش عوارض استرس مطرح و بررسی شود تا بتواند این شکاف علمیِ موجود را پوشش دهد. پس الگویی مدنظر است که هدفش تمرکز بر نوع تعاملِ فرد با سازمان روانیِ خود در حینِ تجربه‌ی استرس، به شکل منسجم است که یک نظم‌بخشی به سیستم درون‌روانی فرد را شامل شود. اصطلاح خودنظم‌دهی اغلب اشاره به اِعمال مهار روی خود به‌وسیله‌ی خود دارد که تغییر شیوه‌ای که فرد احساس، فکر یا رفتار می‌کند، به‌منظور تعقیب علایق کوتاه یا بلندمدت را شامل می‌شود (۲۱). خودنظم‌دهی از فرایندهای چندگانه‌ای تشکیل شده که آگاهی مداوم از تجربه‌ی خود، خودشناسی پایدار و منسجم و خودمهارگری را در برمی‌گیرد (۴) و البته فرایند یک خودنظم‌دهی موفق به شفقتِ خود نیز وابسته است، مؤلفه‌ای که نقش آن به‌عنوان سازه‌ای تسهیلگر در فرایند خودنظم‌دهی تأیید شده است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵). ازاین‌رو همان‌طور که ذکر شد، الگوی پیشنهادی پژوهشِ حاضر هر سه مؤلفه را شامل می‌شود. از این میان جزء اول، یعنی خودشناسی انسجامی، «فرایند عملیاتی کردن ظرفیت سازگاری برای یکپارچه ساختن تجربه‌ی خود در حال و گذشته به‌منظور به دست آوردن نتایج مورد انتظار در آینده است» (۲۶). اما برای اینکه خودشناسی بتواند ضمانت اجرایی داشته باشد و به خودنظم‌دهی جامه‌ی عمل بپوشاند، به مؤلفه‌ی دوم نیاز دارد، که خودمهارگری است (۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰). خودمهارگری شامل توانایی کنترل هیجان‌ها، رفتار و امیال به‌منظور دستیابی به پاداش یا اجتناب از پیامدهاست (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد تحت شرایط پراسترس کنترل خود را از نظر رفتاری و هیجانی از دست می‌دهند که پیامدهای مخرب و آسیب‌زایی در پی خواهد داشت. یکی از

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

این شرایط پراسترس، مراقبت از فرزندی با بیماری مزمن جسمانی است. اما نکته‌ی قابل‌توجه در کنار مؤثر بودن خودمهارگری در شرایط تحت استرس این است که هم کنترل زیاد و هم کنترل کم هر دو می‌توانند مخرب باشند. کنترل زیاد می‌تواند وسواس‌گونه شود و کنترلِ کم می‌تواند به کاربردن راه‌حل‌های مخرب و غرق شدن در موقعیت تنش‌زا را در پی داشته باشد (۵). بنابراین علی‌رغم اینکه خودمهارگری یکی از اجزای اصلی خودنظم‌دهی است، ممکن است بدون حضور دو جزء مهم دیگر یعنی خودشناسی انسجامی و شفقتِ خود، سودمند نباشد. پس سمت دیگر پیوستار، همان جنبه‌ای از خودمهارگری است که اگر تعدیل نشود، می‌تواند خودمهارگری را بیمارگونه بنماید، جنبه‌ای شامل پذیرش خود و حمایت و مراقبت از خود. در این راستا در سال‌های اخیر پژوهش‌های روان‌شناسی، مفهوم جدیدی به نام شفقتِ خود را (۳۱)، به‌عنوان یک رویکرد تنظیم هیجانی مطرح کرده‌اند، که با توجه به نو بودن این سازه، پژوهش‌ها معدودند (۳۲، ۳۳).

داشتن شفقت به خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد. در اینجا نیز همانند مؤلفه‌ی خودمهارگری، این احتمال وجود دارد که شفقتِ خود منجر به نادیده گرفتن واقعیت‌های تلخ و ناخوشایند شود و این سوءبرداشت ایجاد شود که اگر افراد در برابر استرس بخواهند با خود مشفقانه برخورد کنند، این معنا را می‌دهد که منبع استرس را نادیده بگیرند.



شکل۱- مدل مفهومی پژوهش

که در این صورت فرایند خودنظم‌دهی دچار نقص شده و بازدهی بهینه‌ای نخواهد داشت. بنابراین، برای رفع این مشکل، ضرورتِ خودشناسی انسجامی مطرح می‌شود که می‌تواند در کنار خودمهارگری و شفقتِ خود، آسیب‌های این دو مؤلفه را تعدیل کند. بررسی‌ها نشان داده است که افزایش خودآگاهی می‌تواند منابع در دسترس خودمهارگری را افزایش دهد. خودشناسی عبارت است از آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به حالت‌های روان‌شناختی و توان تمایز نهادن و تحلیل محتوای تجارب کنونی و نیز پردازش شناختی فعال، هم در مورد خود و هم معطوف به رویدادهای گذشته که نتیجه‌ی آن ایجاد دید وسیع‌تر جهت هدایت رفتار و تشکیل طرح‌واره‌های فردی پیچیده‌تر و کامل‌تر است

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

(۳۴). پژوهشگران (۳۵)، خودشناسی را نوعی فرایند روان‌شناختی سازش‌یافته، پویا و انسجامی مطرح می‌کنند که به‌صورت زمانمند عمل می‌کند: خودشناسی یک فرایند سالم و مفید است؛ زیرا هدف آن خودنظم‌دهی است و به همین سبب سلامت و رضایت را ارتقا می‌دهد. خودشناسی فرایندی پویا است زیرا خود باید به موقعیت‌های همواره در حال تغییر پاسخ دهد. زمانمندی خودشناسی به این معناست که شرایطِ همواره در حال تغییر، ایجاب می‌کند که خودشناسی متضمن آگاهی از تجربه جاری و مرتبط ساختن آن با تجربه‌ی گذشته برای حصول آینده‌ای با رضایت و وحدت روانی باشد. در پژوهش حاضر تمرکز بر بخش تازه و کمتر پرداخته شده در حوزه‌ی استرس و سازگاری است. یعنی الگویی که بتواند این مسئله را تبیین کند که با واسطه‌ی خودنظم‌دهی و الگوی سه‌وجهی آن یعنی خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و شفقت خود، می‌توان پیامدهای مخرب روانی و جسمی ناشی از تجربه‌ی استرس را کاهش داد و دلالت بالینی ضمنی‌ای مبنی بر اینکه به این نحو سازگاری فرد در مقابل منابع درونی و بیرونی استرس افزایش‌یافته و کیفیت زندگی‌اش بهبود یابد، فرض شود. بنابراین، در این پژوهش هدف، مطرح کردن الگویی از خودنظم‌دهی است که بتواند نقش واسطه‌ای بین استرس و عوارض مخرب روانی و جسمی ناشی از آن را تبیین کند. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، یک طرح همبستگی است که با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) درصدد بررسی هم‌زمان روابط بین متغیرهای پژوهش در قالب یک مدل است.

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این مطالعه از مادرانی تشکیل شده است که دارای فرزند (زیر ۱۸ سال) مبتلا به یک بیماری جسمی مزمن باشند و فرزندشان در سال ۱۳۹۶ در یکی از بخش‌های اطفال بیمارستان‌های شهر شیراز تحت مداوای پزشکی قرار گرفته باشد. تعداد ۲۴۵ نفر از آن‌ها به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با هماهنگی با ریاست بیمارستان و کسب رضایت مادران، دفترچه مقیاس‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت. دفترچه‌ای که شامل مقیاس‌های استرس ادراک‌شده، فهرست وارسی علائم بدنی، خودشناسی انسجامی، خودمهارگری، شفقتِ خود، هیجان‌های ناخوشایند و مقیاس خودتخریب‌گری بود. داده‌ها با استفاده از روش الگویابی معادله‌های ساختاری تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس خودشناسی انسجامی[۵] ISK (۲۰۰۸): این مقیاس توسط قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، با ادغام دو وجه تجربه‌ای و تأملی خودآگاهی، به‌منظور سنجش خودشناسی مبتنی بر ادغام تجربه‌های گذشته با آگاهی تجربی کنونی و پیوستن آن به آینده‌ی مطلوب ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۲ گویه بوده که پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «عمدتاً درست» (۱)، تا «عمدتاً نادرست» (۵)، درجه‌بندی می‌شوند. طی چندین مطالعه، روایی و پایایی این مقیاس به تأیید رسیده است. همسانی درونی، روایی ملاک و همگرایی این مقیاس در ایران و آمریکا مطلوب گزارش شده است (۲۶). (میانگین ضرایب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور ۰/۸۰ بوده است). خودشناسی در پیش‌بینی سلامت روان در قیاس با پنج عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی است و فراتر از این، عامل‌های شخصیتی توان تبیین سلامت روان را دارند (۳۶). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه‌ی طاهباز، قربانی و نبوی (۱۳۹۰)، ۰/۸۳ بوده است که نشانه‌ی همسانی درونی بالای مواد این مقیاس است.

ب) فرم کوتاه خودمهارگری[۶] SCS(۳۷): این مقیاس شامل ۱۳ عبارت است که به‌منظور سنجش گرایش خودمهارگری ساخته شده و دامنه‌ی پاسخ‌دهی درجه‌ای آن از «اصلاً»: (۱)، تا «بسیار زیاد»: (۵)، است. تاجنی و

[۵] Integrative self-knowledge
[۶] Self-control Scale

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

همکاران (۲۰۰۴)، این فرم کوتاه را دارای روایی و پایایی مطلوب دانستند. بررسی‌ها اخیر نشان داده است که این مقیاس از دو عامل همبسته تشکیل شده است (۳۸، ۳۹). نتایج مطالعه‌ی سرافراز (۱۵)، نیز ساختار تک‌عاملی تاجنی و همکاران را تأیید نکرد و ساختار دوعاملی را نشان داد که در پژوهش‌های مذکور دیده شده است. ساختار عاملی به‌دست‌آمده در پژوهش سرافراز (۱۳۹۲)، نشان داد که عامل پایداری هیجانی (برعکس تکانشگری)، نشان‌دهنده‌ی خودمهارگری بازدارنده است؛ یعنی ظرفیت مهار تکانه‌های ناهمخوان با اهداف، که با مفهوم تأخیر ارضا نزدیک است. گویه‌های عامل دوم یا انضباط، نشان‌دهنده‌ی وجه برانگیزنده‌ی خودمهارگری در جهت انجام رفتارهای همخوان با استانداردهای شخصی است.

ج) مقیاس شفقتِ خود (SCS) (۲۰۰۳): مقیاس شفقتِ خود (۴۰، ۴۱)، شامل ۲۶ گویه است و پاسخ آن در یک دامنه‌ی ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرد. این مقیاس سه مؤلفه‌ی دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس؛ مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس)، اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات، روایی همگرا (۴۲)، روایی افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند (۴۰). در مطالعه‌های ایرانی نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۸۴٪ مناسب ارزیابی شده است (۴۳).

د) مقیاس استرس ادراک‌شده (۱۹۸۳): این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی مشتمل بر ۱۴ گویه است و به‌وسیله‌ی کوهن، کامارک و مرملشتاین (۱۹۸۳) (۴۴)، به‌منظور آگاهی از این‌که افراد تجارب دشوار و طاقت‌فرسای خویش را چگونه ارزیابی می‌کنند، ساخته شد. در این مقیاس از افراد خواسته می‌شود که روی یک طیف پنج‌درجه‌ای از ۱(هرگز) تا ۵ (بسیاری اوقات) مشخص کنند که اغلب در طول یک ماه گذشته چه میزان استرس را تجربه کرده‌اند. در مقیاس استرس ادراک‌شده پس از نمره‌گذاری معکوس گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳، از تجمیع نمره‌ی تمامی گویه‌ها برای هر فرد، نمره‌ی کلی به دست می‌آید. در مطالعه‌ی کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کلی، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. در مطالعه‌ی صفایی و شکری (۴۴) که در ایران به‌منظور روایی عاملی این مقیاس انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمره‌ی کلی استرس ادراک‌شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ به دست آمد. همچنین این مقیاس توسط قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهشی بین‌فرهنگی به کار رفت و برای آزمودنی‌های ایرانی ضریب آلفای برابر با ۰/۸۱ و برای آزمودنی‌های ایالات‌متحده، ضریب آلفای برابر با ۰/۸۶ نشان داد. در کل پژوهش‌های انجام‌شده مشخص کرده‌اند که مقیاس استرس ادراک‌شده یکی از معدود ابزارهایی است که سطح کلی استرس ادراک‌شده را اندازه‌گیری می‌کند و در طیف وسیعی از موقعیت‌های پژوهشی و بالینی قابل‌استفاده است.

ه) فهرست علائم بدنی (۱۹۹۵): مقیاسی ۲۰ماده‌ای است که برای ارزیابی علائم بدنی و جسمانی‌سازی افراد در اندازه‌ی پنج‌درجه‌ای لیکرت از «تقریباً هیچ‌وقت» (۱)، تا «تقریباً همیشه» (۵)، توسط بارتون (۱۹۹۵)، ساخته شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را مطلوب گزارش کرده است. در ایران ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۸ گزارش شد (۱۵).

و) مقیاس هیجان‌های ناخوشایند (۲۰۰۷) (۴۱): این مقیاس برای سنجش چهار هیجان شادی، غم، خشم و اضطراب تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۶ گویه است و در یک طیف لیکرت ۷درجه‌ای، هریک از هیجان‌ها از طریق ۴ گویه مورد سنجش قرار می‌گیرند. در پژوهش لیری و همکاران (۲۰۰۷)، همسانی درونی این مقیاس مناسب گزارش شد و نتایج تحلیل عاملی نشان داد که نمره‌ی هیجان‌های اندازه‌گیری‌شده به‌صورت یک عامل واحد ظاهر می‌شوند و مجموع نمره‌های این ابزار، بعد از معکوس شدن نمره‌های هیجان شادی می‌تواند مقیاسی برای سنجش

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

هیجان‌های ناخوشایند باشد. در مطالعه‌ی سعیدی و همکاران (۴۱) نیز با توجه به همبستگی بالای نمره‌ها در هیجان‌های غم، اضطراب و خشم، از این نمره‌ها تحت عنوان هیجان‌های ناخوشایند دیگری که در کنار شرم و گناه، با یادآوری تجربه‌ی خطا و اشتباه برانگیخته می‌شوند، استفاده شده است (آلفا ۰/۹۰، میانگین ۳/۹۹، انحراف استاندارد ۱/۲۸).

ز) مقیاس خودتخریبگری مزمن[۷](CSDS) (۱۹۸۵): این مقیاس توسط کاترین کلی و همکاران (۴۵) تدوین شد. این مقیاس تمایل فرد برای رفتار به شیوه‌ای خودتخریبگرانه را می‌سنجد و محتوای گویه‌ها، چهار حوزه مسامحه، مراقبت ضعیف بهداشتی، سرپیچی از قوانین و نبود برنامه‌ریزی را پوشش می‌دهند. به‌وسیله‌ی تحلیل همسانی درونی گویه‌ها، دو سنجه‌ی ۵۲ گویه‌ای از تخریبگری مزمن برای هر جنس به دست آمده است. اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷- ۰/۷۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی یک‌ماهه ۰/۹۸- ۰/۹۰ گزارش شده است.

در ایران موسوی و همکاران (۴۵)، به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، مطالعه‌ای را در دانشگاه تهران انجام دادند. این مقیاس برای ارزیابی الگوها و تمایل‌های خودتخریبگرانه به کار می‌رود و ۷۳ گویه دارد که روی مقیاس لیکرت از ۵ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) تا صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) پاسخ داده می‌شود. یافته‌های پژوهش موسوی و همکاران (۴۵)، نشانگر همسانی درونی بالای مقیاس بود، آلفای کرونباخ نمره کل مردان و زنان به ترتیب ۰/۸۴۹ و ۰/۸۴۵ به دست آمده بود. آلفای کرونباخ عامل‌های مربوط به مردان ۰/۸۶۵- ۰/۶۹۸ و عامل‌های مربوط به زنان ۰/۸۰۰- ۰/۶۸۵ بود. همچنین همبستگی پیرسون میان عامل‌ها با یکدیگر و با نمره کل، هم در زنان و هم در مردان معنی‌دار بود. همبستگی اسپیرمن میان گویه‌های هر عامل با یکدیگر نیز در بیشتر موارد معنی‌دار بود که همگی نشانگر همسانی درونی بالای مقیاس است. و نتایج تحلیل نشان داد که نسخه فارسی خودتخریبگری مزمن از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبولی برای کاربرد در پژوهش‌ها برخوردار است.

روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان عبارت بود از: مادرانی با میانگین سنی ۳۵/۲۲ و میانگین تحصیلات دیپلم. برای آزمون مدل مفهومی پژوهش از روش تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری، با به‌کارگیری روش برآورد حداکثر درست‌نمایی (ML) استفاده شد. قبل از ورود به آزمون مدل مفهومی پژوهش، مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری و به‌خصوص روش برآورد حداکثر درست‌نمایی مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش سه مفروضه اساسی مدل‌یابی معادلات ساختاری شامل داده‌های مفقود، موارد دورافتاده (پرت) و نرمال بودن توزیع متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مفقود: اگرچه در پژوهش حاضر تلاش شد تا داده‌های کاملی از گروه نمونه جمع‌آوری گردد، بااین‌حال در فایل داده‌ها برخی داده‌های مفقود وجود داشت. در پژوهش حاضر داده‌های مفقود با میانگین مقادیر متغیرها جایگزین شد. موارد پرت: برای بررسی موارد پرت در پژوهش حاضر از دستور اکسپلور در برنامه اس پی اس اس استفاده شد؛ نتایج بررسی موارد پرت در متغیرهای پژوهش حاضر نشان داد که در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش موارد پرت وجود ندارد. بنابراین، ازاین‌جهت مشکلی برای تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری وجود ندارد. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده‌شده: برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده‌شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، شامل کجی[۸] و کشیدگی[۹] استفاده شد. اگر اندازه این شاخص‌ها بین ۳ تا -۳ باشد، نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است. جدول ۱ این نتایج را نشان می‌دهد.

[۷] Chronic self-destructiveness scale

[۸] skewness

[۹] kurtosis

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

جدول ۱- شاخص‌های نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش		کجی	کشیدگی
استرس ادراک‌شده		-۰/۶۸۰	۰/۰۹۳
خودشناسی انسجامی		۰/۶۵۹	۰/۱۳۹
خودمهارگری	خودنظم‌دهی	۰/۰۳۹	-۱/۱۸۰
شفقتِ خود		۰/۳۵۵	-۰/۵۶۰
نمره کل		۰/۲۶۲	-۰/۸۲۰
نشانه‌های جسمی		-۰/۲۱۶	-۰/۷۹۵
هیجانات ناخوشایند		-۰/۵۱۳	-۰/۳۲۶
خودتخریبگری		-۰/۵۵۰	-۰/۵۰۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش در دامنه‌ی ۳ تا ۳- قرار دارد؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. به‌طورکلی، نتایج ارائه‌شده در این بخش نشان می‌دهد که تمامی مفروضه‌های اساسی تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری برقرار است و بنابراین برای این تحلیل مانعی وجود ندارد. برازش مدل مفهومی پژوهش با داده‌های تجربی، با استفاده از شاخص‌های مجذور خی (K2)، مجذور خی بر درجه‌ی آزادی (K2/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI)، شاخص برازش نرم‌شده (NFI)، شاخص تاکر لوئیس (TLI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، ریشه‌ی دوم میانگین خطای تقریب (RMSEA) و ریشه‌ی دوم میانگین باقیمانده معیار شده (SRMR) بررسی شد. درنهایت، از روش بوت‌استراپ[۱۰] برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم موجود در مدل استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نسخه‌ی بیست و دوم نرم‌افزار AMOS انجام شد.

نتایج

مدل پژوهش حاضر دربردارنده‌ی پنج متغیر است که متغیر استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر برون‌زا[۱۱]، متغیر مکنون خودنظم‌دهی با سه نشانگر (خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و شفقت به خود) به‌عنوان متغیر میانجی‌تر[۱۲] و متغیرهای علائم جسمانی، هیجانات ناخوشایند و خودتخریب‌گری به‌عنوان متغیرهای درون‌زا[۱۳] در نظر گرفته شده‌اند. قبل از بررسی نتایج حاصل از آزمون مدل، ابتدا روابط بین متغیرهای مدل در قالب ماتریس همبستگی بررسی شد. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مدل

[۱۰] bootstrapping method

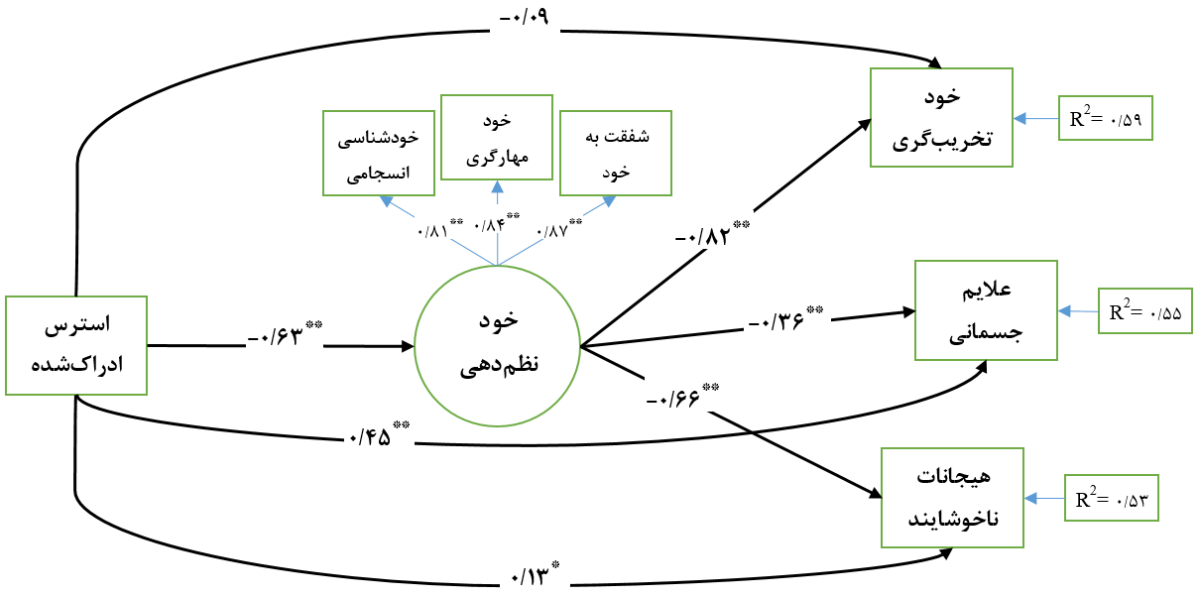
[۱۱] exogenous
[۱۲] mediator
[۱۳] endogenous

حاضر، شامل میانگین و انحراف معیار، به همراه همبستگی دومتغیری بین این متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲- همبستگی دومتغیری بین متغیرهای مدل و آماره‌های توصیفی آن‌ها (P*<۰/۰۰۱)

متغیرهای مدل	۱	۲	۳	۴	۵
۱-استرس ادراک‌شده	۱				
۲-خودنظم‌دهی	-۰/۵۹*	۱			
۳-علائم جسمانی	۰/۶۸*	-۰/۶۰*	۱		
۴-هیجانات ناخوشایند	۰/۵۴*	-۰/۶۸*	۰/۶۵*	۱	
۵-خودتخریبگری	۰/۴۳*	-۰/۷۱*	۰/۴۷*	۰/۶۱**	۱
میانگین	۴۷/۶۶	۱۳۷/۹۵	۴۶/۶۹	۱۵۱/۰۸	۵۳/۱۸
انحراف معیار	۸/۷۴	۳۳/۶۸	۱۱/۱۸	۳۹/۶۵	۱۹/۶۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که همه متغیرهای مدل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ با یکدیگر ارتباط معناداری دارند. برای آزمون مدل مفهومی پژوهش از روش برآورد حداکثر درست‌نمایی استفاده شد. بعد از تدوین مدل در محیط گرافیکی نرم‌افزار AMOS، شاخص‌های برازش مدل استخراج شدند. جدول ۲ شاخص‌های برازش برای الگوی مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص خی دو بر درجه‌ی آزادی کمتر از ۵، شاخص‌های GFI، AGFI، NFI، TLI و CFI بیشتر از ۰/۹ و شاخص‌های RMSEA و SRMR کمتر از ۰/۱۰ است. این نتایج نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های برازش مدل حاضر در دامنه مطلوبی قرار دارند و بنابراین این مدل با داده‌های تجربی حاصل از گروه نمونه برازش مطلوبی دارد.



شکل ۲-پارامترهای برآورده‌شده در مدل پژوهش (P*<۰/۰۵، P<۰/۰۱)**

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

جدول ۳- شاخص‌های برازش مربوط به تحلیل مدل پیشنهادی

مدل	χ^2	df	df/ χ^2	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
مفهومی	۳۲/۳۳	۱۰	۳/۲۳	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۰۹۶	۰/۰۲۹

در مرحله بعدی، پارامترهای برآوردشده برای مدل پژوهش با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی بررسی شد. شکل ۲ این مؤلفه‌ها، شامل ضرایب مسیر استانداردشده، معناداری این ضرایب، بارهای عاملی استانداردشده، نشانگرها روی متغیر مکنون خودنظم‌دهی و معناداری آن‌ها، به همراه ضرایب تعیین متغیرهای درون‌زا را نشان می‌دهد. نتایج ارائه‌شده در شکل ۲ نشان می‌دهد که تمامی ضرایب مسیر (اثرات مستقیم)، به‌جز اثر مستقیم استرس‌ادراک‌شده بر خودتخریب‌گری و تمامی بارهای عاملی نشانگرها بر متغیر مکنون خودنظم‌دهی، در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادارند. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد که درمجموع متغیرهای مدل قادر به تبیین ۵۹درصد از تغییرات خودتخریبگری، ۵۵درصد از تغییرات علائم جسمانی و ۵۳درصد از تغییرات هیجانات ناخوشایند بوده‌اند. این نتایج بدین معناست که مدل ساختاری پژوهش، شامل مجموعه روابط بین متغیرهای مدل، نیز دارای برازش مطلوبی است. درنهایت، برای بررسی اندازه و معناداری اثرات غیرمستقیم مدل از روش بوت‌استراپ با ۱۰۰۰ مرتبه نمونه‌گیری مجدد استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که حد بالا و پایین تمامی اثرات غیرمستقیم مدل هم‌علامت هستند و تمامی این اثرات در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادارند. بنابراین، این نتایج نشان می‌دهد که خودنظم‌دهی قادر به میانجیگری ارتباط بین استرس ادراک‌شده با خودتخریب‌گری، علائم جسمانی و هیجانات ناخوشایند (عوارض استرس) است.

جدول ۴- اندازه و معناداری اثرات غیرمستقیم مدل

اثر غیرمستقیم	اندازه استاندارد	حد بالا	حد پایین	معناداری
استرس ادراک‌شده بر خودتخریب‌گری از طریق خودنظم‌دهی	۰/۵۲	۰/۶۲	۰/۴۳	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده بر علائم جسمانی از طریق خودنظم‌دهی	۰/۲۲	۰/۳۱	۰/۱۶	۰/۰۰۲
استرس ادراک‌شده بر هیجانات ناخوشایند از طریق خودنظم‌دهی	۰/۴۲	۰/۵۰	۰/۳۳	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در بخش یافته‌ها مطرح شد، استرس ادراک‌شده رابطه‌ی مستقیمی با علائم جسمانی و هیجان‌های ناخوشایند دارد و با خودتخریبگری رابطه‌ی غیرمستقیمی دارد. یافته‌ها همخوان با نتایج مطالعاتی است که عنوان می‌کنند، تجربه‌ی ادراک استرس، به بروز عوارض جسمانی و روانی برای فرد می‌انجامد.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

در این پژوهش، عوارض جسمی با مقیاس فهرست وارسی علائم بدنی و عوارض روانی با مقیاس هیجان‌های ناخوشایند سنجیده شد (۱۰، ۸، ۱۱، ۱۲). برای شرح بهتر یافته‌های به دست آمده، می‌توان به تفاوت مفهوم درد و رنج در روان‌شناسی پرداخت. درد پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است، مثل منابع استرس و در اینجا به‌طور اختصاصی، بیماری مزمنِ فرزند. رنج پدیده‌ای است که از اجتناب از دردها و واقعیت‌های زندگی پدید می‌آید و خودِ فرد در بروز آن می‌تواند نقش داشته باشد (۴۶). پس عوارض جسمانی و روانیِ استرس می‌توانند رنج محسوب شوند.

بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، الگوی خودنظم‌دهی قادر به میانجی‌گری ارتباط بین استرس ادراک‌شده با خودتخریب‌گری، علائم جسمانی و هیجانات ناخوشایند است، افراد می‌توانند در صورت مجهز بودن به ظرفیت خودنظم‌دهی، از رنج خودساخته پیشگیری کنند و درنتیجه ظرفیت سازنده‌ای جهت تحمل دردِ اجتناب‌ناپذیر در خود پرورش دهند. ازاین‌رو می‌توانند هر تجربه‌ی استرس را با سازگاری بهینه‌ای پشت سر بگذارند و تعادل برهم‌خورده‌ی سازمان درون‌روانی خود را بازیابند و از فروپاشی روانی، فرسودگی، بیماری‌های روان‌تنی و انتخاب سبک زندگی ناسالم پیشگیری کنند. مؤلفه‌های خودنظم‌دهی هریک به‌نوعی در پیشگیری از رنج‌های خودساخته (عوارض جسمانی و روانی)، نقش مؤثری دارند. همان‌طور که مطالعات حوزه‌ی نظم‌بخشی هیجانی مطرح می‌کنند، هرچه شناخت دقیق و منسجم از احساسات درونی کمتر باشد، امکان نظم‌بخشی و مدیریت هیجانات نیز کمتر می‌شود (۴۷). و ازآنجاکه خودشناسی انسجامی به شناخت احساسات اصیل نیز می‌پردازد، پس ضعف در خودشناسی می‌تواند به ضعف در نظم‌بخشی سازنده‌ی هیجان‌های ناخوشایندی منجر شود که همراه با ادراک استرس، تجربه می‌شود. در همین راستا، وقتی صحبت از خودتخریبگری می‌شود، عادت‌های مخرب رفتاری مطرح می‌شوند که در صورت عدم مهار سازنده‌ی آن‌ها، به سهم خود می‌توانند رنجی دیگر بر درد موجود بیفزایند. عادت‌هایی که افراد به‌عنوان راه‌حل برای خلاص شدن از استرس و اضطراب به کار می‌برند. بنابراین، ضعف در خودمهارگری سازنده، فرد تحت استرس را در مقابل راه‌حل‌های مخرب آسیب‌پذیر می‌کند و باز رنجی مضاعف بر دردِ موجود می‌افزاید، که تحمل درد را دشوار می‌سازد. سومین مؤلفه از خودنظم‌دهی، یعنی شفقتِ خود، که نیم‌نگاهی به روان‌شناسی مثبت دارد و مکمل دو مؤلفه‌ی قبل در امر خودنظم‌دهی است، مؤلفه‌ای است که بهوشیاری را در خود مستتر دارد. بهوشیاری، آگاه شدن و توجه متمرکز بر بدن و ذهن فرد را در مسیر کاهش هر دو جنبه‌ی عوارض تجهیز می‌کند. بر اساس مطالعات حوزه‌ی شفقتِ خود (۴۸، ۴۹، ۲۴) این مؤلفه، هنگامی‌که افراد با دردهای زندگی‌شان مواجه می‌شوند، با تمرکز بر نحوه‌ی ارتباط و برخورد آن‌ها با خودشان، می‌تواند در مسیر کاهش رنج یاریگرشان باشد. افراد هنگام مواجه‌شدن با استرس و درد، آن‌قدر بر منبع استرس و فرار از آن متمرکز می‌شوند که از خود غافل می‌مانند. در حقیقت عواملی نظیر نادیده گرفتن احساسات و نیازهای درونی، علائم بدنی، نشانه‌های اضطراب در بدن و ذهن، سخت‌گیری با خود برای سریع‌تر فرار کردن از استرس و درد و سرزنش خود برای رخداد پیش‌آمده، همگی می‌تواند رنج‌های مخربی را بر درد فرد بیفزاید. شفقتِ خود در این راستا به افراد کمک می‌کند با برخوردی از سرِ درک، پذیرش، محبت، همدلی و عشق با خود در حین این مواجهه‌ی دردناک، نه‌تنها رنج جدیدی اضافه نکنند بلکه گذار از بحران و بازگشت به تعادل را تسهیل کند.

درمجموع بر اساس یافته‌ها، می‌توان تلویحات بالینی کارامد و اثربخشی را بر ارائه داد. ازآنجاکه زندگی مدرن سرتاسر سازگاری با موقعیت‌های جدید را می‌طلبد و منابع استرس بی‌شماری را پیش روی افراد قرار می‌دهد، اینکه افراد یک جامعه بتوانند با کمک متخصصان حوزه‌ی روان‌شناسی ظرفیتی را در خود پرورش دهند که هم در حیطه‌ی هیجان، هم شناخت و هم رفتار، توانایی مواجهه‌ی بهینه و سازنده با این فشارها و تنش‌ها را داشته باشند، بسیاری از عوارضِ پرهزینه‌ی استرس‌های مزمن و روزمره نظیر بیماری‌های

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

روان‌تنی، بیماری‌های خودایمنی، افسردگی و اضطراب قابل‌پیشگیری می‌شوند. بعلاوه، استفاده از ابزارهای خودسنجی، به‌منظور بررسی گرایش‌های عمیق شخصیتی، مثل شناخت هیجان‌ها یا تمایلات خودتخریبگرانه، یکی از محدودیت‌های مطالعه‌ی پیش روست. زیرا در اغلب موارد شناسایی دقیق این تمایلات و احساسات اصیل درونی نیازمند بینش بالا در فرد است. بنابراین، انجام مطالعاتی در این حوزه با استفاده از ابزارهای دقیق‌تر، می‌تواند صحت نتایج موجود را تأیید کند.

Reference:

۱- Ghorbani, N. (2016). *From line to triangle conflict*. Tehran: Binesh no. [Persian].

۲- Salarirad, Z., ghorbani, N., & bagheri, F. (2015). The role of self-control in responding to stress due to breast cancer. *Rooyesh Ravanshenasi*, 4, 15-22. [Persian].

۳- Eisenberg, N., Eggum, N. D., Sallquist, J., & Edwards, A. (2010). Relations of self-regulatory/control capacities to maladjustment, social competence, and emotionality. In R.H. Hoyle (Ed.). Handbook of personality and self-regulation) pp. 21-46). John Wiley & Sons.

٤- Ghorbani, N. (2014). *My book in my narrative*. Tehran: Binesh no. [Persian].

٥- Salehmirhasani, V., Ghorbani, N., Alipour, A., & Valiolah, F. (2016). Mediating role of self-knowledge and self-control process in relation with perceived stress and anxiety. *Journal of Research in Psychological Health*,۱۰(3); 1-15. [Persian].

٦- Kashanaki, H., Ghorbani, N., Hatami, M. (2016). Assesment of the relationship between substance Abuse and physical and psychological symptoms with regards to the role of cohesive self-knowledge, self-care and compassion, friendly community and self-control. *Journal of Applied Psychological Research*, 7(3), 55-70. [Persian].

۷- Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds). (2011). *Handbook of Self-regulation: Research, theory, and applications*. New York & London: Guilford press.

۸- Braun, C., Foreyt, J. P. & Johnston, C. A. (2016). Stress: A core lifestyle issue.Am. J. Lifestyle Med, 1-4.

۹- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal Psychology*. Norton & Company.

۱۰- Nwoke, M. B., Onuigbo, E. N., & Odo, V. O. (2017). Social support, self-efficacy and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers. *J. Soc. Sci*, 54, 115-119.

۱۱- Yeo, S. K., Lee, W. K. (2017). The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, Anxiety and skin picking behavior. *Asian J Psychiatr*, 28, 111-114.

۱۲- Carroll, D., Ginty, A. T., & Whittaker, A. C. (2017). The behavioural, cognitive, and neural corollaries of blunted cardiovascular and cortisol reaction to acute psychological stress. *Neurosci Biobehav Rev*, 77, 74-86.

۱۳- Shields, G. S., Toussaint, L. L., & Slavich, G. M. (2016). Stress-related changes in personality: A longitudinal study of perceived

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

stress and trait pessimism. *J R P*, 64, 61-68.

۱۴- Strahler, J., Skoluda, N., Rohleder, N., & Nater, U. M. (2016). Dysregulated stress signal sensitivity and inflammatory disinhibition as a pathophysiological mechanism of stress-related chronic fatigue. *Neurosci Biobehav Rev* , 68, 298-318.

۱۵- Sarafraz, M. R. (2013). Prospective study of integrative self-knowledge, mindfulness and self-control in stress regulation and cardiovascular reactivity. *PhD thesis*, health psychology, Tehran University. [Persian].

۱۶- Bazzano, A., Wolf, Ch., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, Ch., & Lehrer, D. (2013). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with Developmental Disabilities: A community-based approach. JCFS, DOI 10.1007/s10826-013-9836-9.

۱۷- Toussaint, L., Shields, G. S., Dorn, G., & Slavich, G. M. (2014). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *J Health Psychol*, 1-11.

۱۸- Mateus, A. P., Anjos, L., Cardoso, J. R., & Power, D. M. (2017). Chronic stress impairs the local immune response during cutaneous repair in gilthead sea bream. *Mol. Immunol*, 87, 267-283.

۱۹- Gianaros, P. J., Wager, T. D. (2015). Brain-Body pathways linking psychological stress and physical health. *APS*, 24(4), 313-321.

۲۰- Slavich, G. M. (2016). Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teach. Psychol*, 1-10.

۲۱- Papies, E. K., & Aarts, H. (2011). Nonconscious self-regulation or the automatic pilot of human behavior. In Kathleen D. Vohs & Roy F. Baumeister (Eds.) *Handbook of self-regulaton: Research, theory, and applications*, 2nd ed., (pp. 125-142). New York & London: Guilford Press.

۲۲- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Nwoke, M. B., Onuigbo, E. N., & Odo, V. O.(2017). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *The SSJ*, 54, 115-119.

۲۳- Bergen-Cico, D., Cheon, S. (2013). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *SSBM*, 10 (10), 1-15.

۲۴- Neff, K. D., Dahm, K. A. (2013). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *M SS*, 1-40.

۲۵- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br. J. Clin. Psychol*, 53, 6-41.

۲۶- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative self-knowledge scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United State. *J. Psychol.*, 142(4), 395-412.

۲۷- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci*, 16(6), 351-355.

۲۸- Dvork, R.D., Simons, J.S. (2009). Moderation of resource depletion in the self-control strength model: Differing effects of two modes of self-control. *J Pers Soc Psychol*, 35, 572- 580.

۲۹- Alberts, H. J. E. M., Martijn, C., & DeVries, N. K. (2013). Fighting self-control failure: Overcoming ego depletion by increasing self-awareness. *J. Exp.*, 47(1), 58.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

۳۰- Hamilton, K. R., Sinha, R., & Potenza, M. N. (2014). Self-reported impulsivity, but not behavioral approach or inhibition, mediates the relationship between stress and self-control. *Addict.Behav.*, 39, 1557-1564.

۳۱- Neff, K. D., Faso, D. J. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with Autism. *MJ*, 3(2), 123-131.

۳۲- Bergen-Cico, D., Cheon, S. (2013). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. SSBM, 1-15.

۳۳- Boellinghus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *MJ*, 5, 129-138.

۳۴- TahbazHoseinzadeh, S., Ghorbani, N., & Nabavi, S. M. (2011). Comparison of self-destructive personality tendency and cohesive self-knowledge in patients with multiple sclerosis and healthy controls. *Contemporary Psychology*, 6(2), 35-44. [Persian].

۳۵- Ghorbani, N., Watson, P. J., Bing, M. N., Davison, H. K., & Le Berton, D. (2003). Two facts of self-knowledge: Cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genet. Soc. Gen. Psychol.Monogr.*, 129, 238-268.

۳۶- Ghorbani, N., Watson, P. J. (2004). Two facets of self-Knowledge, the five factor model, and promotions among Iranian managers. *J Soc Behav Pers.*, 32, 769-776.

۳۷- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers*, 72, 271-322.

۳۸- De Ridder, D. T. D., De Boer, B., J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & Van Hooft, E. A. J. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right things: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Pers. Individ*, 50(7), 1006-1011.

۳۹- Maloney, P. W., Grawitch, M. J., & Barber, L. K. (2012). The multi-factor structure of the brief self-control scale: Discriminant validity of restraint and impulsivity. *J Res Pers.*, 46(1), 111-115.

۴۰- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

۴۱- Saeidi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M. R., & Sharifian, M. H. (2013). The effect of induce self-compassion and self-esteem on experiencing shame and guilt. *Contemporary Psychology*, 8 (1), 91-102. [Persian].

۴۲- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. J Res Pers., 41(4). 908-916.

۴۳- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in iranian muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *IJPR*, 22(2), 106-118.

۴۴- Safaei, M., Shokri, A. (2014). Stress assessment in cancer patients: Factor Validity and Reliability of the Persian Version of Perceived stress. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 13-22. [Persian].

۴۵- Moosavi, A., Azadfallah, P., Farahani, H., & Dehghni, M. (2015). Validity, reliability and factor structure of the chronic self-

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]

destruction Scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 21(2), 132-143. [Persian].

٤٦- Frederickson. J. (2017). *The lies we tell ourselves*. Translated by: MunshiAzghandi, A. R. Tehran, Binesh no.

٤٧- Richardson, C. M. E. (2017). Emotion regulation in the context of daily stress: Impact on daily affect. *Pers Individ.*, 112, 150-156.

٤٨- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Therap.*, 58, 43-51.

٤٩- Germer, Ch. K., Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *J Clini Psychol.*, 69(8), 856-867.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.4.4]

[DOI: 10.52547/rph.13.3.15]