

الحمد لله رب العالمين

و

صلى الله على محمد وآله طاهرين

# مشاوره و پیشگیری

## روانشناسی تخصصی

با شماره ثبت ۸۷۷۹۴ در تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

دوره اول، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۰

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: دکتر مریم مشایخ

سر دبیر: دکتر حسن احدی

### اعضا افتخاری هیات تحریریه

|                            |                                       |                          |   |
|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| دکتر حسن احدی              | استاد تمام دانشگاه علامه طباطبایی     | دکتر علی دلاور،          | استاد تمام دانشگاه علامه طباطبایی       |
| دکتر عبدالله شفیق آبادی    | استاد تمام دانشگاه علامه طباطبایی     | دکتر شکوه نوابی نژاد     | استاد تمام دانشگاه شهید بهشتی           |
| دکتر شکوه السادات بنی جمال | دانشیار دانشگاه الزهرا                | دکتر بهمن بهمنی          | دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| دکتر حجت اله مرادی         | دانشیار دانشگاه امام حسین (ع)         | دکتر آناهیتا خدابخشی     | دانشیار دانشگاه خاتم                    |
| دکتر مریم مشایخ            | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج | دکتر ابوالقاسم عیسی مراد | دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی          |

### هیات افتخاری داوران

|                  |   |                       |  |
|------------------|---|-----------------------|--|
| دکتر حسن احدی    | استاد تمام دانشگاه علامه طباطبایی       | دکتر مژگان سپاه منصور | دانشیار دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز                 |
| دکتر مهرداد ثابت | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن | دکتر طاهر تیز دست     | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن             |
| دکتر حمید نجات   | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان | دکتر سمیرا وکیلی      | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران |
| دکتر مریم مشایخ  | استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج   |                       |  |

مدیر اجرایی و داخلی: دکتر مریم مشایخ

با همکاری مؤسسه انتشارات علم مشایخ

چاپ: قم - احسان

تیراژ: ۱۰ عدد

قیمت: ۲۰۰۰۰۰ ریال



تلفن: ۷۷۹۴۴۹۸۶

نشانی: تهران، تهرانپارس، خ ۱۰۵، خ ۱۲۲، پلاک ۱۵، طبقه اول

ایمیل: [Counselling.prevention@gmail.com](mailto:Counselling.prevention@gmail.com)

## راهنمای نویسندگان

نشریه روانشناسی تخصصی، مشاوره و پیشگیری به صورت فصلنامه و به زبان فارسی و خلاصه انگلیسی منتشر می شود و در زمینه مشاوره و پیشگیری مقاله می پذیرد.

### ۱. شرایط پذیرش مقاله

الف) مقاله در مجله دیگری به چاپ نرسیده باشد و در هنگام ارسال جهت چاپ به سایر مجلات ارسال نشده باشد و تا هنگام پایان بررسی و داوری مقاله، نویسنده متعهد می گردد، مقاله به مجله دیگری ارسال نگردد.  
ب) پذیرش مقاله صرفاً از طریق پست الکترونیکی [Counselling.prevention@gmail.com](mailto:Counselling.prevention@gmail.com) امکان پذیر است و ارسال به صورت پستی یا مراجعه حضوری امکان پذیر نیست.

### ۲. انواع مقاله

- مقالات پژوهشی، حاصل یافته های تحقیقاتی نویسندگان شامل: Special Article, Original Article.

### ۳. شکل مقالات ارسال شده

الف) صفحه عنوان باید شامل: عنوان مقاله (فارسی و انگلیسی)، نام نویسندگان، به ترتیب و درج بالاترین درجه علمی بعد از اسامی، محل انجام پژوهش، آدرس کامل نویسنده، اول شامل کدپستی و شماره تلفن به فارسی و انگلیسی و نیز آدرس پست الکترونیکی باشد. در قسمت بالا و سمت راست صفحه اول تعداد صفحات، تعداد کلمات، تعداد منابع، تعداد اشکال و تعداد جداول ذکر گردند.

ب) چکیده فارسی خلاصه ای از اطلاعات مقاله حداقل ۳۰۰ کلمه و به تفکیک شامل: مقدمه و هدف، روش تحقیق، نتایج و بحث و کلید واژه ها (حداقل ۳ و حداکثر ۵ مورد).

ج) اصل مقاله شامل: مقدمه، روش، یافته ها، بحث و نتیجه گیری و فهرست منابع باشد.

مقدمه: شامل مروری بر یافته های قبلی در مورد موضوع و نیز دربردارنده اهداف یا سوال های تحقیق.

روش: شامل نوع مطالعه، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری، ابزارهای به کار رفته و روشهای تجزیه و تحلیل داده ها.

یافته ها: شامل شرح کامل یافته های کمی و کیفی با جزییات کامل و توصیف کامل نتایج همراه با جدولها و نمودارهای مورد نیاز.

بحث و نتیجه گیری: شامل بررسی نکات مهم نتایج و مقایسه آن با یافته های دیگر پژوهش ها و بررسی علت اختلاف و اشتراک و بیان کاربرد احتمالی یافته ها.

منابع: به ترتیب حروف الفبا و براساس APA نوشته شود.

ه) جدول ها: جدول ها باید فاقد اطلاعات تکراری موجود در متن، سایر جدول ها و نمودارها و دارای عنوان در بالای جدول باشد.

و) نمودارها: نمودارها باید فاقد اطلاعات تکراری موجود در متن، سایر جدول ها و نمودارها و دارای عنوان در زیر نمودار باشد.

#### ۴. ملاحظات

الف) موارد اخلاقی و حفاظتی تحقیق رعایت شده باشد، اخذ مجوز از مبادی ذی ربط ضروری است.

ب) حتی المقدور نگارش مقاله روان و از لغات فارسی و معادل کلمات انگلیسی استفاده شود، معادل های انگلیسی در پاورقی آورده شود.

ج) مقالات پس از ارسال، توسط داوران بررسی شده و با اخذ نظر داوران به هیات تحریریه ارایه و نتیجه در کم ترین زمان ممکن به نویسنده اول ارسال می شود.

د) مجله روانشناسی تخصصی، مشاوره و پیشگیری حق رد یا قبول و ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می دارد. هیات تحریریه در انجام اصلاحات بر اساس نحوه تنظیم مقاله جهت چاپ آزاد است ولی صحت علمی مطالب بر عهده نویسنده اول می باشد.

ه) حق چاپ برای ناشر محفوظ است

## فهرست مطالب

- ۷..... بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی و نوع شخصیت در جانبازان.....  
معصومه جهان بین / مریم مشایخ / نجمه وکیلی
- نقش خودکارآمدی و تابآوری روانشناختی در پیشبینی اضطراب و افسردگی در مبتلایان به  
بیماریهای قلبی عروقی..... ۱۹.....  
مریم جواهری
- بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایت‌مندی زناشویی در زنان مبتلا به  
سرطان پستان..... ۳۳.....  
زهرا برزگر
- نقش ویژگی‌های شخصیتی و نوع امید در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان  
دختر..... ۴۵.....  
یگانه حسین سعیدی / مریم مشایخ / فاطمه محمدی شیرمحلّه
- پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزند در  
نوجوانان با والدین مطلقه در شهر همدان..... ۵۹.....  
مهناز نعمتی / زینب ربانی
- نقش آوای سازمانی در پیش‌بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان..... ۷۷.....  
صدیقه دودانگه بالا خانی



## بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی باکیفیت زندگی و نوع شخصیت در جانبازان

معصومه جهان بین<sup>۱</sup>

مریم مشایخ<sup>۲</sup>

نجمه وکیلی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی باکیفیت زندگی و نوع شخصیت در جانبازان بود. روش پژوهش حاضر، پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و از لحاظ زمانی یک تحقیق مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه جانبازان منطقه ۵ شهر تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش مختلط می‌باشد به این ترتیب ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مناطق تهران منطقه ۵ و از بین ناحیه‌های منطقه پنج، چهار ناحیه (اکباتان، جنت آباد، شهران، آریا شهر) انتخاب شد و سپس از هر ناحیه تعداد ۵۰ نفر جانباز به شیوه در دسترس انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۷۶)، پرسشنامه کیفیت زندگی نجابت (۲۰۰۶) و پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مک کری و کو ستا (۱۹۸۳) بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (نمودارها، جدول‌های توزیع فراوانی، درصد‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی) و روش‌های آمار استنباطی (متناسب با سنجش داده‌ها و مفروضات آماری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) به کمک نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد ضریب همبستگی پیرسون برای دو متغیر جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی ۰/۲۶ بوده، بنابراین رابطه مثبت و معناداری بین جهت‌گیری مذهبی با کیفیت زندگی جانبازان وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون برای مولفه‌های روان رنجوری و برون‌گرایی با جهت‌گیری مذهبی منفی و معنادار به دست آمده است. ضریب همبستگی برای انعطاف‌پذیری، مسولیت‌پذیری با جهت‌گیری مثبت و معنادار به دست آمده است.

**واژگان کلیدی:** جهت‌گیری مذهبی، کیفیت زندگی، نوع شخصیت، جانبازان.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره و توانبخشی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، تهران، ایران.

## Relationship between religious orientation and quality of life and personality type in veterans

### Abstract

(graphs, frequency distribution tables, percentages related to demographic characteristics) and inferential statistical methods (proportional to measuring data and statistical assumptions of Kolmogorov-Smirnov test, Pearson correlation coefficient and stepwise regression Step) was used with the help of SPSS24 software. The results of data analysis showed that the Pearson correlation coefficient for the two variables of religious orientation and quality of life was  $0.26$ , so there is a positive and significant relationship between religious orientation and the quality of life of veterans. Also, Pearson correlation coefficient has been obtained for the components of neuroticism and extraversion with a negative and significant religious orientation. Correlation coefficient for flexibility, responsibility with a positive and significant orientation has been obtained.

The aim of this study was to investigate the relationship between religious orientation and quality of life and personality type in veterans. The method of the present study is descriptive correlational research and was a cross-sectional study in terms of time. The statistical population includes all veterans in District 5 of Tehran. The sampling method in this study is mixed. Thus, first, using cluster sampling method, among the regions of Tehran, region 5 and among the regions of region five, four regions (Ekbatan, Janatabad, Shahrn, Aria Shahr) were selected and Then 50 females were selected from each area by available means. The data collection tools used were Allport Religious Orientation Questionnaire (1976), Decency Quality of Life Questionnaire (2006) and McCray and Costa (1983) Personality Traits Questionnaire. To collect data from descriptive statistical methods

**Keywords:** religious orientation, quality of life, personality type, veterans

### مقدمه

(محمدی، ۱۳۹۳). از دیدگاه آلپورت، جهت‌گیری درونی، شامل افرادی می‌شوند که در تمام لحظات زندگی و در تمام رفتارها و اعمالشان باورهای مذهبی خود را انعکاس می‌دهند. درحالی‌که افراد دارای جهت‌گیری دینی بیرونی که شکل رشد نیافته‌تر عقاید و باورهای مذهبی را دارا هستند، منافع شخصی خود را ترجیح و باورهای مذهبی خود را وسیله‌ای جهت دستیابی به خواسته‌های خود قرار می‌دهند. در رابطه با تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر وضعیت سلامت روان افراد مطالعاتی صورت گرفته که از آن جمله میتوان به (مالثبی و دی ۲۰۱۳) اشاره کرد که در مطالعه‌ای نشان دادند.

از نظر تاریخی، به صورت علمی، نخستین بار آلپورت جهت‌گیری مذهبی را به دو گرایش درونی و بیرونی تقسیم نمود. جهت‌گیری دینی درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است، درحالی‌که جهت‌گیری دینی بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. منظور آلپورت از جهت‌گیری دینی درونی عبارت است از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است؛ نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی. به عبارت دیگر جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌توان معادل دین‌داری یا دین‌ورزی در نظر گرفت

**۲- ذهنی بودن:** کیفیت زندگی یک ارزیابی ذهنی است و افراد خود بهترین قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی‌شان هستند. ذهنی بودن به این معناست که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد.

**۳- پویا بودن:** کیفیت زندگی یک ماهیت پویاست نه یک ماهیت ایستا. بدین معنا که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و در طی زمان تغییر خواهد کرد، همچنین متأثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است. این مشخصه در یک مطالعه طولی به‌خوبی قابل مشاهده است. (مختاری، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر نوع شخصیت، متغیر دیگری است که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. موضوع شخصیت در همه جنبه‌های زندگی افراد می‌تواند نقشی داشته باشد. انسان موجودی منحصر به فرد و دارای ارزشی‌ها، نیازها، باورها و انتظارات خاص خود است. انسان همواره در راستای ارضای نیازهای خود در تلاش و تکاپوست و با کار کردن به ارضای بخشی از این نیازها می‌پردازد. با این کار انرژی خود را در راه مطلوب صرف می‌کند و ارتباط اجتماعی با دیگران را توسعه می‌بخشد. همچنین از طریق گزینش حرفه‌ای خاص به ابراز شخصیت پرداخته و به‌نوعی طرز تلقی و نگرش خود را به نمایش می‌گذارد (مجیدیان فرد، ۱۳۹۷). ویژگی‌های شخصیتی، صفات پایداری هستند که از موقعیتی به موقعیت دیگر چندان تغییر نمی‌کنند. آن‌ها گرایش‌های باثبات و بادوام پاسخ‌دهی به شیوه یکسان به محرکه‌ای مختلف هستند و می‌توانند پیش‌بینی کننده رفتار فرد در موقعیت‌های مختلف باشند. ساختار شخصیت بر اساس مدل‌های مختلفی تبیین شده است. در مدل پنج عامل بزرگ شخصیت فرض بر آن است که شخصیت هر فرد از پنج عامل زیربنایی و فراگیر تشکیل شده است. این عوامل عبارت‌اند از: روان

جهت‌گیری دینی درونی رابطه‌ی مثبتی با سلامت روان دارد و جهت‌گیری دینی بیرونی دارای رابطه‌ی منفی با سلامت روان است. یکی از متغیرهای که متأثر از جهت‌گیری دینی می‌باشد، کیفیت زندگی است. از نظر سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و این درک به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمی، روانی، باورها، ارزش‌ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد. کیفیت زندگی به‌عنوان یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی استفاده می‌شود (ویلیامز، ۲۰۱۶).

با توجه به تعاریفی که در مورد کیفیت زندگی مطرح شد، به نظر می‌رسد اکثر پژوهشگران بر سه اصل در ارتباط با مفهوم کیفیت زندگی توافق نظر دارند که عبارت‌اند از:

**۱- چندبعدی بودن:** کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است و بر پایه ابعادی که ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند بنا شده است. از این رو لازم است از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود. به‌طور کلی سه بعد اساسی کیفیت زندگی عبارت‌اند از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی. بعد جسمی به دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌های روزانه اشاره دارد و دربردارنده تحرک، انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کاری است. بعد روانی شامل جنبه‌های روان‌شناختی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش است. برخی از زیرمجموعه‌های این بعد عبارت‌اند از: تصور از خود، احساس مثبت، احساس منفی، اعتقادات مذهبی، تفکر و یادگیری و حافظه و تمرکز. بعد اجتماعی به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایه‌ها، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی مربوط می‌شود. این اجزاء مرکزی، چهارچوب تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند.

که این بیشتر باعث به خطر افتادن سلامت روانی و جسمی آن‌ها می‌شود؛ بنابراین امروزه دین‌داری و معنویت برای مهم و حیاتی شده است، حتی در جوامع فرامدرن تلاش برای دین‌داری دیده می‌شود (چراغی، ۱۳۹۴). از سوی دیگر مطالعه و واکاوی کیفیت زندگی، سیر تحول و تکوین و چالش‌های فراروی آن به دلایل مختلفی اهمیت دارد امروزه مسئله کیفیت زندگی افراد جامعه از پیش‌نیازهای اساسی توسعه و یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در کشورهای مختلف است که به دلیل اهمیت روزافزون آن، ابزاری کارآمد در مدیریت و برنامه‌ریزی مسائل توسعه‌ای و انسانی جوامع است مفهوم کیفیت زندگی در طی سال‌های اخیر پیشرفت‌های گسترده‌ای در زمینه مباحث روش‌شناختی و رویکردهای نظری را شاهد بوده است (حکیمی نیا، ۱۳۹۶). جنگ مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار درازمدتی بر جسم و روان افراد می‌گردد. از جمله این مسائل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم‌توجهی به نیازهای اولیه بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است. با گسترده شدن تعریف سلامتی و برخورداری فرد از وضعیت مطلوب جسمی، روانی و اجتماعی در این تعریف، شاخص کیفیت زندگی پاسخگوی تمام این شرایط و معیاری برای ارزیابی تمام آن‌هاست. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی از محققان بهبود کیفیت زندگی را به‌عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند. اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که برخی صاحب‌نظران معتقدند که مراقبت‌های بهداشتی در قرن حاضر بایستی بر بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت متمرکز گردد. لذا آگاهی از وضعیت کیفیت جانبازان و مطالعه در این زمینه را می‌توان اولین قدم برای بهبود کیفیت زندگی این گروه دانست (قانع، ۱۳۹۶). مهارت‌های عملکردی

نژندگرایی، برون‌گرایی، گشودگی در تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌گرایی (کایس، ۲۰۱۶)

جانبازان به‌عنوان گروهی با ویژگی‌های خاص، زندگی متفاوتی را از سایرین تجربه می‌کنند. آنان بنا به وضعیت خاص جسمانی و روانی ویژه‌ای که دارند در معرض آسیب‌ها و فشارهای مختلفی نیز قرار دارند. جانبازان توانایی برطرف کردن بسیاری از نیازهای خود را از دست داده‌اند و نمی‌توانند مانند سایر افراد در جامعه مشارکت داشته باشند. اکثر آن‌ها دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی و اختلالات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال بدنی، اختلال خواب، تحریک‌پذیری، حساسیت بین فردی و مشکلات خانوادگی هستند آن‌ها به نسبت سایر افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. مشکلات روانی این عزیزان بیش از همه در تماس با خانواده بروز پیدا می‌کند، روابط متقابل بین جانباز و خانواده دچار اختلال می‌شود، حساسیت و تحریک‌پذیری اختلال در روابط خانوادگی شده و میزان حمایت‌های عاطفی خانواده از آن‌ها را کاهش می‌دهد. بنابراین این تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سوال است: آیا بین جهت‌گیری مذهبی با کیفیت زندگی و نوع شخصیت در جانبازان رابطه وجود دارد؟ جهت‌گیری مذهبی اثر رویدادهای غیرقابل کنترل، میزان اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. بررسی ارتباط، افسردگی و با مذهب نیز نشان داده است که رابطه منفی بین مذهبی بودن و اضطراب وجود دارد گرایش به دین و معنویت و نیز آثار و پیامدهای دین‌دار بر جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی و فردی، توسط پژوهش‌های متعدد در جوامع مختلف جهان مورد بررسی قرار گرفته است. تجربه غربی نشان داده است که مادی‌گرایی در ایجاد سازی و خوشبختی موفق نبوده است. افرادی که بیشتر به دنبال اهداف مادی بودند بیشتر دچار افسردگی و مادی‌گرایی شده‌اند

پرداخته است. و ضرورت آن به صورت جدی محسوس است. پس این خلأ پژوهشگران را بر این ساخت تا در این تحقیق به تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت زندگی و نوع شخصیت بپردازند. چراکه همان‌طور نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت زندگی و نوع شخصیت تأثیرگذار است، اما توجه به اثرات این ویژگی‌ها بر سلامت اجتماعی، آن هم در میان قشری فداکار مانند جانبازان از خلأ‌های پژوهش‌های پیشین است. در این پژوهش محققین برآنند که ارتباط مابین جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت زندگی و نوع شخصیت جانبازان را تبیین کنند.

### روش

به لحاظ طبقه‌بندی پژوهش بر مبنای هدف، پژوهش حاضر کمی و کاربردی است در تحقیق کاربردی هدف توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. به لحاظ طبقه‌بندی پژوهش بر مبنای روش، این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است.

### جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری شامل کلیه جانبازان منطقه ۵ شهر تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش مختلط می‌باشد به این ترتیب ابتدا از بین مناطق تهران منطقه ۵ و از بین ناحیه‌های منطقه پنج، چهار ناحیه (اکباتان، جنت آباد، شهران، آریا شهر) انتخاب شد و سپس از هر ناحیه تعداد ۵۰ نفر جانباز به شیوه در دسترس انتخاب شد.

### ابزار گردآوری اطلاعات

#### پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، شامل ۲۱ جمله است که به آزمودنی ارائه می‌شود و بعد از اطمینان بخشیدن به وی در حفظ امانت داری پاسخ‌های ارائه شده از طرف آزمودنی، از او خواسته می‌شود

جانبازانی که از پرتز استفاده می‌کنند بر روی کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. (رسنیک و همکاران، ۲۰۲۰). از طرف دیگر ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند بر میزان کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد، اما خود شخصیت افراد تحت تأثیر آموزش‌های محیطی و بحران‌های محیطی همچون جنگ قرار می‌گیرد که می‌تواند ابعاد سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد و به عبارتی کاهش و یا افزایش سلامتی را به دنبال داشته باشد. به صورتی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است از عوارض عصبی روانی سلاح‌های شیمیایی هم می‌توان به وجود اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب، شکوه‌های بدنی و علائمی چون عصبانیت، پرخاشگری، لرزش‌های بدنی، تداعی مجدد، فراموشی و تحریک پذیری اشاره کرد هرچند ویژگی‌های شخصیتی انسان تا حد بسیار زیادی متأثر از ژنتیک و وراثت است، اما تأثیرات محیط و پیامدهای آنان را نمی‌توان نادیده گرفت، به طوری که نظریه‌پردازان شخصیت معتقدند که این ویژگی‌ها محصول تعامل بین وراثت و محیط است بنابراین می‌توان گفت بلایای طبیعی همچون جنگ و... می‌تواند، پیامدهای بسیاری برای انسان، و ابعاد سلامتی و ابعاد شخصیتی او به دنبال داشته باشد. رزمندگان کشور ما نیز در طول هشت سال دفاع مقدس در معرض انواع استرس و آسیب‌های جسمی و روانی قرار داشته و تعدادی از آن‌ها به انواع بیماری، مشکلات و اختلالات جسمی و روانی ناشی از جنگ دچار شده‌اند، که مجموعه این عوامل تأثیر بسیاری بر ویژگی‌های شخصیتی آنان داشته است. در همین ارتباط شیوع ۳/۹۵ درصدی انواع اختلالات روانی در میان جانبازان شیمیایی به‌وسیله اردکانی و همکاران (۱۳۸۹) گزارش شده که در این بین اختلال استرس پس از ضربه با ۴۱ درصد شایع‌ترین اختلال بود (حریرچی، ۱۳۹۳). در کشور ما کمتر پژوهشی به بررسی جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت زندگی و نوع شخصیت

ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی، مورد ارزیابی قرار گرفته است. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای در تمام حیطه‌های پرسشنامه، بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای این پرسش نامه ۰/۸۵ شده است.

### پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی

مک کری و کوستا (۱۹۸۳) برای اندازه‌گیری شخصیت پرسشنامه نئو<sup>۱</sup> را ساختند. آن‌ها برای ساخت این پرسشنامه از رویکرد زبانی و آماری استفاده کردند، بدین ترتیب که کلیه واژگان موجود در زبان انگلیسی را جمع‌آوری کرده و پس از تحلیل عاملی چندمرحله‌ای آن، به پنج عامل بزرگ به همراه ۳۰ زیر عامل دست یافت‌اند. پرسشنامه شخصیتی نئو پرسشنامه‌ای است که در پژوهش‌های بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است و یکی از ابزارهای مهم روان‌شناختی است که برای پژوهش‌هایی که هدف آن‌ها بررسی عوامل شخصیت است، به‌تنهایی یا در کنار سایر متغیرها به کار می‌رود. با توجه به پیچیدگی و طولانی بودن پرسشنامه شخصیتی نئو، وجود ابعاد جزئی و متعدد در هر یک از صفات مربوط به پنج عامل بزرگ شخصیت و ضرورت سریع در مواقع لازم و مهم‌تر از همه عدم تمایل آزمودنی‌ها در پاسخ دادن به ابزاری طولانی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی، نسخه کوتاهی از پرسشنامه شخصیتی نئو با عنوان "پرسشنامه پنج عاملی (ثبات عاطفی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و باوجدان بودن) طراحی شد. پاسخنامه این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است در این پرسشنامه، برای هر عامل، ۱۲ سؤال وجود دارد؛ که سؤالات ۱-۶-۱۱-۱۶-۲۱-۲۶-۳۱-۳۶-۴۱-۴۶-۵۱-۵۶ بعد ثبات عاطفی، سؤالات ۲-۷-۱۲-۱۷-۲۲-۲۷-۳۲-۳۷-۴۲-۴۷-۵۲-۵۷ بعد برون‌گرایی،

با کمال صداقت، احساس و نگرش خود به هر یک از عبارات را با علامت زدن و انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص نماید. سؤالات آزمون دارای چهار گزینه: الف) کاملاً مخالفم، ب) تقریباً مخالفم، ج) تقریباً موافقم، د) کاملاً موافقم می‌باشد، بر همین اساس این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هر چه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مورد بررسی نمرات بیشتری بدست آورند بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود، همچنین این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و از ۱۶ سالگی به بالا قابلیت اجرا دارد این آزمون در سال ۱۳۷۷ در ایران ترجمه و هنجاریابی شده که اعتبار و روایی آن توسط جان بزرگی (۱۳۷۷) بدست آمده است. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۴ است. در این مقیاس، گزینه‌های عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی برونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. آلپورت و رأس در سال ۱۹۶۷ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و برونی تهیه کردند در مطالعات اولیه‌ای که صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری برونی و درونی ۰/۲۱ است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای این پرسش نامه ۰/۷۷ شده است.

### پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی، برای اولین بار توسط نجابت (۱۳۸۵) ترجمه و اعتباریابی شد. این پرسشنامه، در بردارنده ۲۶ سؤال است و چهار بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی است که جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس این سؤالات بر اساس درجه بندی ۵ تایی لیکرت است که نمره ۱، نشانگر درک منفی و کم و نمره ۵، درک مثبت و بالاست. اعتبار این پرسشنامه، با قابلیت تمایز این

1. NEO

سوالات ۳-۸-۱۳-۱۸-۲۳-۲۸-۳۳-۳۸-۴۳-۴۸-۵۳-۵۸ بعد انعطاف‌پذیری، سوالات ۴-۹-۱۴-۱۹-۲۴-۲۹-۳۴-۳۹-۴۴-۴۹-۵۴-۵۹ بعد توافق‌پذیری و سوالات ۵-۱۰-۱۵-۲۰-۲۵-۳۰-۳۵-۴۰-۴۵-۵۰-۵۵ با وجدان بودن را اندازه‌گیری می‌کند. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی ثبات عاطفی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و با وجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش آتش‌روز (۱۳۸۶) با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت: ثبات عاطفی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت در این پژوهش به ترتیب: ثبات عاطفی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۷، ۰/۵۷، ۰/۷۹ و ۰/۴۹ به دست آمده است. (عدل‌پرور و همکاران، ۱۳۹۸).

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

اطلاعات موردنیاز برای انجام این تحقیق به دو روش جمع‌آوری شد:

**الف) روش کتابخانه‌ای:** در این روش برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ادبیات موضوع و پیشینه‌ی تحقیق از کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مقالات و پایگاه‌های اطلاعاتی استفاده شد.

**ب) روش میدانی:** در این روش با استفاده از پرسشنامه استاندارد و توزیع آن در بین نمونه آماری، اطلاعات موردنظر پژوهشگر از جمع‌آوری شد. در این تحقیق داده‌های تحقیق در دو سطح گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند:

**الف:** در سطح آمار توصیفی؛ از نمودارها، جدول‌های توزیع فراوانی، درصد‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی استفاده شد.

**ب:** در سطح آمار استنباطی؛ متناسب با سنجش داده‌ها و مفروضات آماری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

### ملاحظات اخلاقی

- ۱- در این تحقیق، مشارکت افراد از روی اجبار نبوده و تمامی پاسخ‌دهندگان از روی میل و رغبت به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند
- ۲- در پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است. به این منظور درج نام و نام خانوادگی مشارکت‌کنندگان الزامی نبوده است و صرفاً سن کفایت نموده است
- ۳- آگاه کردن کافی و توضیح تمام مراحل تحقیق به آزمودنی‌ها

## یافته ها

## سن

جدول ۱ توزیع و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن

| شاخص آماری سن | فراوانی | درصد | فراوانی تراکمی |
|---------------|---------|------|----------------|
| ۵۵-۵۰         | ۷۰      | ۳۵   | ۳۵             |
| ۶۰-۵۶         | ۷۴      | ۳۷   | ۷۲             |
| ۶۵-۶۱         | ۵۶      | ۲۸   | ۱۰۰/۰۰         |
| جمع کل        | ۲۰۰     | ۱۰۰  |                |

همان گونه که جدول ۱ نشان می دهد. از بین ۲۰۰ نفر شرکت کننده در پژوهش ۷۰ نفر در گروه سنی ۵۵-۵۰ سال قرار دارند، ۷۴ نفر در گروه سنی ۶۰-۵۶ قرار دارند، ۵۶ نفر در گروه سنی ۶۵-۶۱ قرار دارند.

## سابقه جنگ

جدول ۲ توزیع و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سابقه جنگ

| سابقه   | تعداد | فراوانی | فراوانی تجمعی |
|---------|-------|---------|---------------|
| ۳-۱ سال | ۱۱۰   | ۵۵      | ۵۵            |
| ۶-۴ سال | ۵۸    | ۲۹      | ۸۴            |
| ۸-۷ سال | ۳۲    | ۱۶      | ۱۰۰           |

همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد. از بین ۲۰۰ نفر شرکت کننده در پژوهش ۱۱۰ نفر بین ۱ تا ۳ سال، ۵۸ نفر بین ۴ تا ۶ سال، و ۳۲ نفر بین ۷-۸ سال سابقه حضور در جنگ را دارا می باشد.

## تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

در این بخش شاخص های توصیفی متغیرهای مورد اندازه گیری در پژوهش به تفکیک گزارش شده است.

جدول ۳ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

| مقیاس            | مولفه         | میانگین | انحراف استاندارد |
|------------------|---------------|---------|------------------|
| ویژگی های شخصیتی | روان رنجوری   | ۳۴/۶۰   | ۳/۰۸             |
|                  | برون گرایی    | ۳۱/۱۷   | ۴/۶۳             |
|                  | انعطاف پذیری  | ۲۸/۴۳   | ۵/۲۴             |
|                  | دلپذیری       | ۲۸/۳۶   | ۴/۵۹             |
| جهت گیری مذهبی   | مسئولیت پذیری | ۲۷/۳۵   | ۳/۹۵             |
|                  | کیفیت زندگی   | ۵۲/۷۵   | ۵/۶۶             |
|                  |               | ۵۵/۹۹   | ۸/۱۵             |

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول بالا، میانگین و انحراف استاندارد «مولفه های ویژگی‌های شخصیتی» به ترتیب بیشترین میانگین مربوط به روان رنجوری و کمترین میانگین مربوط به مسولیت پذیری می باشد. میانگین و انحراف استاندارد «جهت‌گیری مذهبی» به ترتیب برابر با ۵۲/۷۵ و ۵/۶۶؛ میانگین و انحراف استاندارد «کیفیت زندگی» به ترتیب برابر با ۵۵/۹۹ و ۸/۱۵ می‌باشد. روشی که برای بررسی رابطه بین یک یا چند متغیر بکار می‌رود، همبستگی است. در روش همبستگی، تحلیل داده‌ها با توجه به هدف تحلیل به ۴ دسته تقسیم می‌شود: (۱) تحلیل رابطه هم‌زمانی متغیرها، (۲) تحلیل رگرسیون، (۳) تحلیل عاملی (۴) مدل معادلات ساختاری. در پژوهش حاضر از روش همبستگی استفاده شده است.

## آزمون نرمال بودن

انجام بسیاری از آزمون‌های پارامتریک مستلزم نرمال بودن مشاهدات است؛ بنابراین می‌توان برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده کرد. بر اساس این آزمون، وقتی توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد که مقدار یا سطح معناداری بیش از عدد بحرانی در سطح ۰/۰۵ باشد. در جدول ۴ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌های حاصل از اجرای آزمون‌ها ارائه می‌گردد.

جدول ۴ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

| Sig  | Z     | شاخص آماری<br>متغیر |
|------|-------|---------------------|
| /۴۸۸ | /۸۳۸  | ویژگی‌های شخصیتی    |
| /۰۹۲ | ۱/۲۴۰ | جهت‌گیری مذهبی      |
| /۰۶۷ | ۱/۳۲  | کیفیت زندگی         |

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای پژوهش برقرار است ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین بعد از تأیید شدن پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرد.

## استقلال خطاها

از دیگر مفروضات رگرسیون استقلال خطاها می‌باشد که باید فرض وجود همبستگی بین خطاها رد شود. برای چک کردن این فرض می‌توان از آماره دوربین واتسون استفاده کرد. برای تأیید این فرض الزم است که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته باشد. در این پژوهش این آماره برابر با ۲/۱۲ شده است که حاکی از صادق بودن این پیش فرض می‌باشد.

### بین جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد

جدول ۵ نتایج آزمون پیرسون بین جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی

| شاخص آماری<br>متغیر           | ضریب همبستگی | سطح معناداری |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی | ۰/۲۶**       | ۰/۰۰۱        |

با توجه به جدول ۴-۵ چون متغیر جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی در سطح سنجش فاصله ای هستند پس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است با توجه به خروجی SPSS، ضریب همبستگی پیرسون برای این دو متغیر ۰/۲۶ بوده و مقدار عدد معناداری (sig) مشاهده شده ۰/۰۰۱ کوچکتر از (sig > 0/05) می باشد که از سطح معناداری استاندارد (α=5%) کمتر است لذا فرض پژوهشی در سطح اطمینان ۹۵٪ پذیرفته می شود. بنابراین رابطه مثبت و معناداری بین جهت گیری مذهبی با کیفیت زندگی جانبازان وجود دارد.

### بین جهت گیری مذهبی با نوع شخصیت رابطه وجود دارد

جدول ۶ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیر         | ۱       | ۲        | ۳       | ۴       | ۵      | ۶ | ۷ |
|---------------|---------|----------|---------|---------|--------|---|---|
| روان رنجوری   | ۱       |          |         |         |        |   |   |
| برون گرایی    | -۰/۵۴** | ۱        |         |         |        |   |   |
| انعطاف پذیری  | -۰/۳۸** | -۰/۶۲۸** | ۱       |         |        |   |   |
| دلپذیری       | -۰/۴۸** | -۰/۶۱۷** | ۰/۵۷۸** | ۱       |        |   |   |
| مسئولیت پذیری | -۰/۶۱** | -۰/۶۹۷** | ۰/۶۵۳** | ۰/۶۱۰** | ۱      |   |   |
| جهت گیری      | -۰/۵۸** | -۰/۵۷**  | ۰/۵۸**  | ۰/۵۴**  | ۰/۵۱** | ۱ |   |

با توجه به جدول ۶ چون متغیر جهت گیری مذهبی با ویژگی شخصیتی در سطح سنجش فاصله ای هستند پس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است با توجه به خروجی SPSS، ضریب همبستگی پیرسون برای مولفه های روان رنجوری و برون گرایی با جهت گیری مذهبی منفی و معنادار به دست آمده است. همچنین ضریب همبستگی برای انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری با جهت گیری مثبت و معنادار به دست آمده است. بنابراین این فرضیه تایید می شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روان فرد را پیش‌بینی نماید. نتایج پژوهش حاضر هم‌نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی، کیفیت زندگی و نوع شخصیت جانبازان رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین باید توجه کرد که مسائل مذهبی مخصوصاً باید به صورت درونی ایجاد شود. و مسوولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری که نقش بسزایی در جهت‌گیری مذهبی درونی جانبازان دارد می‌بایست تقویت شود. با توجه به نتایج بدست آمده و نقش جهت‌گیری مذهبی در کیفیت زندگی و نوع شخصیت جانبازان می‌توان با مجموعه اقدامات و برنامه‌های در قالب کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت تقویت این متغیرها در راستای بهبود کیفیت زندگی گام برداشت. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که می‌توان با ارائه آموزش‌های لازم در خصوص اثرات مذهب بر کیفیت زندگی و نوع شخصیت و همچنین آموزه‌های دین اسلام در خصوص مذهب و زندگی در ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد به ویژه جانبازان اقدام نمود. پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های جهت‌گیری مذهبی به جانبازان آموزش داده شود، زیرا آموزش این مؤلفه‌ها می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی و شخصی‌سازی قوی‌تر افراد کمک کند.

تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای مذهبی بر روی کیفیت زندگی، رفاه و رضایت زندگی تأثیر گذار است. (گارسن و همکاران، ۲۰۲۱) قلی‌پور (۱۳۹۵)، تحقیقی با عنوان نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان جانبازان استان کرمانشاه انجام داد نتایج نشان داد که کیفیت زندگی جانبازان پایین است. کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت عبارت است از: در بعد جسمی برای جانبازان شیمیایی پایین و برای جانبازان آمپوته، ترکیبی و اعصاب به نسبت بالاتر است؛ در بعد روانی برای جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی در سطح پایین تر و برای جانبازان آمپوته، ترکیبی و ویژه در وضعیت بهتری قرار دارد؛ در بعد اجتماعی برای جانبازان شیمیایی در سطح پایین‌تر و برای جانبازان آمپوته، ترکیبی در وضعیت بهتری قرار دارد؛ سن و تعداد فرزندان بر کیفیت زندگی تأثیر معکوسی دارند. وضعیت اشتغال بر کیفیت زندگی تأثیر دارد، افراد شاغل از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. دین به طور معناداری بر روی کرامت افراد معلول تأثیر می‌گذارد. (مک‌گیلنی، ۲۰۲۱). باورهای دینی بر روی صداقت، انسانیت، نوریتیک بودن، آگاهی افراد تأثیر می‌گذارد. (استرانگی و همکاران، ۲۰۲۱). دین بیشترین تأثیر را بر روی شخصیت دارد. (کسایز کیوسزی، ۲۰۲۱).

لموس<sup>(۲۰۲۰)</sup> تحقیقی با عنوان ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنوریسم داخل جمجمه قطع نشده انجام داد نتایج تحقیق نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی بیماران رابطه معنادار وجود دارد. درویشی، وکیلی (۱۳۹۶)، پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان در دانشجویان انجام دادند. نتایج بیانگر این است که میزان گرایش مذهبی افراد بر حسب جنسیت می‌تواند میزان احساس اضطراب، افسردگی و

## منابع

۱. قلی پور، سیاوش، قلی پور، محسن (۱۳۹۵). نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان جانبازان استان کرمانشاه.
۲. حریرچی، امیرمحمود، خدری، بهزاد، مؤمنی ماسوله، فریده سادات. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، (۱)، ۳۹-۷۰.
۳. درویشی، مراد؛ وکیلی، محمد (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان دانشجویان، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی البرز، شماره ۶، ص ۹۸.
۴. عدل پرور، لیلا، فلاحت خواه، فرهاد (۱۳۹۸). مدل پنج عاملی مک کری و پل کوستا در تاریخ بیهقی. فصلنامه علمی پژوهشی زبان و ادب فارسی
۵. مختاری، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی عمل جراحی زیبایی بینی بر بهزیستی روان شناختی، کیفیت زندگی، خودپنداره و تصویر بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی و مقایسه آن با گروه کنترل، پایان نامه دکترا، دانشگاه عدالت
۶. مجیدیان فرد، محمد باقر (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با تفکر انتقادی و نقش میانگری فراشناخت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارتش
۷. محمدی جواد، سیمین غلامرضایی، امیر عزیزی (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین جهت‌گیری دینی با سلامت روان پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های دولتی تبریز در سال ۱۳۹۳، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۲، شماره ۶: ۱۰۸۷-۱۰۸۰.
۸. نجابت، سحرناز و همکاران (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه
۹. ونگ کارل گوستاد (۱۹۸۳). روان‌شناسی و دیدن. ترجمه فؤاد روحانی انتشارات علمی و فرهنگی. ص ۱۲۰.
۱۰. ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴؛ از صفحه ۱ تا صفحه ۱۲

## References

- and Rehabilitation .<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1829106>
6. Stronge, S & et al (2021). Religion and the Development of Character: Personality Changes Before and After Religious Conversion and Deconversion. *Journal of Social psychological and personality Science*. <https://doi.org/10.1177/1948550620942381>
  7. Williams, J. S., & Egede, L. E. (2016). The association between multimorbidity and quality of life, health status and functional disability. *The American journal of the medical sciences*, 352(1), 45-52.
  1. Garsen, B & et al (2021). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion: Special issue on Religion & Health*. Volume 31- Issue 1
  2. Kayış, A. R., Satıcı, S. A., Yılmaz, M. F., Şimşek, D., Ceyhan, E., & Bakioğlu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 63, 35-40.
  3. McGinley, P (2021). Religion and Rehabilitation: A Particular Challenge for Christianity. ebook, Routledge
  4. Maltby J, Day L. (2013). Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress, Personality and Individual Differences, 2013. 34:1209-24.
  5. Resnik, A & et al (2021). Dexterity, activity performance, disability, quality of life, and independence in upper limb Veteran prosthesis users: a normative study. *Journal of Disability*

## نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی

مریم جواهری<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی بود. این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بود که جهت درمان به مطب متخصصان قلب و عروق شهر کرج مراجعه نمودند. از جامعه مورد مطالعه، تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سه پرسشنامه خودکارآمدی بیماران لو و اون (۲۰۰۷)، مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) پاسخ دادند. یافته‌های حاصل با استفاده از روش‌های روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که میان خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. میان تاب‌آوری روان‌شناختی و اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید.

**کلید واژه‌ها:** خودکارآمدی، تاب‌آوری روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## investigate the role of self-efficacy and psychological resilience in predicting anxiety and depression in patients with cardiovascular disease

were analyzed using Pearson correlation and regression analysis. The results showed that there is a significant negative relationship between self-efficacy and its components with anxiety and depression in patients with cardiovascular disease. There is a significant negative relationship between psychological resilience and anxiety and depression in patients with cardiovascular disease. Self-efficacy and its components can explain 34% of the variance of anxiety and 46% of the variance of depression in cardiovascular patients. Psychological resilience can explain 64% of the variance of anxiety and 70% of the variance of depression in cardiovascular patients.

The aim of this study was to investigate the role of self-efficacy and psychological resilience in predicting anxiety and depression in patients with cardiovascular disease. This study was a correlational study. The statistical population of the study consisted of all patients with cardiovascular diseases who referred to the office of cardiologists in Karaj for treatment. From the study population, 100 patients with cardiovascular diseases were selected using available sampling method and replied to three self-efficacy questionnaires of Lou and Owen (2007), Connor and Davidson (2003) Psychological Resilience Scale. And Depression, Anxiety, and Stress Scale Lebond and Lebond (1995). Findings

**Keyword:** Self-efficacy, psychological resilience, depression, anxiety.

### مقدمه

(کوهن، اندموندسون و کرونیش<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). رهنمودهای جدید پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی غربالگری برای اضطراب و افسردگی به منظور شناسایی افراد در معرض خطر بالا را مطرح ساختند (پیپولی و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد اهمیت عوامل خطر روان‌شناختی مانند اضطراب کم برآورد شده و اغلب در راهبردهای پیشگیرانه تمرین بالینی ضمیمه نشده‌اند. با این حال، شواهد بسیاری وجود دارد که نشانگان اضطراب و افسردگی پیش‌آگهی بیماران

بیماری‌های قلبی-عروقی<sup>۱</sup> مانند بیماری عروق کرونری یکی از علل شایع مرگ در سرتاسر جهان هستند (پیپولی، هوس، آگول<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). طبق گزارش‌ها در ایران، بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ است با افزایش میزان شیوع ۳/۴ درصد (دوستدار طوسی و گلشنی، ۱۳۹۳). یکی از عوامل خطر شایع برای بیماری‌های قلبی عروقی، عوامل خطر روان-شناختی مانند اضطراب<sup>۳</sup> و افسردگی<sup>۴</sup> هستند

4-depression

5-Cohen, Edmondson & Kronish

1-cardiovascular disease

2-Piepoli, Hoes & Agewall

3-anxiety

عروقی به دلیل هم‌ابتلای بالای آنها با یکدیگر است. برخی پژوهشگران اظهار داشتند که اضطراب اثر حمایتی در برابر خطر بیماری قلبی-عروقی دارد (میر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ پرز-پینار، آیرب، گونزالز، ماتور، فوگت-برو و آیس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). به عبارت دیگر، اضطراب با رفتارهای حمایت‌کننده سالم در بیماران قلبی-عروقی همراه است (بنی‌امینی، روزینر، گلدبورت، دروری و گربر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). تحقیق در مورد مکانیزم‌های آسیب‌شناختی فیزیولوژیکی اضطراب و بیماری‌های قلبی عروقی محدود (آلوارنگا و بیرن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶) است.

تحقیقات نشان داد که اضطراب با افزایش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است (باتلان و همکاران، ۲۰۱۶). در صورتی که، برخی دیگر نشان دادند هنگامی که افسردگی و سایر عوامل خطر مرسوم کنترل گردیدند، اضطراب یک عامل خطر مستقل برای بروز بیماری‌های قلبی عروقی است (استیوارت، هاوکینس، خامباتی، پرکینس و کالاهان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). شواهد ناهم‌آهنگی از ارتباط مستقل اضطراب با ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی وجود دارد (تولای، ۲۰۱۷).

مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را تعیین می‌کند (کوهل‌من، آرولت، هاورکامپ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب مزمن با کاهش میزان تغییرپذیری ضربان قلب، افزایش فشار خون همراه است (کالمرس، کوپین تینا، آبوت و کمپ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). اگر چه وضعیت اضطراب به عنوان یک عامل خطر برای بیماری قلبی عروقی به خوبی افسردگی مورد مطالعه قرار نگرفته است (آلبوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۵). برای پر کردن این شکاف، در طول دهه گذشته تمرکز فزاینده‌ای بر مطالعه ارتباط میان اضطراب و ایجاد بیماری قلبی عروقی شده است (باتلان، سلدنریجک، بوت، وانبالکوم و پنی-نکس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). شواهدی از ارتباط اضطراب با افزایش میزان خطر بیماری‌های قلبی عروقی ارائه دادند، این مطالعات به خاطر عدم توجه به تاثیرات افسردگی مورد انتقاد گرفتند (تولای، هاریسون، چانگ و کوش<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). اضطراب و افسردگی هر دو بر اساس نشانه‌های گزارش شده تشخیص داده می‌شوند، اغلب هم‌ابتلایی دارند، از دوران کودکی شروع می‌شوند و گرانش نیرومند به اضطراب پیش‌درآمد افسردگی است (بروس، داویس، دراگوویچ، داویس و استارک-استین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶).

برخی پژوهشگران معتقدند که افسردگی محرک اصلی ارتباط ادراک شده میان اضطراب و خطر بروز بیماری‌های قلبی-

7-Meyer

8-Perez-Pinar, Ayerbe, Gonzalez, Mathur, Foguet-Boreu & Ayis

9-Beniamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber

10-Alvarenga & Byrne

11-Stewart, Hawkins, Khambaty, Perkins & Callahan

1-Kuhlmann, Arolt, & Haverkamp

2-Chalmers, Quintana, Abbott & Kemp

3-Albus

4-Batelaan, Seldenrijk, Bot, Van Balkom & Penninx

5-Tully, Harrison, Cheung & Cosh

6-Bruce, Davis, Dragovic, Davis & Starkstein

وایت، کوهن، برگر، کاپزبک و بیرمن<sup>۵</sup> (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که برخورداری از احساس خودکارآمدی با کاهش نشانه‌های آشفتگی و سلامت عمومی، و کیفیت بالاتر زندگی زندگی همراه است و قادر است سلامت جسمی و عاطفی را پیش‌بینی می‌کند. شیرازی، حیدری و خیاطی (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که بین خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی همبستگی معکوس و معناداری مشاهده گردید. افراد برخوردار از سطوح بالاتر خودکارآمدی، مشارکت کارآمد در حل مسائل به منظور افزایش سازگاری و رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی را گزارش نمودند (بندورا، ۱۹۹۲). برای مثال، در افراد مبتلا به دردهای مزمن و سرطان احساس خودکارآمدی بالا با توانایی بیشتر برای مدیریت کارآمد این موقعیت‌ها ارتباط دارد (بورسو، گردل و پئولسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

مطالعات نشان دادند که احساس خودکارآمدی بالاتر بیمار یعنی اعتماد بالاتر آنها به خودشان در مواجهه با شرایط ناخوشایند و مبارزه با بیماری که آنها را قادر می‌سازد تا با بیماری با نگرش مثبت و امید مقابله نمایند (هاکس، پایر، هارتونین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ نفرادی، ناکاموتو و شالز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ سانگروانگاک، جیراپورنکول و هارست<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). افزایش احساس خودکارآمدی به خود مدیریتی بهتر منجر می‌شود، امید به زندگی را افزایش می‌دهد و رفتارهای سالم را ترغیب می‌کند. علاوه بر

تاب‌آوری روان‌شناختی توانایی افراد برای حفظ سلامتی خود و افزایش توانایی‌های خود در مواجهه با عوامل ناخوشایند گوناگون است (ابروسهن، الوف، فینستون، گروبلر و موئن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). تاب‌آوری روان‌شناختی بالا نقش مثبتی در مقابله با پیشرفت بیماری و پیش‌آگهی آن دارد، می‌تواند پیشرفت بیماری را کند نماید، واکنش تحریک‌کننده بدن را برای محافظت از آسیب دیدگی عضله قلب کاهش دهد و نقش حمایتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ایفا نماید (آری‌بولا-مورئو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نشان دادند که برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی پیش‌آگهی هنگامی بهتر است که بیماران از سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری ذهنی و تاب‌آوری برخوردار باشند (دی‌لمبوس، مورائس، پلاندا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). از این رو، ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنها را افزایش دهد.

مفهوم خودکارآمدی در سال ۱۹۷۷ توسط بندورا مطرح شد (بندورا، ۱۹۷۷) و به باور افراد درباره توانایی‌اشان برای اعمال کنترل بر موقعیت‌های تاثیرگذار بر زندگی اشاره دارد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی به اعتماد یا باور فرد به توانایی‌هایش در غلبه بر شرایط دشوار یا دستیابی به یک هدف رفتاری مشخص اشاره دارد و نقش اصلی آن از طریق فرایندهای انگیزشی، شناختی، گزینشی و هیجانی ایفا می‌شود (بندورا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲).

5-White, Cohen, Berger, Kupzyk, Bierman

6-Borsbo, Gerdle, Peolsson

7-Hughes, Beier &amp; Hartoonian

8-Náfrádi, Nakamoto &amp; Schul

9-Sanguangake, Jirapornkul &amp; Hurst

1-Ebersöhn, Eloff, Finestone, Grobler &amp; Moen

2-Arrebola-Moreno

3-de Lemos, Moraes &amp; Pellanda

4-Bandura

متغیرهای پیش‌بینی کننده است. مجموع زیر مقیاس‌های دو متغیر خودکارآمدی (۳ خرده مقیاس) و تاب‌آوری روان‌شناختی (۰ خرده مقیاس) مجموعاً ۳ مورد است. اعداد مورد نظر در فرمول جایگزین گردید و عدد ۷۴ به دست آمد که پژوهشگر به منظور کاهش خطاهای نمونه‌گیری و افزایش اعتبار تحقیق، حجم نمونه را به ۱۰۰ نفر افزایش داد. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از داشتن تشخیص بیماری قلبی-عروقی، برخورداری از توانایی برای شرکت در پژوهش و هوشیاری کامل، رده سنی ۲۵ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر، داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارتند از عدم برخورداری از ملاکهای ورود.

برای انتخاب ۱۰۰ نفر، پژوهشگر به مطب متخصصان قلب و عروق شهر کرج که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی جهت درمان به آنها ارجاع می‌شدند، مراجعه نمود و پس از برقراری ارتباط و صحبت با تک تک بیماران مراجعه کننده به این مطب‌ها، توضیح هدف پژوهش و جلب رضایت آنان پرسشنامه‌ها را جهت پاسخگویی در اختیار بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، قرار داد و پس از پاسخگویی نمونه مورد مطالعه پرسشنامه‌ها را از آنها دریافت نمود.

این، می‌تواند بر همه جنبه‌های زندگی تاثیر بگذارد و افرادی که به خودشان متکی هستند می‌توانند فعالانه در برنامه‌های مرتبط با افزایش سلامت شرکت کنند (بندورا، ۲۰۱۰).

خودکارآمدی در مدیریت رفتارهای سلامت بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی سودمند است و وقوع عوارض شدید بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش می‌دهد (کروک و زارزیکا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). با توجه به آنچه که در بالا گفته شد، پژوهشگر درصدد است تا به بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی و به این سوال پاسخ دهد که آیا خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی است؟

## روش

جامعه آماری پژوهش کنونی متشکل از کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی شهر کرج بود که جهت درمان به مطب متخصصان قلب و عروق مراجعه نمودند. نمونه مورد مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای به دست آوردن حجم نمونه بهینه از فرمول پیشنهادی تاباکنیک و فیـدل<sup>۲</sup>  $N=8m+50$  استفاده گردید. در این فرمول  $m$  نشان دهنده تعداد خرده مقیاس‌های

1-Krok & Zarzycka

2-Tabachnick & Fidell

## ابزارهای گردآوری اطلاعات

## مقیاس خودکارآمدی بیماران

این مقیاس توسط لو واون در سال ۱۹۹۶ برای سنجش خودکارآمدی در زمینه مراقبت از خود ساخته شد. شامل ۲۹ گویه و سه خرده مقیاس نگرش مثبت، استرس زدایی و تصمیم‌گیری است. پاسخ به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. محدوده امتیاز هر فرد در این مقیاس بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. لو واون (۲۰۰۷) روایی این ابزار را با استفاده از تحلیل عاملی گویه‌ها تایید کردند و پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳، خرده مقیاس نگرش مثبت ۰/۹۲، استرس زدایی ۰/۸۹، و تصمیم‌گیری ۰/۸۳ گزارش نمودند. رامبد، پیروی، ساربان و رفیعی (۱۳۸۸) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، خرده مقیاس نگرش مثبت ۰/۷۸، استرس زدایی ۰/۷۹، و تصمیم‌گیری ۰/۸۰ گزارش نمودند. فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) نیز پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ ۰/۸۱، خرده مقیاس نگرش مثبت ۰/۷۴، استرس زدایی ۰/۷۵، و تصمیم‌گیری ۰/۷۹ به دست آوردند.

## مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی

این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری تاب‌آوری روان‌شناختی تدوین گردید. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و آزمودنی با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) به هر گویه پاسخ می‌دهد. نمره بالا در این ابزار نشان‌دهنده تاب‌آوری

روان‌شناختی بالا است. محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهباز (۱۳۸۵) همسانی درونی این مقیاس را با یک نمونه ۷۱۶ نفری ۰/۸۹ گزارش کرد. شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) نیز آلفای کرانباخ این مقیاس را ۰/۹۱ کردند.

## مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)

توسط لوی‌باند و لوی‌باند در سال ۱۹۹۵ تدوین گردید. یک آزمون خودسنجی ۲۱ ماده‌ای است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) برای ساخت مقیاس در اغلب موارد از نمونه‌های غیربالینی استفاده کردند. شواهد اولیه حاکی از آن است که این مقیاس از قابلیت اعتماد همگرا کافی برخوردار است. آنها به نمونه بزرگی از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و DASS ارائه شد. همبستگی پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب DASS بالا بود. آنها آلفای کرانباخ برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳، و استرس ۰/۸۱ به دست آوردند (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵). هنری و کرافورد (۲۰۰۵) آلفای کرانباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۳ گزارش نمودند.

در ایران نیز صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) میزان آلفای کرانباخ بای خرد مقیاس افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶،

استرس ۰/۴۴ و اضطراب ۰/۶۷ گزارش شده است. تحقیق فاقد هرگونه ضرر و زیان احتمالی است. ۳- دادن اطمینان به افراد نمونه که اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند. ۴- کسب رضایت آگاهانه از آنها و اختیاری بودن مشارکت در تحقیق.

### ملاحظات اخلاقی تحقیق

رعایت کلیه حقوق انسانی افراد شرکت کننده در تحقیق  
۲- دادن اطمینان به افراد نمونه که شرکت آنها در

### یافته

جدول (۱) آزمون نرمال بودن کالموگراف-اسمیرنوف و مقادیر کجی و کشیدگی برای بررسی فرض

نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیرهای مورد مطالعه

| متغیرها     | کالموگراف-اسمیرنوف | کجی   | کشیدگی |
|-------------|--------------------|-------|--------|
| اضطراب      | ۰/۳۳               | ۰/۱۰  | -۰/۷۳  |
| افسردگی     | ۰/۲۰               | ۰/۱۶  | -۰/۵۰  |
| خودکارآمدی  | ۰/۱۵               | ۰/۲۰  | ۰/۷۲   |
| استرس‌زدایی | ۰/۳۶               | -۰/۱۵ | -۰/۱۹  |
| نگرش مثبت   | ۰/۴۹               | -۰/۱۸ | -۰/۴۵  |
| تصمیم‌گیری  | ۰/۵۶               | -۰/۲۲ | -۰/۷۵  |
| تاب‌آوری    | ۰/۱۸               | ۰/۷۰  | -۰/۲۵  |

نتایج بدست آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردارند. سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش بیشتر از مقدار ۰/۰۵ بدست آمده است ( $p > 0.05$ ) که نشان از نرمال بودن متغیرها دارد. بررسی مقادیر کجی و کشیدگی نشان می‌دهد با توجه به این که مقادیر کجی و همچنین مقادیر کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه +۲ تا -۲ بدست آمده، می‌توانیم نتیجه بگیریم که تمامی متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند. در مجموع از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف و مقادیر کجی و کشیدگی نتیجه می‌گیریم که می‌توان توزیع تمامی متغیرها را نرمال در نظر گرفت و از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول (۲) ماتریس همبستگی خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی

| متغیرها        | ۱       | ۲       | ۳       | ۴      | ۵      | ۶ |
|----------------|---------|---------|---------|--------|--------|---|
| ۱- خودکارآمدی  | —       |         |         |        |        |   |
| ۲- نگرش مثبت   | ۰/۴۵**  | —       |         |        |        |   |
| ۳- استرس‌زدایی | ۰/۵۱**  | ۰/۴۴**  | —       |        |        |   |
| ۴- تصمیم‌گیری  | ۰/۴۲**  | ۰/۲۹**  | ۰/۲۳**  | —      |        |   |
| ۵- اضطراب      | -۰/۷۶** | -۰/۳۵** | -۰/۵۵** | -۰/۱۶* | —      |   |
| ۶- افسردگی     | -۰/۷۸** | -۰/۵۴** | -۰/۴۰** | -۰/۲۲* | ۰/۸۷** | — |

\*\* =  $p \leq 0.01$

\* =  $p \leq 0.05$

همانگونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، میان خودکارآمدی و خرده مقیاس‌های نگرش مثبت، استرس‌زدایی و تصمیم‌گیری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت با افزایش خودکارآمدی، نگرش مثبت، استرس‌زدایی و قدرت تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، میزان اضطراب و افسردگی در آنها کاهش می‌یابد.

جدول (۳) تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی وجود رابطه خطی بین خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی

| متغیر ملاک | مجموع   | درجه  | میانگین | اف    | سطح معناداری |
|------------|---------|-------|---------|-------|--------------|
|            | مجذورات | آزادی | مجذورات |       |              |
| رگرسیون    | ۳۶۷۷/۸۲ | ۳     | ۱۲۲۵/۹۴ |       |              |
| اضطراب     | ۱۸۲۱/۳۳ | ۹۶    | ۱۸/۹۷   | ۶۴/۶۱ | ۰/۰۰۱        |
| کل         | ۵۴۹۹/۱۶ | ۹۹    |         |       |              |
| رگرسیون    | ۳۶۹۱/۸۷ | ۳     | ۱۲۳۰/۶۲ |       |              |
| افسردگی    | ۱۴۰۶/۲۳ | ۹۶    | ۱۴/۶۴   | ۸۴/۰۱ | ۰/۰۰۱        |
| کل         | ۵۰۹۸/۱۱ | ۹۹    |         |       |              |

با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون تحلیل واریانس برای سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۱ است. بنابراین، می‌توان گفت که بین خودکارآمدی و خرده مقیاس‌های آن با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه خطی وجود دارد. از این‌رو، استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است و متغیر مستقل توان پیش‌بینی متغیر وابسته را دارد.

جدول (۴) تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی بر اساس خودکارآمدی و مولفه‌های آن

| متغیر ملاک | متغیرهای پیش‌بین | B     | SE    | Beta  | T     | P     | R    | R2   |
|------------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| اضطراب     | عرض از مبدا      | ۳۴/۳۳ | ۱/۵۸  |       | ۲۱/۶۶ | ۰/۰۰۱ |      |      |
|            | خودکارآمدی       | -۰/۷۸ | ۰/۰۳  | -۰/۴۷ | -۵/۸۱ | ۰/۰۰۱ |      |      |
|            | نگرش مثبت        | -۰/۲۲ | ۰/۰۶  | -۰/۲۹ | -۳/۲۱ | ۰/۰۰۱ |      |      |
|            | استرس‌زدایی      | -۰/۵۹ | ۰/۱۰  | -۰/۳۶ | -۴/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۰/۳۴ |
| افسردگی    | تصمیم‌گیری       | -۰/۱۳ | ۰/۰۷  | -۰/۱۰ | -۱/۶۶ | ۰/۰۹  |      |      |
|            | عرض از مبدا      | ۳۳/۸۷ | ۱/۴۲  |       | ۲۳/۸۳ | ۰/۰۰۱ |      |      |
|            | خودکارآمدی       | -۱/۱۱ | ۰/۰۹  | -۰/۶۱ | -۶/۳۶ | ۰/۰۰۱ |      |      |
|            | نگرش مثبت        | -۰/۹۵ | ۰/۰۵  | -۰/۵۸ | -۵/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۰/۴۶ |
|            | استرس‌زدایی      | -۰/۶۳ | ۰/۰۵  | -۰/۲۴ | -۴/۱۰ | ۰/۰۰۱ |      |      |
| تصمیم‌گیری | -۰/۰۳            | ۰/۰۷  | -۰/۰۲ | -۰/۴۵ | ۰/۶۵  |       |      |      |

برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از طریق خودکارآمدی و مولفه‌های آن از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید.

جدول (۵) ماتریس همبستگی تاب‌آوری، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی

| متغیرها     | ۱      | ۲      | ۳ |
|-------------|--------|--------|---|
| ۱- تاب‌آوری | —      |        |   |
| ۲- اضطراب   | ۰/۸۷** | —      |   |
| ۳- افسردگی  | ۰/۸۳** | ۰/۸۰** | — |

\* =  $p \leq 0/05$       \*\* =  $p \leq 0/01$

همانگونه که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، میان تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت با افزایش یا کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، میزان اضطراب و افسردگی در آنها افزایش یا کاهش می‌یابد.

برای انجام تحلیل رگرسیون، یکی از پیش‌فرض‌های اساسی بررسی این مطلب است که آیا میان متغیر پیش‌بینی کننده و متغیر ملاک رابطه خطی وجود دارد یا خیر. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید که نتیجه حاصل از آن در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول (۶) تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی وجود رابطه خطی بین خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی

| متغیر ملاک | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | اف     | سطح معناداری |
|------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| رگرسیون    | ۳۵۱۸/۸۷       | ۱          | ۳۵۱۸/۸۷         |        |              |
| اضطراب     | باقیمانده     | ۹۸         | ۲۰/۲۰           | ۱۷۴/۱۴ | ۰/۰۰۱        |
| کل         | ۵۴۹۹/۱۶       | ۹۹         |                 |        |              |
| رگرسیون    | ۳۵۷۸/۰۹       | ۱          | ۳۵۷۸/۰۹         |        |              |
| افسردگی    | باقیمانده     | ۹۸         | ۱۵/۵۱           | ۲۳۰/۶۹ | ۰/۰۰۱        |
| کل         | ۵۰۹۸/۱۱       | ۹۹         |                 |        |              |

با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون تحلیل واریانس برای سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۱ است. بنابراین، می‌توان گفت که بین تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه خطی وجود دارد. از این‌رو، استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است و متغیر مستقل توان پیش‌بینی متغیر وابسته را دارد.

جدول (۷) تحلیل رگرسیون ساده برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی بر اساس تاب‌آوری

| متغیرهای ملاک | متغیر پیش‌بین | B     | SE   | Beta  | T      | P     | R    | R2   |
|---------------|---------------|-------|------|-------|--------|-------|------|------|
| اضطراب        | عرض از مبدا   | ۳۸/۱۳ | ۱/۸۶ |       | ۲۰/۴۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰ | ۰/۶۴ |
|               | تاب‌آوری      | -۰/۲۴ | ۰/۱۹ | -۰/۸۰ | -۱۳/۱۹ | ۰/۰۰۱ |      |      |
| افسردگی       | عرض از مبدا   | ۳۷/۴۴ | ۱/۶۳ |       | ۲۲/۸۹  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ | ۰/۷۰ |
|               | تاب‌آوری      | -۰/۲۵ | ۰/۱۶ | -۰/۸۳ | -۱۵/۱۸ | ۰/۰۰۱ |      |      |

برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از طریق تاب‌آوری روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد. نتایج نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید.

### بحث و نتیجه‌گیری

این نتیجه رسیدند که برخورداری از احساس خودکارآمدی با کاهش نشانه‌های آشفتگی و سلامت عمومی، و کیفیت بالاتر زندگی زندگی همراه است و قادر است سلامت جسمی و عاطفی را پیش‌بینی می‌کند. وانگ، وانگ، کوئیان<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان روابط منفی میان خودکارآمدی عمومی، اضطراب و افسردگی در مردان مبتلا به HIV نشان دادند که میان خودکارآمدی عمومی و اضطراب و افسردگی در نمونه مورد مطالعه رابطه منفی وجود دارد. لی، لی، یو، پنگ، ون، تانگ و کانگ<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان ارتباط میان تاب‌آوری روان‌شناختی، خودکارآمدی و هیجان‌های منفی در بیماران مبتلا به سکتی میوکارد حاد بعد از مداخله عروقی زیر پوستی نشان دادند که میان نمرات اضطراب و افسردگی با تاب‌آوری روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران رابطه منفی وجود دارد. هامپتون و نیوکامب<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان خودکارآمدی و استرس در مراقبان افراد در حال احتضار نشان دادند که خودکارآمدی مراقب ارتباط معناداری با میزان استرس او دارد. توخساتی،

لاو، وود، واردل و بائوچامپ<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری و همبسته‌های روان‌شناختی، اجتماعی/فرهنگی، رفتاری و بیولوژیکی در بیماران قلبی-عروقی: یک بررسی سیستماتیک، به این نتیجه رسیدند که محققان در ۲۳ مطالعه پی بردند که میان تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران قلبی-عروقی رابطه منفی وجود دارد. رگال، وازکوز-دیز، موریلو-بارو، هرناندر-مندز و مورالس-سانچز<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان نیمرخ روان‌شناختی، اضطراب، خلق و خودکارآمدی در بازیکنان هندبال به این نتیجه رسیدند که میان اضطراب، خلق و خو، و خودکارآمدی رابطه معنادار وجود دارد. کروک و زارزیکا<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان خودکارآمدی و سلامت روان‌شناختی در بیماران قلبی: نقش تعدیل‌کننده و میانجی معنابخشی نشان دادند که خودکارآمدی بر سلامت روان‌شناختی بیماران قلبی تاثیر مستقیم و همچنین، تاثیر غیرمستقیم از طریق معنابخشی دارد. وایت، کوهن، برگر، کاپزیک و بیرمن<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) به

1-Love, Wood, Wardell & Beauchamp

2-Reigal, Vazquez-Diz, Morillo-Baro, Hernandez-Mendo & Morales-Sanchez

3-Krok & Zarzycka

4-White, Cohen, Berger, Kupzyk, Bierman

5-Wang, Wang & Qian

6-Liu, Liu, Yu, Peng, Wen, Tang & Kong

7-Hampton & Newcomb

جوانوویک، دهقانی، تران، تران و هار<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری روان‌شناختی اندک و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی نشان دادند که میان تاب‌آوری روان‌شناختی با علائم عاطفی، شناختی و جسمی افسردگی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. کاروالهو، برتولی، پایوا، روسی، دانتاس و پومپئو<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری و عزت نفس در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی دریافتند که تاب‌آوری بالا با کاهش علائم افسردگی و اضطراب در این بیماران همراه است. تان-کریستانتو و کیروپولوس<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری، خودکارآمدی، سبک‌های مقابله‌ای و نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس به این نتیجه رسیدند که نشانگان اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری با تاب‌آوری و خودکارآمدی دارند.

بهشتی و ضرغام حاجبی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان رابطه تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در سربازان به این نتیجه رسیدند که ارتباط معکوس بین تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی وجود دارد. به این شیوه که با کاهش یک واحد در تاب‌آوری، میزان اضطراب سربازان به میزان ۰/۳۸ افزایش پیدا می‌کند. همچنین، افزایش یک واحد در متغیر تاب‌آوری باعث کاهش افسردگی به میزان ۰/۳۵ می‌شود.

حیدری (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی، اضطراب و استرس در دانش آموزان پسر شهر تهران نشان دادند که خودکارآمدی، ۲۶ درصد واریانس نمره ی کل مقیاس ۱۹ درصد واریانس افسردگی، ۱۵ درصد واریانس اضطراب و ۱۸

درصد واریانس استرس را تبیین می‌کند. نوری سعید، اکبری و سالاری (۱۳۹۳) در تحقیق خود با عنوان مقایسه تاب‌آوری روانی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی با افراد سالم به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره تاب‌آوری در گروه افراد بیمار و سالم تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

ربانی باوجدان، باقری و ربانی باوجدان (۱۳۹۱) با هدف مقایسه باورهای خودکارآمدی عمومی دانشجویان افسرده یا مضطرب با دانشجویان عادی در دانشگاه شهید باهنر کرمان نشان دادند که بین دانشجویان افسرده و مضطرب با دانشجویان عادی در خودکارآمدی عمومی تفاوت معنادار وجود دارد و دانشجویان عادی در خودکارآمدی عمومی نمره‌های بیشتری کسب می‌کنند.

فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در بین بیماران قلبی-عروقی نشان دادند که میان خودکارآمدی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. خودکارآمدی پیش‌بینی کننده بهتری برای کیفیت زندگی بود و تاب‌آوری نقش واسطه‌ای بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی داشت.

خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف تعیین میزان رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی، اضطراب و استرس در دانش آموزان نشان دادند که خودکارآمدی، ۲۷ درصد از واریانس نمره کل، ۲۰ درصد از واریانس افسردگی ۱۵ درصد از واریانس اضطراب و ۱۹ درصد از واریانس استرس را تبیین می‌کند. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که میان خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. میان تاب‌آوری روان‌شناختی و اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از

1-Toukhsati, Jovanovic, Dehghani, Tran, Tran & Hare

2-Carvalho, Bertolli, Paiva, Rossi, Dantas & Pompeo

3-Tan-Kristanto & Kiropoulos

واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. بنابراین بر اساس آنچه که مطرح شد پیشنهاد می‌شود: -تدارک و تدوین پروتکل‌های مداخلات روان‌شناختی برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی با در نظر گرفتن تاثیر تاب‌آوری روان‌شناختی و خودکارآمدی بر سلامت روان آنها. توجه به مولفه‌های

خودکارآمدی و راهبردهای شناختی کاهش افسردگی و اضطراب در پروتکل‌های درمانی تدوین شده برای بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و تعیین سهم احتمالی این مولفه‌ها و راهبردها در تبیین بیماری‌های قلبی-عروقی. با توجه به یافته‌های پژوهش کنونی که نشان داد تاب‌آوری روان‌شناختی با کاهش افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است می‌توان تدوین یک برنامه آموزشی را پیشنهاد داد که در آن به بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در مورد راهبردهای مناسب افزایش تاب‌آوری کمک نماید.

## منابع

۱. دوستدار طوسی، سید علی، و گلشنی، صمد. (۱۳۹۳). تاثیر تاب‌آوری در بیماران قلبی-عروقی بستری شده در بیمارستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۱۶(۲۴)، ۱۰۲-۱۰۹.
۲. ربانی باوجدان، مژگان، باقری، مسعود و ربانی باوجدان، مرجان. (۱۳۹۱). مقایسه باورهای خودکارآمدی عمومی دانشجویان افسرده یا مضطرب با دانشجویان عادی.
- نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱(۱۵)، ۲۹-۴۳.
۳. شیرازی، محمود، حیدری، الهه و خیاطی، زهرا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر زاهدان. *اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روان‌شناسی و امنیت اجتماعی، البرز*.

## Refrence

1. Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487-494.
2. Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310-321.
3. Batelaan, N. M., Seldenrijk, A., Bot, M., Van Balkom, A. J. L. M., & Penninx, B. W. J. H. (2016). Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 223-231.
4. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84, 191-215.
5. Bandura A. (1992). Social cognitive theory of social referencing. In: Feinman S, ed. *Social Referencing and the Social Construction of Reality in Infancy*. New York, NY: Plenum Press; 175-208.
6. Borsbo, B., Gerdle, B., Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disable Rehabilitation*, 32(17), 1387-1396.
7. Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295-1302.
8. de Lemos, C.M., Moraes, D.W., Pellanda, L.C. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arq Bras Cardiol* (2016) 106(2):130-5.
9. Ebersöhn L, Elof I, Finestone M, Grobler A, Moen M. (2015). Telling stories and adding scores: measuring resilience in young children affected by maternal HIV and AIDS. *Afr J AIDS Res*, 14(3), 219-27.
10. Hughes, AJ, Beier M, Hartoonian N, Turner AP, Amtmann D, Ehde DM. (2015). Self-efficacy as a longitudinal predictor of perceived cognitive impairment in individuals with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 96(5), 913-9.
11. Krok, D., & Zarzycka, B. (2020). Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Cardiac Patients: Moderated Mediation by Affect and Meaning-

- Making, *Journal of Psychology*, 154(6), 411-425.
12. Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343
13. Meyer, T., Hussein, S., Lange, H. W., & Herrmann-Lingen, C. (2015). Anxiety is associated with a reduction in both mortality and major adverse cardiovascular events five years after coronary stenting. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(1), 75–82.
14. Perez-Pinar, M., Ayerbe, L., Gonzalez, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, 102–108.
15. Sangruangake M, Jirapornkul C, Hurst C. (2017). Psychometric properties of diabetes management self-efficacy in Thai type 2 diabetes mellitus patients: a multi-center study. *International Journal of Endocrinology*, 2017, 2503156.
16. Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., et al. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*, 252, 207–274.
17. Stewart, J. C., Hawkins, M. A. W., Khambaty, T., Perkins, A. J., & Callahan, C. M. (2016). Depression and anxiety screens as predictors of 8-year incidence of myocardial infarction and stroke in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 78(5), 593–601.
18. Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P., & Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: A review. *Current Cardiology Reports*, 18(120), 1–8.
19. Wang, N., Wang, S., Qian, H.Z., Run, Y., Amico, K.R., Vermund, S.H., Yin, L., Qiu, X., & Zheng, S. (2019). Negative associations between general self-efficacy and anxiety/depression among newly HIV diagnosed men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS care*, 31(5), 629-635.
20. White, L.L., Cohen, M.Z., Berger, A.M., Kupzyk, K., Bierman, P.J. (2019). Self-efficacy for management of symptoms and symptom distress in adults with cancer: An integrative review. *Oncology nursing forum*, 46(1), 10-18.

## بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان

زهرا برزگر<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش تحقیق توصیفی-همبستگی است و گردآوری داده‌ها به صورت میدانی و از لحاظ استفاده از نتایج کاربردی بود جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران مبتلا به سرطان پستان در جامعه معلولین تخت طاووس که تعداد ۷۰ نفر به صورت روش نمونه‌گیری تمام شمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع داده‌ها از مقیاس‌های پرسش‌نامه استاندارد سلامت معنوی، پرسش‌نامه امید به زندگی و پرسش‌نامه رضایت از زندگی استفاده شد. در ادامه اطلاعات به دست آمده و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و چلوگی و کشیدگی، ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شد. لازم به بیان است در این پژوهش از نرم‌افزار اسپاس پی‌اس اس نسخه ۲۵ در سطح خطای ۰/۰۵ بهره گرفته شد. نتایج آزمون چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که داده‌های متغیر یادشده به صورت نرمال توزیع شده‌اند، همچنین نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

کلیدواژگان:

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره و توانبخشی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## The relationship between spiritual well-being and life expectancy and marital satisfaction in women with breast cancer

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between spiritual well-being and life expectancy and marital satisfaction in women with breast cancer. The research method is descriptive-correlational and in the field data collection was used. This is an applied research in terms of the application of the results. The statistical population of the study included all patients with breast cancer in Takht Tavos Society of Handicapped, 70 of them were analyzed by total sampling method. For data collection, the standard questionnaire of spiritual

wellbeing, life expectancy questionnaire and life satisfaction questionnaire were used. Further, using SPSS version 25 the data were analyzed in terms of descriptive statistics and the coefficient of correlation at the error level of 0.05 was studied. The results of the skidding and tensile test show

that the given variable data are normally distributed. Also, the results of Pearson correlation coefficient showed that there is a positive and significant relationship between spiritual well-being with life expectancy and marital satisfaction in women with breast cancer.

**Keywords:** Spiritual wellbeing, life expectancy, marital satisfaction, breast cancer.

### مقدمه

این میان یکی از وخیم‌ترین علل سرطان در زنان سرطان پستان است. سرطان پستان بیماری بدخیم شایع در زنان و همچنین اصلی‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان برای زنان در سراسر دنیا به شمار می‌رود (مودی و همکاران، ۱۳۹۰). سالانه هفت هزار زن در ایران به این بیماری مبتلا می‌شوند (اوادی و همکاران، ۱۳۹۴). اگرچه سرطان سینه به طور معمول هیچ نشانه‌ای در مراحل اولیه ایجاد نمی‌کند، کشف به موقع می‌تواند وضعیت فرد مبتلا به سرطان سینه را از قربانی به نجات‌یافته تغییر دهد. در جوامعی که زنان معاینات شخصی ماهیانه سینه‌ها را جدی می‌گیرند و در مواجهه با علائم وقت را برای ملاقات با پزشک هدر نمی‌دهند سرطان در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود که این موضوع کار درمان را آسان‌تر می‌کند. از هر ۹ زن یک

سرطان یا چنگار بیماری است که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم غیرعادی تقسیم و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند. دلیل دقیق این پدیده نامشخص است، این احتمال وجود دارد که عوامل ژنتیکی یا عوامل محیطی در این بیماری مؤثر باشند (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸). سرطان یکی از بیماری‌های روبه رشد است (سانگ و همکاران ۲۰۲۱). که روند زندگی طبیعی بیماران را تغییر داده و احساس ترس و اضطراب را در آنان ایجاد می‌کند (آدلبرانت<sup>۱</sup> و استرانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). تشخیص سرطان و نیز درمان‌های تهاجمی و طولانی مدت برای این بیماری در بسیاری از موارد توانایی لذت از زندگی را از بیمار سلب می‌کند (بیوتل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). در

1 Adelberante  
2 Strong  
3 Biotl

که تعداد افراد مبتلا به سرطان پستان روز به روز در حال افزایش است، در این تحقیق در پی پاسخ به این پرسش هستیم که «آیا بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد؟».

## روش

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان در جامعه معلولین تخت طاووس است. براساس آمار موجود تعداد آن‌ها ۷۰ بیمار سرپایی مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به جامعه معلولین تخت طاووس تهران در مدت شش ماه از خرداد تا آذر ۱۳۹۶ گزارش شده و به روش نمونه‌گیری تمام شمار تداومی در آن شرکت کردند که با استفاده آن تعداد ۷۰ نفر محاسبه شد.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت معنوی ۲۰ سوالی است و توسط پولتولیزون و ایلسون (۱۹۸۲) ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می‌کند استفاده خواهد شد. دامنه نمره سلامت مذهبی وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است.

پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته بندی شد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی شد. در مطالعه‌ی سید فاطمی و همکاران، روایی

نفر در طول زندگی‌اش به سرطان سینه دچار می‌شود. سرطان سینه در مردان هم ممکن است رخ دهد، اما بروز آن نادر است.

(بوتهوو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). در این میان برای درک بهتر تجربه مقابله با استرس بیماری‌های تهدیدکننده زندگی باید تأثیر تبعات این بیماری را در یک بافت رابطه‌ای، یعنی با در نظر گرفتن خانواده و همسر بیمار مورد توجه قرار داد (آوینری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد آگاهی از ابتلا به سرطان پستان و پیامدهای فشارزای متعدد فردی و بین فردی ناشی از آن می‌تواند تهدیدی برای ثبات و رضایتمندی زناشویی زوج باشد و زمینه‌ساز سایر مشکلات زناشویی نیز شود (رندال<sup>۳</sup> و بودنمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). همین مسئله باعث شده که از سرطان پستان به عنوان سرطا رابطه نیز یاد شود (نورتوس<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان می‌دهد که امید فرد به زندگی و رضایت او از زندگی زناشویی در دوران بیماری متأثر می‌شود. به نظر می‌رسد سلامت معنوی یکی از عواملی است که می‌تواند اثر مخرب بیماری سرطان بر رضایت از زندگی و زندگی زناشویی را کاهش دهد. از آنجایی که مداخلات تکنیکی مرتبط با عوامل تهدیدکننده حیات تا به کنون کامل نتوانسته پاسخ‌گوی مشکلات پیش‌روی بیماران صعب‌العلاج باشند، توجه به پارامترهای قوی مانند معنویت، مذهب و امید در جوامع مختلف روبه گسترش است. در مطالعه ریپنتروپ<sup>۶</sup> و همکاران بیش از ۹۰٪ افراد به یک وجود برتر اعتقاد داشتند. در مطالعه استروبریج<sup>۷</sup> و همکاران افرادی که بیش از یک بار در هفته در مراکز مذهبی حضور می‌یافتند ۲۴٪ کمتر از گروه شاهد احتمال مرگ داشتند. با توجه به اهمیت موارد یادشده و تأکید بر این

- 1 Botelho
- 2 Avineri
- 3 Randall
- 4 Bodenman
- 5 Northouse
- 6 Rippentrop
- 7 Strawbridge

این مقیاس با عاطفه مثبت، خوش بینی، رضایت از زندگی و عزت نفس؛ و همبستگی منفی معنادار با اضطراب و بدبینی نیز به دست آمده است (اسنایدر، ۲۰۰۷).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است و به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تحقیقی مهم و معتبر در بررسی‌های متعددی جهت اندازه‌گیری رضایت زناشویی، مورد استفاده قرار گرفته است. این آزمون در اصل دارای دو فرم ۱۱۵ سوالی و ۱۲۵ سوالی است که از ۱۲ خرده آزمون تشکیل شده است. فرم اصلی با توجه به زیاد بودن سوالات پرسشنامه موجب خستگی آزمودنی‌ها می‌شد. سلیمانیان در سال ۱۳۷۶ فرم کوتاهی از این پرسشنامه را تهیه کرد که ۴۷ سوال دارد و هم اکنون این فرم بیشترین استفاده را در پژوهش‌های ایرانی دارد. ضرایب آلفای پرسش نامه انریچ در گزارش (اولسون، فورنیر و دراکمن، ۱۹۸۹؛ به نقل از بحرینیان و یآوری، ۱۳۸۸) برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، رضایتمندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان، و مساوات طلبی به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱.

نوابی نژاد و نادری) ضمن تأیید روایی محتوایی پرسش نامه، از طریق ضریب آلفایی، پایایی ۰/۹۳ را برای آن محاسبه کردند (سلیمانیان، ۱۳۷۳؛ به نقل از سالاری، ۱۳۸۶)

پرسشنامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید

### پرسشنامه امید به زندگی

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) دارای ۱۲ آیت می باشد که ۸ آیت آن مورد استفاده قرار می گیرد و ۴ آیت دیگر دروغ سنج هستند که در نمره گذاری به حساب نمی آیند. از این ۸ آیت، چهار آیت آن مربوط به تفکر عاملی (مؤلفه کارگذار) (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار آیت آن مربوط به تفکر راهبردی (مؤلفه گذرگاه) (۱، ۴، ۶ و ۸). هدف این پرسشنامه، ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای از ۰ تا ۴ می باشد. اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نمائید. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. (کاظمی و نامداری، ۱۳۸۷). اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار آن را طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ برآورد نمود (خلجی، ۱۳۸۶). لوپز و اسنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). در جمعیت دانشجویی ایران اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برآورد شد (غباری بناب، لواسانی و رحیمی، ۲۰۰۷). در پژوهش دیگر اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمده است (خلجی، ۱۳۸۶). در روایی همزمان اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). همبستگی مثبت معنادار بین

## یافته ها

جدول ۱ توصیف نمونه آماری آزمودنی‌ها برحسب سن

| سن            | فراوانی | درصد | درصد معتبر | درصد تراکمی |
|---------------|---------|------|------------|-------------|
| ۱۵ تا ۲۵ سال  | ۸       | ۱۱/۴ | ۱۱/۴       | ۱۱/۴        |
| ۲۶ تا ۳۵ سال  | ۱۳      | ۱۸/۶ | ۱۸/۶       | ۳۰/۰        |
| ۳۶ تا ۴۵ سال  | ۲۱      | ۳۰/۰ | ۳۰/۰       | ۶۰/۰        |
| ۴۶ تا ۵۵ سال  | ۱۳      | ۱۸/۶ | ۱۸/۶       | ۷۸/۶        |
| بیش از ۵۵ سال | ۱۵      | ۲۱/۴ | ۲۱/۴       | ۱۰۰         |
| کل            | ۷۰      | ۱۰۰  | ۱۰۰        | -           |
| بدون پاسخ     | -       | -    | -          | -           |
| کل            | ۷۰      | -    | -          | -           |

جدول ۲ توصیف نمونه آماری آزمودنی‌ها بر حسب سطح تحصیلات

| سطح تحصیلات | فراوانی | درصد | درصد معتبر | درصد تراکمی |
|-------------|---------|------|------------|-------------|
| زیر دیپلم   | ۲۰      | ۲۸/۶ | ۲۸/۶       | ۲۸/۶        |
| دیپلم       | ۲۴      | ۳۴/۳ | ۳۴/۳       | ۶۲/۹        |
| کاردانی     | ۱۴      | ۲۰/۰ | ۲۰/۰       | ۸۲/۹        |
| کارشناسی    | ۱۲      | ۱۷/۱ | ۱۷/۱       | ۱۰۰         |
| کل          | ۷۰      | ۱۰۰  | ۱۰۰        | -           |
| بدون پاسخ   | -       | -    | -          | -           |
| کل          | ۷۰      | -    | -          | -           |

جدول ۳ توصیف نمونه آماری آزمودنی‌ها بر حسب سابقه بیماری سرطان

| سابقه بیماری سرطان | فراوانی | درصد | درصد معتبر | درصد تراکمی |
|--------------------|---------|------|------------|-------------|
| کمتر از یک سال     | ۱۳      | ۱۸/۶ | ۱۸/۶       | ۱۸/۶        |
| ۲ تا ۴ سال         | ۲۳      | ۳۲/۹ | ۳۲/۹       | ۵۱/۴        |
| ۵ تا ۷ سال         | ۱۴      | ۲۰/۰ | ۲۰/۰       | ۷۱/۴        |
| ۸ تا ۱۰ سال        | ۲۰      | ۲۸/۶ | ۲۸/۶       | ۱۰۰         |
| کل                 | ۷۰      | ۱۰۰  | ۱۰۰        | -           |
| بدون جواب          | -       | -    | -          | -           |
| کل                 | ۷۰      | -    | -          | -           |

برای مشخص کردن این موضوع که آیا باقی‌مانده‌ها در رگرسیون مستقل هستند یا خیر از آزمون دوربین واتسون

استفاده شد. چنانچه آماره آزمون دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، فرض صفر (استقلال خطاها) پذیرفته می‌شود و در غیر این صورت فرض صفر تأیید می‌شود. با توجه به جدول ۴ مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۹۸۴ به دست آمده است که در فاصله ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین فرض استقلال خطاها پذیرفته است.

جدول ۴ خلاصه مدل

| مدل | ضریب همبستگی<br>خطی چندگانه | R <sup>2</sup><br>ضریب تعیین | R <sup>2</sup> adj<br>ضریب تعیین تعدیل شده | خطای استاندارد<br>برآورد | دوربین واتسون |
|-----|-----------------------------|------------------------------|--|--------------------------|---------------|
| ۱   | ۰/۶۹۷                       | ۰/۴۸۵                        | ۰/۴۸۳                                      | ۰/۴۷۸                    | ۱/۹۸۴         |

برحسب مقادیر برآورد شده در جدول بالا و مقدار ضریب همبستگی خطی چندگانه می‌توان گفت که میان سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد ( $R^2 = 0/697$ ). از طرفی مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ( $R^2 \text{ adj} = 0/483$ ) نشان می‌دهد که ۰/۴۸۳ درصد از کل امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان را سلامت معنوی پیش‌بینی می‌کند

جدول ۵ نتایج آزمون آنوا

| مدل       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | مربع میانگین ها | F       | Sig   |
|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|
| رگرسیون   | ۷۹/۳۳۲        | ۲          | ۳۹/۶۶۶          | ۱۷۳/۰۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| باقیمانده | ۸۴/۱۱۲        | ۳۶۷        | ۰/۲۲۹           |         |       |
| کل        | ۱۶۳/۴۴۴       | ۳۶۹        |                 |         |       |

برحسب مقادیر برآورد شده در جدول بالا، می‌توان گفت که مقدار آزمون F در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار است، بدین معنی که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از متغیر پیش‌بین و یک متغیر ملاک مدل خوبی است.

بین بر متغیر ملاک جدول ۶ نتایج ضرایب تأثیر رگرسیونی متغیرهای پیش

| مدل | متغیرهای پیش<br>بین | ضرایب غیر استاندارد | ضرایب<br>استاندارد | t      | Sig   |
|-----|---------------------|---------------------|--------------------|--------|-------|
| ۱   | Beta                | B                   | Beta               |        |       |
|     | (ثابت)              | ۱/۰۸۵               | ۰/۱۵۱              | ۷/۲۰۲  | ۰/۰۰۱ |
|     | امید به زندگی       | ۰/۲۶۶               | ۰/۰۵۸              | ۶/۰۱۶  | ۰/۰۰۱ |
|     | رضایتمندی زناشویی   | ۰/۶۶۶               | ۰/۰۴۹              | ۱۳/۵۵۰ | ۰/۰۰۱ |

مقادیر برآورد شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد. به عبارتی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در مؤلفه سلامت معنوی، امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی به ترتیب میزان ۱/۰۸۵، ۰/۴۲۲ و ۰/۶۴۹ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

جدول ۷ نتایج آزمون آنوا

| مدل       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | مربع میانگین ها | F       | Sig   |
|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|
| رگرسیون   | ۷۹/۳۳۲        | ۲          | ۳۹/۶۶۶          | ۱۷۳/۰۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| باقیمانده | ۸۴/۱۱۲        | ۳۶۷        | ۰/۲۲۹           |         |       |
| کل        | ۱۶۳/۴۴۴       | ۳۶۹        |                 |         |       |

در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار Fتوان گفت که مقدار آزمون برحسب مقادیر برآورد شده در جدول بالا، می بین و یک متغیر ملاک مدل خوبی است. است، بدین معنی که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از متغیر پیش

جدول ۸ نتایج ضرایب تأثیر رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

| مدل | متغیرهای پیش‌بین  | ضرایب غیر استاندارد | ضرایب استاندارد | t      | Sig   |
|-----|-------------------|---------------------|-----------------|--------|-------|
| ۱   |                   | B                   | خطای استاندارد  |        |       |
|     | (ثابت)            | ۱/۰۸۵               | ۰/۱۵۱           | ۷/۲۰۲  | ۰/۰۰۱ |
|     | امید به زندگی     | ۰/۲۶۶               | ۰/۰۵۸           | ۶/۰۱۶  | ۰/۰۰۱ |
|     | رضایتمندی زناشویی | ۰/۶۶۶               | ۰/۰۴۹           | ۱۳/۵۵۰ | ۰/۰۰۱ |

مقادیر برآورد شده در جدول ۸ نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد. به عبارتی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در مؤلفه سلامت معنوی، امید به زندگی و رضایتمندی زناشویی به ترتیب میزان ۱/۰۸۵، ۰/۴۲۲ و ۰/۶۴۹ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

جدول ۹ برآورد ضریب آزمون پیرسون برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان متغیر

| سلامت معنوی | تعداد | ضریب همبستگی پیرسون | سطح معناداری | ضریب تعیین |
|-------------|-------|---------------------|--------------|------------|
|             | ۷۰    | ۰/۶۸۹**             | ۰/۰۰۱        | ۴۷/۴۷۲     |

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

با توجه به نتایج آزمون ضریب همبستگی آزمون پیرسون، سطح معناداری به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه مقابل تأیید می‌شود. به عبارت دیگر با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان گفت بین سلامت معنوی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

نتایج نشان می‌دهد ارتباط معناداری میان سلامت معنوی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان وجود دارد که این ارتباط مثبت و مستقیم ( $r = 0/689$ ) است، همچنین ضریب تعیین محاسبه شده نشان می‌دهد که ۴۷/۴۷۲ درصد از امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان از طریق سلامت معنوی قابل تبیین است.

جدول ۱۰ برآورد ضریب آزمون پیرسون برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان

| رضایتمندی زناشویی |              |                     | متغیر |                         |
|-------------------|--------------|---------------------|-------|-------------------------|
| ضریب تعیین        | سطح معناداری | ضریب همبستگی پیرسون | تعداد | سلامت معنوی             |
| ۱۵/۰۵۴            | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۸۸**             | ۷۰    | ** معناداری در سطح ۰/۰۱ |

با توجه به نتایج آزمون ضریب همبستگی آزمون پیرسون، سطح معناداری بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه مقابل تأیید می‌شود. بدین معنی که با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان گفت بین سلامت معنوی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود دارد.

نتایج نشان می‌دهد ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط وجود دارد که این ارتباط مثبت و مستقیم ( $r = ۰/۳۸۸$ ) است. همچنین ضریب تعیین محاسبه شده نشان می‌دهد که ۱۵/۰۵۴ درصد از رضایتمندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان از طریق سلامت معنوی تبیین می‌گردد.

### بحث و نتیجه گیری

زندگی می‌شود. پانکرات<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۸) تلاش کردند به این پرسش پاسخ دهند که تلاش دو نفره<sup>۵</sup> زوجین برای مقابله با سرطان در بیماران با سرطان‌های هماتولوژیک چه اثری بر رضایت از زناشویی آن‌ها دارد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که تلاش دو نفره زوجین برای مقابله با سرطان به افزایش رضایت زناشویی می‌انجامد. اولیور<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۷) مقاله تحت عنوان امید درونی و رضایت از زندگی در میان بزرگسالان بزرگ‌تر در برنامه‌های یادگیری مادام‌العمر را ارائه کرد. نتایج نشان دادند که توانایی فقط چند متغیر برای جمع‌بندی یک مدل معقول برای اعمال تغییر در جمعیت پیرامون موفق است. همه این متغیرها همبستگی دارند و به استثنای سلامت امید را به طور قابل ملاحظه‌ای پیش‌بینی می‌کنند. این مدل علاوه بر اثرات غیرواقعی مثبت غیرمستقیم از معنویت، حمایت عاطفی و آگاهی بر رضایتمندی نیز دارد. مدل سازی خوبی از نظر اندازه و مدل ساختاری دارد. با توجه به قدرت پیش‌بینی شده این چهار بخش اصلی از

هوایی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که بین سلامت معنوی و رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. لام<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۱) اظهار کردند که بین معنویت و شادی و امیدواری رابطه معناداری وجود دارد. سجادی و همکاران (۲۰۱۸) مقاله‌ای تحت عنوان تأثیر مشاوره معنوی بر سلامت روانی زنان ایرانی مبتلا به سرطان: یک کارآزمایی بالینی تصادفی را ارائه کردند که نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری در SWBS و دو نمره خرده مقیاس آن (RWB و EWB) بین مداخله و گروه کنترل در ابتدای مطالعه وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). پس از مداخله، اختلاف معنی‌داری در  $EWB$  و  $RWB$  ( $p = 0.013$ )،  $SWB$  ( $0.001 = p$ ) و  $p = 0.001$  در دو گروه وجود داشت. خورشید<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸) با مطالعه ۶۰ بیمار زن که از سرطان پستان رنج می‌بردند دریافتند که معناداری امید به زندگی در این افراد در سطح پایینی قرار دارد. این تحقیق همچنین نشان داد که پایین بودن احساس هویت جمعی در این افراد منجر به نارضایتی آنان از

4 Pankrath  
5 dyadic  
6 Oliver

1 Hoesni  
2 lam  
3 Khurshid

نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سازگاری سلامت و امید به زندگی در بین زنان مبتلا به سرطان پستان و بیماران قلبی زن در بیمارستان‌های یزد وجود ندارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و امید به زندگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود. در برنامه‌های درمانی صرفاً بر بعد جسمی و درمانی تمرکز نشود و از امکانات موجود برای ارتقای سلامت معنوی افراد استفاده شود. سلامت معنوی به عنوان یک عامل مهم در مشاوره‌های زوجین درگیر با بیماری سرطان پستان در نظر گرفته شود تا در صورت وجود نارضایتی میان زوجین بتوان با ارتقای سلامت معنوی به بهبود شرایط کمک نمود.

رشد پایدار موفق به ۴۲٪ امید و در نهایت برای یک سوم واریانس رضایت زندگی است. سلمانی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی پرداختند. نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی رابطه وجود دارد. مقتدر (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم پرداختند. نتایج نشان داد که طبق نتایج افراد گروه عادی نسبت به گروه بیماران مبتلا به سرطان در متغیر میزان امید به زندگی دارای میانگین بالاتری بودند، ولی بین دو گروه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ابدی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی و مقایسه میزان

سازگاری سلامت و امید به زندگی بین زنان مبتلا به سرطان پستان و بیماران قلبی زن پرداختند. نتایج

## منابع

۱. ابدی، سحر. حریت پژوه، زینت. بخشایی، فرح. (۱۳۹۶)، بررسی و مقایسه میزان سازگاری سلامت و امید به زندگی بین زنان مبتلا به سرطان پستان و بیماران قلبی زن در بیمارستان‌های یزد، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه نیکان.
۲. اوادی بیتا، پورشریفی حمید، لطفی کاشانی فرح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر بهبود بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، شماره ۸(۴)، صص: ۴۱-۵۱.
۳. بیجاری، هانیه. قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی. آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان، مطالعات تربیتی و روان شناسی، دوره ۱۰، شماره ۱، صص. ۱۷۲-۱۸۴.
۴. رضایی محبوبه، سیدفاطمی نعیمه، حسینی فاطمه. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله حیات، ۱۴ (۴ و ۳) صص: ۳۳-۳۹.
۵. سلمانی، فاطمه. آذربرن، مهرداد. محمدی، محبوبه (۱۳۹۷). ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی، نشریه افلاک، سال چهارم، شماره ۱۲-۱۳، صص: ۳۰-۴۲.
۶. شعاع کاظمی، مهرانگیز، مومنی جاوید، مهرآور (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی، فصلنامه بیماری‌های پستان. جلد ۲ شماره ۳ و ۴ صفحات ۲۰-۲۷
۷. مقتدر لیلا. (۱۳۹۶). مقایسه امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۶ (۱۰۱) صص: ۵۸-۶۵
۸. -مودی، میترا. حسن‌زاده، اکبر. چرکزی، عبدالرحمان. شهنازی، حسین. شریفی‌راد، غلامرضا. (۱۳۹۰). بررسی عوامل روانی- شناختی مرتبط با رفتارهای غربال‌گری سرطان پستان برحسب مراحل تغییر در معلمان زن شهر اصفهان، مجله علمی پژوهشی، دوره ۷، شماره ۶ صص ۲۰-۳۸

## References

1. -Avineri, M.L. (2009). Chronic illness and married couples: a comprehensive systemic therapy approach. Doctoral dissertation, United State International University.
2. -Belletti B, Vaidya JS, D'Andrea S, Entschladen F, Roncadin M, Lovat F, Berton S, Perin T, Candiani E, Reccanello S, Veronesi A, Canzonieri V, Trovò MG, Zaenker KS, Colombatti A, Baldassarre G, Massarut S (2008). Targeted intraoperative radiotherapy impairs the stimulation of breast cancer cell proliferation and invasion caused by surgical wounding. Clin. Cancer Res. 14 (5): 1325-32.
3. -Chueng satiansup K. (2013). Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. Environmental Impact Assessment Review; 23:3-15.

4. -Hoesni, S. M., Kasim, A. C., & Zakaria, S. M. (2021). Exploring the Relationship between Spiritual Well-Being and Marital Satisfaction among Urban Malays in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(4), 1261–1273.
5. -Khurshid, Maryam; Ehsan, Neelam; Abbasi, Najam ul Hasan; Maqsood, Aneela; Gul, Seema (2018). Breast cancer patients: an overview of the relationship between meaning of life and life satisfaction, *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 68(2), 374-78.
6. -Lam,C.Y & etal(2021). Hope as a Mediator of Spirituality and Subjective Happiness among Chinese Christians in Hong Kong Before and During the Civil Unrest: Implications for Counselling Practices. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. Volume 12,Issue 1
7. -Oliver,E. (2007) The first 20 years of the Department of Molecular Genetics of the National Institute of Oncology (NIO). *Magy Onkol*; 51(2): 89-94.
8. -Pankrath, A.-L.; Weissflog, G.; Mehnert, A.; Niederwieser, D.; Dohner, H.; Honig, K.; Gundel, H.; Vogelhuber, M.; Friedrich, M.; Ernst, J. (2018). The relation between dyadic coping and relationship satisfaction in couples dealing with haematological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1-11.
9. -Sung,H & etal(2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A cancer Journal for clinician*, Volume71, Issue3
10. -Randall, A. & Bodenman, G. (2009). “The role of stress on close relationships and marital satisfaction”, *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.



## نقش ویژگی های شخصیتی و نوع امید در پیش بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان دختر

یگانه حسین سعیدی<sup>۱</sup>

مریم مشایخ<sup>۲</sup>

فاطمه محمدی شیرمحله<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ویژگی های شخصیتی و نوع امید در پیش بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان دختر بود. جامعه ی آماری تحقیق حاضر عبارت بود از تمامی دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و با توجه به فرمول کوکران تعداد ۳۷۲ نفر انتخاب شدند و داده ها بوسیله پرسشنامه های تیپ شخصیتی کوتاه نئو FFI ، پرسشنامه ی امید به آینده اشنایدر، گرایش به اعتیاد زرگری و همکاران جمع آوری شد. نتایج تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد امید به آینده، به تنهایی ۳۰٪ درصد از تغییرات متغیر گرایش به اعتیاد را تبیین می کند، تفکر روان رنجوری وارد معادله پیش بینی شده و به تنهایی ۴۴٪ درصد از تغییرات متغیر را تبیین می کند انعطاف پذیری ۵۸٪ درصد را تبیین می کند. مسؤلیت پذیری ۶۰ درصد شده است؛ و برونگرایی ۶۱ درصد از تغییرات گرایش به اعتیاد را تبیین می کند. بنابر این مسؤلیت پذیری و برونگرایی بیشترین سهم را در پیش بینی گرایش به اعتیاد دانشجویان داشته است.

**کلید واژه:** ویژگی شخصیتی، امید، گرایش به اعتیاد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران (نویسنده مسول)

۳. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران

## The role of personality traits and type of hope in predicting the tendency to addiction among female students

Zargari et al. The results of the analysis of the findings of the present study show that hope for the future alone explains 30% of the changes in the addiction tendency variable, neurotic thinking enters the predicted equation and only 44% of the variable changes explains the flexibility of 58%. . Responsibility has increased to 60%; And extraversion explains 61% of the changes in addiction tendency. Therefore, responsibility and extraversion have the largest share in predicting students' addiction tendency.

The aim of this study was to investigate the role of personality traits and type of hope in predicting the tendency to addiction among female students. The statistical population of the present study was all undergraduate and graduate students of Islamic Azad University, Karaj Branch in the academic year 1400-99, who were selected by multi-stage cluster sampling method according to Cochran's formula and 372 people and the data by Neo FFI short personality type questionnaires, Schneider's Future Hope Questionnaire,

**Keywords:** personality trait, hope, tendency to addiction

که بین ویژگی های شخصیتی و گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد. (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۶).

امید یکی از ویژگی هایی زندگی است که مارا به جستجوی فردای بهتر و امید، یعنی موفقیت و آینده ی بهتر و دلیلی برای زیستن. وقتی امید وجود داشته باشد، شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت. امیدیک دارنده حالت انگیزشی است که در بردارنده ی دو بعد انرژی معطوف به هدف و راه های دستیابی به اهدافی که مؤلفه های اصلی آنها امید است از دوران کودکی آموخته می شوند. از اینرو، اکثر مردم ناامید کسانی هستند که آموزش امیدوارانه ندیده اند یا از امیدوار بودن منع شده اند (حسینی، ۱۳۸۸).

امید یک توانایی است که به فرد کمک می کند تا علی رغم مشکلاتی که در راه رسیدن به هدف وجود دارد انگیزه خود را حفظ نماید. امید شامل مجموعه ای از شرایط می شود که عبارت است از: الف) داشتن اهداف یا معناهای شخصی ب) ادراک توانایی برای

### مقدمه

تیپ شخصیتی، در لغت نامه وارن<sup>۱</sup> تعریف شخصیت چنین آمده است: شخصیت به جنبه های عقلی، عاطفی انگیزشی و فیزیولوژیکی یک فرد گفته میشود به عبارت دیگر، به مجموعه مولفه های که فرد را سرپا نگه میدارد شخصیت گفته میشود. آلپورت<sup>۲</sup> از محققین بزرگ شخصیت، سازمان یابی نظام های بدنی و روانی را به عنوان ویژگی های رفتاری و فکری در فرد را شخصیت می نامد. هریک از نظریه پردازان شخصیت، شخصیت را به گونه ای تعریف کرده اند، تیپ شخصیتی به پنج عامل بزرگ شخصیت اشاره دارد که مبنای نظری محکم و جامعی برای تبیین تفاوت های بین فردی و شخصیتی است، این پنج عامل عبارت اند از: روان رنجوری<sup>۳</sup>، برون گرایی<sup>۴</sup>، تجربه گرایی، دلپذیری، مسئولیت پذیری (منصور، ۱۳۶۹) تحقیقات نشان می دهد

- 1 - wern
- 2 - Allport
- 3 - neurotic
- 4 - extrovert

ارزشها، روابط فردی، خانوادگی، اجتماعی، معنوی و روانی را در بر می گیرد (رستمی، ۱۳۸۸).

سوء مصرف مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب های روانی و اجتماعی است که وابستگی به آنها اختلالات پیچیده ای با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع درهم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این مفصل را به یکی از پیچیده ترین مشکلات فردی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل کرده است. مشکلات، گرفتاری ها، آثار و عوارز فردی، خانوادگی، شغلی، مالی و اجتماعی اعتیاد باعث شده است تا افراد، خانواده ها و مسئولین جامعه برای پیشگیری ترک و جلوگیری از بازگشت و عود در صدد کسب کمک های تخصصی برآیند و از افراد متخصص و کارآمد استمداد کنند. روان پزشکان، مشاوران، روانشناسان بالینی و مددکاران اجتماعی در زمره خود با افراد معتاد روبه رو می شوند. تمام این متخصصان خواه خود را متخصص درمان اعتیاد بدانند یا ندانند مجبورند با مشکلات ناشی از مصرف مواد مقابله کنندریال زیرا افراد،

خانواده ها و جامعه از آنها انتظار کمک و مداخله موثر دارند. در پاسخ به این نیاز مردم در سال های اخیر در کشور های پیشرفته متخصصان بهداشت روانی در موسسات آموزشی و درمانی نظریه ها، مدل ها، روشها، راهکار ها و فنون مختلفی را در مورد علل و عوامل اعتیاد و بررسی خصوصیات افراد معتاد و سبک زندگی آنها، پیشگیری، درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت پس از ترک آن را ابداع، آزمایش و تجربه کردند (نورانی پور، ۱۳۸۳). بنابر آنچه که مطرح شد پژوهشگر بر آن شد که دریابد که آیا ویژگی های شخصیتی و نوع امید در پیش بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان نقش دارد؟

تولید راهبرد هادر دنبال کردن این معناها، یعنی فرد با توجه به توانایی های خود معناهای ارزشمندی برای خود در نظر بگیرد (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). امیدواری هر فرد برای رسیدن به هر هدف یا معنا به این دو عامل بستگی دارد. تفاوت در ارزیابی این دو مورد در افراد گوناگون موجب می شود که افراد سطح بالا و یا پایینی از میزان امیدواری را از خود نشان دهند و در نتیجه رفتارهای متفاوتی را نیز از خود بروز دهند (دیوید، ۱۹۹۴). نقش مفید امید هم قبل از بروز مشکل (نقش اولیه) و هم پس از بروز آن (نقش ثانویه) مشخص شده است (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰).

همیشه افرادی در جامعه وجود دارند که امید به زندگی در آنان پایین تر از سایرین است. زندگی توأم با بیماری یا آسیب دیدگی شدید، غیر قابل پیش بینی و نامطلوب است. این نوع زندگی پر از خطرهایی است که متوجه خودانگاره شخص است و همچنین به عزت نفس، احساس آزادی، فعالیت های روزمره و زندگی آینده وی لطمه می زند (مهری نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). اعتیاد نیز نوعی بیماری یا آسیب دیدگی شمرده شود که عزت نفس فرد را تهدید کرده و آینده فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. پژوهش ها نشان می دهد علی رغم تغییرالگوی ذهنی در مردم در سطوح عالی و خاص نسبت به معتادان و مصرف کنندگان مواد مخدر، اعتماد چندانی ندارند. آنان حتی اگر حاضر باشند به فرد معتادی که ترک کرده است کاری واگذار کنند حاضر نیستند با او روابط خویشاوندی برقرار نمایند (کرمی و اعتمادی، ۱۳۸۹).

امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی - روانی - اجتماعی قلمداد می شود، و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر موثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف و سپس وابستگی به مواد میشوند زیرا به صورت درهم تنیده ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند، اعتیاد یک ناهنجاری فردی است که در جسم، فکر، احساسات و عاطفه،

## روش

روش انجام این پژوهش، روش گردآوری توصیفی از نوع همبستگی است. تحقیق توصیفی که گاهی به عنوان تحقیق غیر تجربی نامیده می شود و با روابط بین متغیرها، آزمون فرضیه ها، اصول یا نظریه هایی که دارای روایی جهان شمول است، سر و کار دارد.

## جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت است از یازده هزار و یکصد و بیست و هشت نفر (دختر) شاغل به تحصیل در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد کرج در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰.

$$n = \frac{\frac{z^2}{4d^2}}{\left(1 + \frac{1}{N}\right)\frac{z^2}{4d^2} - 1}$$

$$Z = 1/96$$

$$n = 372 \text{ نمونه ی انتخابی}$$

$$N = 11128 \text{ جامعه آماری}$$

$$d = 0/05 \text{ خطا}$$

۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند، بنابراین نمره ای به آن ها تعلق نمی گیرد.

## گرایش به اعتیاد زرگری و همکاران

مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر (۱۹۹۲) ساخته شد و تلاش هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵)، ساخته شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج می باشد.

این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد.

## ابزار اندازه گیری

پرسشنامه ی امید به آینده: این پرسشنامه را اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، طرح ریزی کردند آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۸ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص کند. این آزمون استاندارد شده و متشکل از ۱۲ سؤال و دو مؤلفه ی تفکر عاملی<sup>۱</sup> و راهبردها<sup>۲</sup> است، که ۴ سؤال آن بیشترین رابطه را با تفکر عاملی و ۴ سؤال دیگر بیشترین ارتباط را با راهبردها دارند و ۴ عبارت دیگر در حکم پُرکننده هستند. نمره گذاری سؤالات پرسشنامه برای گزینه ی "کاملاً موافق" نمره ۸، "بسیار موافق" نمره ۷، "موافق" نمره ۶، "کمی موافق" نمره ۵، "کمی مخالف" نمره ۴، "مخالف" نمره ۳، "بسیار مخالف" نمره ۲، "کاملاً مخالف" نمره ۱ می باشد. سؤالات ۳،

1. agency thinking

2. pathways

## روایی و پایایی

در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷).

## شیوه نمره گذاری و تفسیر

نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در سوالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد.

این پرسشنامه دارای عامل دروغ سنج می باشد که شامل سوالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می باشند و برعکس

## ضریب پایایی

به منظور برآورد ضریب پایایی پرسشنامه در ایران از روش دو نیمه کردن استفاده شده است، به این ترتیب که پرسشنامه را در یک گروه ۳۰ نفری از آزمون ها اجرا و سپس بین امتیازات بدست آمده از نیمه ی زوج و فرد ضریب همبستگی پیرسون را محاسبه کرده اند و مقدار ضریب بدست آمده را از روش اسپیرمن براون تصحیح کرده است. میزان ضریب پایایی بدست آمده با این روش برابر با ۰/۸۳ بوده که از نظر آماری معنادار است (فلسفی نژاد، ۱۳۷۲)

در پژوهش دیگری ضریب پایایی با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد که از نظر آماری معنی دار بود و پس از اجرای پژوهش برای کل نمونه نیز ضریب پایایی محاسبه شده برابر با ۰/۷۹ بود (بیانگرد؛ ۱۳۷۱).

پرسشنامه پنج عاملی نئو شامل ۶۰ سوال است در خصوص اعتبار پرسشنامه نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است که زیر مقیاس ها همسانی درونی خوبی دارند کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان آزردهی) را گزارش کردند. هلدن (۱۹۹۹) نیز ضریب آلفای این ۵ عامل را در دامنه ۰/۷۶ (برای گشودگی) تا ۰/۸۷ (برای روان آزردهی) گزارش میکند

این پرسشنامه در ایران توسط گروسی (۱۳۷۷) هنجار یابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون آزمون مجدد در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله سه ماه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۹، برای عوامل C-A-O-E-N بدست آمده است

در زمینه روایی همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه نشانگر ریخت مایرز بریکز، پرسشنامه چند جنبه ای شخصیتی مینه سوتا، پرسشنامه تجدید نظر شده کالیفرنیا، بررسی مزاج گیلفورد و زاگر من، فهرست رگه ها مقیاس رگه بین فردی رابطه بالایی گزارش شده است.

## تیپ شخصیتی کوتاه نئو FFI

گزارش هایی نیز در ارتباط با روایی عوامل آن ارائه شده است. مک کرا و کاستا (۱۹۸۹) اظهار میدارند که ابزار کوتاه شده با فرم کامل آن مطابقت دقیقی دارد به گونه ای که مقیاسهای فرم کوتاه، همبستگی بالاتر از ۰/۶۸ را با مقیاسهای فرم کامل دارا میباشند. مک کرا و کاستا در مطالعه دیگری (۱۹۹۲) گزارش میکنند که اعتبار ۵ عامل، بر اساس همبستگی با ارزیابی های همسر و همسالان به ترتیب در دامنه ای از ۰/۴۴ برای با

این پرسشنامه دارای دو فرم است. یکی فرم اس برای گزارش های شخصی و دیگری فرم آر برای درجه بندیهای مشاهده گر. فرم آر با ضمیر سوم شخص شروع میشود و برای درجه بندی افراد توسط همسر، همسالان یا کارشناس به کار میرود. این فرم میتواند برای ارزیابی به کار رود یا به عنوان مکمل برای گزارشهای شخصی مورد استفاده قرار گیرد.

### نمره گذاری فرم کوتاه

این مقیاس دارای ۶۰ سوال است. در هر سوال آزمودنی نمره ۰ تا ۴ میگیرد. هر یک از **سوالها** نشان دهنده یکی از پنج عامل بزرگ شخصیت مک کرا و کاستا به ترتیب، عامل روان آزردگی، برونگرایی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن است. هر یک از عوامل ۱۲ سوال مقیاس را پوشش میدهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره ای از ۰ تا ۴۸ را بدست می آورد.

وجدان بودن تا ۶۵. برای گشودگی قرار دارد. در ضمن در این مطالعه گزارش شده است که این پرسشنامه ۸۵٪ واریانس را در اعتبار همگرا، که از ارزیابی های صفات مشابه با استفاده از تایید صفت و ارزیابی های همسر و همسالان به دست آمده است، تبیین میکند

### شرایط اجرا

آزمون نئو را میتوان به صورت فردی و گروهی اجرا نمود، محیط آزمون گیری باید محیطی، راحت بدون سر و صدا و دارای نور کافی باشد. همچنین سطح صافی مانند میز یا زیر دستی مناسبی لازم است آزمونگر باید به گونه ای مناسب و مقتضی آزمودنی را به انجام آزمون ترغیب کند تا از پاسخ گویی مخدوش یا تصادفی او از روی بی حوصلگی جلوگیری شود. برای هر آزمودنی پرسشنامه و پاسخنامه آزمون را ارائه کرده و به او بگوید که راهکار صفحه اول را با دقت بخواند. سپس شروع به پاسخ گویی نماید. هیچ محدودیت زمانی برای پاسخگویی وجود ندارد

### یافته ها

جدول ۱ توزیع درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک تحصیلات

| شاخص آماری<br>تحصیلات | فراوانی | درصد فراوانی |
|-----------------------|---------|--------------|
| کارشناسی              | ۲۰۰     | ۵۷           |
| ارشد                  | ۱۵۱     | ۴۳           |
| مجموع کل              | ۳۵۱     | ۱۰۰          |

همان گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، از ۳۵۱ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۲۰۰ نفر (۵۷٪) کارشناسی و ۱۵۱ نفر (۴۳٪) ارشد بودند.

## سن

جدول ۲ توزیع و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن

| شاخص آماری | فراوانی | درصد | فراوانی تراکمی |
|------------|---------|------|----------------|
| سن         |         |      |                |
| ۱۸-۲۰      | ۹۹      | ۲۸/۱ | ۲۸/۱           |
| ۲۱-۲۳      | ۸۰      | ۲۲/۸ | ۴۰/۸           |
| ۲۴-۲۶      | ۹۷      | ۲۷/۶ | ۶۸/۴           |
| ۲۶ به بالا | ۷۵      | ۲۱/۴ | ۱۰۰            |
| جمع کل     | ۳۵۱     | ۱۰۰  |                |

همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد. از بین ۳۵۱ نفر شرکت کننده در پژوهش ۹۹ نفر در گروه سنی ۱۸-۲۰ سال قرار دارند، ۸۰ نفر در گروه سنی ۲۱-۲۳ قرار دارند، ۹۷ نفر در گروه سنی ۲۴-۲۶ قرار دارند، ۷۵ نفر (۸ درصد) در گروه سنی ۲۶ به بالا قرار دارند

## تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

در این بخش شاخص های توصیفی متغیرهای مورد اندازه گیری در پژوهش به تفکیک گزارش شده است. در ابتدا شاخص های آمار توصیفی نمرات حاصل از اجرای متغیر ویژگی های شخصیت محاسبه و گزارش شده است:

جدول ۳ اطلاعات توصیفی متغیر ویژگی های شخصیتی

| مقیاس         | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------------|-------|---------|------------------|
| دلپذیری       | ۳۵۱   | ۲۷/۲۶   | ۳/۰۸             |
| برون گرایی    | ۳۵۱   | ۳۰/۷۳   | ۴/۴۶             |
| انعطاف پذیری  | ۳۵۱   | ۲۸/۲۲   | ۵/۰۷             |
| ثبات عاطفی    | ۳۵۱   | ۲۸/۵۱   | ۴/۵۵             |
| مسئولیت پذیری | ۳۵۱   | ۲۹/۷۰   | ۴/۲۳             |

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول بالا، میانگین و انحراف استاندارد «دلپذیری» به ترتیب برابر با ۲۷/۲۶ و ۳/۰۸؛ میانگین و انحراف استاندارد «برون گرایی» به ترتیب برابر با ۳۰/۷۳ و ۴/۴۶؛ میانگین و انحراف استاندارد «انعطاف پذیری» به ترتیب برابر با ۲۸/۲۲ و ۵/۰۷؛ میانگین و انحراف استاندارد «ثبات عاطفی» به ترتیب برابر با ۲۸/۵۱ و ۴/۵۵ و میانگین و انحراف استاندارد «مسئولیت پذیری» به ترتیب برابر با ۲۹/۷۰ و ۴/۲۳ گزارش شده است.

جدول ۴ اطلاعات توصیفی متغیرهای امید به آینده و اعتیاد

| مقیاس           | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------|-------|---------|------------------|
| گرایش به اعتیاد | ۳۵۱   | ۹۳/۳۷   | ۱۰/۶۶            |
| امید به آینده   | ۳۵۱   | ۳۹/۸۸   | ۵/۴۴             |

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد «گرایش به اعتیاد» به ترتیب برابر با ۹۳/۳۷ و ۱۰/۶۶؛ میانگین و انحراف استاندارد «امید به آینده» به ترتیب برابر با ۳۹/۸۸ و ۵/۴۴ می باشد. انجام بسیاری از آزمون‌های پارامتریک مستلزم نرمال بودن مشاهدات است؛ بنابراین می توان برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده کرد. بر اساس این آزمون، وقتی توزیع داده‌ها نرمال می باشد که مقدار یا سطح معناداری بیش از عدد بحرانی در سطح ۰/۰۵ باشد. در جدول ۵ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌های حاصل از اجرای آزمون‌ها ارائه می گردد.

جدول ۵ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

| شاخص آماری      | متغیر | Z     | Sig  |
|-----------------|-------|-------|------|
| روان رنجوری     |       | /۸۳۸  | /۴۸۸ |
| دلپذیری         |       | /۰۵۹  | /۰۸۶ |
| برون گرایی      |       | ۱/۰۷۴ | /۱۷  |
| انعطاف پذیری    |       | ۱/۱۲  | /۱۵  |
| ثبات عاطفی      |       | /۴۵۵  | /۱۴۴ |
| مسئولیت پذیری   |       | /۷۲۱  | /۵۵  |
| گرایش به اعتیاد |       | ۱/۲۴۰ | /۰۹۲ |
| امید به آینده   |       | ۱/۳۳  | /۰۶۷ |

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای پژوهش برقرار است ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین بعد از تأیید شدن پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار می گیرد.

### اثر همخطی چند گانه

یکی از مفروضات رگرسیون عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل می باشد. شاخص های تحمل واریانس و تورم واریانس این فرضیات را چک می کنند. در Spss این گزینه ها با نام تلورانس و VIF تعریف شده اند. مقدار شاخص تلورانس بین صفر و یک می باشد، اگر مقدار این شاخص به یک نزدیک باشد نشان از این است که این متغیر با بقیه ی متغیرهای مستقل اثر هم خطی ندارد و اگر به صفر نزدیک باشد عکس این حالت را نشان می دهد. هم چنین شاخص VIF نیز در صورتی نشان از تایید عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل را نشان می دهد که مقدار آن کمتر از ۲ اختیار کند.

جدول ۶ شاخص تحمل واریانس و عامل تورم واریانس

شاخص های هم خطی چندگانه

| VIF  | تلوارنس | متغیر های پیش بین |
|------|---------|-------------------|
| ۱/۲۱ | /۸۲۰    | روان رنجوری       |
| ۱/۱۸ | /۸۴۶    | برون گرایی        |
| ۱/۲۱ | /۸۲۰    | انعطاف پذیری      |
| ۱/۶۴ | /۶۲۴    | ثبات عاطفی        |
| ۱/۲۸ | /۷۷۹    | امید آینده        |

همانطور که مشاهده می شود تمامی اعداد نشان از عدم وجود اثر هم خطی شدید بین متغیرهای پیش بین می باشد.

استقلال خطاها

از دیگر مفروضات رگرسیون استقلال خطاها می باشد که باید فرض وجود همبستگی بین خطاها رد شود. برای چک کردن این فرض می توان از آماره دوربین واتسون استفاده کرد. برای تایید این فرض الزم است که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته باشد. در این پژوهش این آماره برابر با ۲/۰۹ شده است که حاکی از صادق بودن این پیش فرض می باشد.

بین رشد شخصی و نوع امید در پیش بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان ارتباط وجود دارد

جدول ۷ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیر           | ۱       | ۲        | ۳       | ۴        | ۵       | ۶       | ۷ |
|-----------------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|---|
| روان رنجوری     | ۱       |          |         |          |         |         |   |
| برون گرایی      | ۰/۵۴**  | ۱        |         |          |         |         |   |
| انعطاف پذیری    | -۰/۳۷** | -۰/۶۲۸** | ۱       |          |         |         |   |
| دلپذیری         | -۰/۴۵** | -۰/۶۱۷** | ۰/۵۷۸** | ۱        |         |         |   |
| مسئولیت پذیری   | -۰/۶۱** | -۰/۶۹۷** | ۰/۶۵۳** | ۰/۶۱۰**  | ۱       |         |   |
| گرایش به اعتیاد | ۰/۶۷**  | ۰/۶۳**   | -۰/۵۸** | -۰/۵۰۹** | -۰/۶۹** | ۱       |   |
| امید به آینده   | -۰/۴۶** | -۰/۵۱**  | ۰/۴۶**  | ۰/۴۵**   | ۰/۵۴**  | -۰/۵۴** | ۱ |

با توجه به جدول ۷ ماتریس همبستگی پیرسون بین ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به اعتیاد و امید به آینده رابطه معناداری وجود دارد.

- بین رشد شخصی در پیش بینی به گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان ارتباط وجود دارد

جدول ۸ نتایج آزمون رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد

| مدل | R               | R <sup>2</sup> | مجذور R تعدیل شده | خطای استاندارد برآورد |
|-----|-----------------|----------------|-------------------|-----------------------|
| ۱   | ۶۷ <sup>a</sup> | /۴۴۹           | /۴۴۷              | ۴/۹۵                  |
| ۲   | ۷۶ <sup>b</sup> | /۵۸            | /۵۷۸              | ۴/۳۲                  |
| ۳   | ۷۷ <sup>c</sup> | /۶۰۱           | /۵۹۷              | ۴/۲۲                  |
| ۴   | ۷۸ <sup>d</sup> | /۶۱۱           | /۶۰۵              | ۴/۱۸                  |

a روان رنجوری

b: روان رنجوری، انعطاف‌پذیری.

c روان رنجوری، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری

d روان رنجوری، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی

در جدول فوق مقادیر R، مجذور R، مجذور R تعدیل شده و خطای استاندارد برآورد ارائه شده است. چنانچه در جدول مشاهده می‌شود که در گام اول تفکر روان رنجوری وارد معادله پیش‌بینی شده و به‌تنهایی ۴۴ درصد از تغییرات متغیر را تبیین می‌کند که این مقدار در سطح  $P \leq 0.01$  معنادار است. در گام دوم انعطاف‌پذیری وارد معادله پیش‌بینی شده است که با وارد شدن این متغیر میزان ضریب تعیین ۵۸ درصد شده است. در گام سوم مسئولیت‌پذیری وارد معادله پیش‌بینی شده است که با وارد شدن این متغیر میزان ضریب تعیین ۶۰ درصد شده است؛ و در گام چهارم برون‌گرایی وارد معادله شده و ضریب تعیین ۶۱ درصد شده است.

جدول ۹ تحلیل واریانس برای متغیرهای معنادار پیش‌بین

| متغیر         | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموعه مجذورات | مقدار f | سطح معناداری |
|---------------|--------------|---------------|------------|------------------------|---------|--------------|
| روان رنجوری   | رگرسیون      | ۵۹۵۸/۴۸۵      | ۱          | ۵۹۵۸/۴۸۵               |         |              |
|               | باقیمانده    | ۷۳۰۵/۴۴۵      | ۲۹۸        | ۲۴/۵۱۵                 | ۲۴۳/۰۵۵ | /۰۰۱         |
|               | کل           | ۱۳۲۶۳/۹۳۰     | ۲۹۹        |                        |         |              |
| انعطاف‌پذیری  | رگرسیون      | ۷۶۹۸/۰۴۲      | ۲          | ۳۸۴۹/۰۲۱               |         |              |
|               | باقیمانده    | ۵۵۶۵/۸۸۸      | ۲۹۷        | ۱۸/۷۴۰                 | ۲۰۵/۳۸۷ | /۰۰۱         |
|               | کل           | ۱۳۲۶۳/۹۳۰     | ۲۹۹        |                        |         |              |
| مسئولیت‌پذیری | رگرسیون      | ۷۹۷۶/۳۲۴      | ۳          | ۲۰۲۵/۰۹۴               |         |              |

|       |         |          |     |           |           |            |
|-------|---------|----------|-----|-----------|-----------|------------|
|       | ۱۴۸/۸۳۸ | ۱۷/۵۰۴   | ۲۹۶ | ۵۲۸۷/۶۶۰  | باقیمانده |            |
| /۰۰۱  |         |          | ۲۹۹ | ۱۳۲۶۳/۹۳۰ | کل        |            |
|       |         | ۳۰۰۹/۳۵۲ | ۴   | ۸۱۰۰/۳۷۵  | رگرسیون   |            |
| ۰/۰۰۱ | ۱۱۵/۶۹۶ | ۵۱/۴۱    | ۲۹۵ | ۵۱۶۳/۵۵۵  | باقیمانده | برون گرایی |
|       |         |          | ۲۹۹ | ۱۳۲۶۳/۹۳۰ | کل        |            |

a روان رنجوری

b: روان رنجوری، انعطاف پذیری.

c روان رنجوری، انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری

d روان رنجوری، انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری، برون گرایی

در جدول فوق نتایج تحلیل واریانس برای معناداری مدل های پیش بین نشان داده شده است با توجه به معناداری مقدار آزمون f می توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیون برای پیش بینی متغیر وابسته مدل خوبی بوده است.

جدول ۱۰ ضرایب همبستگی استاندارد شده و استاندارد نشده متغیرهای مستقل برای پیش بینی گرایش به اعتیاد

| سطح معناداری | مقدار آماره t | ضرایب         |                | خطای استاندارد | B       | مدل           |
|--------------|---------------|---------------|----------------|----------------|---------|---------------|
|              |               | استاندارد شده | استاندارد نشده |                |         |               |
|              |               | Beta          |                |                |         |               |
| /۰۰۰         | ۳۰/۷۷         |               |                | ۴/۱۶           | ۱۲۸/۱۲۴ | ۱ ثابت        |
| /۰۰۰         | ۱۵/۵۹۰        | -/۶۷۰         |                | /۰۹۳           | ۱/۴۴    | روان رنجوری   |
| /۰۰۰         | ۲۱/۴۷         |               |                | ۴/۶۶           | ۱۰۰/۰۸۳ | ۲ ثابت        |
| /۰۰۰         | -۱۳/۱۱۸       | -/۵۲۹         |                | /۰۸۷           | ۱/۱۴۴   | روان رنجوری   |
| /۰۰۰         | ۹/۶۳          | /۳۸۹          |                | /۰۵۳           | -/۵۱۱   | انعطاف پذیری  |
| /۰۰۰         | ۱۴/۹۵۰        |               |                | ۵/۷۶           | ۸۶/۱۳۴  | ۳ ثابت        |
| /۰۰۰         | -۱۰/۰۱۳       | -/۴۴۷         |                | /۰۹۶           | -/۹۶۶   | روان رنجوری   |
| /۰۰۰         | ۵/۵۷          | /۲۷۳          |                | /۰۶۴           | -/۳۵۹   | انعطاف پذیری  |
| /۰۰۴         | ۳/۹۴          | /۲۱۹          |                | /۰۸۷           | -/۳۴۵   | مسئولیت پذیری |
| /۰۰۰         | ۱۳/۵۵         |               |                | ۵/۹۹           | ۸۱/۲۳۱  | ۴ ثابت        |
| /۰۰۱         | -۹/۳۰         | -/۴۲۱         |                | /۰۹۸           | /۹۱۰    | روان رنجوری   |
| /۰۰۰         | ۴/۴۷          | /۲۳۰          |                | /۰۶۷           | -/۳۰۲   | انعطاف پذیری  |

|            |       |      |       |      |      |
|------------|-------|------|-------|------|------|
| مسئولیت    | -/۲۵۹ | /۰۹۲ | //۱۶۴ | ۲/۸۰ | /۰۰۵ |
| پذیری      |       |      |       |      |      |
| برون گرایی | /۲۱۴  | /۰۸۰ | /۱۴۳  | ۲/۶۶ | /۰۰۸ |

در جدول فوق ضرایب همبستگی استاندارد شده، مقدار آماره  $t$  و سطح معناداری متغیرهای پیش‌بین برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد ارائه شده است. همانند جدول قبل در اینجا چهار مدل ارائه شده است.

۳- آیا بین امید به آینده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان ارتباط وجود دارد؟

جدول ۱۱ نتایج آزمون رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی بهزیستی

| مدل | R                | R <sup>2</sup> | مجذور R تعدیل شده | خطای استاندارد برآورد |
|-----|------------------|----------------|-------------------|-----------------------|
| ۱   | ۵۴۹ <sup>a</sup> | /۳۰۲           | /۲۹۹              | ۴/۵۵                  |

a: امید به آینده

در جدول فوق مقادیر R، مجذور R، مجذور R تعدیل شده و خطای استاندارد برآورد ارائه شده است. چنانچه در جدول مشاهده می‌شود که در گام اول امید به آینده وارد معادله پیش‌بینی شده و به‌تنهایی ۳۰ درصد از تغییرات متغیر گرایش به اعتیاد را تبیین می‌کند.

جدول ۱۲ تحلیل واریانس برای متغیرهای معنادار پیش‌بین.

| متغیر         | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموعه مجذورات | مقدار f | سطح معناداری |
|---------------|--------------|---------------|------------|------------------------|---------|--------------|
|               | رگرسیون      | ۲۶۷۱/۹۲۶      | ۱          | ۲۶۷۱/۹۲۶               |         |              |
| امید به آینده | باقیمانده    | ۶۱۸۱/۷۵۴      | ۲۹۸        | ۲۰/۷۴۴                 | ۱۲۸/۸۰۴ |              |
|               | کل           | ۸۸۵۳/۶۸۰      | ۲۹۹        |                        |         | /۰۰۱         |

در جدول فوق نتایج تحلیل واریانس برای معناداری مدل‌های پیش‌بین نشان داده شده است با توجه به معناداری مقدار آزمون  $f$  می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیون برای پیش‌بینی متغیر وابسته مدل خوبی بوده است.

جدول ۱۳ ضرایب همبستگی استاندارد شده و استاندارد نشده متغیرهای مستقل برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد

| مدل | ضرایب استاندارد نشده | ضرایب استاندارد شده | مقدار آماره $t$ | سطح معناداری |
|-----|----------------------|---------------------|-----------------|--------------|
|     | B                    | خطای استاندارد      | Beta            |              |
| ۱   | ثابت                 | ۱۸/۸۹۳              | ۱/۸۶            | /۰۰۰         |
|     | گرایش به اعتیاد      | /۷۰۷                | /۰۶۲            | /۵۴۹         |
|     |                      |                     |                 | ۱۱/۳۴        |

در جدول فوق ضرایب همبستگی استاندارد شده، مقدار آماره  $t$  و سطح معناداری متغیرهای پیش‌بین برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد ارائه شده است. همانند جدول قبل در اینجا چهار مدل ارائه شده است.

## بحث و نتیجه گیری

ریسچر و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که رشد شخصیت و تعالی انسان با امیدواری رابطه دارد. راسو و همکاران (۲۰۲۱) مطرح کردند، رشد شخصیت و تعالی انسان و امیدواری با تاب آوری در برابر گرایش و بهبود از اعتیاد رابطه دارد. زنک و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند بین امیدواری، تاب آوری، خودکفایتی، خوش بینی و تمایل به مصرف مواد مخدر رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. نظریه ی امید را اسنایدر<sup>۱</sup> معرفی کرده است که این نظریه چهارچوب نظری مهمی برای فهم امید در مشاوره و کارهای بالینی به دست آمده است (زاهدبا بلان و همکاران ، ۱۳۹۰). امید در مفهوم روزانه اش ، یک انتظار خوب برای آینده است . در دهه ی اخیر امید به عنوان یک مفهوم روان شناسی ، به موضوع جذابی برای محققان علاقه مند به دریافت امید با رفاه روانی تبدیل شده است . اسنایدر (۱۹۸۰) ، امید را مجموعه ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها می داند (عبادی و همکاران ، ۱۳۸۹) کمپل<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) ، امید عبارت است از تمایلی که با انتظار وقوع مثبت همراه است و یا به عبارت دیگر ارزیابی مثبت از آنچه را که فرد متمایل است و می خواهد که به وقوع بپیوندد. رالی<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) ؛ امید نیروی مثبتی است که انگیزش ، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می دهد و قدرت نگهداری انرژی افراد در زندگی و ایجاد آن ، جزء طبیعت می باشد (برخوری و همکاران ، ۱۳۸۸) . فرسیون<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) ، می نویسد امید و عزت نفس به عنوان نمادی از بعد روحی اغلب با نتایج گزارش شده از سلامت جسمی و روحی همراه بوده و باید به این نکته توجه داشت که امید تحت تأثیر عزت نفس می باشد . و کمک به بالا بردن عزت نفس باعث ارتقای سطح امید می شود (پورغزین و غفاری ، ۱۳۸۴) . گالواسمیت و رویز<sup>۵</sup> ۲۰۱۹ در پژوهشی تحت عنوان بررسی شخصیت افراد دارای اعتیاد صورت داد . نتایج نشان داد که بین ابعاد شخصیت و اعتیاد به رابطه معنادار وجود دارد . دونلن و همکاران ۲۰۱۸ در پژوهشی تحت عنوان امید به زندگی در افراد دارای سابقه اعتیاد به مواد صورت داد . نشان داد هرچقدرال های مصرف بالا تر می رود امید کمتر در زندگی وجود دارد و کاتلین و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که نوع شخصیت نوروتیک پیش بین بسیار قوی برای اعتیاد به مصرف مشروبات الکلی است. چیم و همکاران (۲۰۲۱) مطرح کردند که بین مصرف الکل و اختلال شخصیت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد امید به آینده ، به تنهایی ۳۰ درصد از تغییرات متغیر گرایش به اعتیاد را تبیین می کند ، تفکر روان رنجوری وارد معادله پیش بینی شده و به تنهایی ۴۴ درصد از تغییرات متغیر را تبیین می کند انعطاف پذیری ۵۸ درصد را تبیین می کند. مسئولیت پذیری ۶۰ درصد شده است؛ و برونگرایی ۶۱ درصد از تغییرات گرایش به اعتیاد را تبیین می کند. با توجه به نتایج پیشنهاد می شود که برای پیشگیری از اعتیاد در دانشجویانی با ویژگی های شخصیتی ضعیف ، با تشکیل گروه های درمانی در مرکز مشاوره دانشگاه به آنها مشاوره داده شود- همچنین پیشنهاد می شود که در برنامه های آموزشی مراکز مشاوره دانشگاه بر روی مهارت های ارتباطی و افزایش صمیمیت و خود افشایی و امید وار کردن به آینده دانشجویان کار شود.- تهیه و اجرای برنامه های مداخله ای و پیشگیرانه مبتنی بر ساخت شخصیت و سلامت روان شناختی می تواند اثربخشی قابل توجهی در کاهش گرایش به مصرف مواد، و نیز مشکلات و آشفتگی های عاطفی زمینه ساز مصرف داشته باشد.

1. Snyder  
2. Campbell  
3. Raleigh  
4. Fersion

## منابع

۱. -برخوری، محمد؛ رفاهی، ژاله و فرح بخش، کیومرث. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی به شیوه ی گروهی بر انگیزه ی پیشرفت، عزت نفس و شادکامی دانش آموزان پسر پایه اول دبیرستان شهر جیرفت. فصلنامه ی علمی پژوهشی، دانشگاه آزاد واحد مرودشت، سال دوم، شماره ۵، صص ۱۴۴-۱۳۱.
۲. -پور غزین، طیبیه و غفاری، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان گیرنده ی کلیه در بیمارستان امام رضا (ع). مجله ی علوم دانشگاه و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد.
۳. -رستمی، رضا (۱۳۸۸) بررسی سابقه سوء استفاده در دوران کودکی معتادان مرد در مقایسه با جمعیت غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تهران.
۴. -زاهد بابلان، عادل؛ قاسم پور، عبد الله و حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. مجله ی دانشگاه محقق اردبیلی، سال ۱۲، شماره ی ۳، صص ۱۹-۱۳.
۵. -زرگری، نجاریان، ب و شکر کن، ح (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز
- وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره ۱، سال ۳، صص ۹۹-۱۲۰.
۶. -شفیعی و همکاران (۱۳۹۶) ویژگی های شخصیتی و نگرش به اعتیاد و مواد مخدر در دانشجویان. کنگره انجمن روانشناسی ایران، دوره ششم.
۷. کرمی نوری، رضا و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۸). مطالعه ی عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله ی روان شناسی و علوم تربیتی، شماره ی ۱ صص ۴۱-۳.
۸. -گروسی فرشی، م.ت. (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت: کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت، تبریز: نشر دانیال
۹. -مالی، لی ترجمه منصور، محمود (۱۳۶۹). ساخت و پدیدآیی و تحول شخصیت، انتشارات سمت
۱۰. مهری نژاد، سید ابوالقاسم (۱۳۹۱) معتادان زندگی به امید افزایش بر معنادرمانی اثربخشی بررسی ترک باکوتاه مدت. فصلنامه مطالعات بالینی، شماره هشتم، سال دوم.

## References

1. Chaim, C. & et al (2021). Alcohol use patterns and disorders among individuals with personality disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area. PLOS ONE 16(5): e0251857
2. Dolan, P. (2004). Happiness and policy: For the effects of happiness on income and health in Russia, Journal of Economic Behavior and organization 55(3), 319 - 342.
3. Kathlien, P.M & et al (2021). Risk for alcohol use/misuse among entering college students: The role of personality and stress. Journal of Addictive Behaviors Reports, Addictive behaviors report. Volume 13, Pages 100361
4. Reischer, H.N & et al (2020). Self-transcendence and life stories of humanistic growth among late-midlife adults. Journal of personality Volume 89, Issue 2, Pages 305-324
5. Russo, C & et al (2021). The Resilient Recovery from Substance Addiction: The Role of Self-transcendence Values and Hope. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. Volume 9, no 1
6. Zeng, X & et al (2021). The Relationship between the Family Functioning of Individuals with Drug Addiction and Relapse Tendency: A Moderated Mediation Model. Journal of Public Health, 18(2), 625; <https://doi.org/10.3390/ijerph18020625>

## پیش بینی بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی

### بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزند در نوجوانان با والدین مطلقه در شهر همدان

مهناز نعمتی<sup>۱</sup>

زینب ربانی<sup>۲</sup>

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی بر اساس الگوی ارتباط والد - فرزند در نوجوانان با والدین مطلقه در شهر همدان می باشد. طرح تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است. بدین منظور با مراجعه به مراکز بهزیستی تعداد ۲۶۰ نوجوان با والدین مطلقه در شهر همدان به روش نمونه گیری تصادفی دو مرحله ای انتخاب و به پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی (ریف، ۲۰۰۲)، پرسشنامه سازگاری اجتماعی دانش آموزان (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) و پرسشنامه الگوی ارتباط والد-فرزند (باقری، ۱۳۹۱) پاسخ دادند. داده های پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد از بین مولفه های الگوی ارتباط والد-فرزند، مولفه های رسمیت، تزلزل، نازپروردگی و درهم تنیدگی بهزیستی روانشناختی نوجوانان را به طور منفی پیش بینی کردند. همچنین از بین مولفه های الگوی ارتباط والد-فرزند، تنها مولفه کنترل توانست سازگاری اجتماعی نوجوانان را به طور منفی پیش بینی کند. بنابراین نتیجه می شود در خانواده های طلاق، نحوه ارتباط والد سرپرست، بر بهزیستی روانشناختی و سازگاری نوجوانان تاثیر می گذارد و هرچه سبک والدگری سهل گیرتر، بدون قاعده و یا سرد و رسمی باشد بهزیستی روانشناختی نوجوانان کمتر می شود. همچنین کنترل و نظارت افراطی موجب کاهش سازگاری آنها می شود.

**کلمات کلیدی:** الگوی ارتباط والد - فرزند، بهزیستی روانشناختی، سازگاری اجتماعی، نوجوان، طلاق.

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی اسلامی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزشی طلوع مهر قم. (نویسنده مسئول)

## Prediction of psychological well-being and social adjustment based on the parent-child relationship pattern in adolescents with divorced parents in Hamadan

### Abstract

The purpose of this study was to predict psychological well-being and social adjustment based on the parent-child relationship pattern in adolescents with divorced parents in Hamadan. Research design was descriptive. For this purpose, 260 adolescents with divorced parents in Hamadan were selected by two-stage random sampling. They responded to psychological well-being questionnaires (Ryff, 2002), students' social adjustment questionnaires (Sinha

and Singh, 1993) and parent-child relationship pattern

questionnaire (Bagheri, 1391). Research data were analyzed using Pearson correlation test and multiple regression analysis. The results showed that just some components of the parent-child communication affects adolescents' psychological well-being and social adjustment. Extreme control and surveillance, also reduces their adjustment.

**Keywords:** Parent-Child Relationship Pattern, Psychological Well-being, Social Adjustment, Adolescent, Divorce

### مقدمه

طلاق به عنوان یکی از مهمترین عوامل تزلزل پایه های خانواده، پیامدهای مخربی را برای اعضای خانواده به همراه دارد. فرزندان به عنوان اولین قربانیان این پدیده ناخوشایند، بر حسب سن و طول مدت تنش قبل از طلاق و اثرات محرومیت از والد جدا شده، دچار مشکلات روان شناختی مختلفی از جمله مشکلات رفتاری، عاطفی، کاهش عزت نفس، روابط بین فردی و افت تحصیلی می شوند (آماتو، ۲۰۰۱). اثرات منفی طلاق بر رشد عاطفی، اجتماعی، اخلاقی و عملکرد تحصیلی فرزندان در تحقیقات نشان داده شده است (چارلز، ۲۰۱۱؛ هلن و میلر، ۲۰۱۰؛ کاظمیان و اسماعیلی، ۱۳۹۱). علیرغم اینکه طلاق منجر به از هم پاشیدگی کانون خانواده شده و تاثیرات زیانباری برای زوجین و فرزندان دارد، این پدیده در بسیاری از کشورها روبه افزایش است.

بر اساس آمار منتشر شده در مورد ازدواج و طلاق در

خانواده به عنوان نخستین واحد اجتماعی که کودک و نوجوان با آن سرو کار دارد، نقش اصلی و سازنده را در تکوین شخصیت آینده آنها به عهده دارد. ساختار و عملکرد خانواده نخستین و پایدارترین عامل تاثیرگذار بر رشد روانی فرزندان بوده و موجب رشد عاطفی، اجتماعی و اخلاقی و عملکرد تحصیلی آنان می شود، لذا سلامت روانی فرزندان مستلزم تحکیم بنیان خانواده می باشد. وقتی افراد ازدواج می کنند با این قصد این کار را انجام می دهند تا همیشه باهم باشند اما در کشورهای امریکایی نیمی از ازدواجها به طلاق منجر می شود. (پارکر و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می دهد که طلاق والدین بر روی ابعاد روانی، شناختی، اجتماعی، اخلاقی، هیجانی، شخصیتی، دینی فرزندان تاثیر می گذارد. (اسماعیل، ۲۰۲۱) و در واقع طلاق والدین بر روی رفتارهای اجتماعی فرزندان تاثیر گذار است (اقبال و همکاران، ۲۰۲۱).

خطر میاندازد. در فراتحلیلی که یحیی زاده و حامد (۱۳۹۴) برای بررسی مسائل فرزندان طلاق و پیامدهای مهم انجام دادند نتایج نشان دهنده وضعیت نامناسب فرزندان طلاق در شاخص های سلامت روان و زیر مقیاس های آن (نشانه های روان تنی، اضطراب و بی خوابی، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی)، همچنین سازگاری با افراد و محیط اطراف، عزت نفس و .. بود (یونسی و همکاران، ۱۳۸۹؛ حیدر نیا و همکاران، ۱۳۸۴، شهنی و همکاران، ۱۳۹۰؛ رئیسی و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس یافته های به دست آمده وضعیت سلامت روان فرزندان طلاق از فرزندان یتیم نیز نامطلوب تر بود (شریفی، ۱۳۸۹) و این کودکان فشارهای روانی بیشتری متحمل می شوند. همچنین بر اساس نتایج فرزندان طلاق در زمینه های جسمی، شخصیتی، عاطفی، خانوادگی و تحصیلی و اقتصادی شرایط نامناسب تری را تجربه می کنند. جدایی والدین بر ویژگی های عاطفی و شخصیتی آن ها چنان اثر می گذارد که از سویی منجر به افزایش اضطراب، گوشه گیری، پرخاشگری، بهانه گیری، انتقام جویی، بی رحمی، غمگین بودن، زودرنجی، بیزاری از زندگی، فرار از منزل، شک و تردی، تمایل به ازدواج زودهنگام و احساس بیماری می شود. از سوی دیگر اعتماد به نفس، کنجکاو ی، و سرزندگی آن ها کاهش می دهد (درویزه، ۱۳۷۱). این آسیب ها به ویژه برای فرزندان نوجوان که در شرایط بحرانی و مشکلات دوران بلوغ به سر می برند وضعیت حادثتری دارد. سازگاری نوجوانان با خانواده به ویژه اعضای ناتنی کاهش می یابد. به طوری که این فرزندان ترجیح می دهند مشکلات خود را با اعضای خانواده در میان نگذارند و به دوستان و گروههای همسال پناه ببرند.

یکی از متغیرهای مهم و تاثیرگذار در سلامت روانی فرزندان طلاق، میزان سازگاری آن ها می باشد (قمری گیوی، و خشنودنیای چماچایی، ۱۳۹۵؛ بریور، ۲۰۰۶). سازگاری به خصوصیات فردی که هر شخص برای مدیریت روانی - اجتماعی برای بهبود زندگی خود به

سال ۲۰۱۰، روسیه با بیشترین نرخ طلاق، ۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر از جمعیت در این کشور، مقام اول را داشته، در حالی که بلاروس با ۳/۸، اوکراین ۳/۶، مولداوی ۳/۵، جزایر کیمن و ایالات متحدهی امریکا ۳/۴، برمودا ۳/۳، کوبا ۳/۲ و لیتوانی ۳/۱ در رده های بعدی قرار داشتند. بر طبق آمارها میزان طلاق در ایران نیز در سال های ۱۳۸۵ تا کنون به طور پیوسته در حال افزایش بوده و از ۹۴ هزار طلاق در سال ۱۳۸۵ به ۱۱۰ هزار در سال ۸۷، ۱۳۷ هزار در سال ۸۹ و ۱۵۸ هزار در سال ۹۲ رسیده است (ابراهیمی، ۱۳۹۵). با توجه به افزایش نرخ طلاق در جهان و به موازات آن در ایران، نوع برخورد جامعه با این موضوع و آسیب های بعد از آن در جامعه ایرانی نگرانی هایی به وجود آورده است. بر این اساس مطالعات و پژوهش های زیادی نظیر تحقیق عبدی، پور ابراهیم و نظری (۱۳۹۲)؛ زرگر و نشاط دوست (۱۳۸۶)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۶)، بلوردی، بلوردی، آقاجانی، (۱۳۹۴)، ناظمی زاده اردکان (۱۳۸۵)، زارعان، سدیدیپور (۱۳۹۵)، مشکی و همکاران (۱۳۸۰)، غیائی، معین، روستا، (۱۳۸۸)، اسحاقی و همکاران (۱۳۹۱) و محمودی (۱۳۸۰)، در زمینه ی سبب شناسی، آثار و پیامدهای طلاق صورت گرفته که نتایج آنها موجب دسترسی به اطلاعات دقیق تر و علمی تری در مورد فرآیند طلاق و آثار زیانبار آن شده است. اما همچنان به منظور یافتن راهکارهای سودمند برای کاهش تبعات سوء طلاق بر زوجین، و به خصوص بر فرزندان، نیاز به تحقیقات بیشتری در این حوزه هست.

بر اساس یافته های تحقیقات قبلی می توان گفت که طلاق و جدایی والدین در سالهای اولیه باعث بوجود آمدن طرحواره های ناسازگار در فرزندان می شود. حضور والدین با هم بر رشد اجتماعی، عاطفی و روانی تاثیری به سزا دارد از اینرو فرزندان طلاق از کم ترین حمایت و توجه اجتماعی برخوردارند. لذا عدم حضور والدین باعث به هم خوردن سازگاری اجتماعی و عاطفی شده (گانتی، ۲۰۰۸) و بهزیستی روانشناختی آنها را به

به دنبال دارد. از این رو عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می شود از بنیادی ترین سازه های مورد پژوهش در این رویکرد می باشد. بهزیستی روانشناختی به عنوان یکی از مولفه های اصلی سلامت عمومی و رضامندی در خلال دو دهه گذشته توجه بسیاری از روانشناسان و محققان را به خود جلب کرده است (کاپلن، تات گوئیر، سارگلو و فردریکسون، ۲۰۱۶). بهزیستی روانشناختی به کلیه فرایندهایی اشاره دارد که باعث رضایت کلی فرد از زندگی می شود تا فرد روحیه بهتری داشته باشد و با آرامش زندگی کند. همچنین بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد، داشتن نگرش مثبت نسبت به خود، پذیرفتن جنبه های مختلف خود، و داشتن احساس مثبت نسبت به زندگی گذشته است (بهاری و فرکیش، ۱۳۸۸). ریف (۲۰۱۴) بهزیستی روانی را به عنوان احساس سلامتی و تندرستی در نظر می گیرد که آگاهی از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه های وجود است و شش مولفه برای این سازه تعریف کرده است. این مولفه ها عبارتند از ۱- پذیرش خود، که به معنای داشتن نگرش مثبت در مورد خود می باشد. رینر (۱۹۶۴) تاکید داشت که آگاهی از کاستیهای خود و نیز پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل یافته است، ۲- هدف و جهت گیری در زندگی، توانایی پیدا کردن معنا و جهت گیری در زندگی، و داشتن هدف و دنبال کردن آنها، که تمامی اینها در تقابل با خوشبختی قرار دارند، از وجوه مهم بهزیستی هستند. ۳- رشد شخصی، یا توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود. ۴- تسلط بر محیط، از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی هر کسی باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطرافش تسلط و احاطه داشته باشد و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه

کار می برد اطلاق می گردد (مجلسی و همکاران، ۲۰۱۳). رحیم نیا و رسولیان (۱۳۸۵) سازگاری را مفهومی عام می دانند که همه راهبردهای اداره کردن موقعیت های استرس زای زندگی، اعم از تهدیدات واقعی و غیرواقعی را شامل می شود. هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه ای دچار اختلال شود که ناخوشایندی به وی دست دهد، برای ایجاد توازن نیازمند به کارگیری نیروهای درونی و حمایت خارجی است، در این صورت اگر در به کارگیری سازوکارهای جدید موفق شود و مسئله را به نفع خود حل کند، فرایند سازگاری ایجاد شده است. ابعاد سازگاری شامل سازگاری اجتماعی، عاطفی، جسمانی و اخلاقی است که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد؛ به طوری که این سازگاری پیش درآمد رسیدن به سازگاری عاطفی و اخلاقی تلقی می شود (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۵). تجربه ی طلاق سازگاری افراد را در تمام ابعاد روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تاثیر قرار می دهد و باعث کاهش ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می شود (هلن و میلر، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات حاکی از اثر سوء طلاق بر سازگاری فرزندان و بویژه سازگاری اجتماعی آنهاست (حبیبی و ساجدی، ۱۳۸۵). با توجه به اهمیت سازگاری فرزندان طلاق در این پژوهش این متغیر مورد بررسی قرار می گیرد. بخش گسترده ای از مطالعات طلاق، بر سلامت روانی فرزندان طلاق متمرکز بوده است. نتایج این تحقیقات نشان دهنده سلامت روانی پایین تری در این فرزندان بوده که بر اساس آن مداخلات درمانی و راهکارهای مختلفی در قالب آموزش مهارت ها به فرزندان و والد سرپرست آنها ارائه شده است (شهینی و همکاران، ۱۳۹۰؛ جانسون، ۲۰۱۰؛ پاتر، ۲۰۱۰).

در سال های اخیر در روانشناسی مثبت گرا رشد استعدادها و توانمندی های انسان مورد توجه زیادی قرار گرفته است. هدف نهایی در این رویکرد شناسایی سازه ها و شیوه هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را

باشد (تقی زاده، اقدستا و بشارت، ۱۳۹۴؛ فخاری، فرورشی و قریش زاده، ۱۳۸۶). این ارتباط در ادبیات پژوهشی تحت عنوان سبک های فرزندپروری مطرح می باشد. هر خانواده‌ای با توجه به ویژگی‌های پدر و مادر و تقاضاهای آن‌ها و پاسخ‌دهی فرزندان، شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری ویژه‌ای را انتخاب می‌کند که با رفتارها و ویژگی‌های خاص در فرزندان، رابطه نشان داده‌اند (بامریند، ۱۹۹۱).

در این راستا باقری (۱۳۹۱) الگویی جهت بررسی رابطه والدین و فرزندان ارائه کرده است. رابطه والد-فرزند عبارت است از ارتباطات بین والدین و فرزندان که حاکی از وجود اعتماد و رابطه عاطفی، برقراری گفتگو و تفاهم، کمک و همراهی والدین و همانندسازی فرزند با والدین می‌باشد (ثنایی، ۱۳۸۸؛ به نقل از طاهری، ۱۳۹۰). الگوهای ارتباط والد فرزند، متشکل از سه الگوی اصلی در روابط حاکم بین والدین و فرزندان است. این الگوها عبارت‌اند از ۱. الگوی ارتباط امنیت مدار، ۲. الگوی تعادلی و ۳. الگوی آزادی مدار. هر الگو از چهار زیرمقیاس تشکیل شده است. تمامی خرده مقیاس‌ها در چهار بعد نظم می‌یابند که وضعیت‌های مختلفی از چهار بعد ۱. ارزش‌ها، باورها و قواعد، ۲. حمایت در کسب تجربه، ۳. فردیت و ۴. خودپذیری هستند. به این صورت که سبک امنیت مدار شامل خرده مقیاس‌های انعطاف‌ناپذیری، کنترل و محدودیت، رسمیت و ارزش مشروط بوده و سبک آزادی مدار شامل خرده مقیاس‌های تزلزل/نرمی، نازپروردگی، درهم‌تنیدگی، بی‌تفاوتی/رهایی می‌باشد و سبک تعادلی در بین این دو سبک قرار دارد. پژوهش‌های متعددی به بررسی الگوهای ارتباطی والد-فرزند و متغیرهایی مانند سلامت روان در فرزندان پرداخته‌اند. فخاری و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهش خود با عنوان بررسی ارتباط والد فرزند بر سلامت روان در دختران سال اول دبیرستان‌های تبریز، نشان دادند که بین رابطه والد فرزند و سلامت روان همبستگی معنا داری وجود دارد و میزان اختلالات

دارد. ۵- خود مختاری، به این معناست که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. و ۶- روابط مثبت با دیگران که عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه‌ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران. این جنبه اجتماعی-ارتباطی بهزیستی، در بر گیرنده بالا و پایین شدن‌های روابط و تعاملات اجتماعی و بین فردی است. مطالعات مختلف نشان دهنده این است که سازه‌های مثبت از جمله بهزیستی روانشناختی نه تنها از عوامل نگهدارنده سطح عملکرد بهینه فرد هستند بلکه به مشارکت بیش‌تر و موثرتر در فرایند رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی منجر می‌شوند و در نتیجه عوامل محافظتی بیشتری را فراهم می‌آورند. ارتقاء بهزیستی روانشناختی بخصوص در گروه‌هایی که بهزیستی پایینی دارند و یا در معرض خطر هستند ضرورت دارد تا در جهت ارتقاء بهزیستی و سلامت روانی آنها برنامه‌ریزی‌های مناسبی صورت گیرد. بر این اساس ارتقا سطح بهزیستی روانشناختی در مورد فرزندان طلاق به ویژه جهت مصون سازی آنها از آسیب‌های ناشی از طلاق، به شدت مورد تاکید می‌باشد.

فرزندان در طول فرایند طلاق بهزیستی روانی خیلی کمی دارند (رادتزکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

در مطالعات معدودی بهزیستی روانشناختی فرزندان طلاق بررسی شده است (صرامی، ۱۳۹۴؛ کرمی، دهقانی و سعادت زاده، ۱۳۹۴، بریور، ۲۰۰۶). و نیاز به تحقیقات بیشتری در این رابطه می‌باشد. بر این اساس در پژوهش حاضر بهزیستی روانشناختی این فرزندان و عوامل موثر بر آن بررسی می‌شود. از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی فرزندان، ارتباط آنها با والدینشان می‌باشد.

حجم نمونه برابر با  $8 + 50 * 8 = 114$  و بر اساس قاعده دوم گرین  $(k + 104)$  حداقل حجم نمونه برابر با  $8 + 104 = 112$  است. (بنابراین ۱۱۴ نفر را به عنوان حداقل حجم نمونه در نظر گرفتیم). برای انتخاب نمونه از جامعه مورد نظر، با مراجعه به اداره بهزیستی شهر همدان، از بین مجتمع های خدمات بهزیستی دو مجتمع به تصادف انتخاب شد و پس از اخذ مجوز، با مراجعه به این مراکز تعدادی از نوجوانان مرتبط با مرکز به تصادف انتخاب شدند. در مجموع ۲۶۰ نوجوان با والدین مطلقه در پژوهش حاضر شرکت کردند. بنابراین روش نمونه گیری از نوع نمونه گیری تصادفی دو مرحله ای است.

### روش گردآوری اطلاعات

روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش به دو صورت کتابخانه ای و پرسشنامه ای بود. در روش کتابخانه ای با مراجعه به کتابخانه ها و مطالعه کتب، پایان نامه های مرتبط با موضوع، مقالات و فصلنامه ها اقدام به فیش برداری و سپس نسبت به تدوین پایان نامه اقدام شد. در روش میدانی نیز با بکارگیری سه پرسشنامه استاندارد، سازگاری اجتماعی، مقیاس بهزیستی روانشناختی و الگوی ارتباط والد-فرزند، نسبت به جمع آوری داده و اطلاعات به صورت میدانی اقدام گردید.

### ابزار پژوهش

ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از نوع پرسشنامه است. در این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده گردید. این پرسشنامه ها دارای روایی و پایایی می باشند.

#### الف. مقیاس بهزیستی روانشناختی. این مقیاس

توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است (ریف، ۱۹۸۹). نخستین نوشتار این ابزار توسط ریف در سال ۱۹۹۵ شامل ۱۲۱ سوال بود و در سال های بعد بر اساس پژوهش هایی که روی ویژگی های روانسنجی آن انجام شد نسخه های کوتاهتر شامل ۸۴

افسردگی و اضطراب و بی خوابی در بین دانش آموزان دختر سال اول دبیرستان بالا است. طاهری و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی، به بررسی پیش بینی مهارتهای ارتباط بین فردی بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزند و نگرش معنوی در نوجوانان دختر پرداختند. نتایج بررسی آنها نشان داد که از بین ابعاد نگرش معنوی، بعد نگرش معنوی به صورت معنادار و مثبتی، مهارتهای ارتباط بین فردی را پیش بینی می کند. از بین ابعاد الگوی ارتباط پدر-فرزند، بعد رسمیت و از بین ابعاد الگوی ارتباط مادر-فرزند، بعد تزلزل-نرمی به صورت معنادار و منفی مهارت های ارتباط بین فردی نوجوانان را پیش بینی می کند. بر اساس مبانی نظری و تحقیقات انجام شده در رابطه با وضعیت روانشناختی فرزندان طلاق، نوع رابطه والدی که سرپرستی فرزند را بر عهده دارد در میزان سازگاری و در نهایت بهزیستی روانشناختی آنها تاثیر زیادی دارد (حبیبی و ساجدی، ۱۳۸۵). اما مرور ادبیات تحقیق نشان دهنده عدم پژوهش کافی در این زمینه می باشد. همچنین رابطه مولفه های ارتباط والد-فرزند با سازگاری اجتماعی و مولفه های بهزیستی روانی به طور مشخص بررسی نشده و مطالعه ای در این رابطه موجود نمی باشد (پتر، ۲۰۱۰). بر این اساس با توجه به اهمیت موضوع، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه پیش بین بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی با الگوی ارتباط والد-فرزند در فرزندان طلاق می باشد.

### جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق را نوجوانان با والدین مطلقه شهر همدان تشکیل می دهند که بنابر آمار اخذ شده از سازمان بهزیستی ۴۰۰۰ نفر می باشند.

### نمونه، روش نمونه گیری و حجم نمونه

در این پژوهش با توجه به تعداد متغیرهای مستقل و پیش بین بر اساس قاعده اول گرین  $(k + 8 + 5)$  حداقل

بررسی روایی سازه ابزار فوق از طریق تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، شش عامل پیشنهادی سازندگان در مقیاس با مدل های یک و سه عاملی ارزش بهتری داشته و این نمونه مورد تأیید است همچنین در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه در دوجنس، الگوی شش عاملی این مقیاس از برآزش خوبی برخوردار است. همسانی این مقیاس، با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل فوق به ترتیب برابر است با پذیرش خود ۵۱٪، تسلط محیطی ۷۶٪، رابطه مثبت با دیگران ۵۲٪، داشتن هدف در زندگی ۷۳٪، رشد شخصی و استقلال ۷۲٪، و برای کل مقیاس ۷۱٪ می باشد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در پژوهش حاضر بر اساس هدف پژوهش از نمره کلی این مقیاس استفاده گردید. پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شد. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه محاسبه گردید

جدول ضریب آلفای کرونباخ مقیاس بهزیستی روانشناختی (تعداد = ۲۶۰ نفر)

| متغیر                    | تعداد گویه ها | ضریب آلفای کرونباخ |
|--------------------------|---------------|--------------------|
| مقیاس بهزیستی روانشناختی | ۱۸            | ۰/۸۰               |

### ب- پرسشنامه سازگاری اجتماعی دانش

**آموزان.** این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط سینه‌ها و سینگ به منظور تعیین سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش آموزان ساخته شده است. در ایران قدسی احقر فرم ۵۵ سوالی این مقیاس را در نمونه ۳۰۰۰ نفری از دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی مورد بررسی قرار داده است. پرسشنامه حاضر ۵۵ گویه دارد و نمره گذاری آن به صورت صفر و یک می باشد. این پرسشنامه شامل سه مولفه سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی است. نمره

سوال گردید و در حال حاضر فرم کوتاه آن دارای ۱۸ سوال می باشد. فرم کوتاه آن و در سال ۱۳۷۵ توسط سیاحی و شکرکن ترجمه و هنجاریابی شد. این آزمون شش عامل را در بر می گیرد که به صورت زیر می باشد: استقلال یا خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. طیف نمره گذاری گویه های این پرسشنامه براساس طیف لیکرت شش گزینه ای شامل کاملاً مخالفم = ۱، تا حدودی مخالفم = ۲، کمی مخالفم = ۳، کمی موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = ۵ می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۱-۳-۴-۵-۹-۱۰-۱۳-۱۷ معکوس می باشد.

برای بدست آوردن امتیاز مربوطه به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را باهم جمع نموده و به منظور به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه می نمائیم. نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در خود پاسخ دهنده می باشد و برعکس. (میکائیلی، ۱۳۸۹)

میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سرمایه روانشناختی برابر ۰/۸۰ به دست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. روایی این پرسش نامه به روش همسانی درونی با محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره گویه های پرسشنامه با نمره کل بررسی شد. ضرایب همبستگی گویه های پرسشنامه بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ و کمتر معنادار بودند. بنابراین روایی این پرسشنامه نیز تأیید شد.

سؤال در مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظر خاصی ندارم = ۳، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱) است.

این پرسشنامه هر کدام از خرده مقیاسها را با ۶ سؤال می سنجد. حداقل نمره در این آزمون ۶ و حداکثر نمره ۳۶ می باشد که نقطه برش آن نمره ۲۱ می باشد.

در پرسش نامه یک اظهار نظر درباره کیفیت روابط فرزند با پدر و مادر ( پدر / مادرم) آورده شده است. به همین جهت دو پاسخ نامه وجود داشته، یکی برای پدر و یکی برای مادر. آزمودنی هر جمله را خوانده و میزان موافقت خود را با کل هر اظهار نظر (و نه اجزای آن) درباره پدر و مادرش با علامت زدن یکی از اعداد بین ۲ تا ۵ در پاسخ نامه بیان می کند. در این پرسشنامه دو سبک امنیت مدار و آزادی مدار سنجیده می شود که دو انتهای چهار بعد را تشکیل داده و در تقابل با یکدیگر قرار دارند. هر یک از این سبک ها دارای ۴ خرده مقیاس می باشد. سبک امنیت مدار شامل خرده مقیاس های انعطاف ناپذیری، کنترل و محدودیت، رسمیت، ارزش مشروط، و سبک آزادی مدار شامل خرده مقیاس های تزلزل / نرمی، نازپروردگی، درهم تنیدگی، بی تفاوتی / رهایی است.

باقری و غفاری جعفرزادگان (۱۳۹۲) نمره پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۹۶۱ و نمره جداگانه برای هر ۸ خرده مقیاس به کمک ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را به دست آوردند. ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه های انعطاف ناپذیری، تزلزل / تشتت، کنترل / محدودیت نازپروردگی، رسمیت، درهم تنیدگی، مقبولیت مشروط، رهایی، در پدران به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۶، ۰/۷۸، ۰/۶۴، ۰/۷۴، ۰/۸۲، ۰/۵۹، ۰/۶۲ و در مادران به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۹، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۶۸، ۰/۶۱ توسط این پژوهشگران گزارش شده است. این پژوهشگران روایی محتوایی و

گذاری گویه های پرسشنامه براساس صفر و یک است به این صورت که در مورد سوالات زیر بلی نمره ۱ و خیر نمره صفر می گیرد. امتیاز مولفه ها از مجموع سوالات به دست می آید. البته تعدادی از سوالات معکوس می باشند. حداقل امتیاز ممکن ۱۸ و حداکثر ۹۰ خواهد بود. امتیاز به دست آمده به این صورت قضاوت می شود، نمره بین ۰ تا ۱۸ نشان دهنده ی سازگاری اجتماعی پایین دانش آموز است، نمره بین ۱۸ تا ۵۲۷۴، سازگاری اجتماعی متوسط دانش آموز را نشان می دهد و نمره بالاتر از ۲۷، بیانگر سازگاری اجتماعی بالای دانش آموز است. سازندگان آزمون ضریب پایایی این آزمون را با روش های دو نیمه کردن، بازآزمایی و کودر ریچاردسون به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به دست آورده اند. همچنین روایی محتوایی این آزمون را ۲۰ نفر از متخصصان روانشناسی تایید کرده اند. در پژوهش خانجانی زاده و باقری (۱۳۹۱) پایایی خرده مقیاس سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

در این پژوهش از نمره کلی این مقیاس استفاده گردید. به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه محاسبه گردید. میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سرمایه روانشناختی برابر ۰/۷۲ به دست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی مناسبی برخوردار است. روایی این پرسش نامه به روش همسانی درونی با محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره گویه های پرسشنامه با نمره کل بررسی شد. ضرایب همبستگی گویه های پرسشنامه بین ۰/۳۶ تا ۰/۵۹ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ و کمتر معنادار بودند. بنابراین روایی این پرسشنامه نیز تایید شد.

### پرسشنامه الگوی ارتباط والد- فرزند. به

منظور سنجش الگوی ارتباط والد فرزند، از پرسشنامه ۴۸ گویه ای باقری (۱۳۹۱) که پرسشنامه ای ایرانی اسلامی است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۸

صوری پرسشنامه را با نظر متخصصان و همچنین روایی سازه آن را با روش های تحلیل مؤلفه های اصلی، تحلیل گویه ها، ضریب تمیز، ضریب دشواری و روش لوپ و همچنین انجام تحلیل عاملی اکتشافی و بعد تاییدی بررسی کردند که نتایج حاکی از روایی این پرسشنامه بود.

در پژوهش حاضر با توجه به هدف پژوهش از خرده مقیاس های این سازه استفاده شد. پایایی این پرسشنامه و خرده مقیاس های آن به روش همسانی درونی بررسی شده و میزان ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از زیر مقیاس ها و کل پرسشنامه محاسبه گردید. برای برخی از خرده مقیاس ها ضریب کمتر از ۰/۳ به دست آمد با حذف گویه های نامربوط مجدداً

ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد. میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه الگوی ارتباط والد فرزند، انعطاف ناپذیری، کنترل، رسمیت، ارزش مشروط، تزلزل، نازپروردگی، درهم تنیدگی و رهایی به ترتیب برابر، ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۰، ۰/۸۷، ۰/۷۷، ۰/۴۵ و ۰/۸۵ به دست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی مناسبی برخوردار است. روایی این پرسش نامه نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره گویه های پرسشنامه با نمره کل بررسی شد. ضرایب همبستگی گویه های پرسشنامه بین ۰/۳۷ تا ۰/۸۱ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین روایی این پرسشنامه مورد تایید است.

#### یافته ها

جدول ۱. ضریب همبستگی بین بهزیستی روانشناختی و مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند (تعداد= ۲۶۰)

| متغیر                 | انعطاف-<br>ناپذیری | کنترل | رسمیت   | ارزش-<br>مشروط | تزلزل  | نازپروردگی | درهم<br>تنیدگی | رهایی |
|-----------------------|--------------------|-------|---------|----------------|--------|------------|----------------|-------|
| بهزیستی<br>روانشناختی | -۰/۰۵              | -۰/۰۴ | -۰/۲۶** | -۰/۱۰          | -۰/۱۶* | -۰/۱۹*     | -۰/۷۴**        | -۰/۰۲ |

\*: سطح معنی داری ۰/۰۵ \*\* : سطح معنی داری ۰/۰۱

بر اساس اطلاعات جدول ۱، تنها رابطه برخی از مولفه های الگوی والد- فرزند با بهزیستی روانشناختی معنادار شد. به این صورت که ضریب همبستگی بین مولفه رسمیت و بهزیستی روانشناختی برابر (r=-۰/۲۶، p<۰/۰۱) به دست آمد که نمایانگر رابطه متوسط و منفی بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود (p<۰/۰۱).

ضریب همبستگی بین مولفه تزلزل و بهزیستی روانشناختی برابر (r=-۰/۱۶، p<۰/۰۵) شد که نمایانگر رابطه ضعیف و منفی بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود (p<۰/۰۵).

ضریب همبستگی بین مولفه نازپروردگی و بهزیستی روانشناختی برابر (r=-۰/۱۹، p<۰/۰۵) به دست آمد که که نمایانگر رابطه ضعیف و منفی بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود (p<۰/۰۵).

و ضریب همبستگی بین مولفه درهم تنیدگی و بهزیستی روانشناختی برابر (r=-۰/۷۴، p<۰/۰۱) شد که نمایانگر رابطه قوی و منفی بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود (p<۰/۰۵).

در روش تحلیل رگرسیون چندگانه قبل از انجام تحلیل باید مناسب بودن برازش مدل رگرسیونی مورد بررسی قرار گیرد. این کار به کمک تحلیل واریانس آنوا (ANOVA) انجام می پذیرد. نتایج آنالیز واریانس در جدول ۴-۶ ذکر شده است.

| سطح<br>معناداری | T       | ضرایب استاندارد شده |                | ضرایب غیر استاندارد (b) |                | مدل               |
|-----------------|---------|---------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------|
|                 |         | بتا ( $\beta$ )     | خطای استاندارد | بی (b)                  | خطای استاندارد |                   |
| ۰/۰۰۰           | ۹/۲۶۵   |                     | ۰/۹۹۳          | ۹/۲۰۲                   |                | ضریب ثابت         |
| -۰/۱۱۱          | -۱/۵۹۹  | -۰/۲۷               | ۰/۱۴۰          | -۰/۲۲۳                  |                | ۱- انعطاف ناپذیری |
| ۰/۰۰۰           | -۴/۳۷۲  | -۰/۲۱               | ۰/۰۴۸          | -۰/۲۱۲                  |                | ۲- رسمیت          |
| ۰/۳۱۷           | -۱/۰۰۲  | -۰/۰۳۱              | ۰/۰۲۶          | -۰/۰۲۶                  |                | ۳- کنترل          |
| ۰/۰۲۹           | -۲/۲۰۲  | -۰/۲۰               | ۰/۰۹۹          | -۰/۲۱۸                  |                | ۴- ارزش مشروط     |
| ۰/۱۴۲           | -۱/۴۷۲  | -۰/۱۶               | ۰/۰۸۲          | -۰/۱۲۱                  |                | ۵- تزلزل          |
| ۰/۰۳۴           | -۴/۹۹۷  | -۰/۱۸               | ۰/۰۸۳          | -۰/۲۰۶                  |                | ۶- نازپروردگی     |
| ۰/۰۰۰           | -۱۲/۴۹۵ | -۰/۶۳               | ۰/۰۶۷          | -۰/۸۳۱                  |                | ۷- درهم تنیدگی    |
| ۰/۰۶۰           | -۱/۸۸۸  | -۰/۳۱               | ۰/۱۶۸          | -۰/۳۱۷                  |                | ۸- رهایی          |

جدول شماره ۲. تجزیه تحلیل ANOVA

| ارزش معناداری | F (فیشر) | میانگین مربعات | درجه<br>آزادی | مجموع مربعات |               |
|---------------|----------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| ۰/۰۰۰         | ۵۷/۲۵۳   | ۱۴۱/۱۹۴        | ۸             | ۱۱۲۹/۵۵۳     | رگرسیون       |
|               |          | ۲/۴۶۶          | ۲۵۱           | ۶۱۹/۰۰۱      | باقی مانده ها |
|               |          |                | ۲۶۰           | ۱۷۴۸/۵۵۴     | مجموع         |

\* متغیر ملاک: بهزیستی روانشناختی

\* متغیرهای پیش بین: مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، مقدار آماره فیشر (F) برابر با عدد ۵۷/۲۵۳ با ارزش معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمده است در نتیجه می توان گفت مدل رگرسیونی از برازش مناسبی برخوردار است. در ادامه ضرایب ثابت و ضریب رگرسیون ارائه شده است.

جدول شماره ۳. ضرایب و معناداری رگرسیون جهت پیش بینی بهزیستی روانشناختی از روی مولفه های والد- فرزند  
متغیر ملاک: بهزیستی روانشناختی

نتایج مندرج در جدول ۴-۷ نشان می دهد ضرایب رگرسیون استاندارد شده ( $\beta$ ) برای مولفه های رسمیت ( $\beta = -0.21$ ) = ارزش مشروط ( $\beta = -0.20$ )، نازپروردگی ( $\beta = -0.18$ ) و درهم تنیدگی ( $\beta = -0.63$ ) با توجه به مقدار t و ارزش معناداری (sig) متغیرها که کمتر از ۰/۰۱ بود، منفی و معنادار است. بنابراین این مولفه ها می توانند تغییرات متغیر بهزیستی را با اطمینان ۰/۹۹ تبیین کنند. ضرایب دیگر مولفه ها معنادار نشد بنابراین سهمی در تبیین تغییرات بهزیستی روانشناختی ندارند. بر اساس ضرایب رگرسیون، اگر یک واحد به میزان رسمیت اضافه شود مقدار ۰/۲۱ از میزان بهزیستی روانشناختی کم می شود. همچنین افزودن یک واحد به ارزش مشروط موجب کاهش ۰/۲۰ از بهزیستی روانشناختی شده، افزودن یک واحد به نمره نازپروردگی به کاهش ۰/۸۱ از نمره بهزیستی روانشناختی منجر شده و اضافه کردن یک واحد به نمره درهم تنیدگی موجب کاهش ۰/۶۳ از نمره بهزیستی روانشناختی می شود. بنابراین می توان گفت مولفه های رسمیت، ارزش مشروط، نازپروردگی و درهم تنیدگی در ارتباط والد- فرزند بر بهزیستی نوجوانان والدین مطلقه شهر همدان اثر منفی دارد. واریانس تبیین شده بهزیستی روانشناختی توسط مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند نیز محاسبه شد (۴).

جدول شماره ۴. میزان واریانس تبیین شده بهزیستی روانشناختی توسط مولفه های والد- فرزند

| مدل                                 | همبستگی چندگانه (R) | واریانس تبیین شده ( $R^2$ ) | واریانس تبیین شده تعدیل شده | خطای استاندارد برآورد |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان | ۰/۸۰۴               | ۰/۶۴۶                       | ۰/۶۳۵                       | ۱/۵۷۰۳۹               |

\* متغیر ملاک: بهزیستی روانشناختی

\* متغیرهای پیش بین: مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند

بر اساس نتایج جدول ۴ مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند ۶۵ درصد از تغییرات بهزیستی روانشناختی را تبیین کردند.

خروجی های تحلیل رگرسیون نشان داد شاخص های VIF برای متغیرهای مستقل کمتر از  $10(1/06)$  و Tolerance آنها بالاتر از  $0.1(0.606)$  می باشد. بنابراین همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود نداشت. همچنین نمودار پراکندگی باقیمانده ها نشان دهنده خطی بودن رابطه بین متغیرهای پژوهش بود (نمودارهای ۳-۴ ۴-۴)

جدول ۵. ضریب همبستگی بین سازگاری اجتماعی و مولفه های الگوی ارتباط والد- فرزند (تعداد = ۲۶۰)

| متغیر           | انعطاف- ناپذیری | کنترل   | رسمیت  | ارزش- مشروط | تزلزل  | نازپروردگی | درهم تنیدگی | رهایی  |
|-----------------|-----------------|---------|--------|-------------|--------|------------|-------------|--------|
| سازگاری اجتماعی | -۰/۰۷۵          | *-۰/۱۴۵ | -۰/۰۲۳ | -۰/۰۸۳      | -۰/۱۱۵ | -۰/۰۶۵     | -۰/۱۰۸      | -۰/۰۸۲ |

\*: سطح معنی داری ۰/۰۵ \*\*\*: سطح معنی داری ۰/۰۱

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۹ تنها مولفه کنترل از الگوی والد- فرزند با سازگاری اجتماعی معنادار شد. به این صورت که ضریب همبستگی بین مولفه کنترل و بهزیستی روانشناختی برابر ( $r = -0.145, p < 0.01$ ) به دست آمد که

نمایانگر رابطه منفی و ضعیف بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود ( $p < 0/01$ ).

ضریب همبستگی بین مولفه تزلزل و بهزیستی روانشناختی برابر ( $r = -0/16$ ,  $p < 0/05$ ) شد که نمایانگر رابطه ضعیف و منفی بین این دو متغیر می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین این دو متغیر رد می شود ( $p < 0/05$ ).

جدول شماره ۶ تجزیه تحلیل ANOVA

| مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F (فیشر) | ارزش معناداری |
|--------------|------------|----------------|----------|---------------|
| ۱۳۸/۱۲۵      | ۱          | ۱۳۸/۱۲۵        | ۵/۵۱۵    | ۰/۰۲۰         |
| ۶۴۶۲/۲۷۵     | ۲۵۸        | ۲۵/۰۴۸         |          |               |
| ۶۶۰۰/۴۰۰     | ۲۵۹        |                |          |               |
|              |            |                |          | رگرسیون       |
|              |            |                |          | باقی مانده ها |
|              |            |                |          | مجموع         |

جدول شماره ۷. ضرایب و معناداری رگرسیون جهت پیش بینی سازگاری اجتماعی از روی مولفه های والد- فرزند

| مدل       | ضرایب غیر استاندارد (b) |                | ضرایب استاندارد شده |        |
|-----------|-------------------------|----------------|---------------------|--------|
|           | بی (b)                  | خطای استاندارد | بتا ( $\beta$ )     | T      |
| ضریب ثابت | ۲۰/۴۸۹                  | ۰/۹۴۲          |                     | ۲۱/۷۴۳ |
| کنترل     | -۰/۱۶۷                  | ۰/۰۷۱          | -۰/۱۴۵              | -۲/۳۴۸ |

متغیر ملاک : سازگاری اجتماعی

نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می دهد ضریب رگرسیون استاندارد شده برای مولفه کنترل ( $\beta = -0/145$ ) به دست آمد. با توجه به مقدار t و ارزش معناداری (sig) متغیرها که کمتر از ۰/۰۱ بود، منفی و معنادار است. بنابراین این مولفه می تواند تغییرات متغیر سازگاری اجتماعی را با اطمینان ۰/۹۵ تبیین کند. ضرایب دیگر مولفه ها معنادار نشد بنابراین سهمی در تبیین تغییرات سازگاری اجتماعی ندارند. بر اساس ضرایب رگرسیون، اگر یک واحد به میزان کنترل اضافه شود مقدار ۰/۱۴۵ از میزان سازگاری اجتماعی کم می شود. واریانس تبیین شده سازگاری اجتماعی توسط مولفه کنترل از الگوی ارتباط والد- فرزند نیز محاسبه شد

جدول شماره ۸ میزان واریانس تبیین شده سازگاری اجتماعی توسط مولفه های والد- فرزند

| مدل                                   | همبستگی چندگانه (R) | واریانس تبیین شده ( $R^2$ ) | واریانس تبیین شده تعدیل شده | خطای استاندارد برآورد |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| تحلیل رگرسیون چندگانه به روش روبه جلو | ۰/۱۴۵               | ۰/۰۲۱                       | ۰/۰۱۷                       | ۵/۰۰۴۷۶               |

\* متغیر ملاک: بهزیستی روانشناختی

\* متغیرهای پیش بین : کنترل

بر اساس نتایج جدول ۸ مولفه کنترل از الگوی ارتباط والد- فرزند، ۲ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی را تبیین کردند. خروجی های تحلیل رگرسیون نشان داد شاخص های VIF برای متغیرهای مستقل کمتر از  $10(0.3/9)$  و Tolerance آنها بالاتر از  $0.1(0.111/0)$  می باشد. بنابراین همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود نداشت.

جدول شماره ۹ وضعیت بهزیستی روانشناختی نوجوانان با والدین مطلقه شهر همدان (تعداد=۲۶۰)

| متغیر              | میانگین مشاهده شده | انحراف استاندارد | میانگین آماری | تفاوت میانگین | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|--------------------|--------------------|------------------|---------------|---------------|---------|------------|--------------|
| بهزیستی روانشناختی | ۵۹/۶۸              | ۵/۰۸             | ۵۱            | ۸/۶۷۴         | ۲۷/۴۷۱  | ۲۵۹        | ۰/۰۰۰        |

بر اساس داده های جدول ، میانگین بهزیستی روانشناختی در نوجوانان  $59/68$  بدست آمده که به طور معناداری بیشتر از میانگین آماری (۹) است. بنابراین این نتیجه می گیریم که میزان بهزیستی روانشناختی در نوجوانان کمی بیشتر از حد متوسط می باشد.

جدول شماره ۱۰ وضعیت سازگاری اجتماعی نوجوانان با والدین مطلقه شهر همدان (تعداد=۲۶۰)

| متغیر           | میانگین مشاهده شده | انحراف استاندارد | میانگین آماری | تفاوت میانگین | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|-----------------|--------------------|------------------|---------------|---------------|---------|------------|--------------|
| سازگاری اجتماعی | ۲۵                 | ۲/۹۸             | ۲۷            | -۲/۰۰۰        | -۱۰/۷۷۵ | ۲۵۸        | ۰/۰۰۰        |

بر اساس داده های جدول ، میانگین سازگاری اجتماعی در نوجوانان ۲۵ بدست آمده که به طور معناداری کمتر از میانگین آماری است. بنابراین نتیجه می شود که میزان سازگاری اجتماعی در نوجوانان کمی کمتر از حد متوسط می باشد.

## بحث و نتیجه گیری

خانواده نخستین و پایدارترین نهاد تاثیرگذار بر رشد روانی و اجتماعی و هیجانی فرزندان می‌باشد. در واقع خانواده بنیادی‌ترین زمینه را برای رشد روانی-اجتماعی نوجوان ایجاد کرده و روابط خانوادگی یک عامل حفاظتی قوی برای او به شمار می‌رود (کرمی، شهرستانی، توانایی و آسیایی، ۱۳۹۱). ارتباط با خانواده در مقایسه با ارتباط با دوستان همبستگی بیشتری را با معنا و هدف در زندگی نشان می‌دهد (برونک، ۲۰۱۴). رابطه با والدین به عنوان یکی از عوامل مهم در بهزیستی روانشناختی نوجوانان شناخته شده است. اساساً تحول روانشناختی نوجوان در خلال روابط شکل می‌گیرد و انزوا و ناکامی مزمن در روابط زمینه ساز رنج روانشناختی است. تعامل مثبت با اطرافیان در قالب روابط اجتماعی امکان تجربه فعالیت‌های مشترک و خوشایند را فراهم ساخته و از سوی دیگر در فرایند شکل‌گیری هویت به نوجوان کمک می‌کند که درکی عمیق‌تر از خود و دنیای اطرافش داشته باشد (تقوی، آزاد فلاح، موتابی و طلائی، ۱۳۹۴). طلاق به عنوان یک پدیده ناخوشایند اجتماعی بنیان خانواده را متزلزل می‌کند و اثرات مخربی بر رشد روانی، اجتماعی و هیجانی دارد. با توجه به اینکه بیشترین پیامدهای منفی بر فرزندان بویژه نوجوانان وارد می‌شود لازم است پژوهش‌های متعددی در جهت افزایش سازگاری و بهزیستی روانشناختی فرزندان طلاق انجام شود. مرور ادبیات پژوهشی طلاق حاکی از کمبود این پژوهش‌ها بویژه پژوهش‌های داخلی است. در فراتحلیلی که توسط یحیی زاده و حامد (۱۳۹۴) به منظور بررسی مسایل فرزندان طلاق در ایران و مداخلات انجام شده انجام شد، نتایج نشان داد پژوهش‌های داخلی بیشتر بر سلامت روان توجه داشته‌اند و متغیرهایی از جمله سازگاری این فرزندان بعد از طلاق و سطح بهزیستی

روانشناختی آن‌ها مورد غفلت قرار گرفته است. در این راستا با توجه تاثیر رابطه این فرزندان با والد سرپرست آنها بر متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر رابطه بین این متغیرها و همچنین وضعیت آنها بررسی می‌شود. نتایج این پژوهش علاوه بر غنی سازی ادبیات تحقیق به لحاظ کاربردی برای مشاورین و مربیان پرورشی در مدارس و مراکز بهزیستی و مشاوره مفید می‌باشد. بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان مهارت‌های آموزشی لازم برای والد‌های سرپرست فرزندان طلاق، در جهت ایجاد رابطه مطلوب با فرزندان تدارک دید. همچنین با آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان طلاق، سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانشناختی آنها را افزایش داد و به این ترتیب پیامدهای منفی و آسیب‌های طلاق را کاهش داد نتایج نشان داد از بین مولفه‌های الگوی ارتباط والد-فرزند، مولفه‌های رسمیت، تزلزل، نازپروردگی و درهم تنیدگی بهزیستی روانشناختی نوجوانان را به طور منفی پیش بینی کردند. همچنین از بین مولفه‌های الگوی ارتباط والد-فرزند، تنها مولفه کنترل توانست سازگاری اجتماعی نوجوانان را به طور منفی پیش بینی کند. بنابراین نتیجه می‌شود در خانواده‌های طلاق، نحوه ارتباط والد سرپرست، بر بهزیستی روانشناختی و سازگاری نوجوانان تاثیر می‌گذارد و هرچه سبک والدگری سهل‌گیرتر، بدون قاعده و یا سرد و رسمی باشد بهزیستی روانشناختی نوجوانان کمتر می‌شود. همچنین کنترل و نظارت افراطی موجب کاهش سازگاری آنها می‌شود.

با توجه به تاثیر منفی مولفه‌های سبک والد - فرزندی آزادی مدار و امنیت مدار بر بهزیستی روانشناختی، به والدین و نهادهای مسئول توصیه می‌شود:

- والدینی که طلاق گرفته‌اند توجه کافی به احساسات فرزندان خود داشته باشند، ساعاتی از روز را با آنها بگذرانند، با آنها صحبت کنند، آنها را در آغوش بگیرند و به صحبت‌هایشان گوش دهند و از خواسته

ها و نیازهایشان آگاه شوند و تا حد معقول آنها را برطرف کنند. در این صورت خلا عاطفی نوجوانانشان تا حدودی رفع می شود و احساس شادی و رضایت در زندگی خواهند کرد.

• نهادهای مرتبط با خانواده از جمله بهزیستی و شهرداری، با در نظر گرفتن خانواده های طلاق، این خانواده ها را تحت حمایت همه جانبه از جمله حمایت عاطفی قرار دهند. با اطلاع از وضعیت مالی این خانواده ها و کمک به آنها فشارهای اقتصادی آنها را که موجب مشکلات بیشتر می شود را کم کنند. همچنین با برگزاری کارگاههای آموزشی برای والد سرپرست خانواده، نحوه برخورد صحیح با فرزندان بویژه نوجوانان را در این خانواده ها آموزش دهند و روابط بین فردی در این خانواده ها را بهبود ببخشند.

با توجه به تاثیر منفی کنترل والد بر سازگاری اجتماعی نوجوانان، به والدین و نهادهای مسئول خانواده توصیه می شود:

• والد سرپرست نوجوان از کنترل شدید و محدودیت افراطی نوجوانان خود بپرهیزند.

• با گسترش روابط بین فردی خانواده و نوجوان با دوستان و همسالان در جهت بهبود تعاملات اجتماعی فرزندان خود بکوشند. با توسعه روابط اجتماعی نوجوانان یادمی گیرند تعاملات اجتماعی خود را به نحو سازش یافته ای تنظیم کنند و علاوه بر برقراری روابط خوب و سازنده با دیگران نیازهای اجتماعی خود را برطرف سازند.

نهادهای مربوط به خانواده از جمله بهزیستی امکان مشاوره رایگان برای والد سرپرست و نوجوانان در خانواده های طلاق را فراهم سازند

## منابع

۱. اسحاقی، محمد و همکاران (۱۳۹۱). سنجش عوامل اجتماعی موثر بر درخواست طلاق زنان در شهر تهران، زن در توسعه و سیاست، ۱۰(۳)، ۹۷-۱۲۴
  ۲. باقری، ف. (۱۳۹۱). الگوی ارتباط والد فرزند، مدل نظری فرزندپروری بر مبنای هستی‌شناسی و انسان‌شناسی اسلامی. دو فصلنامه پژوهشی مطالعات معارف اسلامی و علوم تربیتی. ۱۱(۱)، ۱۰-۲۳.
  ۳. تقی‌زاده، اکرم؛ اقدستا، الهام و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های فرزند پروری ادراک شده والدین با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی فرزندان، همایش ملی روانشناسی و مدیریت آسیب‌های اجتماعی، چابهار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چابهار.
  ۴. کاظمیان، سمیه؛ اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۱). اثربخشی خودمتمایز سازی بر افزایش میزان سازگاری در نوجوانان خانواده‌های طلاق. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۴۳-۱۵۲.
  ۵. کرمی، ابوالفضل، شهرستانی، ملیحه، توانایی یوسفی، سمیرا، آسیابی، مینا (۱۳۹۱). الگوهای ارتباطی خانواده و مهارت‌های مقابله با استرس به عنوان پیش بین‌های استعمال دخانیات در نوجوانان پسر سیگاری و غیر سیگاری ۱۳ تا ۱۸ سال شهر مشهد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی. ۲(۷)، ۱۲۵-
  ۶. زارعان، منصوره، سدیدپور، سمانه سادات (۱۳۹۵). فراتحلیل تحقیقات مربوط به طلاق: رویارویی عوامل فردی و اجتماعی. بررسی مسایل اجتماعی ایران، ۷(۲)، ۱۹۱-۲۱۸.
  ۷. یحیی‌زاده، حسین؛ حامد، محبوبه (۱۳۹۴). مسایل فرزندان طلاق در ایران و مداخلات مربوطه: فراتحلیل مقالات موجود. مطالعات زن و خانواده، ۳(۲).
  ۸. شهینی بیلاق، م.، عالی پور، س.، پایندان، ط. و
- بهروزی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی تاب‌آوری، سلامت عمومی، پرخاشگری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی خانواده‌های طلاق و عادی شهر اهواز با کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی. مجله مشاوره کاربردی. ۱(۱)، ۱۰۴-۷۹.
  ۹. قمری گیوی، حسین و خشنودنیای چماچایی، بهنام (۱۳۹۵). مقایسه سازگاری اجتماعی، سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در فرزندان با والدین مطلقه، متقاضی طلاق و عادی فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۲(۴۵)، ۶۹-۹۲.
  ۱۰. عبدی، م.ر.، پور ابراهیم، ت. و نظری، ع. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه‌ای مداخله‌ای کودکان طلاق بر میزان سازگاری آن‌ها با طلاق والدینشان. خانواده‌پژوهی، ۹(۳۵)، ۳۴۳-۳۵۸.
  ۱۱. غیائی، پروین معین، لادن و روستا، لهراسب (۱۳۸۸). بررسی علل اجتماعی گرایش به طلاق در بین زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده‌ی شیراز، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره
  ۱۲. مشکئی، مهدی، شاه قاسمی، زهره، دلشاد نوقانی، علی، مسلم، علیرضا. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با طلاق از دیدگاه زوجین مطلقه‌ی شهرستان گناباد در سال‌های ۸۸-۱۳۸۷، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد، ۱۷(۱).
  ۱۳. یونسسی، فلورا، معین، ل. و شمشیری نیا، ت. (۱۳۸۹). مقایسه سلامت روان، عزت نفس و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی خانواده‌های طلاق و عادی شهرستان فیروزآباد، سال تحصیلی ۸۷-۷۷. فصلنامه زن و جامعه، ۱(۲)، ۹۵-۷۹.

### References

1. Amato, P. R., & Sobolewski, J. M. (2001), The effects of divorce and marital discord on adult children's psychological well-being. *American Sociological Review*, 66, 900-921
2. Bronk, K. C. (2014). Purpose across the Lifespan. In *Purpose in Life* (pp. 69-89). Springer Netherlands.
3. Charles, R. (2011). Is there any empirical support for Bowen's concept of differentiation of self, triangulation, and fusion?. *The American journal of family therapy*, 29, 279-292.
4. Iqbal, M. & et al (2021). Parental Divorce: Impact on Socio-Psychological Behavior and Academic Performance of Students in Teacher's Perception. *Journal of Divorce & Remarriage*. Volume 62, Issue 6
5. Ismail, J. (2021). Description of the Impact of Divorce on the Psychic Condition of Children. *Journal of Sciamedica*. Vol. 1 No. 1
6. Parker, J. & et al (2021). Why women choose divorce: An evolutionary perspective. *Current Opinion in Psychology* Volume 43, Pages 300-306
7. Potter, D. (2010). Psychosocial well-being and the relationship between divorce and children's academic achievement. *Journal of Marriage and Family*, 72, 933-946
8. Ryff (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83 (1): 10-28.
9. Radetzki, P. & et al (2021). The implications of high-conflict divorce on adult-children: Five factors related to well-being. *Journal of Family Studies*, Volume 27, Issue 3



## نقش آوای سازمانی در پیش بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان

صدیقه دودانگه بالا خانی<sup>۱</sup>

### چکیده

معلمان علی رغم مشکلات محیط کار آنها ترک نکرده اند و درصدد تغییر آن برآمده اند که مفهوم آوای سازمانی از آن استنتاج می شود که عوامل مختلفی در این امر سهیم هستند. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش آوای سازمانی در پیش بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان انجام شده است

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده توصیفی- همبستگی برای انجام این تحقیق استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه معلمان مدارس شاهد ناحیه ۳ کرج بع تعداد ۱۳۴ نفر بود که با استفاده از فرمول کوکران به روش نمونه گیری تصادفی ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های آوای سازمانی زهیر و اردوغان (۲۰۱۱)، هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸)، شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) استفاده شد. پایایی پرسش نامه ها به

وسیله ضریب آلفای کرونباخ تایید شد و روایی سازه آنها توسط تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار گرفت. از روش های آمار استنباطی از نوع پارامتریک، از قبیل آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن داده ها و مدل معادلات ساختاری و تحلیل مسیر به کمک نرم افزار لیزرل جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. نتایج: آوای سازمانی با هوش معنوی و شادکامی رابطه دارد و درصد رابطه آوای سازمانی با هوش معنوی بیشتر از شادکامی است.

**واژه های کلیدی:** آوای سازمانی، هوش معنوی، شادکامی، معلمان.

بحث: آوای سازمانی در پیش بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان نقش دارد.

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره مدرسه، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.



## The role of organizational voice in predicting teachers' spiritual intelligence and happiness

### Abstract

**Introduction:** Teachers have not abandoned it despite the problems of the work environment and have tried to change it. The concept of organizational voice is inferred from it that various factors contribute to this. Teachers done  
**Method:** The present study has been used for this purpose in terms of applied purpose and in terms of collecting descriptive-correlation data. The statistical population of the present study included all teachers of control schools in District 3 of Karaj with 134 students who were selected by Cochran's formula by random sampling of 100 people. Zuhair and Erdogan (2011) Organizational Voice Questionnaire, King Spiritual Intelligence (2008), and Oxford Happiness (1989) questionnaires were

used to collect data. The reliability of the questionnaires was confirmed by Cronbach's alpha coefficient and their construct validity was confirmed by confirmatory factor analysis. Parametric inferential statistical methods such as Kolmogorov-Smirnov test have been used to ensure the normality of the data and structural equation modeling and path analysis using LISREL software to analyze the data. **Results:** Organizational voice is related to spiritual intelligence and happiness and the percentage of relationship between organizational voice and spiritual intelligence is higher than happiness. **Discussion:** Organizational voice plays a role in predicting the spiritual intelligence and happiness of teachers.

**Keywords:** Organizational Voice, Spiritual Intelligence, Happiness, Teachers

### مقدمه

نارضایتی شغلی دانسته‌اند (لیو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) برخی از محققان نیز اهداف گسترده‌تری را برای رفتار آوای کارکنان برشمرده‌اند. به عقیده تراویس و سایرین<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) آوای کارکنان شامل گفتگو در مورد مشکلات با سرپرستان، ارائه راه‌کارها و پیشنهادات به واحدهای منابع انسانی، به زبان آوردن ایده‌ها برای تغییر یک سیاست کاری یا رایزنی با اتحادیه‌ها یا متخصصان

در سال ۱۹۷۰ هیرچمان<sup>۱</sup> برای نخستین بار اصطلاح آوا را مطرح نمود و این مفهوم را به صورت «هرگونه تلاش برای تغییر، به جای فرار از مسائل قابل اعتراض» تعریف کرد. او اظهار داشت که کارکنان در برابر شرایط ناخوشایند با ترک سازمان یا بیان نارضایتی خود واکنش نشان می‌دهند برخی از پژوهشگران آوا را به صورت فرصتی برای بیان دیدگاه‌ها به تصمیم گیرندگان تعریف نموده در حالی که برخی دیگر آن را منحصرأ واکنشی به

2 . Liu et al  
3 Travis et al<sup>۳</sup>

1 . Hirschman

(۱۴۰۰) دریافتند بین سکوت و آوای سازمانی و پیشرفت کارکنان در سازمانهای خصوصی دارای استراتژی ثانویه رابطه معناداری وجود دارد.

کارکنان با آوای سازمانی و یا مشارکت در تصمیم گیری باعث می شوند که استرس ناشی از انتظارات مبهم و دائماً در حال تغییر مدیریت، کاهش یابد، انگیزه برای انجام کار درست افزایش پیدا کند تا نهایتاً به سطح مناسبی از شادکامی دست یابند، (ونداین و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این از جمله عناصری که باعث می شود تا کارکنان از ناهنجاری، استرس و احساس فرسودگی شغلی رنج برده و از انگیزه پایینی برخوردار شوند، نبود محیط کاری شاد و رضایت بخش و همچنین عدم تمایل کارکنان برای تسهیم اطلاعات و نظرها و در نهایت، نفوذ فرهنگ سکوت در سازمان - فقدان آوای سازمانی - است (صیادی، ۱۳۹۴). از دیگر سو نتایج برخی از پژوهش های انجام شده در حوزه عوامل موثر و پیامدهای آوای سازمانی نشان داده است که آوای سازمانی به عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی مختلفی مربوط می شود. به نوعی این عوامل سبب بروز آوا در سازمان می شوند (افخمی اردکانی و خلیلی صدرآباد؛ ۱۳۹۱).

### روش

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه «معلمان مدارس شاهد ناحیه ۳ کرج» می باشند که تعداد آنها برابر با ۱۳۴ نفر است. ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه است که در ادامه به معرفی آنها پرداخته شده است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این پرسشنامه استاندارد بوده و دارای با ۲۹ سوال و پنج مولفه رضایت، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی و عزت نفس است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرجیل، مارتین و کراسلند ساخته شد. شیوه ساخت آن به این گونه بود که این پژوهشگران از طریق رایزنی با آرون تی بک، جملات مقیاس افسردگی بک را وارونه کردند و ۲۱ گویه به دست آمد. سپس ۱۱ ماده به این ۲۱ ماده

سازمانی می باشد. آرمسترانگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) عنوان می نماید که کارکنان چهار هدف خاص را در مقابل بروز رفتار آوا دنبال می کنند: ۱) بیان ناراضایتی خود از مدیریت یا سازمان ۲) نشان دادن همبستگی جمعی با همکاران به مدیریت ۳) مشارکت در تصمیم گیری مدیران ۴) حفظ روابط متقابل بین کارفرما و کارکنان. ویلیکسون و همکاران (۲۰۱۴) مطرح کردند، آوای سازمانی روشی است که از طریق آن کارکنان به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روی فعالیتهای سازمان تاثیر می گذارند که این امر بر روی میزان کارایی مدیران و صاحب منصبان نیز تاثیر گذار است. کریستوفر (۲۰۱۸) با توجه به خصوصیات کارکنان و ماهیت کار نوع آوای کارکنان با یکدیگر فرق می کند. باری و همکاران (۲۰۱۸) مطرح کردند که آوای سازمانی این است که کارکنان ایده های نظرات خود را اعلام می کنند و مدیران آنها را به کار می گیرند و نوع آوا بستگی به رفتاری فردی و تجمعی و نقشهای بیرونی و تمییز دهنده دارد. اتحادیه ها، شوراهای کاری و روش رسیدگی به شکایات بر روی آوای سازمانی تاثیر دارد.

آوای سازمانی انواع مختلف دارند: آوای دوستانه: اکثریت قریب به اتفاق نظرات پژوهشگران در مورد آوا، آن را به عنوان رفتاری با نیت و قصد مثبت در نظر می گیرند. (دیبجو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). آوای تدافعی: این رفتارها شامل تغییر مسیر توجه، سرزنش و ملامت به سوی دیگران، معذرت خواهی، توجیه و انکار کردن بعنوان استراتژی های خودحفاظتی است که در آنها آوا بعنوان واکنشی به احساس ترس و تهدید بروز می کند. (موریسن و میلیکن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). آوای مطیع: آوای مطیع با توجه به انگیزه های بوجود آورنده آن، بیان ایده ها، اطلاعات و نظرات بر اساس احساس تسلیم است. (اوری و کوینانس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). رجبی شیرکوهی و همکاران

1. Armstrong
2. Deibjuo et al.
3. morrison , milliken
4. avery and quinones

پرسشنامه آوای سازمانی زهیر و اردوقان (۲۰۱۱): این پرسشنامه توسط زهیر و اردوقان در سال ۲۰۱۱ تدوین شده است، پرسشنامه استاندارد بوده و دارای ۱۵ سوال و سه خرده مقیاس آوای مطیع، آوای تدافعی، آوای نوع دوستانه است. از طریق طیف ۵ درجه ای لیکرت سنجیده میشود بدین صورت که امتیاز ۱ با واژه "کاملاً مخالفم"، امتیاز ۲ با واژه "مخالفم"، امتیاز ۳ با واژه "نظری ندارم"، امتیاز ۴ با واژه "موافقم" و امتیاز ۵ با واژه "کاملاً موافقم" برابر است. سوالات ۱ تا ۵ پرسشنامه مربوط به بعد آوای مطیع، سوالات ۶ تا ۱۰ مربوط به بعد آوای تدافعی و سوالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به آوای نوع دوستانه می باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم جمع نمائید. امتیازات بالاتر در هر بعد، نشان دهنده گرایش بیشتر فرد پاسخ دهنده به سوی آن آوا خواهد بود و برعکس. روایی این پرسشنامه در پژوهش زارعی متین و همکاران (۱۳۹۴) با استفاده از نظر اساتید روایی محتوای این مقیاس تایید گردید و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد که ضریب مطلوبی برای این پرسشنامه محسوب می شود. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه ها بدین قرار است: آوای سازمانی ۰/۸۶، هوش معنوی: ۰/۹۳، شادکامی ۰/۹، بدست آمد.

افزوده شد و در نهایت با بررسی های نهایی مقیاس ۲۹ گویه ای پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) پدید آمد. همچنین در سال های بعد این پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) دارای ۲۹ گویه است که هر گویه شامل ۴ عبارت است که عبارت اول نمره صفر، عبارت دوم نمره ۱، عبارت سوم نمره ۲ و عبارت چهارم نمره ۳ می گیرد. در نهایت فرد نمره ای بین ۰ تا ۸۷ به دست می آورد که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است. ه منظور بررسی اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد، آرجیل، (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. اند.

پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۸ توسط کینگ (SISRI) که نام انگلیسی آن است، در راستای بررسی هوش معنوی تدوین شده است، استاندارد بوده و دارای ۲۴ سوال است و چهار زیر مقیاس دارد: تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هشیاری. هر چه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه بگیرد دارای هوش معنوی بیشتری است. پرسشنامه هوش معنوی کینگ (SISRI) دارای ۲۴ ماده بوده و هدف آن سنجش میزان هوش معنوی از ابعاد مختلف (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هشیاری، آگاهی متعالی) می باشد. در پژوهش رقیب و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد.

## یافته ها

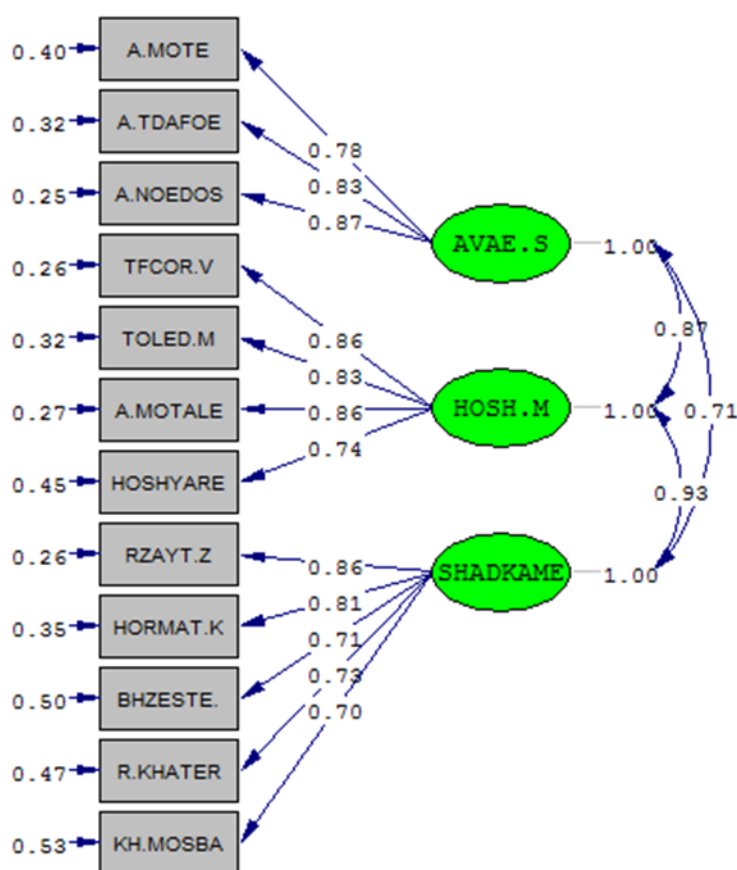
از آنجایی که در این پژوهش جهت آزمون فرضیات از روش معادلات ساختاری مبتنی بر کواریانس (CBSEM) (استفاده از نرم افزار LISREL) استفاده گردیده است. باید پیش فرض های استفاده از این روش مورد بررسی و تایید قرار گیرد. پیش فرض ها در CBSEM مبتنی بر روش های حداکثر درست نمایی (ML) و کمترین مربعات تعمیم یافته (GLS)، توزیع نرمال و وجود متغیرهای فاصله ای است (آذر و همکاران، ۱۳۹۱). از اینرو جهت استفاده از نرم افزار لیزرل ضروری است که نرمال بودن توزیع داده های گرد آوری شده مورد بررسی قرار گیرد. جهت

بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (KS) استفاده گردید. که نتایج حاصل از آن ها که با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه گردیده در جدول (1) گزارش گردیده است.

جدول (۱): نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنوف برای تعیین توزیع نرمال داده های پژوهش

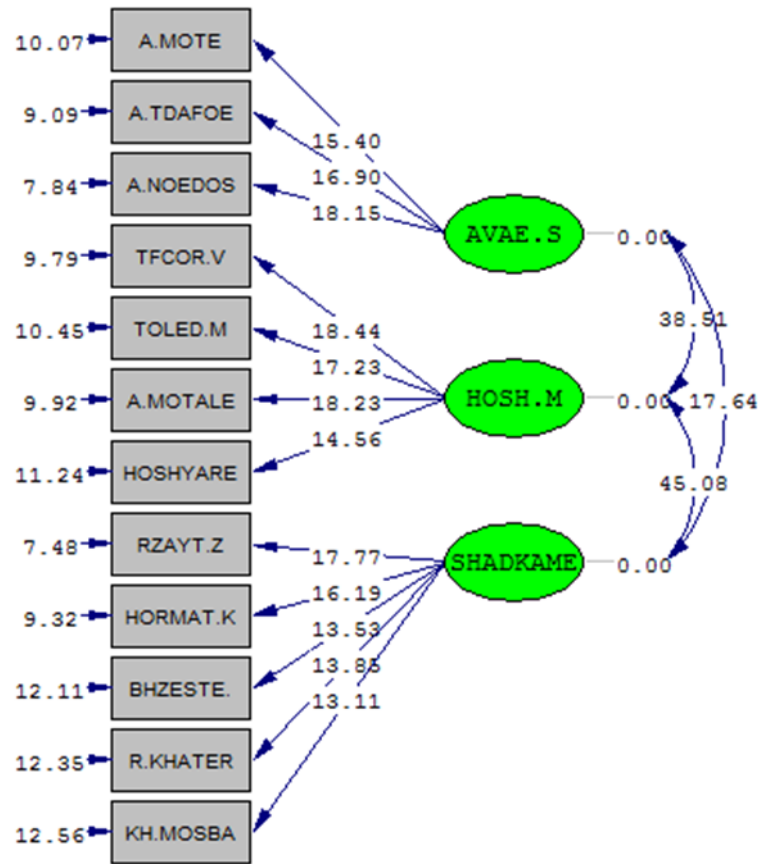
| متغیر | شادکامی | هوش معنوی | آوای سازمانی |
|-------|---------|-----------|--------------|
| Z     | ۰/۵۴    | ۱/۰۷      | ۰/۸۶         |
| Sig   | ۰/۹۳    | ۰/۱۹      | ۰/۴۴         |
| N     | ۱۰۰     | ۱۰۰       | ۱۰۰          |

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با سطح خطای ۵٪ تست گردید. در این شرایط می توان گفت که چنانچه سطح معنی داری در این آزمون بیشتر از ۵٪ باشد، می توان داده ها را نرمال فرض کرد



Chi-Square=81.43, df=51, P-value=0.00358, RMSEA=0.023

در صورتی که ضریب رابطه بالاتر از ۰/۴ باشد، می توان گفت سؤالات مورد نظر از قدرت تبیین خوبی برخوردار است. که همانطور که از نتایج حاصل نشان داده شده در شکل (2) مشخص است تمامی شاخص های در نظر گرفته شده برای کلیه سؤالات مربوط به متغیرهای مدل دارای بارعاملی بالای ۰/۴ می باشد.



Chi-Square=81.43, df=51, P-value=0.00358, RMSEA=0.023

مدل اعداد معناداری یا همان T-value که در شکل (3) نمایش داده شده است میزان معنادار بودن هر یک از پارامترها را نشان می‌دهد و چنانچه مقدار آن بزرگتر از قدر مطلق عدد ۱.۹۶ باشد، پارامترهای مدل معنادار هستند. همانطور که در شکل زیر مشخص است تمام اعداد معناداری مدل حاضر بزرگتر از ۱.۹۶ بوده، بنابراین تمامی بارهای عاملی و ضرایب مسیر مدل معنادار می‌باشند.

مدل حاضر در تحلیل عاملی تاییدی بر اساس مهم‌ترین شاخص‌های برازش مورد ارزیابی قرار گرفت و نتیجه حاصل که در جدول (4) آورده شده است.

جدول (۲): بررسی شاخص‌های برازش

| نتیجه برازش | مقادیر پژوهش | مقادیر عالی | مقادیر مناسب | شاخص‌های برازش  |
|-------------|--------------|-------------|--------------|---|
| برازش مناسب | ۱/۵۹         | $\leq 2$    | $\leq 3$     | تقسیم کای-مربع بر درجه آزادی<br>$\chi^2/df$   |
| برازش مناسب | ۰/۰۲۳        | $\leq 0/08$ | $\leq 0/1$   | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد<br>Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) |
| برازش مناسب | ۰/۹۰         | $\geq 0/95$ | $\geq 0/9$   | شاخص برازش نرم<br>Normed Fit Index (NFI)  |
| برازش مناسب | ۰/۹۱         | $\geq 0/95$ | $\geq 0/9$   | شاخص برازش غیر نرم<br>Non-Normed Fit Index (NNFI)                                   |
| برازش مناسب | ۰/۹۴         | $\geq 0/95$ | $\geq 0/9$   | شاخص برازش مقایسه‌ای<br>Comparative Fit Index (CFI)                                 |
| برازش مناسب | ۰/۹۳         | $\geq 0/95$ | $\geq 0/9$   | شاخص برازش افزایشی<br>Incremental Fit Index (IFI)                                   |
| برازش مناسب | ۰/۹۶         | $\geq 0/95$ | $\geq 0/9$   | شاخص نیکویی برازش<br>Goodness of Fit Index (GFI)                                    |
| برازش مناسب | ۰/۹۲         | $\geq 0/9$  | $\geq 0/8$   | شاخص نیکویی برازش تعدیل شده<br>Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)                |

جدول (۳): ارتباط بین آوای سازمانی با هوش معنوی و شادکامی معلمان

| ردیف | متغیر پیش بین | متغیر ملاک     | تعداد | معناداری | همبستگی پیرسون |
|------|---------------|----------------|-------|----------|----------------|
| ۱    | آوای سازمانی  | هوش معنوی      | ۱۰۰   | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۵           |
| ۲    | آوای سازمانی  | شادکامی معلمان | ۱۰۰   | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۳           |

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که در مجموع بین آوای سازمانی و هوش معنوی ارتباط مثبت و معنادار ۰/۷۵ وجود دارد. همچنین بین آوای سازمانی و شادکامی معلمان ارتباط مثبت و معنادار ۰/۴۳ وجود دارد.

جدول (۴) خلاصه الگوی رگرسیون برای متغیر آوای سازمانی

| Std. error | R <sup>2</sup> | r    | مدل                           |
|------------|----------------|------|-------------------------------|
| ۰/۳۳       | ۰/۵۴           | ۰/۷۵ | آوای سازمانی - هوش معنوی      |
| ۰/۴۵       | ۰/۲۱           | ۰/۴۶ | آوای سازمانی - شادکامی معلمان |

با توجه به جدول (۶) ضریب رگرسیون بین آوای سازمانی با هوش معنوی و شادکامی معلمان، به ترتیب معادل ضریب تعیین ۰/۵۴ و ۰/۲۱ است که نشان می دهد؛ آوای سازمانی به طور کلی توانسته است، ۰/۵۴ از تغییرات هوش معنوی و ۰/۲۱ از تغییرات شادکامی معلمان را تبیین کنند. بنابراین، فرض صفر، که وجود پیش بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان توسط آوای سازمانی را نشان می داد، تایید شده و فرض مقابل رد می شود.

جدول (۵): ارتباط بین مولفه های آوای سازمانی با هوش معنوی

| همبستگی پیرسون | معناداری | تعداد | متغیر ملاک | متغیر پیش بین    | ردیف |
|----------------|----------|-------|------------|------------------|------|
| ۰/۶۳           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | هوش معنوی  | آوای مطیع        | ۱    |
| ۰/۶۵           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | هوش معنوی  | آوای تدافعی      | ۲    |
| ۰/۶۸           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | هوش معنوی  | آوای نوع دوستانه | ۳    |

نتایج جدول (۵) نشان می دهد که در مجموع بین سه مولفه آوای سازمانی شامل: آوای مطیع، آوای تدافعی و آوای نوع دوستانه و هوش معنوی به ترتیب ارتباط مثبت و معنادار ۰/۷۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۱ وجود دارد.

جدول (۶): ارتباط بین مولفه های آوای سازمانی با شادکامی معلمان

| همبستگی پیرسون | معناداری | تعداد | متغیر ملاک     | متغیر پیش بین    | ردیف |
|----------------|----------|-------|----------------|------------------|------|
| ۰/۳۵           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | شادکامی معلمان | آوای مطیع        | ۱    |
| ۰/۳۳           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | شادکامی معلمان | آوای تدافعی      | ۲    |
| ۰/۴۴           | ۰/۰۰۰    | ۱۰۰   | شادکامی معلمان | آوای نوع دوستانه | ۳    |

نتایج جدول (۶) نشان می دهد که در مجموع بین سه مولفه آوای سازمانی شامل: آوای مطیع، آوای تدافعی و آوای نوع دوستانه و شادکامی معلمان به ترتیب ارتباط مثبت و معنادار ۰/۷۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۱ وجود دارد.

جدول (۷): نتایج رگرسیون چند گانه برای پیش بینی شادکامی معلمان از طریق مولفه های آوای سازمانی

| Sig   | t    | ضرایب غیر استاندارد |             | متغیر | آوای سازمانی     |
|-------|------|---------------------|-------------|-------|------------------|
|       |      | ضریب استاندارد B    | B Std.error |       |                  |
| ۰/۰۰۰ | ۳/۶۵ |                     | ۱/۶۲        | ۰/۴۳  | مقدار ثابت       |
| ۰/۰۱  | ۱/۴۱ | ۰/۱۶                | ۱/۱۷        | ۰/۱۲  | آوای مطیع        |
| ۰/۰۲  | ۱/۳۷ | ۰/۱۵                | ۱/۰۴        | ۰/۱۲  | آوای تدافعی      |
| ۰/۰۶  | ۲/۸۳ | ۰/۳۹                | ۱/۳۴        | ۰/۱۲  | آوای نوع دوستانه |

نتایج رگرسیون جدول (۷). نشان می دهد که سه مولفه آوای مطیع، آوای تدافعی و آوای نوع دوستانه به ترتیب، با مقدار بتای ۰/۱۶، ۰/۱۵ و ۰/۳۹ توان و قدرت ایجاد کردن شادکامی معلمان را دارند. بنابراین، فرض صفر، که وجود پیش بینی شادکامی معلمان توسط مولفه های آوای سازمانی را نشان می داد، تایید شده و فرض مقابل رد می شود.

### بحث و نتیجه گیری

همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که بین آوای سازمانی و شادکامی و رضایت شغلی رابطه معناداری وجود دارد. زاکارایا و همکاران (۲۰۲۰) مطرح کردند، سبک رهبری معنوی به نیروی کار انگیزه می دهد و بر روی آوای سازمانی کارکنان موثر است. نتایج تحقیق حاصل نیز نقش آوای سازمانی را در پیش بینی هوش معنوی و شادکامی معلمان تایید می کند و طبق نتایج تحقیق درصد رابطه هوش معنوی با آوای سازمانی بیشتر از درصد رابطه آن با شادکامی بود

از این رو به نظر می رسد در دنیای امروزی، سازمانی که معلمان آن از هوش معنوی بالا برخوردارند؛ فضای مثبت و سازنده ای دارد و علارغم بحث هایی که در تبادل افکار و خواسته ها صورت می گیرد، حس احترام بالایی بین معلمان وجود دارد و هر کس آماده است که در شرایط مورد نیاز به کمک دیگران برود. بدیهی است که چنین سازمانی مستقیم به سوی موفقیت پیش می رود، از مهمترین نکاتی که در این زمینه مطرح است، چگونگی حصول شادکامی، تقویت آن و عوامل تاثیر گذار بر دستیابی به این نیاز حیاتی است. در این زمینه، گوش سپردن به آوای معلمان برای

توباق<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که بین آوای سازمانی و معنویت در محیط کار رابطه معناداری وجود دارد. دعایی و همکاران (2012) دریافتند که معنویت در محیط کار با آوای سازمانی و تعهد سازمانی کارکنان رابطه دارد. والابه<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) تسهیلات معنوی محیط کار بر روی آوای سازمانی موثر است. نایت<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که آوای عاطفی سازمانی بر نیروی کار و شادی آنها موثر است.

آوای رفتارهای ماهیتی حمایت کننده دارند و نقشهای آینده و اتفاقات دیگر را رقم می زنند و بر روی ابداعات و خلاقیت های سازمانی موثر هستند (ریاب<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). آوای سازمانی کارکنان بر روی شادی آنها تاثیر گذار است (زو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بین عواطف مثبت مثل شادی، آرامش با آوای سازمانی رابطه معناداری وجود دارد (مادرید<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). هاراکان<sup>۷</sup> و

- 1 baugh
- 2 valabeh
- 3 knight
4. Rubbab
- 5 Xu
- 6 Madrid
- 7 Harakan

را خواسته و این ذهنیت را در آنان ایجاد کنند که نقش مهمی در سازمان دارند. به طرح های فیزیکی در مدارس توجه کنند، به گونه ای که تعاملات بین واحدها، کارکنان و معلمان را دشوار نسازد تا تعامل در میان مرزهای رسمی سازمان آسان تر شود، مثل استفاده از دفاتر باز. به کارگیری دیدگاه و نظرات مفید معلمان در امور سازمانی و نیز تحریک و تشویق آنان به ارائه دیدگاه از سوی رهبران و در صورت لزوم ارتقای جایگاه فعلی آنان با توجه به مفید بودن ایده و نظرات آنان، عاملی اساسی در توسعه آوای سازمان و پیشبرد اهداف آن است. به منظور رشد هوش معنوی معلمان، به عواطف و احساسات آن ها توجه بیشتری شود. به عنوان مثال گوش دادن به مشکلات کاری، دغدغه های مالی، مسائل خانوادگی و سایر مواردی که به تسکین و آرامش معلمان کمک می کند.

سازمان ها اهمیت ویژه ای یافته است، در پایان به صورت کلی پیشنهادات زیر به مسئولین در نمونه مورد بررسی ارائه می گردد:

پیشنهاد می شود که مدیران مربوطه برای بروز آوا در سازمان و در بین معلمان، به آموزش ارتباطات اثربخش و همچنین به وجود آوردن ایجاد احساس تشریک مساعی و نوع دوستی که معلمان بتوانند به راحتی به بیان راه حل هایی برای تغییر به منظور سود رساندن به سازمان ارائه دهند. به مدیران مربوطه پیشنهاد می شود، انگیزش معلمان و نیز حمایت از آنان در محیط سازمانی در اولویت کاری رهبران سازمان باشد، چراکه این دو متغیر تأثیر زیادی در ارائه دیدگاه و نظرات کاری معلمان در محیط سازمان به تقویت روابط غیر رسمی بین معلمان و همسو نمودن اهداف آنها با اهداف سازمان بپردازند. مدیران مدارس جلساتی را با حضور معلمان برگزار کنند و در این جلسات نظرات آنها

## منابع

۱. افخمی اردکانی، مهدی و خلیلی صدرآباد، افسر(۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین عوامل شخصیتی و سکوت کارکنان دانشی، پژوهش‌های مدیریت عمومی، شماره ۱۸، ص ۶۵-۸۴.
۲. رجبی پور شیرکوهی، فریبرز و همکاران(۱۴۰۰). بررسی تأثیر سکوت و آوای سازمانی بر حرکت سلسله مراتبی کارکنان در بانکهای خصوصی دارای استراتژی ثانویه بامبرگرو مشولم، فصلنامه رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، دوره ۵ شماره ۵۴ (۱۴۰۰)، صفحه ۱۴۶-۱۶۷.
۳. زارعی متین، حسن، احمدی زهرانی، مریم، امینی، علی رضا، نیک مرام، سحر، (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر رفتار رهبری اخلاقی بر آوای کارکنان، فصلنامه پژوهش‌های مدیریت منابع انسانی دانشگاه جامع امام حسین(ع) سال هفتم، شماره ۴ (شماره پیاپی ۲۲)، زمستان ۱۳۹۴: صص ۱۹۰-۱۶۷.
۴. صیادی، فاطمه(۱۳۹۴). رابطه فرهنگ سازمانی و سکوت سازمانی با عملکرد سازمانی در کارکنان ادارات ورزش و جوانان استان کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه رازی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

## References

1. Armstrong , P. (2007). Host specialization among wood-decay polypore fungi in a caribbean mangrove forest. *Biotropica* 34:396-404.
2. Adnan,N & etal(2020) Relating ethical leadership with work engagement: How workplace spirituality mediates? *Cogent Business & Management*. Volume 7, 2020 - Issue 1
3. Barry,M & etal(2018). Employee voice: conceptualisations, meanings, limitations and possible integration. *The Routledge Companion to Employment Relations*Publisher: routledge
4. Doaie,H & etal(2012). The impact of spirituality at work on organizational citizenship behavior with emphasis on organizational commitment. *Transformation Management Journal*. Volume 4, Issue 8 - Serial Number 8 , Pages 29-51
5. Harakan,A & etal(2020). Role of the Integral Leader towards the Employee Voice and Wellbeing: A Mediated Research Framework. *Asian Administration & Management Review*, Vol. 3, No. 1, 2020
6. Cooper, Christopher A. Encouraging civil servants to be frank and fearless: Merit recruitment and employee voice(2018). *Public Admin.*; 96: 721–735. <https://doi.org/10.1111/padm.12548>
7. Knight,A & etal(2018). Organizational Affective Tone: A Meso Perspective on the Origins and Effects of Consistent Affect in Organizations. *The Academy of Management Journal* 61(1):amj.2016.0671DOI:10.5465/amj.2016.0671
8. Liu AR, Chen SC, Lin XM, Wu SY, Xu T, Cai FM, Raesh J (2010). Endophytic Pestalotiopsis species spp.

- associated with plants of Palmae, Rhizophoraceae, Planchonellae and Podocarpaceae in Hainan, China. *Afr. J. Microbiol. Res.* 4:2661-2669.
9. Madrid, H.P. (2020). Emotion Regulation, Positive Affect, and Promotive Voice Behavior at Work. *Front Psychol.* 2020; 11: 1739
10. Morrison, E. W., Milliken, F. J. (2005). Organizational silence: a barrier to change and development in a pluralistic world. *Academy of Management Review*, 25, 706–25
11. Rubbab, U & Nagvi, M. (2020). Employee voice behavior as a critical factor for organizational sustainability in the telecommunications industry. *PLoS One.* 2020; 15(9): e0238451.
12. Travis, D. J., Gomez, R. J., & Barak, M. E. M. (2011). Speaking up and stepping back: Examining the link between employee voice and job neglect. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1831-1841.
13. Toumbaugh & etal (2011). Spiritual expression at work: Exploring the active voice of workplace spirituality. *International Journal of Organizational Analysis* 19(2):146-170
14. DOI:10.1108/19348831111135083
15. Van Dyne, L.; Ang, S., & Botero, I. (2003). conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of management studies*, 40, 1360-1392
16. Valabeh, P & etal (2014). Workplace Spirituality Facilitation: A Person–Organization Fit Approach. *Journal of Human Values*, 20(2), 193-207
17. Wilkinson A. Dundon, Donaghey J and R. Freeman (2014) *The Handbook of employee voice*, Elgar
18. Xu, J & etal (2020) Voice More and Be Happier: How Employee Voice Influences Psychological Well-Being in the Workplace. *International journal health promotion.* DOI:10.32604/IJMHP.2021.013518
19. Zehir, C. & Erdogan, E. (2011). The Association between Organizational Silence and Ethical Leadership through Employee Performance. 7th International Strategic Management Conference.
20. Zakkariya, KA, & etal (2020). Spiritual leadership and intention to stay: examining the mediating role of employee voice behavior. *Journal of Management Development ahead-of-print(ahead-of-print).* DOI:10.1108/JMD-05-2019-0182.