



پرستار و پزشک در رزم

شماره سی و پنج / سال دهم / تابستان ۱۴۰۱

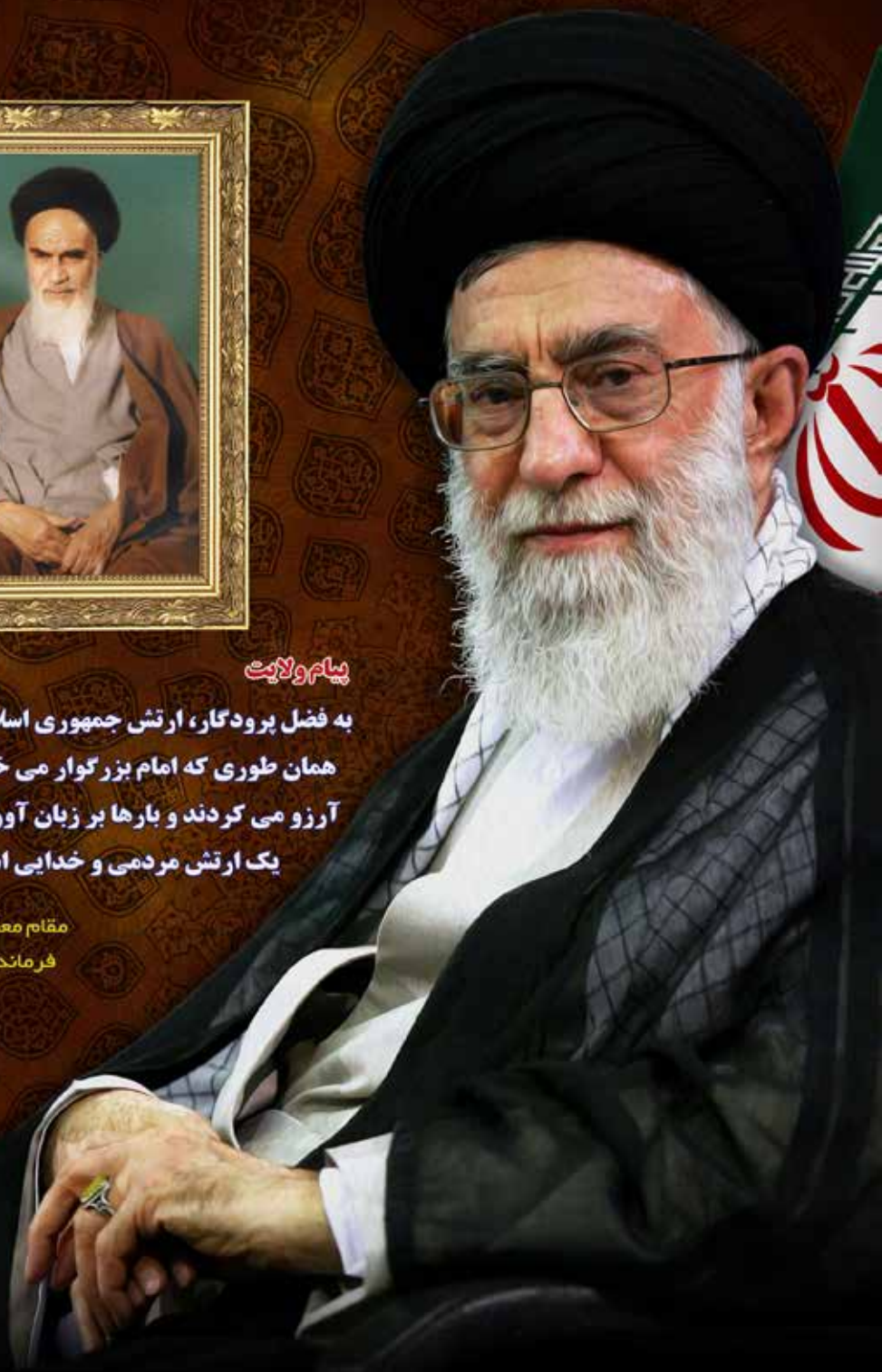
- ۱- تعیین نگرش دانشجویان پزشکی (کارورزان و دستیاران) نسبت به درس اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اراک
نیرفرشید فیاض، مریم اشرفی فراهانی
- ۲- پیش بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان مینا شهبازی، مصطفی روشن زاده، مهدی پورنظری، علان آج ایامی، افروز شکری
- ۳- نقش تعدیل کننده تاب آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور
فرشته تبریزی، غنی دلاور
- ۴- استناداردهای فیزیکی و مهارتی سرباز آینده جهت حضور در میدان نبرد
محمد درویش، سید جواد حسینی شکوه، رامین حمیدی فراهانی، سعید سلیمان میگوئی، محمد امین فر
- ۵- پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی
شیرین جلیلی، آرمین رفیعی پور، مهرداد ثابت
- ۶- اثر بخشی آموزش تاب آوری بر سرمایه های روان شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته گرفته ارتش در شهر اصفهان
اکبر قاسمی خرمبند، زهرا پهلوانی، مژگان عارفی
- ۷- اثربخشی برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه بیش فعالی
ابرهام انصاری، سمیرا قاسمی، شهرین کوشکی
- ۸- بررسی همبستگی بین میزان اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک استان خراسان رضوی
بهمن خیلوردی، اژدها کشاورز، ارمنا محبی
- ۹- بررسی اثربخشی روان درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرنشگیری، تحمل پریشانی، عاطفه خودآگاه و سبک های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸
پگاه پاپوری، حسن خوش اخلاقی، محمدرضا شرفی زاده



پیام ولایت

به فضل پرودگار، ارتش جمهوری اسلامی ایران
همان طوری که امام بزرگوار می خواستند و
آرزو می کردند و بارها بر زبان آورده بودند
یک ارتش مردمی و خدایی است

مقام معظم رهبری
فرمانده کل قوا



فصلنامه پرستار و پزشک در رزم

شماره سی و پنج / سال دهم / تابستان ۱۴۰۱

با همکاری:

دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی آجا
مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی آجا
مرکز تحقیقات روانپزشکی نظامی دانشگاه علوم پزشکی آجا

صاحب امتیاز: اداره بهداشت، امداد و درمان نزاجا

مدیر مسئول: دکتر بهزاد موذنی / متخصص جراحی عمومی

سردبیر: دکتر وحید دنیوی / روانپزشک / دانشیار دانشگاه علوم پزشکی آجا

سردبیر دوم: دکتر امیر محسن راه نجات / استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دبیر علمی: دکتر همایون ملکی

ویراستار علمی و ادبی: دکتر حبیب صدر / روانپزشک

مدیر فنی: دکتر محسن متشکر آرائی

مدیر اجرایی: دکتر سعید پارسامتش، دکتر احمد فضیلت

هیات تحریریه به ترتیب حروف الفبا:

دکتر محسن امین سبحانی، متخصص اندودونتیکس، دانشیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر محمد ببراتانی، دکترای تخصصی انگل‌شناسی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر ارسیا تقوا، متخصص روانپزشکی، دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر رامین حمیدی فراهانی، متخصص بیماریهای عفونی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر جلیل رجبی، متخصص بیماریهای عفونی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر آرمین زارعیان، PhD پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر علی شریف زاده، دانشیار دانشیار میکروبیولوژی دانشگاه آزاد شهرضا

دکتر احمد عامریون، PhD مدیریت خدمات بهداشتی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...

دکتر امیر طالب رضا، متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر زهرا فارسی، PhD پرستاری، استاد تمام دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر محمد حسن کاظمی گلوگاهی، PhD اپیدمیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا

سعیده سادات موسوی، دانشجوی دکترای آموزش پرستاری، اداره بهداشت امداد و درمان نزاجا

دکتر مژگان مهاجری ایروانی، متخصص بیهوشی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر مهرداد نصرالله زاده ثابت، PhD پزشکی مولکولی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا

صفحه آرایی و طراحی جلد: دیجیتال آبنوس (مصطفی حیدری)

چاپ: چاپ ایده‌پردازان

تهران، لویزان، تقاطع بزرگراه شهید بابائی و بلوار

نیروی زمینی اداره بهداشت امداد و درمان نزاجا

تلفکس: ۲۲۹۶۵۶۹۵

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم در سال ۱۳۹۰ موفق به کسب موافقت اصولی و در سال ۱۳۹۲ طی نامه شماره

۱۳۴۸/۱۰۰ مورخه ۱۳۹۲/۹/۳ از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور حائز رتبه علمی پژوهشی شده است.

نشانی پایگاه اینترنتی فصلنامه پرستار و پزشک در رزم: <http://npwjm.ajajums.ac.ir>

شماره مجوز مرکز مطالعات راهبردی نزاجا: ۴۴۰۱۹۷۰۰۲

راهنمای نویسندگان

درج فهرست منابع نگاشته می‌شود. نقد مقاله برای نویسنده مسئول مقاله مورد نقد، ارسال خواهد شد و همراه با پاسخ وی، در صورت تصویب شورای نویسندگان به چاپ خواهد رسید.

۲- شکل مقالات ارسال شده

الف) صفحه اول یا عنوان: 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 (E-Mail) باشد. در قسمت بالا و سمت راست صفحه اول تعداد صفحات، تعداد کلمات، تعداد منابع، تعداد اشکال و تعداد جداول ذکر گردند.

ب) صفحه دوم یا چکیده فارسی: چکیده فارسی شامل خلاصه‌ای از اطلاعات مقاله حداکثر ۲۵۰ کلمه و به تفکیک باید شامل: مقدمه، روش کار، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلیدواژگان (حداقل ۳ و حداکثر ۵ مورد) باشد.

نکته: کلیدواژگان باید از Medical Subject Heading-MESH در Index Medicus انتخاب گردند.

پ) صفحه سوم یا چکیده انگلیسی: چکیده انگلیسی که باید مطابق با ترجمه چکیده فارسی باشد به تفکیک باید شامل:

Introduction, Methods, Results, conclusion and Key Word (3-5 word) باشد.

ت) صفحه چهارم یا اصل مقاله: اصل مقاله باید شامل مقدمه، روش کار، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و فهرست منابع به شرح ذیل باشد:

۱- مقدمه: این قسمت باید شامل مروری بر بررسی‌های گذشته در مورد موضوع و نیز دربردارنده اهداف تحقیق باشد.

۲- روش کار: این قسمت باید شامل نوع مطالعه، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری، ملاک‌های ورود و خروج، ملاحظات اخلاقی، ابزارهای به کار رفته و روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها باشد.

۳- یافته‌ها: این قسمت باید شامل شرح کامل یافته‌های کمی و کیفی با جزئیات کامل و توصیف کامل نتایج همراه با اشکال و جداول مورد نیاز باشد.

۴- بحث و نتیجه‌گیری: این قسمت باید شامل بررسی نکات مهم نتایج و مقایسه آن با یافته‌های دیگر پژوهشگران و بررسی علت اختلاف و اشتراک، بیان کاربرد احتمالی یافته‌ها، محدودیت‌های پژوهش و پیشنهادات برای مطالعات آتی باشد.

۵- تشکر و قدردانی: این قسمت باید حداکثر در ۵ سطر تنظیم شود.

۶- منابع: منابع مورد استفاده باید به ترتیب شماره‌گذاری در متن در فهرست منابع مطابق با الگوی ونکوور تنظیم شود و نحوه نوشتن منابع به صورت ذیل می‌باشد:

الف) کتاب:

نام خانوادگی و مخفف نام نویسندگان، عنوان کتاب، شماره چاپ، محل نشر؛ ناشر؛ سال. صفحات.

به عنوان مثال:

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, Meyer HS, Smith JM, Winker MA, Young RK. American Medical Association manual of style. 9th ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998. p. 660.

Hamric, Ann B.; Spross, Judith A.; Hanson, Charlene M. Advanced practice nursing: an integrative approach. 3rd

مجله علمی و پژوهشی پرستار و پزشک در رزم به صورت فصل‌نامه علمی و پژوهشی و به زبان فارسی و با محوریت پرستاری نظامی، روانپزشکی و روانشناسی نظامی، طب رزم و بیماری‌های عفونی منتشر می‌شود. همچنین در سایر رشته‌های علوم پزشکی نیز به صورت آزاد مقاله می‌پذیرد.

۱- شرایط پذیرش مقاله

۱-۱- مقاله ارسالی فقط بر اساس قالب راهنمای نویسندگان به شرح ذیل مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در صورت عدم رعایت ساختار مورد بحث، مقاله بدون انجام داوری رد خواهد شد.

۱-۲- رعایت آیین‌سجائندی، ویراستاری و زیبانویسی در پذیرش مقالات نقش مهمی دارد. علائم سجائندی (، _ ؛ ؟ ؛ !) باید از کلمه پیش از خود بدون فاصله و از کلمه پس از خود یک فاصله داشته باشند. «ها» جمع جدا و بدون فاصله از کلمه پیش از خود نوشته می‌شود. «می» در افعال جدا و بدون فاصله از کلمه پس از خود نوشته می‌شود.

۱-۳- ارسال مقاله فقط از طریق online submission پذیرفته می‌شود. خواهشمندیم که از ارسال پستی یا حضوری مقاله خودداری کنید.

۱-۴- مقاله ارسالی نباید به طور هم‌زمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشد. ضمن اینکه نویسنده یا نویسندگان ملزم به تکمیل و ارسال فرم تعهدنامه و مشخصات نویسندگان می‌باشند. از بررسی و چاپ مقالاتی که فرم تعهدنامه نویسندگان را پر نکرده باشند، خودداری می‌شود.

۱-۵- مقاله پژوهشی (Original Article) باید حاصل پژوهش نویسنده یا نویسندگان و در خصوص موضوع‌های جدید باشد. فصلنامه از پذیرش مقالات پژوهشی با عناوین تکراری خودداری به عمل می‌آورد. اولویت فصلنامه پرستار و پزشک در رزم مقالات مرتبط با پرستاری و پزشکی نظامی، روانپزشکی و روانشناسی نظامی، طب رزمی و بیماری‌های عفونی می‌باشد. در این نوع مقالات، حداکثر تعداد کل کلمات ۳۰۰۰ کلمه (به همراه چکیده فارسی و انگلیسی)، حداکثر ۵ جدول و شکل و حداقل منابع ۱۵ مورد می‌باشد.

۱-۶- مقاله مروری (Review Article) از اشخاصی که حداقل ۵ مقاله در موضوع مرتبط در نشریات داخلی یا خارجی چاپ کرده باشند، پذیرفته می‌شود و باید شامل: عنوان مقاله، چکیده فارسی و انگلیسی، کلیات و تاریخچه‌ای در مورد هدف از انجام مطالعه، مطالب علمی و مطالعات انجام شده در رابطه با موضوع، تجزیه و تحلیل و بحث در رابطه با تحقیقات

ارایه‌شده و نتیجه‌گیری باشد. نتیجه‌گیری شامل جمع‌بندی و نتیجه کلی باشد. همچنین پیشنهادات سازنده برای آینده بیان شود. شرط اصلی پذیرش این نوع مقالات علاوه بر صاحب‌نظر بودن نویسنده در زمینه موضوع ارسالی، مراجعه به تعداد قابل قبولی از منابع (حداقل ۴۰ مورد) با حداکثر تعداد کل کلمات ۳۵۰۰ کلمه و حداکثر ۵ جدول و شکل می‌باشد.

۱-۷- گزارش موارد نادر و جالب (Case Report) باید دربرگیرنده شرح حال مربوط به بیمار (نه فقط بیماری)، بحث مربوط به گزارش تهیه‌شده بدون نیاز به مروری بر مقالات و کارهای انجام شده قبلی و نکات مهم مورد توجه و درس‌هایی که باید از آن آموخت، باشد. این نوع گزارش‌ها، شامل چکیده، مقدمه، گزارش مورد، بحث و نتیجه‌گیری، سپاسگزاری و منابع می‌باشند و تعداد کلمات در آنها حداکثر ۲۰۰۰ کلمه و تعداد اشکال حداقل ۳ شکل و حداکثر ۳۰ مورد می‌باشد.

۱-۸- نامه به سردبیر و گزارش کوتاه (Short Communication) حداکثر ۱۵۰۰ کلمه در مورد موضوع‌های جدید، ارایه مشاهدات علمی یا نقد یکی از مقالات چاپ شده در این مجله می‌باشد و با بحثی کوتاه، همراه با

can Psychological Association; c2007 [cited 2007 Feb 20]. Available from: [p://psycport.apa.org/](http://psycport.apa.org/).

در صورت ارجاع به متن نوشته شده در پایگاه وب، نام نویسنده یا نویسندگان و عنوان آن متن مشابه با نام نویسنده و عنوان مقاله در ارجاع به مقاله نوشته می‌شود.
به عنوان مثال:

Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999Jan 1 [updated 2006Jul 8; cited 2007 Feb 23]. Available from: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>.

ج) ارجاع به منابع فارسی

کلیه منابع فارسی اعم از کتب، مقالات، کنگره‌ها و... بایستی بر اساس الگوی و نکور به صورت انگلیسی تنظیم شوند و در آخر منبع، واژه [Persian] اضافه گردد.
به عنوان مثال:

Ghahvehchi F, Fathi-Ashtiani A. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety. J Behav Sci. 2013;7(1):1-9.[Persian]

نکته ۱: عناوین مجلات با استفاده از آدرس ذیل به اختصار آورده شوند.

http://images.webofknowledge.com/WOK46/help/WOS/F_abrvjt.html

نکته ۲: تا شش نفر نویسنده اسامی آنها به‌طور کامل نوشته شود و از اسم ششم به بعد واژه et al در منابع انگلیسی یا همکاران در منابع فارسی ذکر گردد.

نکته ۳: برای منبع نویسی دقیق می‌توان به سایت ذیل مراجعه نمود:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.

۷- جداول: جداول باید در یک ستون یا به صورت دو ستونی تهیه شده باشند (۸ cm و یا ۱۷ cm) و فاقد اطلاعات تکراری موجود در متن، سایر جداول و اشکال باشند. محل جدول در متن باید مشخص شده باشد.

۸- اشکال و نمودارها: حتی‌المقدور سیاه و سفید بوده و با کناره‌نویس‌های فارسی ترسیم گردند و حداقل در دو نسخه ارسال شوند. اندازه آنها نباید بزرگتر از ۱۳ × ۱۷ سانتیمتر باشد و نام نویسندگان و شماره شکل و جهت آن (در صورت لزوم) در پشت شکل با مداد درج شود. منابع عکس‌ها باید در متن ذکر گردند و محل آنها در متن مشخص شده باشند.

۹- موارد اخلاقی تحقیق رعایت شده و در صورتی که رعایت حقوق بیمار لازم باشد، اخذ مجوز از میدادی ذی‌ربط ضروری است.

۱۰- مقالات پس از ارسال توسط داوران (حداقل ۵ داور) بررسی شده و با اخذ نظر ۳ داور به هیئت تحریریه ارایه می‌شود (هیئت داوران متکوم خواهد ماند). پاسخ لازم در کمترین زمان ممکن به نویسنده اول ارسال می‌شود.

۱۱- مجله پرستار و پزشک در رزم حق رد یا قبول و ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد. هیئت تحریریه در انجام اصلاحات بر اساس نحوه تنظیم مقاله جهت چاپ (با نظر مولف) آزاد است ولی مسئولیت صحت علمی مطالب بر عهده نویسنده می‌باشد.

۱۲- چاپ و انتشار مطالب مجله پس از کسب اجازه از سردبیر یا ذکر ماخذ بلامانع است.

۱۳- حتی‌المقدور نگارش مقاله روان و از لغات فارسی و معادل کلمات انگلیسی استفاده شود، معادل‌های انگلیسی در پاورقی آورده شود.

۱۴- فونت مقاله ارسالی B Nazanin 14 باشد.

ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2005. p. 979.

ب) مجله

نام‌خانوادگی و مخفف نام نویسندگان، عنوان مقاله، نام مجله، سال؛ دوره، شماره؛ صفحات.
به عنوان مثال:

Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, & Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. J TRAUMA STRESS. 2006;19(5):5977-610.

Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. J BEHAV THER EXP PSY. 2004;35(4):307-18.

پ) ارجاع به پایان‌نامه یا رساله دکتری

ارجاع به پایان‌نامه یا رساله دکتری هم مانند ارجاع به کتاب است با این تفاوت که بعد از عنوان پایان‌نامه یا رساله در انگلیسی کلمه «Dissertation» نوشته می‌شود و در جایگاه مشابه با نام ناشر در ارجاع به کتاب نیز نام دانشگاه نوشته می‌شود.
به عنوان مثال:

Chandra V. The impact of a blended Web-based learning environment on perception, attitudes, and performance of boys and girls in Junior Science and Senior Physics [Dissertation]. Australia: Curtin university of Technology; 2004. p.158-165.

ت) ارجاع به کنگره‌ها، همایش‌ها، کنفرانس‌ها

ارجاع به کنگره‌ها، همایش‌ها، کنفرانس‌ها، ابتدا نام نویسندگان، عنوان مطلب مورد استفاده، نام کنفرانس، همایش، کنگره و...، سال، ماه، روز، محل آن، سپس محل نشر، ناشر و سال نشر نوشته می‌شود.
به عنوان مثال:

Kimura J, Shibasaki H. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan . Amsterdam: Elsevier; 1996.

Kim H, Wechsler B. Amantadine for arousal in pediatric TBI. In: Peek WJ, Lankhorst GJ, editors. 1st World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM I); 2001 Jul 7-13; Amsterdam, The Netherlands. Bologna (Italy): Monduzzi Editore, International Proceedings Division; c2001. p. 629-34.

ث) ارجاع به اینترنت

ارجاع به منابع اطلاعاتی روی وب شامل وب‌سایت‌های اینترنتی، پایگاه‌های داده اینترنتی و... به این صورت است که ابتدا نام homepage، محل آن، موضوع مورد استفاده تاریخ به روزرسانی یا update سایت و آدرس سایت آورده می‌شود.

به عنوان مثال:

Cancer – pain. Org [homepage on the Internet]. New York: Association of cancer online Resources, Inc; c 2000-01[updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain-org/>.

Psychology in the News [Internet]. Washington: Ameri-

فهرست

- ۱- تعیین نگرش دانشجویان پزشکی (کارورزان و دستیاران) نسبت به درس اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی آجا..... ۶
- ۲- پیش بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان..... ۱۶
- ۳- نقش تعدیل کننده تاب آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور..... ۲۶
- ۴- استانداردهای فیزیکی و مهارتی سرباز آینده جهت حضور در میدان نبرد..... ۳۶
- ۵- پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی..... ۴۴
- ۶- اثر بخشی آموزش تاب آوری بر سرمایه های روان شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان ۵۲
- ۷- اثربخشی برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی..... ۶۲
- ۸- بررسی همه گیرشناسی میزان اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک استان خراسان رضوی..... ۷۴
- ۹- بررسی اثربخشی روان درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه ی خودآگاه و سبک های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸..... ۸۴



Determining the Attitude of Medical Students (interns and residents) towards the Course of Medical Ethics at AJA University of Medical Sciences

Abstract

Article Info

Introduction: Ethics is considered as an integral part of medical science and its recommendations are to guide professional behaviors and practices. The purpose of this study was to obtain the attitudes of medical students (interns and residents) towards the course of medical ethics.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was performed on 104 students of AJA University of Medical Sciences (intern and residents) as randomly available in 2016. In order to evaluate students' attitudes, two written questionnaires consisting of demographic questions and 36 questions about attitude and practice were prepared and distributed among medical students. Data were analyzed using SPSS-20 software and Mann-Whitney test.

Results: The results showed the two groups of resident and intern in terms of teaching method, the best way to assess student knowledge, the appropriateness of the content, the need to modify and update the presented materials, covering the patient-physician relationship in medical ethics, diagnosing ethical problems, exposure With moral problems and the ability to make the right decision, the ability to defend one's decision, how to make informed decisions, how to act when a patient is mentally incompetent, the ability to convey bad news, and the method of teaching medical ethics, there was a statistically significant difference at the level of 1 percent.

Conclusion: According to the research findings, both interns and residents emphasized the appropriateness of the content, the need to modify and update the content, cover patient-physician relationships and teach medical ethics both cross-sectionally and alongside the clinical courses of medical students.

Keywords: Medical Ethics, Attitude, Practice

Authors:

Amir Farshid Fayyaz *¹

Maryam Vasheghani Farahani¹

Affiliations

1- Faculty of Medicine, Forensic Medicine Department, Artesh University of Medical Sciences, Tehran, Iran. kiya9sh@gmail.com



تعیین نگرش دانشجویان پزشکی (کارورزان و دستیاران) نسبت به درس اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی آجا

چکیده

اطلاعات مقاله

امیرفرشید فیاض*
مریم واشقانی فراهانی^۱

مقدمه: اخلاق، جزئی جداییناپذیر از علم پزشکی تلقی میشود و توصیه‌های آن در جهت هدایت رفتارها و روشهای حرفهای میباشد. از اینرو، هدف مطالعه حاضر دستیابی به نگرش و نظریات دانشجویان پزشکی (کارورزان و دستیاران) نسبت به درس اخلاق پزشکی بود.

روش کار: این پژوهش توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی ۱۰۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آجا (کارورز و دستیار) به صورت تصادفی در دسترس در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. ارزیابی نگرش دانشجویان از دو پرسشنامه مشتمل بر سوالات دموگرافیک و ۳۶ سوال در مورد نگرش و عملکرد به درس اخلاق پزشکی تنظیم و در میان دانشجویان توزیع شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۰ و آزمون منویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر نحوه تدریس، بهترین روش ارزیابی دانسته‌های دانشجویان، مناسب بودن محتوا، ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب ارائه‌شده، تحت پوشش قرار دادن روابط بیمار پزشک در مطالب درس اخلاق پزشکی، تشخیص مشکلات اخلاقی، مواجهه با مشکلات اخلاقی و توانایی تصمیم‌گیری صحیح، توانایی در دفاع از تصمیم خود، نحوه تصمیم‌گیری آگاهانه، نحوه عملکرد وقتی یک بیمار از نظر ذهنی صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد، توانایی انتقال اخبار بد و روش تدریس درس اخلاق پزشکی به اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، هر دو گروه کارورز و دستیاران بر مناسب بودن محتوا، ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب، تحت پوشش قرار دادن روابط بیمار پزشک و تدریس اخلاق پزشکی هم به صورت مقطعی و هم در طول دوره بالینی برنامه درسی دانشجویان پزشکی تاکید داشتند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، نگرش، عملکرد

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران kiya9sh@gmail.com

مقدمه

اخلاق پزشکی دانشی میان‌رشته‌ای و محصول حوزه‌های مختلفی چون پزشکی، فلسفه، الهیات و حقوق می‌باشد که جنبه‌های ارزشی و اخلاقی رشته پزشکی را مورد مطالعه قرار می‌دهد (۱). امروزه آموزش اخلاق پزشکی در سطوح مختلف آموزش پزشکی صورت می‌پذیرد (۲). اهدافی که برای آموزش اخلاق پزشکی ذکر شده شامل توانایی درک اصول پایه اخلاقی، استدلال دقیق جهت مشخص ساختن بهترین روش برخورد با شرایط مشکل اخلاقی (۳)، آموزش نقش ارزش‌ها در رابطه پزشک با بیمار، همکاران و جامعه (۴)، آگاه ساختن پزشکان به اصول فلسفی، اجتماعی و قانونی در استدلال‌های بالینی (۵) و آگاهی از نحوه مراقبت از بیمار بسیار بدحال و اعلام وضعیت وی به خانواده از جمله آنها می‌باشد (۶).

وقایعی که منجر به شکل‌گیری اخلاق پزشکی شدند، زمینه ساز سه پیشرفت عمده در این زمینه گردیدند؛ اول، حساسیت بیشتر پزشکان به رعایت اصول اخلاقی در حرفه خود و به دنبال آن ضرورت آموزش‌های رسمی اخلاق پزشکی مطرح گردید؛ دوم، جامعه به اهمیت تصمیم‌گیری‌هایی که در بهداشت و سلامت عامه مردم اثر می‌گذاشت حساس شده که این امر هم به نوبه خود باعث ارتقای لیبرالیسم، حقوق فردی و کرامت انسانی در طبابت گردید و سوم مشارکت علوم دیگری مانند علوم اجتماعی در حوزه پزشکی به اجتماعی شدن علم پزشکی و به دنبال آن دانش اخلاق زیستی منجر گردید (۷). انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا^۱ از اوایل سال ۱۹۹۸ در اهداف دانشکده پزشکی^۲، این دانش را از اهداف یادگیری در آموزش دانشجویان پزشکی دانست (۸).

مؤسسه‌های معتبر آموزش پزشکی برای توسعه حرفه‌گری در دانشجویان پزشکی، به اخلاق پزشکی و آموزش علوم انسانی به‌عنوان یک رکن اساسی نیاز دارند، با این وجود هرگز ارزیابی انتقادی جامع از آموزش پزشکی در اخلاق و علوم انسانی صورت نگرفته است. بیش از ۴۰ سال پس از شروع آموزش اخلاق پزشکی و علوم انسانی در برنامه دروس پزشکی در مدارس پزشکی سراسر جهان وقت آن است که روش‌های آموزشی پزشکی اخلاق و علوم انسانی را ارزیابی شود و تا بدین ترتیب نقش آن‌ها را در شکل‌گیری حرفه‌گری دانشجویان پزشکی آشکارتر، قویتر و پاسخگوتر گردد (۹). پروژه کارگاه آموزشی بازبینی و تکمیل آموزش پزشکی^۳ که در سال ۲۰۱۰ تشکیل شد، اولین ارزیابی مهم از تعاریف اهداف و مقاصد اخلاق پزشکی و آموزش علوم انسانی را انجام داد. هدف پروژه ارزیابی و تکمیل آموزش پزشکی نیز ارتقا سطح کیفی آموزش در علوم اخلاقی پزشکی و علوم انسانی با

ایجاد استانداردهای معیار برای مدارس پزشکی و برنامه‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی بود (۱۰).

به‌عنوان اولین قدم برای دستیابی به هدف این پروژه در سراسر جهان، یک گروه متخصص از پژوهشگران باید برای بررسی نقش آموزش اخلاق پزشکی و علوم انسانی در آموزش حرفه‌های پزشکی تشکیل می‌گردید؛ اما با توجه به غفلت‌ها و کاستی‌های موجود و شرایط بین‌المللی کشور، این ارزیابی باید به‌صورت داخلی انجام شود و چه بهتر که هر موسسه آموزشی با ارزیابی و بسط دادن این ارزیابی‌ها به سیستم آموزش، به یک جمع‌بندی جامع برسد تا بتوان با توجه علم روز جهان و با در نظر داشتن اصول ایرانی اسلامی، به‌منظور هر چه مؤثرتر بودن آموزش اخلاق پزشکی در حوزه آموزش پزشکی، اصلاحات لازم را انجام داد. از این رو هدف از مطالعه حاضر، تعیین نگرش دانشجویان پزشکی (کارورزان و دستیاران) نسبت به درس اخلاق پزشکی می‌باشد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی-پس‌رویدادی بود که در سال ۱۳۹۹ بر روی دانشجویان پزشکی (۷۳ نفر کارورز و ۳۱ نفر دستیار) دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران که درس اخلاق پزشکی را گذرانده بودند به‌صورت تصادفی انجام گردید که تعداد ۱۱۵ پرسشنامه توزیع گردید که از این می‌ان ۱۰۴ پرسشنامه برگشت یافته و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت ارزیابی نگرش دانشجویان از ۲ پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول پرسشنامه توسط دیبایی و همکاران (۱۳۸۸) در سال ۱۳۸۸ با هدف بررسی نگرش دانشجویان و فارغ التحصیلان رشته پزشکی به درس اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز طراحی شده بود. اطلاعات مورد نظر از طریق پرسشنامه حاوی ۸ سوال اصلی پیرامون نگرش دانشجویان نسبت به درس اخلاق پزشکی جمع‌آوری گردید. معیار سنجش دیدگاه دانشجویان مورد مطالعه، مقیاس ۴ قسمتی لیکرت بود. روایی این پرسشنامه پس از نظرخواهی در کمیته دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و مراجعه به مطالعات قبلی مورد تأیید واقع شد (۱۱).

پرسشنامه دوم که در این مطالعه استفاده شد، پرسشنامه لافتا^۴ و همکاران (۲۰۱۴) (۱۲) که شامل ۴ قسمت بود و در خصوص نگرش در مورد روش‌های معمول تدریس، عملکرد دانشجویان، نظرات در مورد اخلاق پزشکی و نظرات در مورد روش‌های تدریس اخلاق پزشکی طراحی گردیده بود. پرسشنامه ترجمه گردید و برای تعیین روایی پرسشنامه در اختیار ۲۰ دانشجو قرار گرفت. انجام آزمون به صورت چهره‌به‌چهره و در طول آزمون هر اشکالی در فهم گزینه‌ها بوده را یادداشت کرده و تفسیر دانشجویان در هر گویه بررسی شد. در این مرحله نقطه نظرات دانشجویان در تنظیم نسخه نهایی پرسشنامه

جدول ۱: تجزیه و تحلیل پرسشنامه نگرش دانشجویان نسبت به درس اخلاق پزشکی

من ویتنی	پاسخ				مقطع	سوالات پرسشنامه
	عالی	خوب	متوسط	بد		
۰/۰۰۰	عالی	خوب	متوسط	بد	کارورزی	۱ نحوه تدریس درس اخلاق پزشکی را چگونه می بینید؟
	۰	۳۲	۳۶	۵		
	%۰	%۴۳/۸۳	%۴۹/۳۱	%۶/۸۴		
	۰	۲	۸	۲۱		
۰/۰۲۵	۱	۶	۴۸	۱۸	کارورزی	۲ بهترین روش یادگیری درس اخلاق پزشکی را کدام می دانید؟
	%۱/۳۶	%۸/۲۱	%۶۵/۷۵	%۲۴/۶۵		
	۵	۰	۲۴	۲		
	%۱۶/۱۲	%۰	%۷۷/۴۱	%۶/۴۵		
۰/۰۰۰	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	کارورزی	۳ ارزیابی دانسته های دانشجو را از درس اخلاق پزشکی کدام می دانید؟
	۰	۰	۳۸	۳۵		
	%۰	%۰	%۵۲/۰۵	%۴۷/۹۴		
	۰	۱۳	۱۸	۰		
۰/۰۰۰	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	کارورزی	۴ محتوای درس اخلاق پزشکی را در چه حد مناسب می دانید؟
	۵	۴۰	۲۸	۰		
	%۶/۸۴	%۵۴/۷۹	%۳۸/۳۵	%۰		
	۰	۵	۱۳	۱۳		
۰/۰۰۰	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	کارورزی	۵ مطالب ارائه شده در درس اخلاق چقدر نیازمند اصلاحات و بروز رسانی می باشد؟
	۹	۲۷	۳۷	۰		
	%۱۲/۳۲	%۳۶/۹۸	%۵۰/۶۸	%۰		
	۵	۲۵	۱	۰		
۰/۰۰۰	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	کارورزی	۶ مطالب ارائه شده در درس اخلاق تا چه حد روابط بیمار-پزشک را در واقعیت پوشش می دهد؟
	۰	۲۶	۴۵	۲		
	%۰	%۳۵/۶۱	%۶۱/۶۴	%۲/۷۳		
	۰	۲	۱۷	۱۲		
۰/۰۰۰	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	کارورزی	۷ به چه اندازه ای ارائه درس اخلاق پزشکی را در دوره آموزشی خود لازم می دانید؟
	۰	۴۷	۱۶	۰		
	%۱۳/۶۹	%۶۴/۳۸	%۲۱/۹۱	%۰		
	۲	۲۸	۱	۰		
۰/۰۵۷	کارورزی	کارآموزی	فیزیوتراپولوژی	عمومی	کارورزی	۸ بهترین مقطع آموزشی را برای تدریس درس اخلاق پزشکی کدام مقطع می دانید؟
	۱۴	۳۹	۲۰	۰		
	%۱۹/۱۷	%۵۳/۴۲	%۲۷/۳۹	%۰		
	۱۶	۸	۱	۶		
۰/۰۰۰	۱۶	۸	۱	۶	دستباری	
	%۵۱/۶۱	%۲۵/۸۰	%۳/۲۲	%۱۹/۳۵		

سوالات پرسشنامه

به تدریس اخلاق پزشکی، عملکرد دانشجویان، نظرات دانشجویان در مورد درس اخلاق و نظرات دانشجویان در مورد نحوه تدریس و ارزیابی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۱، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ ارزیابی شد.

جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های حاصل از مطالعه از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به دو دسته توصیفی و استنباطی تقسیم‌بندی شدند. در آمار توصیفی به فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار جمعیت‌شناختی اشاره شد. همچنین در بخش آمار استنباطی

مدنظر قرار گرفت.

علاوه بر این جهت تعیین روایی، محتوایی ابزار در اختیار ۳ تن از اعضای هیئت‌علمی قرار داده شد. در این مرحله برای بررسی نمرات تأثیر از دانشجویان خواسته شد تا می‌زان اهمیت ت هر یک از گویه‌های پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۳ قسمتی بیان نمایند. بعد از آن روایی صوری پرسشنامه به صورت کمی نیز بررسی شد و همخوانی درون گویه‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد. ضریب آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه ۰/۹۵ و برای خرده مقیاسه‌ای نگرش نسبت

جدول ۲: بخش اول: نگرش دانشجویان در مورد تدریس اخلاق پزشکی

ردیف	متغیر (سوال)	مقطع	پاسخ (فراوانی و درصد فراوانی)		
			موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۱	تدریس اخلاق پزشکی برای دانشجویان پزشکی یکی از جنبه‌های مهم آموزش پزشکی است.	کارورز	۷۲	۱	۰
			%۹۸/۶۳	%۱/۳۶	%۰
		دستیار	۳۱	۰	۰
			%۱۰۰	%۰	%۰
۲	آموزش اخلاق پزشکی در یک دوره مدون، در روند مراقبت از بیماران بسیار مهم است.	کارورز	۶۸	۳	۲
			%۹۳/۱۵	%۴/۱۰	%۲/۷۳
		دستیار	۳۱	۰	۰
			%۱۰۰	%۰	%۰
۳	تدریس اخلاق پزشکی باید هم به صورت مقطعی و هم در طول بالین در برنامه درسی پزشکی ادغام شود.	کارورز	۵۲	۱۵	۶
			%۷۱/۲۳	%۲۰/۵۴	%۸/۲۱
		دستیار	۲۴	۷	۰
			%۷۷/۴۱	%۲۲/۵۸	%۰
۴	اساتید بالینی موظف هستند که مدرک معتبر تحصیلات تکمیلی در زمینه اخلاق پزشکی کسب کنند.	کارورز	۵۴	۱۵	۴
			%۷۳/۹۷	%۲۰/۵۴	%۵/۴۷
		دستیار	۲۱	۸	۲
			%۶۷/۷۴	%۲۵/۸۰	%۶/۴۵
۵	من علاقه کلی به یادگیری بیشتر در زمینه علم اخلاق پزشکی دارم.	کارورز	۵۹	۷	۷
			%۸۰/۸۲	%۹/۵۸	%۹/۵۸
		دستیار	۱۷	۱۱	۳
			%۵۴/۸۳	%۳۵/۴۸	%۹/۶۷
۶	فراگیری اخلاق پزشکی به من ارتباط دارد.	کارورز	۷۲	۰	۱
			%۹۸/۶۳	%۰	%۱/۳۶
		دستیار	۳۰	۱	۰
			%۹۶/۷۷	%۳/۲۲	%۰
۷	آموزش اخلاق پزشکی من را قادر می‌سازد تا بتوانم با مباحث اخلاقی در طول خدمت درگیر شوم.	کارورز	۵۹	۱۳	۱
			%۸۰/۸۲	%۱۷/۸۰	%۱/۳۶
		دستیار	۳۰	۱	۰
			%۹۶/۷۷	%۳/۲۲	%۰
۸	آموزش اخلاق پزشکی باعث شد تا من از پیچیدگی‌های علم پزشکی آگاهی بیشتری پیدا کنم.	کارورز	۵۱	۱۸	۴
			%۶۹/۸۶	%۲۴/۶۵	%۵/۴۷
		دستیار	۲۶	۵	۰
			%۸۳/۸۷	%۱۶/۱۲	%۰
۹	آموزش اخلاق پزشکی بر نگرش و رفتار پزشکان تأثیر می‌گذارد و رابطه بیمار با پزشک را بهبود می‌بخشد.	کارورز	۶۷	۵	۱
			%۹۱/۷۸	%۶/۸۴	%۱/۳۶
		دستیار	۳۱	۰	۰
			%۱۰۰	%۰	%۰

نتایج

نتایج دموگرافیک پژوهش نشان داد که ۸۰/۸ درصد از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مرد و ۱۹/۲ درصد از شرکت‌کنندگان، خانم بودند که از این می‌ان ۷۰/۱۹ درصد کارورز (۷۳ نفر) و ۲۹/۸۱ درصد دستیار (۳۱ نفر) بودند، که ۴۱/۳ درصد از شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۵-۲۰ سال، ۲۹/۸ درصد در بازه سنی ۳۰-۲۵ سال، ۲۶ درصد در بازه سنی

به تجزیه و تحلیل سوالات پرداخته شد و به وسیله آزمون من ویتنی^۱ مقایسه می‌ان دو گروه کارورز و دستیار از نظر سوال مطرح شده پرداخته شد و آنها را در سطوح احتمال یک و پنج درصد مورد آزمون قرار دادیم.

لازم به ذکر است مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.AJAUMS. REC.1399.118 در کمی‌ته اخلاق در پژوهش دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش به تصویب رسیده است.

جدول ۳: بخش دوم: عملکرد دانشجویان

ردیف	متغیر (سوال)	مقطع	پاسخ (فراوانی و درصد فراوانی)		من وینتی
			خیر	بلی	
۱	من توانایی تشخیص مشکلات اخلاقی قابل توجه در بالین را دارم.	کارورز	۹	۶۴	۰/۰۰۰
			%۱۲/۳۲	%۸۷/۶۷	
		دستیار	۱۸	۱۳	%۵۸/۰۶
۲	من در مواجهه با مشکلات اخلاقی در بالین توانایی تصمیم‌گیری صحیح را دارم.	کارورز	۲۲	۵۱	۰/۰۰۳
			%۳۰/۱۳	%۶۹/۸۶	
		دستیار	۱۹	۱۲	%۶۱/۲۹
۳	من می‌توانم در دفاع از تصمیم خود در مورد مسائل اخلاقی بالینی، به همکارانم دلیل ارائه دهم.	کارورز	۱۷	۵۶	۰/۰۰۰
			%۲۳/۲۸	%۷۶/۷۱	
		دستیار	۱۹	۱۲	%۶۱/۲۹
۴	من می‌دانم چگونه ظرفیت یک بیمار را برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی خودارزیابی کنم.	کارورز	۱۵	۵۸	۰/۰۰۰
			%۲۰/۵۴	%۷۹/۴۵	
		دستیار	۱۹	۱۲	%۶۱/۲۹
۵	من می‌دانم که وقتی یک بیمار از نظر ذهنی صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد چگونه عمل کنم.	کارورز	۲۴	۴۹	۰/۰۰۳
			%۳۲/۸۷	%۶۷/۱۲	
		دستیار	۲۰	۱۱	%۶۵/۵۱
۶	من توانایی انتقال اخبار بد به بیمار و همراهانش را دارم.	کارورز	۳۰	۴۳	۰/۰۳۰
			%۴۱/۰۹	%۵۸/۹۰	
		دستیار	۲۰	۱۱	%۶۴/۵۱

آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. جدول ۲ نمایانگر این است که، بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر اینکه تدریس اخلاق پزشکی یکی از جنبه‌های مهم آموزش پزشکی است، اخلاق پزشکی در یک دوره مدون، در روند مراقبت از بیماران بسیار مهم است، تدریس اخلاق پزشکی باید هم به صورت مقطعی و هم در طول دوره بالینی در برنامه درسی پزشکی ادغام شود، این که اساتید بالینی موظف هستند که مدرک معتبر تحصیلات تکمیلی در زمینه‌ی اخلاق پزشکی کسب کنند، آموزش اخلاق پزشکی باعث شد تا من از پیچیدگی‌های علم پزشکی آگاهی بیشتری پیدا کنم و آموزش اخلاق پزشکی بر نگرش و رفتار پزشکان تأثیر می‌گذارد و رابطه بیمار با پزشک را بهبود می‌بخشد اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد، هرچند نتایج آزمون من وینتی نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز در سوالات من علاقه کلی به یادگیری بیشتر در زمینه‌ی علم اخلاق پزشکی دارم و آموزش اخلاق پزشکی من را قادر می‌سازد تا بتوانم با مباحث اخلاقی در طول خدمت درگیر شوم در سطوح ۱ و ۵ درصد اختلاف معنی‌داری را نشان داد.

۳۵-۳۰ سال و ۲/۹ درصد در بازه سنی ۳۵ سال به بالا قرار داشتند.

در "جدول ۱" نتایج حاصل از پرسشنامه نگرش دانشجویان نسبت به درس اخلاق پزشکی آورده شده است. همچنین نتایج پرسشنامه عملکرد درس اخلاق پزشکی در چهار بخش در جداول ۲ الی ۵ آورده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که، نتایج آزمون من وینتی نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر نحوه تدریس، بهترین روش ارزیابی دانسته‌های دانشجویان، مناسب بودن محتوا، ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب ارائه شده و تحت پوشش قرار دادن روابط بیمار پزشک در مطالب درس اخلاق پزشکی اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت. نتایج آزمون همچنین نشان داد که، بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر بهترین روش یادگیری درس اخلاق پزشکی اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۵ درصد وجود داشت، هرچند نتایج آزمون من وینتی نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر ضرورت ارائه و انتخاب بهترین مقطع آموزشی برای تدریس درس اخلاق پزشکی در دوره

جدول ۴: بخش سوم: نظرات دانشجویان در مورد درس اخلاق پزشکی

ردیف	متغیر (سوال)	مقطع	پاسخ (فراوانی و درصد فراوانی)		
			موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۱	آیا با مراقبت از بیمار در مرحله انتهایی زندگی موافق هستید؟	کارورز	۵۷	۱۳	۳
			%۷۸/۰۸	%۱۷/۸۰	%۴/۱۰
		دستیار	۲۴	۶	۱
			%۷۷/۴۱	%۱۲/۹۰	%۹/۶۷
۲	آیا با گفتن حقیقت به بیمار موافق هستید؟	کارورز	۵۹	۱۲	۲
			%۸۰/۸۲	%۱۶/۴۳	%۲/۷۳
		دستیار	۲۴	۴	۳
			%۷۷/۴۱	%۱۲/۹۰	%۹/۶۷
۳	آیا با گفتن زمان مرگ به بیمار موافق هستید؟	کارورز	۴۱	۱۹	۱۳
			%۵۶/۱۶	%۲۶/۰۲	%۱۷/۸۰
		دستیار	۱۴	۱	۱۶
			%۴۵/۱۶	%۳/۲۲	%۵۱/۶۱
۴	آیا با محرم بودن پزشک به بیمار موافق هستید؟	کارورز	۵۱	۱۹	۳
			%۶۹/۸۶	%۲۶/۰۲	%۴/۱۰
		دستیار	۲۳	۶	۲
			%۷۴/۱۹	%۱۹/۳۵	%۶/۴۵
۵	آیا با مراقبت طولانی از بیمار موافق هستید؟	کارورز	۵۵	۱۶	۲
			%۷۵/۳۴	%۲۱/۹۱	%۲/۷۳
		دستیار	۳۰	۱	۰
			%۹۶/۷۷	%۳/۲۲	%۰
۶	آیا با سقط جنین موافق هستید؟	کارورز	۱۳	۱۴	۴۶
			%۱۷/۸۰	%۱۹/۱۷	%۶۳/۰۱
		دستیار	۵	۱۶	۱۰
			%۱۶/۱۲	%۵۱/۶۱	%۳۲/۲۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که، بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر می‌زان تدریس درس اخلاق پزشکی به این‌که توانایی تشخیص مشکلات اخلاقی قابل توجه در محیط بالینی، توانایی تصمیم‌گیری صحیح در مواجهه با مشکلات اخلاقی در محیط بالینی، توانایی دفاع و ارائه دلیل از تصمیم خود در مورد مسائل اخلاقی بالینی به همکاران، چگونگی ارزیابی ظرفیت بیماران برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی خود، دانستن نحوه عملکرد خود در بیماری که از نظر ذهنی صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد و توانایی انتقال اخبار بد به بیمار و همراهانش اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت.

جدول ۴ نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر مراقبت از بیمار در مرحله انتهایی زندگی موافق، گفتن حقیقت به بیمار، گفتن زمان مرگ به بیمار و محرم بودن پزشک به بیمار موافق اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. با این وجود در بین دو گروه دستیار و کارورز در سوالات مربوط به مراقبت طولانی از بیمار و سقط‌جنین در سطح ۵ درصد اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۴ نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر مراقبت از بیمار در مرحله انتهایی زندگی موافق، گفتن حقیقت به بیمار، گفتن زمان مرگ به بیمار و محرم بودن پزشک به بیمار موافق اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. با این وجود در بین دو گروه دستیار و کارورز در سوالات مربوط به مراقبت طولانی از بیمار و سقط‌جنین در سطح ۵ درصد اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه مشابه با نتایج مطالعه بروکس و همکاران (۲۰۱۷) بود که در مطالعه خود به بررسی آموزش درس اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های انگلیس پرداختند که بیشترین مشکل در مورد تدریس، کمبود وقت (۶۴ درصد) و در مورد ارزیابی، عدم زمان و مناسب بودن ارزیابی‌ها بود (۷ درصد) (۸). در سال ۱۹۸۷، هاو در دانشگاه می‌شیگان آمریکا، ۱۳۷ دانشجوی پزشکی دوره قبل از بالینی و ۲۱۶ دانشجوی دوره بالینی را در

جدول ۵: بخش چهارم: نظرات دانشجویان در مورد نحوه تدریس و ارزیابی درس

ردیف	متغیر (سوال)	مقطع	پاسخ (فراوانی و درصد فراوانی)		
			موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۱	تا چه اندازه با تدریس درس اخلاق پزشکی به روش سخنرانی موافقت می‌کنید؟	کارورز	۲۱	۲۶	۲۶
			%۲۸/۷۶	%۳۵/۶۱	%۳۵/۶۱
		دستیار	۱۷	۸	۶
			%۵۴/۸۳	%۲۵/۸۰	%۱۹/۳۵
۲	تا چه اندازه با تدریس درس اخلاق پزشکی به روش سمینار موافقت می‌کنید؟	کارورز	۲۳	۱۷	۳۳
			%۳۱/۵۰	%۲۳/۲۸	%۴۵/۲۰
		دستیار	۲۰	۱۰	۱
			%۶۴/۵۱	%۳۲/۲۵	%۳/۲۲
۳	تا چه اندازه با تدریس درس اخلاق پزشکی به روش بحث گروهی موافقت می‌کنید؟	کارورز	۶۹	۴	۰
			%۹۴/۵۲	%۵/۴۷	%۰
		دستیار	۲۸	۲	۱
			%۹۰/۳۲	%۶/۴۵	%۳/۲۲
۴	تا چه اندازه با تدریس درس اخلاق پزشکی به روش شبیه‌سازی شرایط موافقت می‌کنید؟	کارورز	۷۰	۳	۰
			%۹۵/۸۹	%۴/۱۰	%۰
		دستیار	۲۹	۲	۰
			%۹۳/۵۴	%۶/۴۵	%۰
۵	تا چه اندازه با تدریس درس اخلاق پزشکی به روش قرار گرفتن در برابر یک مورد بالینی موافقت می‌کنید؟	کارورز	۷۱	۲	۰
			%۹۷/۲۶	%۲/۷۳	%۰
		دستیار	۳۱	۰	۰
			%۱۰۰	%۰	%۰

پزشکی در برنامه درسی پزشکی جدید دانشگاه گلاسکو بر رفتار دانشجویان در مواجهه با تنگناهای اخلاقی، پیشنهاد می‌کند، تدریس در گروه‌های کوچک می‌تواند بیشتری تأثیر را در پیشرفت اخلاقی دانشجویان نسبت به تدریس به روش سخنرانی و تدریس در گروه‌های بزرگ داشته باشد. وی برای دستیابی به اهداف برنامه درسی اخلاق پزشکی، پیشنهاد می‌کند که اساتید باید دانشجویان را قادر سازند به طور نقادانه درباره مسائل اخلاقی فکر کنند و عقاید خود را درباره اخلاق منعکس کنند، و گاهی اوقات از شیوه‌های رقابتی استفاده کنند تا دانشجویان بتوانند برای شرکت در بحث‌های آگاهانه به صورت متقابل بحث کنند (۱۵).

در مورد روش ارزیابی دانسته‌های دانشجو از درس اخلاق پزشکی نتایج نشان داد که گروه کارورز دانسته‌های دانشجو از درس اخلاق پزشکی را در سطح کم و متوسط می‌دانستند در حالیکه در گروه دستیار روش ارزیابی دانشجو از درس اخلاق پزشکی بیشتر در سطح متوسط و سپس در سطح زیاد ارزیابی کردند. بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر روش ارزیابی دانسته‌های دانشجو از درس اخلاق پزشکی اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت.

مورد درس اخلاق پزشکی مورد نظر سنجی قرار داد. نتایج آنها نشان داد که می‌زان رضایتمندی دانشجویان از تدریس اخلاق پزشکی مستقیماً به می‌زانی که به آن‌ها تدریس می‌شود بستگی دارد (۱۳).

در مورد بهترین روش یادگیری درس اخلاق پزشکی، هر دو گروه دستیار و گروه کارورز بهترین روش را جفتی-گروهی می‌دانستند. باین حال بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر بهترین روش یادگیری درس اخلاق پزشکی اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۵ درصد وجود داشت. در گروه دستیار روش تکالیف را به هیچ عنوان توصیه نمودند در حالیکه این روش در گروه کارورز پیشنهاد شد.

دشواری در آموزش اغلب ناشی از تنوع دیدگاه‌های پزشکان و جامعه‌ای است که با موارد مشکلات اخلاقی مواجه می‌شوند. در واقع استادان می‌بایست به نحوی به دانشجویان آموزش دهند که پزشک بتواند همراه با تعهد علمی، به عقاید اخلاقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای خود، تصمیم‌گیری درستی انجام دهد (۱۴). اغلب پزشکان و دانشجویان پزشکی از ناتوانی روش سنتی در جهت دستیابی به این اهداف، نگران بوده‌اند و از این رو، تلاش عمومی جهت بهبود روش آموزش صورت گرفته است. گولدی و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی تأثیر آموزش اخلاق

در مورد اینکه تدریس اخلاق پزشکی یکی از جنبه‌های مهم آموزش پزشکی است، وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که هر دو گروه کارورز و دستیار اتفاق نظر در مورد اینکه آموزش اخلاق پزشکی در یک دوره مدون، در روند مراقبت از بیماران بسیار مهم است، داشتند. نتایج این مطالعه با نتایج مظفری (۱۳۹۰) که اظهار داشت ۸۵.۴ درصد ضرورت وجود درس را اعلام کردند مطابقت دارد (۱۹).

نتایج مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که می‌انگین نمره اخلاق پزشکی از نظر کارکنان در مقایسه با مدیران و بیماران بالاتر بود. ارتباط با همکاران و رعایت حقوق بیمار با بالاترین و کمترین امتیاز به ترتیب گزارش شد. نتایج این مطالعه نشان داد که اخلاق پزشکی در بیمارستان‌های استان مازندران مطلوب است؛ اما ارزیابی مداوم ابعاد مختلف اخلاق پزشکی برای شناسایی نقاط ضعف و قوت و در نتیجه تصمیم‌گیری مناسب برای ارائه خدمات پیشرفته مورد نیاز است (۲۰).

نتایج مطالعه هاشیم^۳ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که دانشجویان به‌طور مکرر در طول آموزش با تناقضات اخلاقی روبرو می‌شوند اما فقط سطح متوسطی از آموزش اخلاق را در دانشکده پزشکی را دریافت می‌کنند. آن‌ها متذکر شدند که آموزش آن‌ها تا حدودی به حل تناقضات اخلاقی کمک کرده است. دانش آموزان اهمیت آموزش اخلاق را به‌شدت تأیید کردند و مدل نقش مثبت^۴ را به‌عنوان روش یادگیری ترجیحی تأیید نمودند. همچنین دانشجویان زن در مقایسه با مردان نیاز بیشتری به آموزش اخلاقی بیشتر داشتند. دانشجویانی که رفتارهای غیرحرفه‌ای را تجربه کرده‌اند، از نگرش محدودتری از اهمیت اخلاق پزشکی داشتند. در کل نتایج گویای آن بود دانشجویان پزشکی نگرش مثبتی به آموزش اخلاق داشتند و روش‌های هماهنگ بالینی را برای یادگیری ترجیح می‌دهند (۲۱).

در بررسی نظر پاسخ دهندگان در مورد بهترین مقطع آموزشی برای تدریس درس اخلاق پزشکی نتایج نشان داد که از نظر گروه کارورز بهترین مقطع آموزشی برای تدریس درس اخلاق پزشکی مقطع کارآموزی است. در حالیکه در گروه دستیار بهترین مقطع آموزشی برای تدریس درس اخلاق پزشکی را مقطع کارورزی دانستند. نتایج مطالعه ارسلان (۲۰۱۹) نشان داد که اخلاق زیستی در سال سوم دوره کارشناسی پزشکی، به‌عنوان بخشی از پزشکی قانونی تدریس شود. یافته‌ها از تدریس اخلاق پزشکی در آموزش دوره کارشناسی پزشکی پشتیبانی می‌کند؛ بنابراین، می‌توان یک برنامه آموزشی مؤثر بر اساس ارزیابی نیازها برای اخلاق پزشکی تدوین کرد (۲۲). مظفری و همکاران (۱۳۹۰) نیز بهترین زمان تدریس درس اخلاق پزشکی را ترم ششم گزارش دادند (۱۹).

آرتور^۱ (۲۰۰۶) در ارزشیابی برنامه آموزشی اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه ویسکانسین، راهبردهای آموزش دانشجویان محوری و مسأله‌محوری را شناسایی کرده است. از جمله روش‌های آموزشی که در این برنامه آموزشی استفاده شده است، روش ایفای نقش و کار در گروه‌های کوچک است که به وسیله دانشجویان هدایت می‌شود و استاد مربوطه تنها به عنوان ناظر و تسهیل‌کننده یادگیری دانشجویان در جلسات عمل می‌کند (۱۶).

مجبی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه پس بررسی نگرش دانشجویان بر اساس فرانسویس کلین^۲ خود نشان دادند که واحد اخلاق پزشکی در تمام عناصر ۹ گانه نامطلوب است. کیفیت بیرونی برنامه درسی اخلاق در مؤلفه‌های دانش و نگرش در سطح متوسط قرار دارد و مؤلفه مهارت نامطلوب ارزیابی شده است. در مجموع، کیفیت درونی و بیرونی برنامه درسی اخلاق پزشکی در وضعیت نامطلوب قرار دارد. با توجه به وضعیت نامطلوب کیفیت درونی و بیرونی باید به بازنگری و طراحی مجدد برنامه درسی اخلاق پزشکی پرداخت (۱۷). در بررسی ما نظر پاسخ دهندگان پیرامون ضرورت اصلاح و بروزرسانی مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق نشان دادند که گروه کارورز ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق را متوسط می‌دانستند. در حالیکه در گروه دستیار ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق را زیاد تشخیص دادند. بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر ضرورت اصلاح و به‌روزرسانی مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت. نتایج این مطالعه تا حدودی با نتایج مطالعه غفاری و همکاران (۱۳۹۲) مشابه بود. در مطالعه آن‌ها نشان داده شد که ۷۹.۱ درصد از اعضای هیئت‌علمی با لزوم بازنگری ارزیابی این درس کاملاً موافق بوده و اعتقاد به استفاده از ابزارهای متعدد ارزیابی در اخلاق و رفتار حرفه‌ای داشتند. به‌طوری‌که همه حیطه‌های یادگیری را شامل شود و محدود به یک مقطع و دوره خاصی از برنامه آموزشی نباشد و مستمر ارزیابی باشد (۱۸).

در بررسی نظر پاسخ دهندگان در مورد پوشش مطالب ارائه شده در زمینه روابط بیمار-پزشک نتایج نشان داد که در هر دو گروه کارورز و دستیار، مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق تا حد متوسط روابط بیمار-پزشک را پوشش قرار می‌دهد. با این حال بین دو گروه دستیار و کارورز از نظر تحت پوشش قرار دادن روابط بیمار-پزشک در مطالب ارائه‌شده در درس اخلاق پزشکی اختلاف آماری معنی‌داری در سطح ۱ درصد وجود داشت.

در بررسی نظر پاسخ دهندگان در مورد تدریس اخلاق پزشکی نتایج در مورد نگرش دانشجویان در مورد تدریس اخلاق پزشکی نشان داد که در هر دو گروه کارورز و دستیار اتفاق نظر

3. Hashim et al.

4. Positive role model

1. Arthur

2. Frances Klein

implications for curricula. *Medical education*. 1987;21(4):340-9.

14. Souza AD, Vaswani V. Diversity in approach to teaching and assessing ethics education for medical undergraduates: A scoping review. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020;56:178-85.

15. Goldie J, Schwartz L, Morrison J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Medical Education*. 2000;34(6):468-73.

16. Derse AR. The evolution of medical ethics education at the Medical College of Wisconsin. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*. 2006;105(4):18-20.

17. Mohebbi Amin S, Rabiei M, Keizoori AH. A review of students' evaluation of the medical ethics curriculum. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;8(3):77-86.

18. GHAFFARI R, YAGHOUBI AR, ABBASI M, SALEK RANJBARZADEH F, HASSANZADEH SALMASI S, GOLANBAR P. OFFERING THE COMPREHENSIVE EVALUATION MODEL FOR ASSESSING MEDICAL ETHICS COURSE FROM THE PERSPECTIVE OF FACULTY MEMBERS. *MEDICAL ETHICS*. 2013;7(24).

19. Mozafari M. Evaluating an Educational Experience: Nursing Students' Viewpoints of Ilam University of Medical Sciences About New Course of Professional Ethics and Regulations in Nursing. *Medical ethics journal*. 2012;6(2).

20. MALEKZADEH R, Assadi T, ABEDINI E, Sarafraz S. Assessing Professional Ethics from the Perspective of Recipients and Service Providers in Hospitals Affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. *JOURNAL OF MAZANDARAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*. 2020;30(187 #AG0056).

21. Al Hashim A. Critical thinking and reflective practice in the science education practicum in Kuwait. *Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*. 2019(6):85-96.

22. Javaeed A. Targeted need's assessment: Medical ethics in MBBS curriculum of Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2019;35.

منابع

1. Tabli H, Rezaian M. Developing strategies for developing medical ethics education in Rafsanjan University of Medical Sciences.

2. Lovett L, Seedhouse D. An innovation in teaching ethics to medical students. *Medical Education*. 1990;24(1):37-41.

3. Fischer GS, Arnold RM. Measuring the effectiveness of ethics education. *Journal of General Internal Medicine*. 1994;9(11):655-6.

4. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Academic medicine*. 1989.

5. Holm S, Nielsen G, Norup M, Vegner A, Guldman F, Andreasen P. Changes in moral reasoning and the teaching of medical ethics. *Medical education*. 1995;29(6):420-3.

6. Brody EFTBA. Medical ethics education: Past, present, and. *Acad Med*. 1995;70:761-9.

7. Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest*. 2006;130(6):1864-72.

8. Brooks L, Bell D. Teaching, learning and assessment of medical ethics at the UK medical schools. *Journal of Medical Ethics*. 2017;43(9):606-12.

9. Mahajan R, Aruldas BW, Sharma M, Badyal DK, Singh T. Professionalism and ethics: a proposed curriculum for undergraduates. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2016;6(3):157.

10. Doukas D, McCullough L, Wear S. Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. Perspective: Medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. *Acad Med*. 2012;87(3):334-41.

11. Dibae A, Sa'adati N, Ghadakzadeh S. Evaluation of medical students and graduates' opinions on the medical ethics course in the medical school curriculum in 2006-2007. *Journal of Medical Ethics*. 2009;3(7):111-39.

12. Lafta HH. Medical students' attitudes concerning medical ethics courses in AL-Kindy medical college 2013-2014. *Al-Kindy College Medical Journal*. 2014;10(2).

13. Howe KR. Medical students' evaluations of different levels of medical ethics teaching:



Predicting mental health through the dimensions of social capital in health care network employees

Abstract

Introduction: Mental health of employees of health systems that guarantee the health of people in the community has an important role in the performance and quality of services provided by the organization. Meanwhile, the role of employees' social capital as an influential factor on all aspects of the organization can affect the mental health of individuals. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between social capital and mental health of health care personnel in Borujen.

Methods: The present study was a descriptive correlational study that was conducted in Shahrekord University of Medical Sciences in 2019. The statistical population was 1500 employees of health and treatment centers in Borujen city, out of which 389 people were selected in a stratified method and were examined using a demographic, social capital and public health standard questionnaire.

Results: Regression analysis showed that social capital in the dimensions of interaction, ethics and social responsibility can predict the mental health of employees ($P < 0.001$, $R^2 = 0.023$). However, there was no statistically significant relationship with mental health in the dimensions of social trust, social participation and public awareness ($P < 0.05$). The average of the total dimensions of social capital of the staff was 75 ± 8.40 and the average of the total mental health of the staff was 75.54 ± 13.42 . Social capital and mental health were not significantly associated with demographic variables ($P > 0.05$).

Conclusion: Considering the predictive role of social capital in the mental health of employees, managers of health organizations should be advised to continuously review the level of mental health and social capital of employees and using training and counseling sessions to increase the dimensions of social capital and thus increase the mental health of employees.

Keywords: Social Capital, Mental Health, Healthcare network employees

Article Info

Authors:

Mina Shirvani¹
Mostafa Roshanzadeh²
Mahdi Poornazari¹
Ali Tajabadi³
Firouz Khaledi*

Affiliations

1- Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

ORCID: 0000-0002-8515-146X

2- Assistant Professor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID: 0000-0002-4982-4364

1Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. ORCID: 0000-0002-9042-2789

3- Assistant Professor, School of Paramedical Sciences, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. ORCID: 0000-0001-7859-0934

*1Corresponding author: Instructor, Borujen School of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. Tel: 09132819265. Email: khaledi.f@skums.ac.ir. ORCID: 0000-0002-7093-5317



پیش بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان

اطلاعات مقاله

چکیده

مینا شیروانی^۱
مصطفی روشن زاده^۲
مهدی پورنظری^۱
علی تاج آبادی^۳
فیروز خالدی^۵ خالدی*

مقدمه: سلامت روان کارکنان سیستمهای بهداشتی نقش مهمی در عملکرد و کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان دارد. سرمایه اجتماعی کارکنان به عنوان عامل تاثیرگذار بر تمامی جنبه های سازمان میتواند بر سلامت روان افراد تاثیرگذار باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سرمایه اجتماعی با سلامت روان پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. جامعه آماری ۱۵۰۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشت و درمان شهرستان بروجن بودند که از بین آنها ۳۸۹ نفر به به روش طبقه های انتخاب و با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک، سرمایه اجتماعی و استاندارد سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: تحلیل رگرسیون نشان داد سرمایه اجتماعی در ابعاد روابط متقابل، اخلاقیات و مسئولیت اجتماعی میتواند سلامت روان کارکنان را پیشبینی کند ($P < 0.001$, $R^2 = 0.23$). ولی در ابعاد اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و آگاهی عمومی با سلامت روان رابطه آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). میانگین کل ابعاد سرمایه اجتماعی پرسنل $8 \pm 75/40$ و میانگین کل سلامت روان در پرسنل $13/42 \pm 75/54$ بود. سرمایه اجتماعی و سلامت روان با متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی داری نداشتند ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نقش پیشبینی کننده سرمایه اجتماعی در سلامت روان کارکنان بایستی به مدیران سازمانهای بهداشتی توصیه شود که بطور مداوم به بررسی سطح سلامت روان و سرمایه اجتماعی کارکنان پرداخته و با استفاده از آموزش و جلسات مشاوره در جهت افزایش ابعاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه افزایش سلامت روان کارکنان اقدام کنند.

کلید واژگان: سرمایه اجتماعی، سلامت روان، کارکنان شبکه بهداشت و درمان

وابستگی سازمانی نویسندگان

- ۱- مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
 - ۲- استادیار، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
 - ۳- استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- *نویسنده مسوول: فیروز خالدی^۵ خالدی. مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
تلفن: ۰۹۱۳۲۸۱۹۲۶۵ ایمیل: khaledi.f@skums.ac.ir کد ارکید: ۵۳۱۷-۷۰۹۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

مقدمه

سلامت روان^۱ کارکنان امروزه یکی از مهمترین مفاهیمی است که تأثیرات فراوانی بر تمامی جنبه‌های سازمانها دارد (۱،۲) و به طور وسیعی به عنوان یک دارایی مهم برای حفظ و نگهداری سلامت جامعه و توانمندی سازمان پذیرفته شده است (۳). نتایج تحقیقات و پژوهشهای سازمان بهداشت جهانی نشان میدهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روانی دارند و پیشبینی میشود که این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر خواهد شد (۴،۵). همچنین مطالعات نیز نشان میدهد که ۲۰ درصد جمعیت ایران دچار اختلالات اعصاب و روان میباشند. که این امر میتواند بر بسیاری از جنبه زندگی شغلی و خانوادگی افراد تأثیرات چشمگیری داشته باشد (۶).

سلامت روان به معنی سلامت هیجانی و روانشناختی است، به شکلی که فرد بتواند از تفکر و تواناییهای خود استفاده کند، در جامعه عملکرد داشته باشد و نیازهای معمول زندگی روزمره را برآورده سازد (۷). در سیستمهای بهداشتی که ضامن سلامتی اقبال مختلف جامعه است سلامت روان کارکنان یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار و اساسیترین جزء در رفاه و بهزیستی جامعه به شمار میرود و پیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (۸). در یک سازمان عوامل مختلفی میتوانند بر سلامت روان کارکنان تأثیرگذار بوده و آن را تضمین کنند. در این میان یکی از عواملی که نقش محوری در سلامت روانی کارکنان سازمان دارد میزان سرمایه اجتماعی^۲ است (۹).

سرمایه اجتماعی از مهمترین مفاهیمی است که امروزه تأثیر فراوانی بر تمامی جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع دارد (۱۰،۱۱). سرمایه اجتماعی با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقای سلامت روان و رفاه اجتماعی ایفا میکند (۱۲). سرمایه اجتماعی متشکل از ارتباطات فعال بین افراد است که شامل اعتماد، درک متقابل و ارزشهای مشترک و رفتارهایی است که اعضای شبکه‌های انسانی را به هم پیوند میدهد و همکاری را ممکن می‌سازد. همچنین مشارکت حقیقی را در سازمان ارتقا میدهد که منجر به موفقیت و اثربخشی سازمان میشود (۱۳).

سیستمهای بهداشتی به دلیل ماهیت کاریشان و همچنین ارتباطات با سایر افراد اجتماع بایستی در جهت افزایش سرمایه اجتماعی و سلامت روان کارکنانشان حساس بوده و عوامل موثر بر آن را شناسایی کنند (۱۴). کارکنان آموزش دیده و تحصیل کرده نیازمند محیطی هستند که به آنها انگیزه رشد و توسعه را بدهد، چنین محیطی تنها از راه سرمایه‌گذاری

روی سرمایه اجتماعی محقق خواهد شد (۱۵). همچنین بایستی به این امر توجه کرد که دیگر نمیتوان رفاه اجتماعی را صرفاً توسط مولفه‌های مستقیم اقتصادی و مادی تضمین کرد و علاوه بر آن باید منابع جامعه مدنی از جمله سرمایه‌های اجتماعی کارکنان را فعال و بسیج کرد (۱۶). از طرف دیگر، مزایای زیادی برای سازمانهای با سطح بالایی از سرمایه اجتماعی وجود دارد به عنوان مثال روابط اعتماد گونه، کاهش هزینه‌های مبادله به خاطر سطح بالای اعتماد و روحیه همکاری، کاهش نرخ جابجایی در سازمان و کاهش هزینه‌های تفکیک، آموزش و استخدام، اجتناب از گسیختگیهای مرتبط با تغییرات دائمی کارکنان، حفظ اطلاعات با ارزش سازمان (۱۷)، (۱۸).

آنچه به عنوان چالش در مطالعات مختلف در زمینه سلامت روان و سرمایه اجتماعی مطرح است جنبه‌های مختلف و متعدد این پدیدهها است که امروزه با توجه به ماهیت حرفهها و سازمانهای مختلف نیازمند مطالعات بیشتری است (۱۹، ۲۰). در سیستمهای بهداشتی نیز با وسعت مشاغل و حرفه‌های موجود بایستی این امر مدنظر قرار بگیرد که کارکنان سیستمهای بهداشتی به دلیل شرایط خاص شغلیشان نیازمند برخورداری از سلامت روان هستند و سلامت روان در محیطهای شغلی مختلف تحت تأثیر عوامل و شرایط مختلفی است که میتواند سلامت روان کارکنان را متاثر سازد (۲۱، ۲۲). همچنین بررسی سرمایه اجتماعی کارکنان به عنوان یک متغیر که در محیطهای بهداشتی میتواند بر سلامت افراد تأثیرگذار باشد نیازمند توجه بیشتری است (۱۵). درست است که مطالعات مختلف به بررسی مفهوم سلامت روان و سرمایه اجتماعی در حرفه‌های مختلف پرداخته‌اند ولی بسیاری از جنبه‌های این مفاهیم خصوصاً در محیط سیستم بهداشتی نیازمند مطالعه بیشتری است (۲۳، ۲۴، ۲۵).

مطالعاتی مختلفی به بررسی سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامت روان پرداخته‌اند. بررسی نتایج مطالعات مختلف در این زمینه نشان میدهد که سرمایه اجتماعی میتواند تأثیرات گوناگونی را بر متغیرهای مختلف سازمانی در گروه‌های مختلف داشته باشد. دای و گیون^۳ (۲۰۲۱) تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان خانواده‌های چین را مفید دانسته است (۳). احسان و دیسیلوا^۴ (۲۰۱۵) سرمایه اجتماعی را یک عامل محافظت کننده در زمینه اختلالات روان افراد بیان کرده است (۹). فیروزبخت و همکاران (۲۰۱۸) نیز رابطه بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی فردی و کل محیط کار را معیندار گزارش کرده است (۱۱).

3- Dai & Gun

4- Ehsan & De Silva

1. Mental health

2. Social capital

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن بودند. تعداد حجم نمونه مطابق فرمول حجم نمونه و بر اساس مطالعه دیا و گیون (۲۰۲۱) (۳) و با توجه به حداقل حجم نمونه برای انجام مطالعات رگرسیون تعداد ۴۱۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای انجام شد به طوری که ابتدا کل مراکز بهداشت و درمان شهرستان که ۵۴ مرکز بودند بر اساس نوع مرکز، به سه طبقه مراکز خدمات جامع سلامت شهری (۱۳ مرکز)، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (۱۶ مرکز) و خانه‌های بهداشت (۲۵ مرکز) تقسیم شده و سپس نمونه‌گیری از تمامی مراکز بهداشتی و درمانی هر طبقه به صورت تصادفی انجام شد. جهت انجام نمونه‌گیری تصادفی ابتدا با استخراج لیست کارکنان مرکز بهداشت یک شماره به آنها اختصاص یافته و سپس به صورت قرعه‌کشی نسبت به انتخاب آنها در هر طبقه اقدام شد. معیار ورود به مطالعه شامل حداقل ۶ ماه سابقه خدمت در مرکز بهداشت و درمان و عدم داشتن بیماری روانی شناخته شده بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل کارکنان دارای تحصیلات غیرمرتبط و همچنین مدرک تحصیلی زیر دیپلم بود.

در این مطالعه به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزار زیر استفاده شد.

(۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته: این پرسشنامه برای جمع‌آوری متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی طراحی شده است. (۲) پرسشنامه سرمایه اجتماعی: این پرسشنامه توسط محققین طراحی شد و شامل ۲۸ سوال در ۶ زیرمقیاس اعتماد اجتماعی^۱ (۴ سوال)، روابط متقابل^۲ (۶)، مشارکت اجتماعی^۳ (۳)، اخلاقیات^۴ (۴)، آگاهی عمومی^۵ (۴) و مسئولیت اجتماعی^۶ (۷) است. گزینه‌های این پرسشنامه مطابق لیگرت از سطح ضعیف (۱) تا عالی (۵) بود. نحوه نمره‌گذاری در این پرسشنامه از ۲۸ تا ۱۴۰ منظور گردید. که نمره بالاتر نشانگر سطح سرمایه اجتماعی بالاتر بود. دامنه نمرات پرسشنامه نیز شامل نمرات ۲۸-۵۶ (سطح ضعیف سرمایه اجتماعی)، نمرات ۸۴-۵۷ (سطح متوسط سرمایه اجتماعی)، نمرات ۱۱۲-۸۵ (سطح خوب سرمایه اجتماعی) و نمرات ۱۳۰-۱۱۳ (سطح عالی سرمایه اجتماعی)،

بود. پایایی این پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ و با حجم نمونه ۳۰ نفری از واحدهای پژوهش ۰/۷۸ محاسبه شد. پرسشنامه استاندارد سلامت روان^۷: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۸ (۱۹۷۹) جهت اندازه‌گیری سلامت روان عمومی ساخته شده است (۲۸). در این مطالعه فرم ۲۸ سوالی آن مورد استفاده قرار گرفته است که سئوالات آن در بر گیرنده چهار زیرمقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی (سوال ۱-۷)، اضطراب (سوال ۸-۱۴)، اختلال عملکرد اجتماعی (سوال ۱۵-۲۱) و افسردگی (۲۲-۲۸) می‌باشد. روش نمره‌گذاری مطابق لیگرت (۱۰-۳-۲) است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ بود. دامنه نمرات این پرسشنامه نیز شامل نمرات صفر تا ۲۸ (سلامت روان ضعیف)، ۲۹-۵۶ (سطح متوسط سلامت روان) و نمره ۵۷-۸۴ (سطح خوب سلامت روان) است. نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر می‌باشد (۳۰، ۲۹). در ایران نظیفی و همکاران (۱۳۹۲) این پرسشنامه (۲۸ سوالی) را در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد روایی و پایایی قرار داد. روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی با یک راه حل ۴ عاملی نشان داد که این ۴ عامل ۰/۶۰ از واریانس کلی را تایید می‌کنند. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد گزارش شد (۳۱). پایایی این پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ و با حجم نمونه ۳۰ نفری از واحدهای پژوهش ۰/۸۳ محاسبه شد.

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن، محقق به مراکز بهداشت و درمان در سطح شهر و روستا مراجعه و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه به آنها تحویل و در زمینه هدف مطالعه و روش تکمیل پرسشنامه اطلاعاتی داده شد. به واحدهای پژوهش جهت ورود و خروج از مطالعه آزادی کامل داده شده و در زمینه محرمانه بودن اطلاعاتشان در روند تجزیه و تحلیل و همچنین انتشار نتایج اطمینان داده شد. جهت تکمیل پرسشنامه به کارکنان فرصت کافی داده شده و یک هفته بعد محقق با مراجعه به مراکز مورد نظر پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری کرد. کل روند جمع‌آوری پرسشنامه یک ماه (تیر تا مرداد ۱۳۹۹) طول کشید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار، درصد و فراوانی) و تحلیلی (تیتست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

1. Social trust
2. Interaction
3. Social participation
4. Morality
5. Public awareness
6. Social responsibility

7. Goldberg mental health questionnaire

8. Goldberg

جدول ۱- مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان کارکنان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک (n=۳۸۹)

متغیر	تعداد	درصد	سرمایه اجتماعی (انحراف معیار ± میانگین)	سلامت روان (انحراف معیار ± میانگین)
جنسیت	مرد	۱۱۵	۱۱۰/۱۴ ± ۸/۵۶	۵/۶۴ ± ۹۳/۱۷
	زن	۲۷۴	۹۶/۷ ± ۴۴/۴	۴/۴۹ ± ۱۲/۳
	سطح معنی داری (آماره آزمون)			P=۰/۲۴۳ (t=۳/۲۳)
سن	زیر ۳۰ سال	۶۳	۱۱۱/۷ ± ۱۵/۵۲	۴/۷۲ ± ۶/۶۵
	۳۱-۴۰	۱۳۹	۹۱/۷ ± ۴۴/۰۴	۹/۶۷ ± ۴۶/۷۷
	بالتر از ۴۱	۱۸۷	۹/۷۹ ± ۰۴/۱۲	۲/۶۶ ± ۰۶/۷۷
	سطح معنی داری (آماره آزمون)			P=۰/۰۶۸ (F=۲۳/۳)
وضعیت تاهل	مجرد	۵۹	۹۰/۸ ± ۰۴/۷۲	۷/۷۷ ± ۰۸/۹۴
	متاهل	۳۳۰	۹۸/۷ ± ۰۹/۸۷	۱۱/۷۰ ± ۳۸/۶۷
	سطح معنی داری (آماره آزمون)			P=۰/۱۳۱ (F=۵/۱۱)
سطح تحصیلات	زیر فوق دیپلم	۳۲	۱۰۱/۶ ± ۳۶/۲۷	۸/۴۲ ± ۱۸/۰۲
	فوق دیپلم	۲۲۸	۸۶/۷ ± ۱۵/۰۷	۵/۶۸ ± ۲۸/۳۵
	لیسانس	۱۲۰	۶/۸۵ ± ۳۶/۲۷	۵/۶۸ ± ۲۸/۳۵
	فوق لیسانس	۹	۱۱۲/۶ ± ۳۶/۲۷	۵/۵۳ ± ۲۸/۳۵
	سطح معنی داری (آماره آزمون)			P=۰/۳۲۷ (F=۰۹/۵)
رشته تحصیلی	بهداشت عمومی	۵۲	۱۳۲/۹ ± ۰۶/۱۹	۱۱/۷۸ ± ۲۸/۲۵
	بهداشت خانواده	۱۲۹	۶۹/۸ ± ۹۶/۲۸	۶/۶۶ ± ۲۷/۰۱
	بهداشت محیط	۵۴	۱۲۳/۶ ± ۶۷/۱۷	۷/۵۰ ± ۱۸/۴۵
	بهداشت حرفه‌ای	۴۷	۹۲/۸ ± ۱۶/۲۲	۶/۵۷ ± ۲۲/۱۸
	مبارزه با بیماری‌ها	۴۸	۹۹/۷ ± ۹۶/۹۷	۵/۵۸ ± ۰۸/۳۶
	علوم آزمایشگاهی	۲۷	۱۱۳/۱۲ ± ۴/۲۸	۷/۵۸ ± ۴۶/۳۵
	مامایی	۳۲	۱۰۹/۷ ± ۸۶/۴۷	۹/۶۳ ± ۰۱/۲۵
	سطح معنی داری			P=۰/۰۲۷

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان (n=۳۸۹)

میانگین و انحراف معیار (M±SD)	سرمایه اجتماعی
۵±۰۲/۸۶	اعتماد اجتماعی
۱۱±۶۵/۱۱	روابط متقابل
۸±۷۰/۶۱	مشارکت اجتماعی
۵±۰۱/۸۲	اخلاقیات
۷±۹۹/۶۶	آگاهی عمومی
۱۲±۷۱/۸۲	مسئولیت اجتماعی
۸±۴۰/۷۵	کل

یافته‌ها

از کل ۴۱۵ پرسشنامه توزیع شده، ۳۹۵ پرسشنامه جمع‌آوری و ۶ پرسشنامه به دلیل اطلاعات ناقص از روند مطالعه حذف و در نهایت ۳۸۹ پرسشنامه وارد روند تجزیه و تحلیل آماری شدند. نتایج آزمون اسمیرنوف کولموگروف^۱ حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود ($P < 0/05$). از نظر ویژگی‌های دموگرافیک بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش زن (۷۰/۵) و متأهل (۸۴/۸۴) و در دامنه سنی بیشتر از ۴۰ سال (۴۸/۳۸) قرار داشتند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم (۵۱/۶۱) و کمترین آنها دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس (۲/۳۳) بودند. همچنین آزمون‌های آماری تی‌تست و آنالیز واریانس نشان داد که میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روان بر حسب ویژگی‌های مختلف دموگرافیک معنی‌دار نبود ($P \leq 0/05$). نتایج در جدول ۱ بیان شده است.

میانگین کل سرمایه اجتماعی کارکنان $75 \pm 8/40$ ارزیابی گردید. ۲۷/۲۷ درصد از کارکنان دارای سطح ضعیف سرمایه اجتماعی، ۴۸/۵ درصد از کارکنان دارای سطح متوسط، ۱۵/۷۵ درصد دارای سطح خوب و ۸/۴۸ درصد دارای سطح عالی سرمایه اجتماعی بودند. در این میان بیشتر کارکنان دارای سطح سرمایه اجتماعی متوسط بودند. نتایج مربوط به ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی کارکنان در جدول ۲ بیان شد.

میانگین کلی سلامت روان در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن $75/54 \pm 13/42$ ارزیابی گردید. ۳۳/۳۴ درصد از کارکنان دارای سطح ضعیف سلامت روان، ۵۰/۳ درصد دارای سطح متوسط و ۱۶/۳۶ درصد دارای سطح سلامت روان خوب

بودند. نتایج مربوط به ابعاد مختلف سلامت روان کارکنان در جدول ۳ بیان شد.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون در زمینه ارتباط بین متغیرهای سلامت روان و سرمایه اجتماعی حاکی از ارتباط مثبت و معناداری بین این دو متغیر ($P > 0/001$ ، $r = 0/15$) بود. آزمون رگرسیون جهت پیش‌بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی حاکی از آن بود که ۲ صدم درصد از تغییرات سلامت روان کارکنان توسط سرمایه اجتماعی قابل پیش‌بینی است ($R^2 = 0/023$). از میان ابعاد سرمایه اجتماعی، ابعاد روابط متقابل، اخلاقیات و مسئولیت اجتماعی می‌توانند به‌طور معنی‌داری سلامت روانی را پیش‌بینی کنند ($P > 0/001$). مقدار بتای استاندارد نشده نشان داد که سهم بعد روابط متقابل در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۴۲) و سهم بعد اخلاقیات در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۲۴) و سهم بعد مسئولیت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روانی (۰/۱۴۴) بود. از میان این ابعاد بعد مسئولیت اجتماعی بیشترین سهم را در پیش‌بینی سلامت روانی کارکنان داشته است. مقدار بتای استاندارد شده نشان داد که با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد روابط متقابل، ۰/۰۷ انحراف استاندارد به سلامت روان ($\beta = 0/078$) استاندارد شده) و با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد اخلاقیات، ۰/۱۷ انحراف استاندارد به سلامت روانی ($\beta = 0/179$) استاندارد شده) و با افزایش یک واحد در انحراف استاندارد در بعد مسئولیت اجتماعی، ۰/۱۰ انحراف استاندارد به سلامت روانی اضافه خواهد شد ($\beta = 0/107$) استاندارد شده). نتایج مربوط به آزمون رگرسیون در جدول ۴ بیان شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سلامت روان در کارکنان شبکه بهداشت و درمان (n=۳۸۹)

سلامت روان	میانگین و انحراف معیار (M±SD)
علائم جسمانی	۷±۶۵/۱۲
اضطراب	۹±۷۱/۱۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۵±۴۸/۴۲
افسردگی	۱۱±۴۱/۰۲
کل	۵۴/۷۵ ۱۳±/۴۲

جدول ۴- پیش‌بینی سلامت روان از طریق ابعاد سرمایه اجتماعی در کارکنان مراکز بهداشت و درمان (n= ۳۸۹)

متغیرهای پیش‌بین	β استاندارد نشده	خطای معیار	β استاندارد شده	مقدار t	p-value	مقدار R	مقدار R ^۲	R ^۲ تعدیل شده (ADJ)
مقدار ثابت	۴۹/۶۷	۸۷/۰	-	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۳	۰/۰۲۳	۰/۰۲
اعتماد اجتماعی	۰/۲۵۳	۰/۰۵۴	۰/۱۶۱	۱/۷۵۶	۰/۱۳۱			
روابط متقابل	۰/۱۴۲	۷۳/۲	۰/۰۷۸	۲/۱۵۷	۰/۰۲۰			
مشارکت اجتماعی	۰/۲۰۵	۰/۱۶۳	۰/۰۹۹	۱/۱۷۰	۰/۰۷۳			
اخلاقیات	۰/۱۲۴	۰/۱۰۹	۰/۱۷۹	۲/۶۰۲	۰/۰۰۵			
آگاهی عمومی	۰/۳۰۳	۰/۱۳۹	۰/۱۳۶	۱/۶۵۱	۰/۱۱۲			
مسئولیت اجتماعی	۰/۱۴۴	۰/۱۴۳	۰/۱۰۷	۲/۷۷۰	۰/۰۰۵			

بحث و نتیجه‌گیری

روانی می‌شود (۱۳). پورتل^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌شان بیان کرده‌اند که روحیه خلاقیت در محیطه‌ای کاری می‌تواند زمینه‌ساز سلامت روانی افراد باشد (۳۲). حسینی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه‌اش خودکارآمدی را به عنوان یک عامل موثر در سلامت روان پرستاران معرفی کرده‌اند (۳۳).

ایالیس^۳ (۲۰۱۹) در مطالعه‌اش بیان کرده است که وجود جو اخلاقی در سازمان‌های بهداشتی می‌تواند بر سلامت روان افراد در سیستم‌های بهداشتی تاثیر داشته باشد (۳۴). گلدریسی^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در تعریف جدیدی از سلامت روانی به مفهوم رفاه و بهره‌وری اشاره کرده و بیان کردند که نزدیکترین مفهوم متناسب با سلامت روانی، دستیابی افراد به احساس

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در کارکنان مراکز بهداشت و درمان بوده است. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که ابعاد روابط متقابل، مسئولیت اجتماعی و اخلاقیات بطور معنی‌داری می‌توانند سلامت روان کارکنان را پیش‌بینی کنند. احسان و اسپانی^۱ (۲۰۱۵) بیان کرد که متغیرهای مختلفی همانند ارتباطات آنها با یکدیگر و مسئولیت پذیریشان می‌تواند نقش زمینه‌ساز مهمی در بهبود سلامت روان داشته باشد (۲۱). رضایی‌نسب و فتوحی (۱۳۹۴) بیان کرده‌اند که وجود سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش اضطراب، افزایش توان سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت

3. Purtle
3. Eales
4- Galderisi

1. Ehsan & Spini

جامعه موثر باشد (۵). کووس و زانز دی گالدینو^۶ (۲۰۲۰) در زمینه بررسی عوامل موثر بر سلامت روان در ترکیه به نقش سن و درآمد اشاره می‌کند که در برخی از افراد شرایط اختلال در سلامت روان را ایجاد کنند (۲۵). در تحلیل نتایج مطالعات مختلف بایستی گفت سطح سلامت روان افراد نیز می‌تواند مختلف باشد و این سلامت برای کارکنان سیستم بهداشتی که خود با سلامت افراد جامعه سروکار دارند از اهمیت بیشتری برخوردار است.

بطور کلی بایستی گفت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برخی از ابعاد سرمایه اجتماعی می‌توانند بطور معنی‌داری سلامت روان کارکنان در سیستم بهداشتی را پیش‌بینی کنند. در زمینه کاربرد نتایج بایستی گفت مدیران و برنامه‌ریزان حوزه بهداشت و درمان بایستی در زمینه افزایش سرمایه اجتماعی کارکنان و در نتیجه ارتقای سلامت روان کارکنان برنامه‌ریزی‌های لازم را انجام دهند. با توجه به اینکه ابعاد مسئولیت اجتماعی، روابط متقابل و اخلاقیات در بین سایر ابعاد سرمایه اجتماعی توانستند بطور معنی‌داری سلامت روان را در کارکنان پیش‌بینی کنند بایستی برنامه‌ریزی و اقدامات عملکردی در زمینه این متغیرها انجام شود. بررسی مداوم سیستم ارزشی و اخلاقیات افراد و تطابق آن با اهداف و ارزش‌های سازمان بایستی بطور مداوم صورت بگیرد. همچنین آموزش کارکنان در زمینه ارزشهای اخلاقی در محیط کاری می‌تواند در راستای ارتقای سلامت روان آنها موثر باشد. بررسی کلاس‌های آموزشی و همچنین جلسات مشاوره در زمینه افزایش مهارت‌های مسئولیت‌پذیری و ارتباطات بین فردی و درون گروهی می‌تواند در کارکنان سیستم بهداشتی نقش موثری در بهبود سرمایه اجتماعی کارکنان و در نتیجه سلامت روان آنها داشته باشد. بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت روان و ابعاد آنها در کارکنان بطور مداوم توسط مدیران سازمان‌های بهداشتی می‌تواند جهت کنترل این متغیرها در کارکنان و اقدامات موثر در این زمینه موثر باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ابزار پژوهشگر ساخته سرمایه اجتماعی اشاره کرد. هر چند این ابزار توسط محققین مورد روایی و پایایی قرار گرفته است ولی روند استانداردسازی و انجام روایی ساختاری آن به علت فرصت اندک امکان‌پذیر نبود.

برای آشکار شدن ابعاد مختلف عوامل موثر بر سلامت روان و نقش سرمایه اجتماعی در آنها توصیه می‌شود سایر مطالعات مختلف کمی و کیفی نیز در این زمینه و در سایر کارکنان و گروه‌های شغلی مختلف انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که ابزارهایی همانند سرمایه اجتماعی در بستر سیستم‌های بهداشتی با ویژگی‌های سازمانی خاصشان

رفاه و بهره‌وری است (۳۵). لو و سان^۲ (۲۰۲۰) بیان کرده‌اند که سرمایه اجتماعی تأثیر میانجیگری کاملی بر ارتباط بین سرمایه اجتماعی و شاخص‌های سلامت روان دارد (۱۴). گونگ^۳ و همکاران^۴ (۲۰۲۱) بیان کردند که سرمایه اجتماعی از طریق بهبود وضعیت اجتماعی بر رفاه روانی مهاجران تأثیر دارد (۱۹).

در تحلیل نتایج مختلف که به بررسی روابط مختلف سرمایه اجتماعی و سلامت روانی پرداخته‌اند بایستی گفت طیف متعددی از عوامل به عنوان میانجی‌گر می‌تواند در این ارتباط نقش داشته باشد. البته بایستی گفت سرمایه اجتماعی و مولفه‌های آن چون با ظرفیت هوش اجتماعی افراد و کارکنان و رابطشان با افراد جامعه در ارتباط نزدیکی است لذا می‌تواند هم بر سلامت روان موثر بوده و هم از سلامت روان تأثیر بپذیرد. نتایج مطالعه حاکی از سطح متوسط ظرفیت اجتماعی کارکنان بود. فلوریس^۳ و همکاران^۳ (۲۰۱۸) بیان کردند که سطح ظرفیت اجتماعی در گروه‌های مختلف متفاوت بوده و تحت تأثیر شرایط مختلفی است (۲۰). رضایی‌نسب و همکاران^۴ (۱۳۹۴) نیز دریافته‌اند که ابعاد سرمایه اجتماعی، در بین دانشجویان تهرانی سطح متوسطی را داشته است (۱۳). بامفور و همکاران^۳ (۲۰۲۱) سطح ظرفیت اجتماعی را در گروه اقلیت پایین گزارش کرده است (۱۷). فیروزبخت و همکاران^۳ (۲۰۱۸) نیز سطح سرمایه اجتماعی در کارکنان را پایین گزارش کرده است (۱۱).

تحلیل نتایج مطالعات مختلف در گروه‌های مختلف افراد نشان داد که افراد می‌توانند سطح مختلفی از سرمایه اجتماعی را داشته باشند. همچنین ابعاد مختلف آن در گروه‌های مختلف، متفاوت گزارش شده بود. در این زمینه بایستی گفت که سرمایه اجتماعی، برخلاف سرمایه انسانی یا سرمایه فیزیکی، مفهومی است که بسیار فراتر از دارایی‌هایی است که یک فرد در اختیار دارد و منحصراً نتیجه روابط اجتماعی معنی‌داری است که افراد در طول زمان بر روی آن سرمایه‌گذاری می‌کنند لذا ویژگی‌هایی همانند ارتباطات فعال بین افراد به صورت درک متقابل، ارزش‌های مشترک در یک گروه مشترک می‌تواند در سطح و میزان سرمایه اجتماعی موثر باشد.

نتایج نشان داد که سطح سلامت روان نیز در مطالعه حاضر متوسط بود. کامیس^۴ (۲۰۲۱) سطح سلامت روان والدین و تأثیراتش را بر روی اختلالات فرزندان در آمریکا متوسط به بالا گزارش کرده است (۷). آکینیمی^۵ (۲۰۱۶) نیز سطح سلامت روانی افراد جامعه نیجریه در آفریقا را متغیر دانسته و بیان میکند عوامل مختلفی می‌تواند در سطح سلامت روانی افراد

2- Sun & Lu

2- Gong

3- Flores

4. Kamis

5. Akinyemi

- 7) Kamis C. The Long-Term Impact of Parental Mental Health on Children's Distress Trajectories in Adulthood. *Journal: Society and Mental Health*. 2021; 11(1): 54. doi: 10.1177/2156869320912520
- 8) Hathi P, Coffey D, Thorat A, Khalid N and Navaneetham K. When women eat last: Discrimination at home and women's mental health. *Journal: PLOS ONE*. 2021; 16(3): e0247065. doi: 10.1371/journal.pone.0247065.
- 9) Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69(10):1021-8. doi: 10.1136/jech-2015-205868. Epub 2015 Jul 15.
- 10) Lebenbaum M, Laporte A, de Oliveira C. The effect of mental health on social capital: An instrumental variable analysis. *Soc Sci Med*. 2021; 272:113693. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113693. Epub 2021 Jan 9.
- 11) Firouzbakht M, Tirgar A, Oksanen T, Kawachi I, Hajian-Tilaki K, Nikpour M, Mouodi S, Sadeghian R. Workplace social capital and mental health: a cross-sectional study among Iranian workers. *BMC Public Health*. 2018; 794:(1)18. doi: 10.1186/s12889-018-5659-3.
- 12) Xue X, Reed WR, Menclova A. Social capital and health: a meta-analysis. *J Health Econ*. 2020; 72:102317. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102317. Epub 2020 Jun 1.
- 13) Rezaei Nasab Z, Fotuhi S. A Study on Gender Differences of Social Capital among Social Sciences Students of Tehran Kharazmi University. *Women's Psychological Social Studies*. 13(1):33-62 :2015 . [Persian]
- 14) Sun Q, Lu N. Social Capital and Mental Health among Older Adults Living in Urban China in the Context of COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):7947. doi: 10.3390/ijerph17217947
- 15) Morgan A, Svedberg P, Nyholm M, Nygren J. Advancing knowledge on social capital for young people's mental health. *Health Promot Int*. 2021; 36(2):535-547. doi: 10.1093/heapro/daaa055.
- 16) Wang C, Zhang T, Xu W, Ruan H, Tang J. Social Capital, Technological Empowerment,

طراحی و مورد استاندارد سازی قرار بگیرند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش منتج از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1393.9-24 است که در دانشگاه علوم پزشکی شهرداری به تصویب رسید. بدین وسیله از معاونت محترم بهداشتی و نیز معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرداری که با انجام این پژوهش موافقت نموده و نیز کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بروجن که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزار می‌نماییم.

منابع

- 1) Carr D. Mental health of older widows and widowers: Which coping strategies are most protective? *Journal: Aging & Mental Health*. 2020; 24(2): 291. doi: 10.1080/13607863.2018.1531381.
- 2) Xiang M, Xiangli Gu, Jackson A, Zhang T, Wang X and Guo Q. Understanding adolescents' mental health and academic achievement: Does physical fitness matter? *Journal: School Psychology International*. 2017; 38(6): 647. doi: 10.1177/0143034317717582
- 3) Dai X, Gu N. The Impact of Social Capital on Mental Health: Evidence from the China Family Panel Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 19(1):190. doi: 10.3390/ijerph19010190.
- 4) Andersson AM. Modern Social Hierarchies and the Spaces between: How Are Subjective Status Inconsistencies Linked to Mental Well-Being? *Journal: Social Psychology Quarterly*. 2018; 81(1): 48. doi: 10.1177/0190272517753687.
- 5) Akinyemi OO, Owoaje EF and Cadmus EO. In Their Own Words: Mental Health and Quality of Life of West African Refugees in Nigeria. *Journal: Journal of International Migration and Integration*. 2016; 17(1): 273. doi: 10.1007/s12134-014-0409-6
- 6) Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, Akhondzadeh S, Faghihzadeh E, Nouri B. Mental health survey of the adult population of Iran in 2015. *Arch Iran Med*. 2017; 20(3): 128-124. [Persian]

- doi: 10.1371/journal.pone.0232344.
- 26) Saeedi Moghadam M, Radpoush R. Assessment of Relationship between Social Capital and Mental Health among Adolescents. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry. 2015. Tehran. Iran [Persian].
- 27) Rotenberg M, Anderson KK, McKenzie K. Social capital and psychosis: a scoping review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020; 55(6):659-671. doi: 10.1007/s00127-019-01812-9.
- 28) Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine.* 1979. 9:139-145.
- 29) Goldberg DP & Williams P. A users' guide to the General Health Questionnaire. U. K: NFER Nelson. 1988.
- 30) Parkes KR. Field dependence and the factor structure of the General Health Questionnaire in normal subjects, *British Journal of Psychiatry.* 1982; 40: 392-400.
- 31) Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire GHQ-28 (in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. *Journal of Fasa University of Medical Sciences.* 2016; 3(4): 336-342. [Persian]
- 32) Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health.* 2020; 41:201-221. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094247.
- 33) Hosseini Z, Dadipoor S, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A, Ghanbarnezhad A. Investigating the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2018; 15(12): 921-930. [Persian]
- 34) Eales S. A focus on mental health. *Br J Nurs.* 2019; 28(18):1213. doi: 10.12968/bjon.2019.28.18.1213.
- 35) Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(3):407-411. doi: 10.12740/PP/74145.
- and Resilience in Rural China. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):11883. doi: 10.3390/ijerph182211883.
- 17) Bamford J, Klabbers G, Curran E, Rosato M, Leavey G. Social Capital and Mental Health Among Black and Minority Ethnic Groups in the UK. *J Immigr Minor Health.* 2021; 23(3):502-510. doi: 10.1007/s10903-020-01043-0.
- 18) Morgan A, Svedberg P, Nyholm M, Nygren J. Advancing knowledge on social capital for young people's mental health. *Health Promot Int.* 2021; 36(2):535-547. doi: 10.1093/heapro/daaa055.
- 19) Gong S, Xu P, Wang S. Social Capital and Psychological Well-Being of Chinese Immigrants in Japan. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2):547. doi: 10.3390/ijerph18020547.
- 20) Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53(2):107-119. doi: 10.1007/s00127-017-1469-7.
- 21) Ehsan A, Spini D. Place, social capital, and mental health: A mixed-methods case study of a community-based intervention. *Health Place.* 2020; 64:102386. doi: 10.1016/j.healthplace.2020.102386.
- 22) Drissi N, Ouhbi S, Janati Idrissi MA, Fernandez-Luque L, Ghogho M. Connected Mental Health: Systematic Mapping Study. *J Med Internet Res.* 2020; 22(8):e19950. doi: 10.2196/19950.
- 23) Xue X, Reed WR, Menclova A. Social capital and health: a meta-analysis. *J Health Econ.* 2020; 72:102317. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102317.
- 24) Panayiotou M and Humphrey N. Mental health difficulties and academic attainment: Evidence for gender-specific developmental cascades in middle childhood. *Journal: Development and Psychopathology.* 2018; 30(2): 523. doi: 10.1017/S095457941700102X.
- 25) Kose T and Sanz-de-Galdeano A. Gender, income and mental health: The Turkish case. *Journal: PLOS ONE.* 2020; 15 (4): e0232344.



The moderating role of individual and family resilience in the relationship between perceived social support and general health in infertile women

Abstract

Article Info

Introduction: Infertility has many negative individual and social consequences and infertile women are exposed to mental health problems. The aim of this study was to investigate the moderating role of individual and family resilience in the relationship between perceived social support and general health in infertile women.

Methods: The present study was a correlational study. The statistical population included infertile women referred to the infertility ward of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran in 2019-2020. Through available sampling, 361 people were selected to participate in the study. The Connor-Davidson Resilience Scale, Family Resilience Scale, Perceived Social Support Questionnaire, and General Health Questionnaire were used to collect data. Pearson correlation coefficient and regression methods were used to analyze the data using SPSS software version 22.

Results: According to the results, perceived social support, individual resilience and family resilience had a significant positive correlation coefficient with general health. The regression results showed that individual resilience has a moderating role in the relationship between social support and general health of infertile women.

Conclusion: The general health of infertile women can be improved by strengthening social support and resilience and preventing psychological harm in them.

Keywords: Social Support, Public Health, Resilience, Infertility

Authors:

Fereshteh Mirzaei *¹

Ali Delavar ²

Affiliations

1- Corresponding Author: PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran. fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir ORCID: 0000-0002-4126-1392

2- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.



نقش تعدیل کننده تاب آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور

چکیده

اطلاعات مقاله

فرشته میرزایی*^۱
علی دلاور^۲

مقدمه: ناباروری با پیامدهای منفی فردی و اجتماعی بسیاری همراه است و زنان نابارور در معرض مشکلات سلامت روان قرار دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کننده تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. از طریق نمونه گیری در دسترس ۳۶۱ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون، مقیاس سنجش تاب آوری خانواده، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه سلامت عمومی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. از روشهای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: طبق نتایج، حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب آوری فردی و تاب آوری خانوادگی دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با سلامت عمومی بودند. نتایج رگرسیون نشان داد که تاب آوری فردی در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی زنان نابارور نقش تعدیل کننده دارد.

نتیجه: بر این اساس، می‌توان سلامت عمومی زنان نابارور را با تقویت حمایت اجتماعی و تاب آوری ارتقا بخشید و از آسیب‌های روانی در آنها پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، سلامت عمومی، تاب آوری، ناباروری

وابستگی سازمانی نویسندگان

* ۱- دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir 0000-0002-4126-1392

۲- ستاد، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. 0000-0001-5922-3119

مقدمه

ناباروری می‌تواند به عنوان ناتوانی در انجام بارداری پس از مدت معقول رابطه جنسی بدون اقدامات پیشگیری از بارداری تعریف شود (۱). بر اساس مطالعات، حدود ۸۰-۵۰ می‌لیون نفر از افراد در جهان ناباروری را تجربه می‌کنند (۲). عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها می‌گردد و استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی از جمله هیجانات منفی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد (۳). طبق نتایج مطالعات، حدود ۱۵ درصد از زوجین، با استرس ناباروری مواجه می‌شوند (۴). گرچه ناباروری، باعث ایجاد مشکلات متعدد در سلامت روانی، بهزیستی عمومی، عزت نفس و روابط زوجین می‌شود ولی مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری برای زنان، نسبت به مردان، استرس‌آورتر بوده و منجر به عزت نفس پایینتر، رضایت از زندگی کمتر و افسردگی بیشتر و در نهایت افت بیشتر سلامت روان می‌شود (۵). حمایت اجتماعی از جمله متغیرهایی است که احتمالاً می‌تواند سلامت روان زنان نابارور را تحت تأثیر قرار دهد. حمایت اجتماعی به عنوان کمکها و حمایت‌های والدین، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌نماید (۶). ادراک حمایت اجتماعی به شکل مناسب می‌تواند از فردی که تحت فشارهای روانی است محافظت کند و در حفظ و برخورداری از تجربه احساسی مثبت در فرد نقش مهمی دارد (۷). چنین حمایتی می‌تواند مزایای جسمی و روانی بسیاری برای افرادی که با رویدادهای استرس‌زای جسمی، روانی و اجتماعی روبرو هستند فراهم کند و به عنوان عاملی برای کاهش پریشانی روانشناختی در مواجهه با حوادث استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود (۸). بنابراین در مواجهه با عوامل مشکلزای زندگی، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی تلقی شود که می‌زان احتمال موفقیت فرد را در غلبه بر این عوامل تنش‌زا افزایش می‌دهد (۹). در همین راستا، یافته مطالعات متعدد دال بر نقش حمایت اجتماعی درک شده در افزایش سطح راهبردهای مقابل‌های مؤثر، افزایش عملکرد فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی و طول عمر بیشتر در افراد هستند (۱۰-۱۲).

از جمله متغیرهای دیگری که به نظر می‌رسد می‌تواند در حفظ سلامت روان در زنان نابارور مؤثر باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری، توانمندی تحت شرایط تنش‌زا تعریف می‌شود (۱۳) و به عنوان فرآیندی پویا دربرگیرنده سازگاری موفق با شرایط

ناگوار است (۱۴). می‌توان گفت که تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (۱۵). تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیبه‌ها یا شرایط تهدید کننده و سازنده محیط نیست، بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت کننده فعال پیرامونی خود است (۱۶). افراد با تاب‌آوری بالا، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از مواجهه با عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبودی باز می‌گردند (۱۷). تاب‌آوری خانوادگی می‌تواند محصول عواملی در درون و بیرون خانواده باشد و شامل ویژگی‌ها، ابعاد و خصوصیات خانواده است که به خانواده کمک می‌کند تا در برابر کژکاری هنگام تغییر مقاوم باشد و در موقعیت‌های تنش‌زا، سازگاری خود را حفظ کند (۱۸). تاب‌آوری خانوادگی از طریق فرار از خطر ایجاد نمی‌شود، بلکه از طریق اعمال موفقیت‌آمیز و عوامل محافظتی از سوی اعضای خانواده برای درگیر شدن در شرایط نامطلوب و ظهور قویتر آنها ایجاد می‌شود (۱۹). یافته مطالعات گویای این است که تاب‌آوری در شرایط تنش‌زا متغیر مهمی تلقی می‌شود که در کاهش استرس، حفظ عملکرد بهینه، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازنده، موفقیت و سازگاری با شرایط نقش حیاتی دارد (۱۷-۱۵).

ناباروری وضعیتی استرس‌زا تلقی می‌شود و افراد نابارور به واسطه انبوه مشکلات معمولاً بیش از سایر افراد در معرض افت سلامت روانی و جسمانی قرار دارند و این خود می‌تواند با تشدید مشکل ناباروری آنها همراه باشد. این در حالی است که به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی و تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در بهبود و تقویت سلامت روان افراد نابارور عمل کنند. بر این اساس و با توجه به اهمیت پرداختن به مطالعاتی در زمینه آسیب‌ها و مشکلات روانی و اجتماعی افراد نابارور، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. طرح این مطالعه مصوب در کمی‌ته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB. REC.1397.093 می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء در سالهای ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند که نمونه‌های

می‌سنجد. هر بعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (=۱ کاملاً مخالف و ۷= کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. نمره بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران برای زیر مقیاسهای شخص مهم دیگر ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی آن برای بعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شده است (۲۲). خباز و همکاران ضرایب اعتبار درونی این آزمون را در یک گروه ۳۱۱ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۶۶/۱ محاسبه کردند (۲۳).

مقیاس سنجش تاب آوری خانواده (Resilience Family Scale Assessment): مقیاس تاب آوری خانواده که توسط Sixbey در سال ۲۰۰۵ ساخته شده، شامل ۶۶ سوال در ۶ حوزه ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری است (۲۴). از آزمودنی خواسته شد که بر روی مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (برابر ۱) تا کاملاً موافقم (برابر ۴) به سوالات پاسخ دهد. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس ۶۶ و حداکثر نمره ۲۶۴ بیان شده و نمره بیشتر نشانگر تاب‌آوری خانواده بیشتر است. در پژوهش Sixbey پایایی نمره کل مقیاس ۰/۹۶ و روایی ملاکی همزمان با ابزار سنجش خانواده و شاخص معنای شخصی، خوب ارزیابی شده است (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط سادات حسینی و حسین چاری، ترجمه و اعتباریابی شده است. روایی همزمان مقیاس تاب‌آوری خانواده با استفاده از مقیاس معنای زندگی و آب دیدگی تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل تاب‌آوری خانواده ۰/۹۳ و برای ابعاد آن دامنه‌های از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ محاسبه شد (۲۵).

مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون (Connor-Da-vidson Resilience Scale): کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این مقیاس ۲۵ گویهای را ساختند. این مقیاس تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) می‌سنجد (۲۶). مطالعه مقدماتی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مورد ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، روایی همگرا و واگرایی کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام

شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۲۰-۴۵ سال و داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری بود. جهت رعایت نکات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنیها قرار گرفت و به آزمودنیها اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. همچنین آزمودنیها به میل و اختیار خود و پس از تایید بخش ناباروری مرکز مربوطه مبنی بر داشتن شرایط لازم، توانستند در پژوهش شرکت کنند. از ابزارهای زیر برای جمع آوری دادهها استفاده شد:

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire): برای گردآوری داده‌های سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hillier (۱۹۷۹) استفاده شد (۲۰). این پرسشنامه خود گزارشده‌ی دارای چهار مقیاس فرعی هفت سوالی است: (۱) علایم جسمانی (۲) علایم اضطرابی (۳) کارکرد اجتماعی (۴) علایم افسردگی. بررسیها نشان داده‌اند جنسیت، سن و سطح تحصیلات تاثیر مهمی در نمرات این پرسشنامه نداشته است. در این پرسشنامه ۲۸ سوالی، نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی بطور جداگانه محاسبه می‌شود و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی بدست می‌آید. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسشنامه نشاندهنده ناراحتی شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط گیونز در السوادور بر روی ۷۳۲ نفر از دانشجویان بررسی شد و با روش باز آزمایی ضریب پایایی ۰/۷۴ و با در نظر گرفتن نقطه برش ۶/۷ حساسیت آزمون ۰/۸۸ و ویژگی آن ۸۴/۲ به دست آمد (۲۰). ابراهیمی در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی، روایی ملاک آن را از طریق همبستگی ۰/۷۸، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و ضریب اسپیرمن - براون ۰/۹۰ به دست آورد و نشان داد که این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است (۲۱).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (Maltidi-sional scale of perceived social support): برای گردآوری‌های لازم در زمی‌نه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Zimet و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد (۲۲). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را

همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

۳۶۱ زن نابارور در این مطالعه شرکت داشتند. در جدول ۱ شاخصهای توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی ارائه شده است.

شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است. این مقیاس در مطالعه در ایران بر روی ۲۴۸ نفر اجرا شد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفت (۲۷). در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روشهای ضریب

جدول ۱. وضعیت نمونه مورد مطالعه در ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۸۶	۲۳/۸
	۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰۲	۲۸/۱
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۱۲	۳۱/۲
	۴۱ تا ۴۵ سال	۶۱	۱۶/۹
وضعیت تحصیل	راهنمایی سیکل	۴۳	۱۱/۹
	دیپلم	۱۳۸	۳۸/۳
	فوق دیپلم	۳۶	۱۰
	لیسانس	۱۱۱	۳۰/۷
	فوق لیسانس	۲۵	۶/۹
	دکتری	۸	۲/۲
مدت زمان ناباروری	دو تا سه سال	۴۰	۱۱
	چهار تا شش سال	۱۳۰	۳۶
	هفت تا نه سال	۹۳	۲۵/۷
	ده تا ۱۲ سال	۴۶	۱۳
	بالای ۱۲ سال	۵۲	۱۴/۳
	جمع	۳۶۱	۱۰۰

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیر	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت عمومی	۵۵/۳۱	۳۸/۴۰	۱			
۲. حمایت اجتماعی	۴۱/۶۹	۹/۶۳	۰/۶۰**	۱		
۳. تاب آوری فردی	۴۷/۳۹	۱۱/۵۵	۰/۷۱**	۰/۶۲**	۱	
۴. تاب آوری خانوادگی	۱۴۸/۶۳	۲۲/۵۹	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۰/۷۸**	۱

* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون سلامت عمومی در زنان نابارور بر اساس حمایت اجتماعی و تاب آوری فردی و خانوادگی

گام ها	پیش بین ها	R	R ^۲	F	B	β	t
گام اول	حمایت اجتماعی	۰/۶۱	۰/۳۷	۶۳/۸۹**	۱/۲۴	۰/۵۶	۸/۸۶**
گام دوم	حمایت اجتماعی	۰/۶۵	۰/۴۲	۳۰/۹۱**	۰/۹۳	۰/۴۹	۶/۹۰**
	تاب آوری فردی				۰/۵۶	۰/۲۳	۴/۷۸**
گام سوم	حمایت اجتماعی	۰/۶۷	۰/۴۴	۴۲/۲۷**	۱/۰۲	۱/۵۲	۷/۱۹**
	تاب آوری فردی				۰/۷۲	۰/۴۵	۵/۸۶**
	تاب آوری خانوادگی				۰/۴۱	۰/۱۸	۳/۱۸*
گام چهارم	حمایت اجتماعی	۰/۶۸	۰/۴۶	۳۵/۰۴**	۱/۱۳	۰/۴۶	۶/۸۴**
	تاب آوری فردی				۰/۷۵	۰/۳۳	۵/۰۴**
	تاب آوری خانوادگی				۰/۵۱	-۰/۱۵	۲/۹۷*
	حمایت اجتماعی * تاب آوری فردی				۰/۶۵	۰/۲۴	۳/۳۷*

به منظور بررسی سهم حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت عمومی در زنان نابارور و بررسی نقش تعدیل کننده تاب آوری فردی و خانوادگی در این رابطه، از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن دادهها از آزمون کولموگروف - اسمی رنوف استفاده شد که نتایج این آزمون گویای نرمال

می‌انگین، انحراف استاندارد و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمامی متغیرهای پیش بین همبستگی معناداری با سلامت عمومی دارند. حمایت اجتماعی ادراک شده (۰/۶۰)، تاب آوری فردی (۰/۷۱)، و تاب آوری خانوادگی (۰/۶۶) دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با سلامت عمومی بودند.

باروری موثر است. Kiesswetter و همکاران (۱۰) در بررسی خود نشان دادند که برخورداری از حمایت اجتماعی در زوجین نابارور به افزایش سطح کیفیت زندگی و کاهش تعارض زناشویی کمک می‌کند. Shin و همکاران (۱۱) در یک بررسی در زنان نابارور تحت درمان نشان دادند که دریافت حمایت اجتماعی از دوستان و خانواده در افزایش خودکارآمدی درمانی، انگیزه برای درمان و تبعیت از دستورات درمانی در این افراد موثر است.

زنان به واسطه نقش اجتماعی که برای آنها تعریف شده است، در مقایسه با مردان احساس مسئولیت بیشتری درباره مشکل ناباروری و درمان آن دارند و بنابراین به مراتب بیشتر در معرض انواع آسیب‌های روانی قرار دارند (۲). بنابراین عوامل محافظتی که می‌توانند در کاهش بار این فشار روانی به این افراد کمک کنند از اهمیّت خاصی برخوردار هستند (۵). حمایت اجتماعی یکی از عوامل کاهش دهنده عواطف منفی و استرس‌های مرتبط با ناباروری است چرا که حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک فرد از در دسترس بودن حمایت اطرافیان از قبیل خانواده و دوستان در هنگام نیاز است و ارزیابی شناختی فرد موید در دسترس بودن و با کفایت بودن حمایتها می‌باشد (۹). حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه‌گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثر گذاری بر متغیرهای مداخله کننده همچون مقابله در برابر اثرات موقعیتهای منفی یا رخدادهای استرسزا عمل می‌کند (۱۱). لذا می‌توان انتظار داشت که با افزایش قدرت این ضربه‌گیر روانی، روابط زناشویی نیز از استحکام بیشتری برخوردار بوده و به موازات آن رضایت زناشویی نیز افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی در قالب حمایت ملموس یا حمایت عاطفی و داشتن یک نفر در زندگی که می‌توان از مراقبت، ابراز همدلی و حس پذیرش وی بهره‌مند بود، می‌تواند منبع مهمی برای احساس آرامش، تاب‌آوری بیشتر و توانایی غلبه بر استرس تلقی گردد (۷). حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق اثرات زاینخش استرس ناباروری را کاهش دهد و به تقویت سلامت روان افراد کمک کند. اولاً، حمایت اجتماعی قبل از این که عوامل فشارزا بروز پیدا کنند، افراد را علیه آنها واکنش می‌کند و فردی که از یک شبکه اجتماعی غنی از مشاوره، منابع، امکانات و کمک مالی برخوردار باشد، فشارهای بالقوه علتی برای نگرانی و تشویش خاطر او نخواهد بود. ثانیاً، شبکه‌های حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل فشارهای روانی عمل می‌کنند (۷). نتایج این پژوهش نشان داد که تاب‌آوری فردی و تاب‌آوری خانوادگی دارای رابطه مثبت معنادار با سلامت عمومی در زنان

بودن داده‌ها بود ($p < 0.05$). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنانچه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است و از آنجا که مقدار این شاخص در فاصله بین ۱/۸۷ محاسبه شد نشان می‌دهد که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین شاخص تشخیص همخطی برای هر کدام از ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان به عنوان متغیرهای پیش بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبوده و به عبارتی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود ندارد. علاوه بر این، با توجه به اینکه مقدار شاخص ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و شاخص تورم واریانس از ۱۰ پایینتر بود، بنابراین می‌توان گفت پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت و به منظور تحلیل رگرسیون برای بررسی نقش تعدیل کنندگی تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور انجام شد (جدول ۳).

بر پایه نتایج بدست آمده در جدول ۳، حمایت اجتماعی به طور مستقل توانست ۳۷ درصد از واریانس سلامت عمومی زنان نابارور را تبیین کند. در گام دوم با اضافه شدن تاب‌آوری فردی به معادله رگرسیون، واریانس تبیین شده به ۴۲ درصد افزایش یافت. مدل سوم با ورود تاب‌آوری خانوادگی، واریانس تبیین شده سلامت عمومی زنان نابارور به ۴۴ افزایش یافت. با ورود اثر تعاملی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری فردی واریانس تبیین شده به ۴۶ درصد افزایش یافت. براین اساس تاب‌آوری فردی توانست در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی زنان نابارور نقش تعدیل کننده داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده دارای رابطه مثبت معنادار با سلامت عمومی در زنان نابارور می‌باشد. همسو با یافته مطالعه حاضر، Iordachescu و همکاران (۹) در یک مطالعه نشان دادند که در زنان نابارور تحت درمان، برخورداری از حمایت اجتماعی در سازگاری آنها با شرایط بیماری و دریافت پاسخ موفق درمانی و افزایش احتمال

فرد از هر موضوعی فاجعه‌سازی کند و خود را در مقابله با آن شرایط ناتوان احساس کند و سلامت روانی و جسمی خود را در معرض آسیب قرار دهد (۱۸).

طبق نتایج به دست آمده، تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور دارای نقش تعدیل کننده بود. به عبارت دیگر در زنان نابارور با تاب‌آوری فردی و خانوادگی سطح پایین، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند موجب کاهش کمتر سلامت عمومی شود. لذا مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت افزایش سلامت عمومی زوجین نابارور بهره‌برند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.093 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

نابارور می‌باشد. همچنین نشان داده شد که تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور دارای نقش تعدیل کننده است. John-son و همکاران (۱۶) در یک بررسی نشان دادند که تاب‌آوری در افراد با مشکلات خواب، در کاهش استرس مرتبط با بدخواهی و بهبود کیفیت خواب موثر است. Schultz & Brindle (۱۷) در مطالعه خود بر روی افراد آسیب دیده نخاعی نشان دادند که تاب‌آوری بالا در این افراد می‌تواند به آنها در سازگاری بیشتر با معلولیت خود کمک کند.

ناباروری اختلالی است که به خصوص در زنان به واسطه نقش خود در تولید مثل می‌تواند در اجتماع به عنوان یک ضعف و ناتوانی تلقی شود و فرد را با واکنش‌های متفاوت و ناخوشایند از سوی اطرافیان مواجهه سازد و این بار تنش تهدیدی جدی برای سلامتی فرد می‌باشد (۴). سطوح پایین سلامت روان به معنای افت عملکرد طبیعی یک فرد است و چنین فردی از مهارت‌های مقابله‌ای موثر و بنیه روانی کافی و سالم برای مواجهه با رویدادهای بالقوه استرس‌زا برخوردار نیست و این چنین فرایندی می‌تواند با مختل کردن روند طبیعی زندگی در بلندمدت همراه باشد (۵). در روابط زناشویی، عدم برخورداری هر یک از طرفین رابطه از مولفه‌های سلامت روان می‌تواند مولد یک چالش در رابطه زوجی باشد و این به ویژه در مورد زوجین نابارور بیشتر مصداق پیدا می‌کند چرا که ناباروری را می‌توان معضلی فردی و بین فردی دانست که زوجین را بیشتر در معرض ناسازگاری و عدم تحمل پریشانی روانی قرار می‌دهد (۵). تاب‌آوری به معنای توانایی افراد برای سازگاری موثر با شرایط بحرانی است و درجات مختلف تاب‌آوری از طریق تأثیرگذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص سلامت و آسیب‌پذیری روان شناختی مرتبط می‌شود (۱۴). تاب‌آوری در زوجین نابارور به عنوان عامل حفاظت کننده علیه درماندگی روان شناختی است و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد (۱۹). بطور کلی نشانه مربوط به ضعف در تاب‌آوری شامل ناتوانی در کنترل میل و تکانه، مقابله ناکارآمد با استرس، گرایش به شکوه و شکایت ارزیابی موقعیت‌ها به عنوان استرس‌زا و تجربه‌های هیجانی منفی است که بالقوه می‌تواند هر نوع رابطه‌ای را دچار اختلال سازد و زندگی فرد را از جهات فردی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). افراد با تاب‌آوری پایین رویدادها را به بدترین شکل ممکن تعبیر کرده و بنابراین این فرایند می‌تواند با بزرگنمایی ضعفها و کمبودها و کوچک‌نمایی و یا نادید انگاری نقاط قوت در خود و دیگران منجر شود و در نهایت

منابع

- a child. *Behavioral Medicine*. 2020;46(2):130-41.
11. Shin H, Lee J, Kim S-J, Jo M. Associations of Symptoms of Depression, Social Support, and Quality of Life Among Korean Women Who Experience Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2021;50(6):e1-e12.
 12. Uchino BN, Trettevik R, Kent de Grey RG, Cronan S, Hogan J, Baucom BR. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2018;37(5):462.
 13. Schwarz S. Resilience in psychology: A critical analysis of the concept. *Theory & Psychology*. 2018;28(4):528-41.
 14. de Almeida Santos Z, Benevides Soares A. Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. *Liberabit*. 2018;24:265-76.
 15. Munoz RT, Brady S, Brown V. The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*. 2017;23(1):102.
 16. Schultz KR, Brindle SS. Health care providers' perspectives on resilience and positive adjustment within the spinal cord injury population. *Rehabilitation Psychology*. 2022.
 17. Johnson KT, Williams PG, Aspinwall LG, Curtis BJ. Resilience to stress-related sleep disturbance: Examination of early pandemic coping and affect. *Health Psychology*. 2022.
 18. Chen J-J, Wang Q-L, Li H-P, Zhang T, Zhang S-S, Zhou M-K. Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;52:101932.
 19. Walsh F. Family resilience: A dynamic system. *Journal of Family Psychology*. 2003;17(4):754-65.
 1. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility: a review. *Jama*. 2021;326(1):65-76.
 2. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*. 2018;62:2-10.
 3. Deshpande PS, Gupta AS. Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility. *Journal of human reproductive sciences*. 2019;12(4):287.
 4. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
 5. Hoyle RH, Davisson EK, Novice ML. Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. *Journal of Health Psychology*. 2022;27(2):397-407.
 6. Schwarzer R, Knoll N, Rieckmann N. Social support. *Health psychology*. 2004;158:181.
 7. Southwick SM, Sippel L, Krystal J, Charney D, Mayes L, Pietrzak R. Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World psychiatry*. 2016;15(1):77.
 8. Wellman B, Gulia M. The network basis of social support: A network is more than the sum of its ties. *Networks in the global village: Routledge*; 2018. p. 83-118.
 9. Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, et al. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):98-104.
 10. Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlkecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have

- temic framework. *Multisystemic Resilience*: Oxford University Press; 2021. p. 255-70.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
21. Ebrahimi A. Psychometric properties, factor structure, clinical cut-off point, sensitivity of general health questionnaire 28 questions (GHQ-28). *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2006;5(1):5-13.
22. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
23. Khabaz M, Karimi Y, Karimian N, Shah Bakhsh A. Comparison the relation between the dimensions of perfectionism and social support with academic burnout in students of Allameh Tabatabai University. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2014;4(2):82-96.
24. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs: University of Florida; 2005.
25. Sadat Hosseini F, Hosseinchari M. The survey of validation and reliability of family resilience scale. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2013;3(2):181-209.
26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
27. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing*. 2009;9(1):60-6.



The physical and skill standards of the future soldier to be present on the battlefield

Abstract

Introduction: eLooking at recent wars and studying their impact on the military, economic and political independence of countries, as well as anticipating the organization of future wars in science and technology, one can infer the importance of appropriate strategies, approaches, policies, and tactical measures in pursuit of success on the battlefield. Among these measures, planning to train human resources and train future soldiers to be present on the battlefield is crucial. Here, we aimed to provide an overview of the necessary standards related to physical, mental, and skills of future soldiers for the wars.

Methods: In the current systematic review, Scopus and Web of science databases were searched in English and Persian languages. Following the search based on a specific search strategy and quality assessment, 22 publications were selected for final review.

Results: According to the considerably consistent literature, various parameters take part in the performance of future soldiers in the battlefield, including but not limited to, physical mental abilities, skills, education, and equipment.

Conclusion: The 18th Principles of Future Battle Principles will be included in training programs for future soldiers to prepare for future wars against hostile enemies.

Keywords: Future Wars, Future Soldiers, Physical and Mental Properties, Weapons, Equipment and Training.

Article Info

Authors:

Mohammad Darvishi²

Seyed Javad hosseini shokouh¹

Ramin Hamidi Farahani¹

Saeed soleiman meigooni¹

Mohammad aminianfar^{*1}

Affiliations

1- Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center (IDTMRC), AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center (IDTMRC), Department of Aerospace and Subaquatic Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

maminianfar@yahoo.com ORCID: 0000-0003-1683-4133



استانداردهای فیزیکی و مهارتی سرباز آینده جهت حضور در میدان نبرد

چکیده

اطلاعات مقاله

محمد درویشی^۲
سید جواد حسینی شکوه^۱
رامین حمیدی فراهانی^۱
سعید سلیمان میگونی^۱
محمد امینیان فر^{۲*}

مقدمه: با نگاهی به جنگهای اخیر و مطالعه تاثیر آنها بر استقلال نظامی، اقتصادی و سیاسی کشورها و همچنین پیشبینی سازماندهی جنگهای آینده از نظر علم و فناوری میتوان به اهمیت راهبردها، رویکردها، سیاستها و تدابیر تاکتیکی مناسب در راستای موفقیت در میدان نبرد پیبرد. در میان این تدابیر، برنامه‌ریزی برای تعلیم نیروی انسانی و تربیت سربازان آینده جهت حضور در صحنه‌های نبرد از اهمیت بسزایی برخوردار است. ما در این مطالعه مروری برآنیم تا استاندارد ها و باید های مهارتی و فیزیکی و روحی سربازان آینده برای حضور در میدان نبرد را فراهم کنیم.

روش کار: در این مطالعه، جستجوی سیستماتیک در دو دیتابیس اسکوپوس و شبکه دانش (web of science) انجام گرفت تا استاندارد های فیزیکی و مهارتی سربازان آینده با توجه به مطالعات گذشته بررسی شود. پس از بررسی ۲۲ مطالعه معیار های لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند.

نتایج: بر مبنای مطالعات که در نتایج همخوانی قابل توجهی داشتند، توجه به ویژگیهای جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش سربازان آینده جهت حضور در میدان نبرد امری ضروری به نظر می رسند.

نتیجه گیری: اصول هجدهگانه‌های تحت عنوان اصول نبرد آینده برای دکتربین نظامی ایران ارائه شده است تا استاندارد های لازم در جهت تحقق پیروزی در جنگ های آینده محقق شود.

کلمات کلیدی: جنگهای آینده، سربازان آینده، ویژگیهای جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش.

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشکده طب هوا و زیر سطحی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

مقدمه

با گذری در تاریخچه نبردهای مابین کشورهای مختلف و اقوام گوناگون می‌توان شاهد پنج نسل جنگ‌ها بود. اولین نسل جنگ شامل جنگ‌هایی بوده که در آنها، راهکنش صف و ستون، حاکم بر صحنه رزم طرفین جنگ بوده اند که تلفات نیروی انسانی در آنها شاخص بود. دومین نسل جنگ به دوران جنگ جهانی اول برمیگردد که همزمانی دقیق طرحها و دستورات، نابودی قطعی دشمن، رعایت دقیق سلسه مراتب از خصوصیات این نوع جنگ‌ها است که تا به امروز ادامه دارند. سومین نسل جنگ به جنگ جهانی دوم برمیگردد که بر اساس استراتژی، جنگ‌های رزمایشی و حملات رعدآسا است و سرعت عمل، روحیه، انضباط فردی، خلاقیت از جمله ویژگی‌های اساسی به شمار می‌روند. نسل چهارم جنگ بر اصولی همچون ابتکار عمل، تمرکززدایی و فروپاشی وضعیت انحصاری نبردهاست و قابلیت آن را دارد که هم در سطح نقطه‌ای و هم در سطح وسیع بکار گرفته شود. بعلاوه، همراهی مردمی و اجتماعی از عناصر بنیادین در جنگ‌های نسل چهارم است (۱). نسل پنجم جنگ‌ها چیزی است که از آن به نام جنگ‌های آینده یاد میشود ما را به سوی دوران جدیدی از تحولات هدایت مینمایند که از لحاظ ابعاد و هم از لحاظ دامنه بیسابقه می‌باشند. (۲). از این رو شناخت ماهیت جنگ‌های آینده لازم است، چراکه برای اتخاذ راهبردها و رویکردهای نظامی، باید با مفهوم و ویژگی‌های ناهمگونی آشنا شد و سبک جنگ دشمن را مطالعه و متناسب با آن روش‌های مناسبی را طرح‌ریزی و اجرا کرد (۳).

در واقع، با سیری در روند جنگ‌های گذشته به این موضوع خواهیم رسید که به مرور زمان و با به کارگیری دانش در ابعاد گوناگون نبرد، راهبرد نبردها از انسان محوری در جنگ‌های اولیه به جنگ افزا محوری در نسل‌های بعدی تغییر پیدا کرده است. این تغییر به گونه‌ای بوده است که باعث کم‌رنگ تر شدن حضور انسان در میدان نبرد شده است. لذا در نبردهای آینده، برتری دانشی و اطلاعاتی، شایستگی محوری محسوب میشود (۱). روند تکاملی فرماندهی از "فرماندهی و کنترل" به "فرماندهی، کنترل، ارتباطات و آگاهی" و متعاقباً به "فرماندهی، کنترل، ارتباطات، کامپیوتر و آگاهی" و "فرماندهی، کنترل، ارتباطات، کامپیوتر، آگاهی، جستجو و مراقبت" و نهایتاً "جنگ‌های شبکه محور" گویای تکامل جنگ‌هاست است (۴). در جنگ‌های شبکه محور، مدیریت نظامی نیز نقش بسزایی در بهره برداری از دانش موجود و تبدیل دانش جدید به عمل، از طریق چرخه مدیریت دانش ایفا می‌نماید بطوریکه فزونی حجم اطلاعات در محیط هوای عملیاتی و گسترش روزافزون

پیچیدگی، روش شناسی نوینی را برای درک حقایق عملیاتی و افزایش توانمندی دانش دفاعی میطلبد (۲). در این راستا، نیروهای نظامی نیازمند سربازان متفکری هستند که بتوانند در محیط جنگ دیجیتال مبارزه نمایند (۵). بنابراین، موفقیت در جنگ‌های آینده مستلزم شناخت ویژگی‌های آنها از ابعاد مختلف نظامی و غیرنظامی و چپ‌نش طرحها و برنامه‌ها برای آماده‌سازی نیروانسانی، مجهزسازی آنها با تجهیزات پیشرفته است تا بتوانند در برابر نیروهای ورزیده کشورهای مهاجم مقابله نمایند، تلفات نیروی خودی را به حداقل برسانند و ضربه به دشمن را به حداکثر میزان خود برسانند (۶).

با نگاهی گذرا به جنگ‌های مبتنی بر علم و فناوری نوین و اجماع بین المللی علیه کشورهای کمتر توسعه یافته و به عبارتی کشورهایی که تامین کننده منابع انرژی، معدنی، نیروی انسانی کارگر کشورهای توسعه یافته هستند، می‌توان به این موضوع پیبرد که چنین فشاری، ماهیت جنگ‌ها را تغییر خواهد داد و لذا دکتین نظامی بایستی تجدیدنظر شود (۷). با بررسی آثار و دیدگاه برخی از نظریه پردازان نظامی، ویژگی‌های جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش حیاتی سربازان آینده از اهمیت بسزایی برخوردار است چراکه جنگ‌ها مبتنی بر بکارگیری نیروی انسانی با ویژگی‌های بخصوص هستند (۹). بنابراین در این مطالعه، نخست با مفهوم جنگ آینده و خصوصیات اساسی آن آشنا خواهیم شد. در ادامه، ویژگی‌های جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش سربازان آینده جهت حضور در میدان نبرد ارائه خواهند شد. در نهایت، اصول هجده گانه‌ای تحت عنوان اصول نبرد آینده ذکر خواهند شد که بایستی در برنامه‌های آموزشی سربازان آینده قرار گیرند تا آمادگی جنگ احتمالی علیه آمریکا، به عنوان کشور پیشرو در طرح‌ریزی جنگ‌ها و سربازان آینده، را داشته باشند.

روش کار

در این مطالعه مروری، جستجوی سیستماتیک در دو دیتابیس اسکوپوس و شبکه دانش (web of science) با توجه به گایدلاین های PRISMA انجام گرفت تا استاندارد های فیزیکی و مهارتی سربازان آینده با توجه به مطالعات گذشته بررسی شود. در استراتژی جستجو از کلید واژه های "سرباز"، "ارتش"، "جنگ"، "آینده"، "مهارت"، "فیزیکی"، "روحی"، "سلاح"، "تجهیزات"، "آموزش"، "دفاع" استفاده گردید. جستجو در دو زبان فارسی و انگلیسی انجام شد. مبنای جستجو ترکیبی از ۳ مفهوم جامعه هدف (سرباز، ارتش و ...)، اقدامات مداخله ای (آموزش، سلاح و تجهیزات و ...) و هدف

نهایی (نظیر استاندارد های فیزیکی و روحی در جنگ های آینده) بود.

پس از بررسی مقالات حاصله و تایید آنها از نظر کیفیت، ۲۲ مطالعه معیار های لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند.

ویژگی های جنگ های آینده

فضای جنگ در آینده مجازی، سیال، نرم افزاری و خارج از حواس انسان بوده که به استعاره میتوان آن را ذهن خواند. یکی از اهداف مهم در جنگ های آینده نشانه روی اراده درون نیروها و آنچه در مغزها است. بنابراین، اینجاست که نقش آموزش و تعلیم سربازان آینده بیش از پیش هویدا میشود (۳). همچنین، در جنگ های آینده سلاح سرد و گرم تعاریف متفاوت از حال حاضر پیدا خواهند کرد. حمله های سایبری و نرم افزاری، کنترل و هدایت شناخت، اخلال در سیستم هایی که زیر ساخت های زندگی اجتماعی را هدایت میکنند، اخلال در شبکه های اطلاع رسانی و ارتباطی، و همچنین انجام عملیات روانی بر روی سربازان تنها مثال هایی از سلاح های مورد استفاده در جنگ های آینده بشر خواهند بود که هم اکنون نیز در کانون توجه قرار گرفته اند (۱۰).

با توجه به دیدگاه برخی از نظریه پردازان نظامی، مشخصات زیادی برای جنگ های آینده وجود دارد که از این میان می توان به موارد فوق اشاره داشت: (۱) هم افزایی، درهم تیدگی و تاثیر گذاری متقابل تهدید های نظامی با تهدید های امنیتی؛ (۲) اشراف اطلاعاتی با توجه به امکانات گسترده در فضا، هوا، زمین و دریا؛ (۳) قدرت غافل گیری بالا؛ (۴) فناوری محور بودن؛ (۵) عملیات پُرشده و متمرکز در زمان کوتاه؛ (۶) تلفیق توانمندی ها (سخت نرم و نیمه سخت)؛ (۷) حمله به توانمندی های راهبردی و مراکز ثقل دشمن؛ (۸) گسترش و سیالیت صحنه جغرافیایی جنگ؛ (۹) گستردگی عملیات از نظر جغرافیا و بُعد مکان؛ (۱۰) تکیه بر عملیات مخصوص چند نیرویی؛ (۱۱) افزایش دقت هدف گیری و هوشمند شدن سلاح ها؛ (۱۲) نزدیکی سطوح راهبردی، عملیاتی و راهکنشی جنگ؛ (۱۳) عملیات نظامی تاثیر محور با تمرکز بر نقاط ثقل و ستون فقرات کشور مقابل؛ (۱۴) دور ایستایی جنگ آینده؛ (۱۵) دریا پایه و هوا پایه بودن، (۱۶) ناهمتراز بودن؛ (۱۷) بهره گیری از عملیات روانی گسترده با استفاده از فنون پیچیده فضای مجازی و رسانه ای؛ (۱۸) ارزش محوری و آرمانی بودن؛ (۱۹) کاهش چرخه زمان اطلاعات و زمان اجرای عملیات؛ (۲۰) استفاده از گروه های تروریستی و فراملی و فراملی در محط قومی مذهبی؛ (۲۱) بسیج توانمندی ها و مؤلفه های قدرت ملی؛ (۲۲) قابلیت محور بودن؛ (۲۳) مردم پایه بودن؛ (۲۴)

نزدیکی سطوح راهبردی، عملیاتی و راهکنشی جنگ؛ (۲۵) متنوع شدن محیط تهدیدها و نوع عملیات (۱۰، ۶، ۱۲). با توجه به گستردگی ویژگی های جنگ های آینده، در اینجا، فقط به توصیف برخی از مشخصات جدید و مهم جنگ های آینده خواهیم پرداخت.

تشکیل ائتلاف

هوشمندی، دقت، سرعت، و توان تخریب بالای تسلیحات و تجهیزات بکار گرفته شده در جنگ های آینده باعث گران شدن هزینه های جنگ خواهند شد بطوریکه حتی کشورهای ثروتمند نیز به تنهایی قادر به اداره یک جنگ طولانی مدت و پر هزینه نمی باشند. بنابراین، قدرت های برتر در نبردهای خود با توجه به اهداف و منافع مشترک اقدام به تشکیل ائتلاف می نمایند. در این راستا، قدرتهای این چنینی تا سرحد امکان سعی خواهند کرد که از کشورهای بیشتری به نفع خود بهره ببرند و به آن جنبه بین المللی بدهند (۱۱).

اداره جنگ از راه دور

پیشرفت های فناوری نظامی این امکان را به قدرت های برتر داده است تا به طراحی راهبردها و رویکردهای جدید، داکترین همسو با آن و همچنین عملیات متناسب را تغییر دهند. شروع عملیات نظامی از بکارگیری هواپیماهای دور ایستا به منظور کنترل، هدایت، مدیریت و اقدام عملیاتی گرفته تا استفاده از شلیک موشک در آن سوی مرزها از طریق هوا، زمین و دریا، این امکان را به قدرت های برتر دنیا خواهند داد تا دور از منطقه نبرد به عملیات نظامی خود بپردازند (۱۲).

عملیات روانی

انجام عملیات روانی در سطوح راهبردی، عملیاتی و تاکتیکی قبل از آغاز تهاجم، ضمن نبرد و پس از آن صورت می گیرد که هدف آن تسخیر اذهان جامعه هدف به منظور سرعت بخشیدن به پیروزی و دستیابی سریع به اهداف جنگ است (۱۳). عملیات روانی به شیوه های ذیل است: الف) تفکیک مردم از حاکمیت و نشان دادن ترحم برای مردم و آزادسازی مردم؛ ب) مبهم سازی فضای روانی مقاومت ملی در کشور؛ پ) تمرکز برای ارباب افکار عمومی با نمایش توان رزمی و نمایش سرعت عمل و تحرکات؛ ت) بی نتیجه نشان دادن مقاومت و دفاع برای سلب میل جنگجویی در آنان؛ ث) اعلام مکرر فرار مسئولان و رهبران سیاسی و نظامی از صحنه؛ ج) آزادسازی برخی از اسرا در حین درگیری ها برای تقویت تمایل به اسیر شدن نیروهای (۱۴).

توانمندی پهبادی

پهباد یا هواپیماهای بدون با استفاده از جثه کوچک، سرعت و قدرت مانور بالا و خاصیت رادارگریزی قادر هستند تا در عملیات جاسوسی، نفوذ، و دفاع هوایی بکارگرفته شوند. علاوه، پهبادهای در جمع آوری اطلاعات، نظارت بر تحرکات دشمن، و ارسال آن به مراکز فرماندهی قابل استفاده می‌باشند و از نظر تکنیکی در برنامه‌های عملیاتی در میدان نبرد نقش بسزایی ایفا خواهند کرد. علاوه بر کاربردهایی که ذکر شد، پهبادهای در جنگ الکترونیک نیز از پتانسیل بسزایی برخوردار می‌باشند (۱۴).

جنگ سایبری

ماهوره‌های جاسوسی، سامانه‌های سلاح‌های هوشمند، فناوری موقعیت یاب جهانی، و پرندهای بدون سرنشین با مداومت پرواز بالا تنها مثال‌هایی از فناوری‌های مورد استفاده در عملیات سایبری می‌باشند. فضای سایبرنتیکی در آینده، نقش مهمتری در مجازی سازی فضای جنگ با اثرگذاری بر افکار عمومی با تحریک دشمن علیه کشور مورد نظر خواهد گذاشت. در واقع، مجازی سازی جنگ، میدان نبرد را به گستردگی ذهن همه مخاطبان گسترش می‌دهد (۱۵).

سرباز آینده: ویژگی کلیدی جنگ‌های آینده

اثرات عملیات انجام شده به وسیله سربازان آینده که دارای قابلیت‌های چشم گیری در زمینه استقرار سریع و به موقع در مواضع مورد نظر و اجرای عملیات‌های قاطع و کوبنده هستند، تا حد زیادی افزایش خواهد یافت. این نیروها در وضعیت‌هایی که به یک نیروی بسیار ماهر و در عین حال کوچک و کم حجم نیاز است، قدر هستند تا به شکل موثر و سریعی عمل کنند و خسارات قابل توجهی را به نیروهای دشمن وارد نمایند و در عین حال حداقل میزان تلفات را داشته باشند. به عبارتی، سربازان آینده این امکان را برای فرماندهان نظامی در جنگ‌های آینده فراهم می‌آورند تا عملیات فرماندهی را با حداقل تلفات و حداکثر بازدهی انجام دهند (۱۶).

برای شرکت در جنگ‌های آینده، بیشتر کشورها اقدام به طراحی الگوهای موثر برای ویژگی‌های جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش حیاتی سربازان آینده کرده‌اند. در این گونه الگوها، فرماندهی و هدایت واحدها از طریق سیستم‌های مدرن الکترونیکی اعمال می‌شود.

در واقع، در تمامی این الگوها، هدف از برنامه‌های ریزی‌ها ایجاد شرایطی است که قدرت بقاء سربازان را در میدان‌های نبرد آینده افزایش دهند. در دنیای نظامی کنونی، تهدیدات

جدید و پشتسرهمی برای کشورهای مختلف دنیا به وجود می‌آید که نیازمند توانمندی‌هایی هستند که در الگوهای نظامی گذشته مشاهده نمی‌شود. به همین خاطر، کشورهای دنیا در مسیر جدید و تازه‌ای قدم برداشته‌اند که هدف آن طراحی سیستم‌های خاص برای سربازان آینده است تا با تجهیز نیروهای نظامی با آن سامانه، سرباز تبدیل به واحد کاملی در میدان نبرد جنگ‌های آینده مابین قدرت‌های برتر دنیا شود (۱۷).

ویژگی‌های سرباز آینده

توان رزمی سرباز تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد که از مهمترین آنها می‌توان به ویژگی‌های روحی و جسمی، تجهیزات و سلاح و همچنین تعالیم نظامی اشاره داشت (۱۸). در کنار ویژگی‌های روحی و جسمی، تجهیزات و سلاح از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشند چراکه مسولیت اصلی یک سرباز حفظ جان خود است و از طرفی تجهیزات سنگین و وسایل همراه، قدرت جسمی وی را کاهش می‌دهند و اینگونه از بازدهی سرباز به عنوان یک واحد عملی می‌کاهد. همچنین، تعالیم نظامی کارآمد به سربازان آینده کمک خواهد کرد که بازدهی رزمی خود را در میدان نبرد افزایش دهند و به شیوه‌ای هدفگرا عمل نمایند (۱۶). این ویژگی‌های سرباز آینده در ادامه مورد اشاره قرار خواهند گرفت.

ویژگی‌های جسمی

ارائه تعریف کامل از ورزیدگی و آمادگی جسمانی امری مشکل است که هنوز هم در حاله ای از ابهام می‌باشد. با اینحال، آنچه که در تمام این تعاریف مشترک به نظر می‌رسد، ارتقاء سیستم عصبی و عضلانی فرد و متعاقباً رشد فیزیکی است. در نتیجه، ورزیدگی جسمانی با افزایش انرژی و نیرومندی در اعضاء بدن همراه است و در نهایت افزایش فعالیت‌های جسمی را موجب می‌شود (۱۹). ویژگی‌های جسمی برای سربازان آینده که از اهمیت بسزایی برخوردار هستند و بایستی مدنظر قرار گیرند، عبارتند از: سرعت عمل، قدرت جسمانی و استقامت (۱۶). در مطالعه‌ای که توسط امینان فر و همکاران در مورد بیماری‌های قابل پیشگیر بزرگه وسیله واکسیناسیون انجام شده است توصیه شده که پرسنل نظامی سالیانه بر اساس نوع نیرو و ماموریت در بدو ورود واکسیناسیون شده و به طور سالیانه از نظر داخلی، دندان پزشکی و چشم پزشکی غربالگری شوند. (۲۰)

با توجه به اهمیت ابعاد جسمی، اتخاذ برنامه‌های آمادگی بدنی در یگان‌های آموزشی و رزمی جز ضرورات پرورش

اعتقادی بیش از سایر عوامل در پرورش سربازان آینده حائز اهمیت است. (۱۱)

تجهیزات و سلاح

تجهیزات به کلیه اقلامی اشاره دارد که برای تجهیز فرد یا سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرند. سلاح نیز به نوبه خود به جنگافزاری اطلاق می‌شود که با کالیبرهای گوناگونی در جنگ مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۷). جنبه‌های تجهیزات و سلاح برای سربازان آینده که از اهمیت بسزایی برخوردار هستند و بایستی مدنظر قرار گیرند، بترتیب عبارتند از: سلاح‌های انفرادی، سلاح‌های ویژه، سلاح‌های اجتماعی، مهمات هوشمند، تجهیزات ارتباطی و مخابراتی، جی پی اس، کلاه‌های مجهز به تجهیزات پیشرفته، جلیقه و لباس ضدگلوله، کیت‌های خودامدادی و دیگرامدادی، نشانه‌گذار، فاصله یاب، ردیاب و هدف یاب لیزری، انواع حفاظ‌ها، بسته‌های امدادی، جیره اضطراری، دوربین‌های دید در شب و روز و حرارتی، سامانه قطع ارتباط دشمن، تجهیزات پایش دشمن، بکارگیری لباسهایی که بر مبنای فناوری نانو طراحی و ساخته شده‌اند، و همچنین حسگرهای شیمیایی نانو الکترونیکی برای تشخیص مواد شیمیایی (۱۶).

شواهد نشان می‌دهد که ما هم اکنون دوران انقلاب در فناوری نظامی را طی می‌کنیم. در این انقلاب، فناوری اطلاعات الکترونیکی ستون اصلی است (۱۷). این فناوری کاربردهای بی سابقه‌ای در توسعه سلاح‌های جدید داشته است (۴)، ترکیب الکترواپتیک و مخابرات که هم اکنون نیز در بسیاری از سامانه‌های نظامی پیشرفته مشاهده می‌شوند، در مقیاس بزرگتر در جهان آینده قابل پیش بینی است، ترکیب تصویربرداری مادون قرمز و یا مریی که می‌توانند تصاویری از اهداف را دریافت کنند، در تلفیق با سامانه‌های ماهواره‌ای امکان رؤیت هر صحنه‌ای از جنگ و یا تحرکات هر دشمن بالقوه‌ای را از دورترین نقاط جهان در زمان واقعی برای نیروهای نظامی میسر می‌کند (۱۶).

زمانیکه فناوری و تجهیزات برتر قابل حمل در اختیار سربازان قرار گیرند، بازدارندگی آنها را بر دشمن بیش از پیش افزایش می‌دهند. برای مثال، ساخت اسلحه‌های جدید برای یافتن موقعیت سربازان با دریافت گرمای بدن و استفاده از لیزر برای تعیین فاصله آنها، موضوع پژوهش‌های نظامی جدید است (۲). از جمله دیگر تجهیزات جدید می‌توان به لباس‌هایی اشاره داشت که حرارت بدن در آنها تولید جریان برق کرده و به طور خودکار می‌توانند اطلاعات مهم را به پایگاه‌های خود

سربازان آینده است. در تحقیقی که توسط Saadat Rad و همکاران در خصوص نیازهای ورزشی در مراکز آموزش نظامی انجام شد، نویسندگان به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های ورزش تخصصی، برنامه‌های ورزشی همگانی، تویی، نظامی و رزمی در نزد سربازان مفید و کارآمد هستند (۱۱). در این راستا، Billings (۲۱) اظهار دارد که اجرای تمرینات فیزیکی و جسمی سخت بر افزایش قابلیت‌های لازم و ضروری در نیروهای نظامی موثر است. با این حال، پیروی کورکورانه این مسیر ممکن است که شرایط لازم برای آمادگی رزمی نیروهای نظامی، مثل کارایی فیزیکی و سلامتی بدنی، را در معرض خطر قرار دهد. Alidoust نیز پیشنهاد کرد که تمرینات ورزشی روزانه، موثر و متناسب باعث ارتقاء عملکرد نیروهای نظامی خواهد شد. (۲۲)

ویژگی‌های روحی

روحیه، عبارت است از کیفیت انگیزه، اعتقادات، تفکرات و رضایتمندی فرد در اجرای مأموریت محوله. در واقع، روحیه عالی بیانگر یک وضعیت روحی مثبت است که به نیروهای نظامی اساس اطمینان و آرامش فکری می‌بخشد و آنان را قادر می‌سازد که در مقابله با سختی‌ها از خود رشادت، استقامت و بردباری نشان دهند (۱۰). از آنجای که یکی از عوامل مهم و حساس برای تقویت روحیه جنگجویی و سلحشوری در یگان‌های نظامی، ایجاد اشتیاق برای درگیر شدن و از بین بردن دشمن است، جهت ارتقاء روحیه و انگیزه نیروها می‌توان از ابعاد معنوی و اعتقادی، آموزش صحیح، تقویت و توسعه اعتماد در افراد یگان نظامی، ارائه الگوهای صحیح و ایجاد رقابت و بهره‌برداری از فناوری پیشرفته نظامی استفاده کرد. (۲) بنابراین، ویژگی‌های روحی را می‌توان نیروهای محرکی در نظر گرفت که موجب برانگیزش فعالیت و هدایت فرد به سوی هدف می‌شوند.

ویژگی‌های روحی پر اهمیت برای سربازان عبارتند از: شجاعت و منش، سطح هوش، باروهای دینی، بهداشت روانی، روحیه و انگیزه، شجاعت و شهامت، انضباط فردی و گروهی، اعتماد بنفس، روحیه اطلاعات پذیری، هوشیاری، دشمن ستیزی، خلاقیت و ابتکار، سرعت در تصمیم گیری، باور اعتقادی، داشتن هدف در زندگی، خوداتکایی، روحیه شهادت طلبی، بصیرت و آگاهی نسبت به مسائل و حقایق جامعه، و همچنین امکانات معیشتی و رفاهی (۱۶). Saadat Rad و همکاران در پژوهش خود با عنوان تدوین راهبردهای نیروی انسانی در دفاع همه جانبه در جنگ احتمالی آینده، به این نتیجه رسیدند که در میان عامل‌های برترساز مختلف، تقویت بنیه

اصول حاکم بر جنگ‌های آینده ایران

جنگ آینده که از اوایل قرن بیست و یکم وارد ادبیات نظامی شده است، به رویارویی دو قدرت ناهم‌تراز اشاره دارد که یک طرف ضمن اجتناب از مواجهه شدن با نقاط قوت طرف مقابل، در چارچوبی خارج از قواعد قابل هضم برای دشمن، نقاط ضعف او را مورد حمله قرار می‌دهد. با مطالعه جنگ‌هایی که در طی سال‌های اخیر از سوی آمریکایی‌ها در منطقه اتفاق افتاده است و با بررسی نقاط قوت و ضعف آنان در صحنه نبرد، اصول هجده‌گانه‌ای تحت عنوان اصول نبرد آینده ارائه شده است که به نظر الزامات جنگ احتمالی ایران با آمریکایی‌ها، مبنای طرح‌ریزی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها می‌باشند (۱۴). این اصول به قرار ذیل هستند: (۱) روحیه؛ (۲) ایجاد تحرک؛ (۳) تلاش در جهت چابک و چالا کسازي واحدهای عمل کننده؛ (۴) بومی‌سازی الگوهای تسلیحاتی؛ (۵) افزایش مهارت‌ها و قابلیت‌های راهکنشی؛ (۶ و ۷) پوشش و فریب و عمق دادن به دفاع شهری؛ (۸) توسعه پدافند؛ (۹ و ۱۰) ابتکار عمل و ضربه قاطع؛ (۱۱) عملیات روانی؛ (۱۲) نظم و انضباط؛ (۱۳) غافل‌گیری؛ (۱۴) مردمی کردن جنگ؛ (۱۵) خلاقیت، ابتکار و نوآوری؛ (۱۶) شدت عمل؛ (۱۷) انعطاف پذیری؛ (۱۸) جنگ اطلاعاتی (۲۰).

نتیجه‌گیری

پیچیدگی‌های جنگ‌های آینده و نقش نیرو انسانی در سرنوشت نهایی این جنگ‌ها، طراحان نظامی را در کشورهای مختلف بر آن داشته تا پژوهش‌های جامعی را در حوزه تعیین ویژگی‌های ضروری برای سربازان آینده خود انجام دهند و نسبت به طراحی الگوهای کارآمد از ویژگی‌های جسمی و روحی، سلاح، تجهیزات و آموزش حیاتی جهت مشارکت در جنگ‌های آینده اقدام نمایند. چنین پژوهش‌های محدود به کشورهای برتر دنیا نیستند بلکه بسیاری از کشورهای دیگر نیز اولیت‌های نظامی خود را در این زمینه قرار داده‌اند. در ایران نیز این بعد جدید از جنگ‌های آینده مورد توجه قرار گرفته است و لزوم پرورش سربازان آینده بیش از پیش هویدا شده است. در این راستا، اصول هجده‌گانه‌ای تحت عنوان اصول نبرد آینده ارائه برای دکتربین نظامی ایران ارائه شده است که به نظر الزامات جنگ احتمالی ایران با آمریکایی‌ها، مبنای طرح‌ریزی‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده قرار خواهد گرفت.

ارسال کنند. کلاه‌های حساس سربازان از دیگر مواردی هستند که می‌توانند کنترل آتش کرده و محل فرود را تعیین کنند و دید سربازان را در هر شرایطی ممکن سازند (۱۱). در مقابل چنین فناوری‌ها و تجهیزاتی، کشورها و نیروهای مسلح ضعیف در جنگ ناهم‌تراز برای مقابله با نیروهای چالاک فرمانطقه‌ای با اجرای بازدارندگی رازآمیز، ضربه متقابل موشکی، تحمل ضربه اول، مجبور کردن دشمن به جنگ زمینی، فرسایشی کردن جنگ و کشاندن جنگ به داخل شهرها، اجرای اصل چرخه سریع محرک‌ها، مکانیابی و آمایش سرزمینی، افزایش قابلیت بقا، به‌کارگیری منابع و اهالی بومی هر منطقه به منظور تشکیل هسته‌های مقاومت مردمی می‌توانند به راحتی روحیه و میل جنگجویی دشمن چالاک و چابک را از بین ببرند (۴).

تعالیم نظامی

تعالیم نظامی به کلیه فعالیت‌های رسمی گفته می‌شود که در راستای آماده‌سازی افراد و یگان‌ها برای اجرای عملیات محوله ارائه می‌شود. به عبارتی دیگر، عملی هماهنگ و مطابق برنامه که هدف آن توسعه مهارت و حالاتی در سربازان است که اجرای ماموریت‌ها را تضمین می‌نماید (۱). جنبه‌های تعالیم نظامی برای سربازان آینده که از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشند و بایستی در برنامه‌های آموزشی آینده مدنظر قرار گیرند، بترتیب عبارتند از: آموزش‌های رزم مقدماتی، آموزش‌های تخصصی رسته‌های، آموزش‌های ویژه تکاوری، آموزش‌های عقیدتی سیاسی، آموزش‌های حفاظت اطلاعات، آموزش‌های خودآمادی و دگرامدادی، آموزش‌های رزم در شرایط بحران، آموزش‌های زندگی در شرایط سخت، آموزش‌های تصمیم‌گیری در شرایط نبود فرمانده، آموزش‌های بهداشت فردی و عمومی، آموزش‌های بهداشت آب و مواد غذایی، آموزش‌های بهداشت روانی، آموزش‌های آشنایی با آیین رزم و جنگ دشمن، آموزش‌های آشنایی با تاکتیک‌های دشمن، آموزش‌های افزایش قدرت تصمیم‌گیری در شرایط متفاوت با ایجاد محیط مجازی، آموزش‌های رزم شبانه، آموزش‌های جنگ شهری، آموزش‌های عملیات روانی، آموزش جنگ‌های ناهم‌تراز و آموزش جنگ‌های چریکی (۱۶) بر مبنای یافته‌های پژوهش خود نشان داد که آموزش‌های رسته‌های تخصصی، آموزش‌های ویژه تکاوری و همچنین آموزش‌های رزم مقدماتی در درجات اول اهمیت قرار دارند. برخلاف این سه مورد، آموزش‌های بهداشت روانی، آموزش‌های عقیدتی سیاسی و آموزش‌های بهداشت فردی و عمومی از کمترین اهمیت در پژوهش وی برخوردار بودند.

منابع

- Defense Arena, Second Edition, Tehran: Imam Sadegh University Press and Political Opinion Organization, 2011.
14. Kalantari, F. Characteristics of possible future war against Iran and strategies to counter it. *Journal of Defense Strategy*, Volume 14, Number 4 - Successive Issue 56, 2016.
 15. Razmkhah, M. *The Role of Computer Warfare and Virtual Space in Bohemian War*. Conference on the Role of Science and Technology in Recent Wars, Malek Ashtar University, Tehran, 2004.
 16. Shokohi, h. Factors Improving the Function of the Future Infantry Soldier. Year 13, Number 52, 2013.
 17. Hyderpur, b. Combining solitary equipment of infantry commando soldiers in uneven battles. 1388.
 18. Heydari, K. and Abdi, F. The upcoming wars and its characteristics with an analysis of the views of some Western military experts. *Military Management Journal*, Vol. 12, No. 48, 2012.
 19. Salehi, H, Babakhani AS, Soleimani, D, Momeni, M. Develop human resources strategies for comprehensive defense in the future war. *Strategic Defense Studies*, Volume 15, Number 70, 2016.
 20. Aminianfar M, Darvishi, Saeedi AS, Faraji S. Prevention of Infectious Diseases during Military Deployments *annals of military and health sciences*.2012.5:88-92.
 21. Billings, C.E. Epidemiology of injuries and illnesses during the United States Air Force academy 2002 basic cadet training program: documenting the need for revention. *Military Medicine*. 2004. 169(8):664-670
 22. Alidoust, et al. Comparison of upper extremity functional injuries, quality of life and general health of military users of health stations and non-athlete troops. *Journal of Military Medicine*, Volume 15, Number 2, 2013
 1. Heydari, K. *Future wars*. Tehran, Political Ideology Publications Aja 2011.
 2. Heidari, K., Lunar, M., Kalantari, F. *The strategy of future wars*. Tehran, Political Ideology Publications Ajaj 1393.
 3. Mohammadi, AS and Heidari M. *West Thousand Wars From the West's Viewpoint*, Tehran, Imam Ali Officers University Press, 2011.
 4. Manteghi, m. *21st Century Ground Battle*, Defense Industry Training and Research Institute, 2001.
 5. Manuri I, Abdullah R. Perceptions of knowledge creation, knowledge management processes, technology and applications in military organizations. *Malaysian Journal of Library & Information Science*. 2011, 16 (1).
 6. Rashid, Gh, colleagues. *The coming war*. *Strategic Defense Journal*, No. 48, Tehran, Strategic Defense Research Center, 2014.
 7. Fry T. *Climate, Change and War*. *Un-staging War, Confronting Conflict and Peace*. 2019; Springer Press.
 8. Nye Jr JS. *Old Wars and future wars: Causation and prevention*. *Power in the Global Information*. 2004; Taylor-Francis Press.
 9. Sager CE, Russell TL, Campbell RC, Ford LA. *Future Soldiers: Analysis of entry-level performance requirements and their predictor*. U.S. Army Research Institute for the Behavioral and Social Science. 2005. U.S. Army Press.
 10. Azeri, b. *Upcoming wars*. *Military Science and Technology Educational Research Quarterly*. Second Year, Issue 5, 2006
 11. Saadat Rad, AS. *Lessons from the uneven war past*. *Military Science and Technology*, Seventh Year, No. 16, Tehran, Dafos Press, 2010.
 12. Monzavi, M. *Paradigms of Future Wars*, Defense Science and Technology Future Research Center, Defense Industry Training and Research Institute. 1388
 13. Askari, M. *The Soft War in the National*



Predicting perceived stress based on self-efficacy and psychological hardiness in cardiovascular patients

Abstract

Introduction: In cardiovascular patients, stress is a pervasive experience that can affect the recovery process of the disease. The aim of this study was to predict perceived stress based on self-efficacy and psychological hardiness in cardiovascular patients.

Method: The method of the present study was descriptive and correlational. The statistical population of the study included cardiovascular patients referred to cardiac hospitals and cardiac rehabilitation centers in Tehran in 1398, of which 151 people were selected as the sample group by purposive sampling. Data collection tools included Kobasa Hardiness Questionnaire, Cardiac Self-Efficacy Questionnaire and Perceived Stress Scale.

Results: The results showed that self-efficacy and psychological hardiness with perceived stress have a significant negative correlation coefficient. Regression results showed that self-efficacy and psychological toughness had a significant role in predicting perceived stress in heart patients and the proportion of psychological hardiness was higher ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, cardiovascular patients can help reduction of stress and thus improving their health by strengthening their self-efficacy and psychological hardiness.

Keywords: Stress, Cardiovascular Disease, Self-Efficacy, Psychological Hardiness

Article Info

Authors:

Monir Javer*¹

Amin Rafiepoor²

Mehrdad Sabet³

Affiliations

1. Department of Psychology, Ayandegan Institute of, Higher Education Tonekabon, Iran. ORCID 0000-0001-9818-7536

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran rafiepoor2000@yahoo.com ORCID:0000-0003-4645-422X

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. ORCID:0000-0003-3890-4294

Corresponding Author: Department of Psychology, Ayandegan Institute of, Higher Education Tonekabon, Iran drmjaver@gmail.com



پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی

اطلاعات مقاله

چکیده

منیر جاویر^{۱*}
امین رفیعی پوری^۲
مهرداد ثابت^۳

مقدمه: در بیماران قلبی عروقی، استرس تجربه‌ای فراگیر است که می‌تواند فرایند بهبودی از بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان‌های قلب و مراکز بازتوانی قلب تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از این بین با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۵۱ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سرسختی روانشناختی، پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی و پرسشنامه استرس ادراک شده بود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی با استرس ادراک شده دارای ضریب همبستگی منفی معنادار هستند. نتایج رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نقش معنی داری در پیش بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی داشتند و سهم سرسختی روانشناختی بیشتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، بیماران قلبی عروقی می‌توانند با تقویت سطح خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی، به کاهش استرس و در نتیجه سلامتی بیشتر خود کمک کنند.

کلید واژه‌ها: استرس، بیماری قلبی عروقی، خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی

وابستگی سازمانی نویسنندگان

۱. گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران

ORCID: 0000-0001-9818-7536

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

ORCID: 0000-0003-6645-422X

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

ORCID: 0000-0003-3890-4294

*نشانی نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن،

ایران drmjaver@gmail.com

مقدمه

همزمان با پیشرفت علم و کنترل بیماریهای واگیردار، بیماریهای مزمن به عنوان وضعیتی که در کاهش سلامتی و طول عمر سهم عمدهای دارند، مطرح شدهاند. بیماریهای قلبی عروقی از جمله بیماریهای مزمن هستند که عامل بخش بزرگی از مرگ و میرها در سراسر جهان به حساب میآیند (۱). در شروع قرن بیستم، بیماری قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر در جهان را شامل میشد؛ اما در اواخر این قرن تاکنون، این بیماری علت نزدیک به نیمی از کل مرگ و میرهای گزارش شده از کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد از مرگ و میرهای مربوط به سایر کشورهای جهان را به خود اختصاص داده است (۲). در ایران نیز این بیماریها مهمترین عامل مرگ و میر بوده و گفته می‌شود از هر هشتصد مورد مرگ روزانه در کشور، حدود سیصد و شصت مورد مربوط به بیماریهای قلبی عروقی است که موجب هدر رفتن روزانه سه هزار سال عمر مفید افراد می‌شود (۳). عوامل متعدد فردی و محیطی از جمله وراثت، رژیم غذایی ناسالم، کم تحرکی، چاقی، استرس و اضطراب، کلسترول و چربی خون بالا در بروز و تشدید بیماریهای قلبی عروقی نقش دارند (۴). استرس عاملی است که هم می‌تواند مسبب بیماریهای قلبی عروقی تلقی گردد و هم می‌تواند از جمله عوارض روانی ابتلا به این بیماری باشد (۵).

استرس عبارت است از تجربه کردن وقایعی که برای آسایش جسمی یا روانی فرد مخاطره‌آمیز محسوب میشوند (۶). شرایطی که در آن بین تکالیف تحمیل شده بر فرد و توانایی فرد در پاسخ به این تکالیف، تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۷). به طور طبیعی، استرس ادراک شده ناشی از موقعیتهای پر فشار بسیار آزار دهنده و ناراحت کننده هستند و این ناراحتی را در فرد بر میانگیزد تا وی به دنبال راهی برای کاهش آن باشد؛ ولی استرس در صورت مزمن شدن و یا شدت یافتن در دراز مدت می‌تواند خطری برای سلامتی تلقی گردد (۸). گفته می‌شود هم رویداد بالقوه استرسزا و هم تفسیر فرد از ماهیت و شدت آن واقعه، تعیین کننده واکنشهای جسمانی و هیجانی وی به آن رویداد هستند. بر همین اساس، افراد با بیماری مزمن از جمله بیماران قلبی عروقی به دلیل ناتوانی جسمی، از کار افتادگی، از دست دادن شغل و مشکلات اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی و انزوا و قرار گرفتن در فرایند درمانی طولانی مدت که مستلزم رعایت رژیم درمانی و دارویی خاص است، در معرض استرس شدیدی قرار دارند و این می‌تواند در سیر بهبودی آنها تداخل ایجاد کند (۹).

مفهوم دیگری که می‌تواند با استرس ادراک شده در ارتباط باشد، خودکارآمدی (self-efficacy) است چرا که استرس در صورتی ظاهر می‌شود که شخص موقعیتی را تهدیدکننده ارزیابی کند و در عین حال خود را فاقد توانایی و شایستگی لازم برای مقابله با آن بداند و در مقابل، خودکارآمدی به قضاوت فرد درباره ظرفیت و توانایی خود برای عملکرد بهینه و دستیابی به موفقیت در حوزههای مختلف زندگی اشاره دارد. همچنین اعتقاد بر این است که باورهای خودکارآمدی نقش مهمی در رشد انگیزش درونی دارد، به واسطه انگیزه درونی موجب می‌شود که فرد به طور خودانگیخته در محیط تلاش کند و به باورهای خودکارآمدی دست یابد. این علاقه درونی باعث تلاش فرد در دراز مدت، بدون حضور پاداشهای محیطی می‌شود و این نیروی درونی وقتی رشد میکند که تمایل برای دستیابی به معیارهای فردی ایجاد شود و در صورت کسب نتیجه، فرد به ارزیابی مثبتی از خود دست می‌یابد. طبق یافته مطالعات موجود، خودکارآمدی در افزایش اعتماد به نفس، بهبود عملکرد، بهبود خودمراقبتی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و افزایش سطح سلامت عمومی موثر است (۱۶-۱۳).

سرسختی روانشناختی (psychological hardiness) نیز مفهومی است که احتمالاً می‌تواند پیش بینی کننده سطح استرس ادراک شده در بیماران قلبی عروقی باشد. واژه سرسختی روان شناختی، در ادبیات پزشکی شکل گرفت و نخستین بار کوباسا آن را به عنوان منبع مقاومت در اواخر دهه ۱۹۷۰ مطرح کرد (۱۷). سرسختی روانشناختی ترکیبی از باورها و برداشت فردی درباره خود، جهان و رویدادها و مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که در مواجهه با رویدادهای فشارزای زندگی به عنوان منبعی از مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند (۱۸). سرسختی روانشناختی دارای سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی است (۱۹). تعهد به عنوان سیستم اعتقادی توصیف شده است که باور به مهم بودن، جالب بودن، معنادار و ارزشمند بودن فعالیتهای زندگی است و بنابراین تهدید ادراک شده ناشی از وقایع دشوار زندگی را به حداقل میرساند (۱۹). کنترل، منعکس کننده میزان تسلطی است که شخص احساس می‌کند بر عوامل فشارزای زندگی خود دارد. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی می‌دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش، آنچه را که در اطرافشان رخ میدهد، تحت تأثیر قرار دهند (۲۰). مبارزه‌جویی نیز باوری است مبنی بر اینکه تغییر و تحول، روال طبیعی زندگی است و وقوع تغییر و دگرگونی

بیمارستانهای قلب و مراکز بازتوانی قلب شهر تهران مراجعه نموده‌اند. از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز بازتوانی قلب صدر و مرکز بازتوانی قلب بیمارستان شهید لواسانی که بر اساس تشخیص یک متخصص قلب و اکوکاردیوگرافی، بیماری قلبی عروقی برایشان تشخیص داده شده بود، تعداد ۲۷۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند که از این تعداد ۱۷۰ نفر پرسشنامه تکمیل و در نهایت بر اساس ملاکهای ورود و خروج، داده‌های مربوط به ۱۵۱ پرسشنامه مورد آنالیز قرار گرفت. از ابزارهای زیر برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد: **پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی (Cardiac Self-Efficacy Questionnaire)**: این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۸ برای سنجش جهت بررسی خودکارآمدی در بیماران قلبی و ارزیابی باور بیماران قلبی به توانایی خود در کنترل بیماری و اجرای دستورات دارویی طراحی گردید (۲۳). این ابزار متشکل از دو بعد کنترل علائم و حفظ عملکرد و مشتمل بر ۱۶ گویه است که میزان خودکارآمدی بیمار را در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴، =۰ اصلا اطمینان ندارم، =۱ کم، =۲ متوسط، =۳ زیاد و =۴ خیلی زیاد مورد ارزیابی قرار می‌دهد. طراحان این ابزار ضمن بررسی الگوی آن و گزارش ساختار دو عاملی برازش یافته آن از طریق تحلیل عاملی تاییدی و تایید روایی سازه آن، پایایی دو بعد کنترل علائم و حفظ عملکرد آن را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و ۰/۹۲ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش دادند. را شامل می‌شود گزارش شده است (۲۳). در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایرانی، روایی سازه این ابزار از طریق تایید ساختار برازش یافته دو عاملی آن و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۵ مورد تایید قرار گرفته است (۲۴).

پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا (Koba-Hardiness Questionnaire): این آزمون به وسیله کوباسا (۱۹۷۹) جهت ارزیابی میزان سرسختی روانشناختی افراد تهیه شده است (۲۵). این یک پرسشنامه خودگزارشی است که دارای ۵۰ ماده و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه

مشوقی برای رشد و بالندگی است تا تهدیدی برای امنیت مبارزهجویی با تقویت انعطافپذیری و پذیرا بودن موجب می‌شود که حتی رویدادهای بسیار ناهماهنگ با رویدادهای طبیعی زندگی فرد تلفیق شده و به گونهای مطلوب مورد ارزیابی قرار گیرند (۲۱). بر اساس گزارش مطالعات متعدد، سرسختی روانشناختی عاملی موثر در سلامت روان، ارتقای راهبردهای مقابله‌ای، کاهش اضطراب، بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و سلامت سیستم قلبی عروقی می‌باشد (۲۲-۱۹).

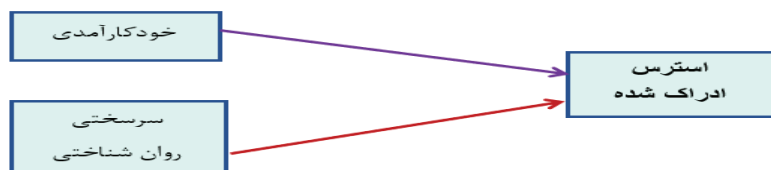
بیماری‌های قلبی عروقی عامل بسیاری از ناتوانی‌ها و مرگ و میر هستند و سبک زندگی مدرن امروزی بر پیشرفت این معضل سلامتی دامن می‌زند. تجربه استرس بخشی جدا ناپذیر از زندگی امروزی است و این در حالی است که استرس و فشار عصبی عامل خطری کلیدی برای بیماری‌های قلبی عروقی نیز محسوب می‌شود. از سوی دیگر و در تلاش برای شناسایی عوامل کاهش دهنده استرس و فشار عصبی، به نظر می‌رسد که خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی دو متغیری شخصیتی هستند که می‌توانند در پیشبینی سطح استرس ادراک شده در بیماران قلبی عروقی نقش مهمی ایفا کنند. بر همین اساس مطالعه حاضر به پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی می‌پردازد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و مطالعات همبستگی، از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. در این راستا استرس ادراک شده به عنوان متغیر مستقل (پیش بین) متغیرهای خودکارآمدی و سرسختی روان شناختی به عنوان متغیر وابسته (ملاک) مورد بررسی قرار گرفت.

طرح این مطالعه مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با کد IR.IAU.TMU.REC.1399.240 می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران قلبی عروقی در سال ۱۳۹۸ در بر می‌گیرد که به

مدل مفهومی پژوهش :



سنی گروه شرکت کننده ۶۰/۲۷ (انحراف استاندارد=۱۱/۳۴) بود. میانگین طول مدت بیماری ۵/۷۱ سال و با انحراف استاندارد ۶/۳۹ سال بود. نتایج مربوط به ماتریس همبستگی متغیرهای خودکارآمدی، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی بین خودکارآمدی (**۰/۳۶) و سرسختی روانشناختی (**۰/۵۰) با استرس ادراک شده به صورت منفی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف استفاده شد، که نتایج این آزمون گویای نرمال بودن داده‌ها بود ($p < 0/05$). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنانچه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است و از آنجا که مقدار این شاخص در فاصله بین ۱/۲۲ محاسبه شد نشان می‌دهد که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین شاخص تشخیص همخطی برای سرسختی روانشناختی و خودکارآمدی به عنوان متغیرهای پیش بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبوده و به عبارتی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود ندارد. علاوه بر این، با توجه به اینکه مقدار شاخص ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و شاخص تورم واریانس از ۱۰ پایینتر بود، بنابراین می‌توان گفت پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت و به منظور بررسی نقش پیش بینی کنندگی سرسختی روانشناختی و خودکارآمدی در استرس ادراک شده، ضرایب رگرسیون و معنی داری آنها بررسی شد

جویی است که هر یک از آنها ۱۷، ۱۶، ۱۷ ماده از آزمون را به خود اختصاص داده‌اند. کوباسا (۲۵) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس سرسختی روان شناختی و خرده مقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۹۷ گزارش کرد و روایی محتوایی و صوری و ملاکی آن را در چندین مطالعه بررسی و مورد تایید قرار داد. در مطالعه‌ای در ایران، پایایی مقیاس سرسختی روان شناختی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و به روش باز آزمایی ۰/۸۶ گزارش شد و همچنین روایی صوری، روایی محتوایی و روایی سازه آن با تایید ساختار سه عاملی آن مورد تایید قرار گرفت (۲۶).

پرسشنامه استرس ادراک شده (Perceived Stress Scale): مقیاس تنیدگی ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران (۲۷) ساخته شده است. کوهن و همکاران (۲۷) ضرایب پایایی همسانی درونی پرسشنامه استرس ادراک شده از طریق ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در گروهی از دانشجویان گزارش دادند. در پژوهشی در ایران، ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ و برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. همچنین با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داده شد که ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و برای ادراک منفی از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی برای ادراک تنیدگی کل در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار دارد (۲۸). در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۵۱ بیمار قلبی عروقی انجام شد. از ۱۵۱ شرکت کننده ۳۳ نفر زن و ۱۱۸ نفر مرد بودند. میانگین

جدول ۱: ماتریس همبستگی استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۱- استرس ادراک شده	۲۷/۵۸	۷/۶۱	۱		
۲- خودکارآمدی	۶۳/۴۴	۲۱/۱۲	-۰/۳۶**	۱	
۳- سرسختی روانشناختی	۷۸/۱۸	۱۶/۲۳	-۰/۵۰**	۰/۲۲**	۱

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیونی

مدل	R	R ^۲	مجذور R تصحیح شده	خطای معیار	F	مقدار معناداری
۱	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۲۹	۸/۰۵	۱۲/۹۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی

متغیر پیش بین	B (ضرایب غیراستاندارد)	خطای استاندارد	β (ضرایب استاندارد)	t	مقدار معناداری
ثابت	۵۸/۷۳	۶/۱۴	-	۹/۴۹	۰/۰
خودکارآمدی	-۰/۲۵	۰/۰۸	-۰/۳۳	-۲/۹۵***	۰/۰۰۵
سرسختی روانشناختی	-۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۳۸	-۳/۳۸**	۰/۰۰۱

(جدول ۳ و ۲)

طبق نتایج، در بیماران قلبی عروقی تحت مطالعه، سرسختی روانشناختی با استرس ادراک شده دارای رابطه ناهمسو بود. به عبارت دیگر، کسب نمرات بالا در سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی می‌تواند با کاهش استرس ادراک شده در آنها همراه باشد.

این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی است (۱۶-۱۳). گیالینک و همکاران (۱۳) در مطالعه خود نشان دادند که در مقایسه با افراد با خودکارآمدی ضعیف، افراد بزرگسالی که دارای نمرات بالایی در خودکارآمدی هستند، از روابط بین فردی موفق‌تر و رضایت‌بخش‌تر خیر می‌دهند. اینگرم و بندر (۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که کسب نمرات بالاتر در خودکارآمدی با نمرات بالاتر در تاب‌آوری همراه است و افرادی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند در مواجهه با امور دشوار بهتر و راحتتر از پس آن موقعیت برمی‌آیند و موانع را کنار می‌زنند.

سرسختی روانشناختی نیز به عنوان منبع مقاومت در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی از جمله بیماری، ناتوانی و از کار افتادگی عمل می‌کند، به طوری که افراد با نمرات بالاتر در سرسختی از قدرت بیشتری در کنترل امور و رویدادهای تنش‌زا خیر می‌دهند. این افراد بهتر قادر به مواجهه با مشکلات و چالشهای زندگی هستند و به جای اجتناب از مشکلات آنها را به عنوان فرصتی برای رشد و پیشرفت ارزیابی می‌کنند (۱۹). این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی است (۲۲-۱۹).

طبق جدول ۳، نتایج رگرسیون در پیش‌بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی از طریق خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نشان داد که از بین این متغیرهای پیش‌بین، هر دو متغیر خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نقش معناداری در پیش‌بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی داشتند و سهم سرسختی روانشناختی بیشتر بود ($p < 0/005$).

طبق جدول ۲، نتایج رگرسیون در پیش‌بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی از طریق خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نشان داد که از بین این متغیرهای پیش‌بین، هر دو متغیر خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نقش معناداری در پیش‌بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی داشتند و سهم سرسختی روانشناختی بیشتر بود ($p < 0/005$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی انجام شد. طبق نتایج، در بیماران قلبی عروقی تحت مطالعه، خودکارآمدی با استرس ادراک شده دارای رابطه ناهمسو بود. به عبارت دیگر، کسب نمرات بالا در خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی می‌تواند با کاهش استرس ادراک شده در آنها همراه باشد.

منابع

1. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*. 2020 Feb;75(2):285-92.
2. Jankowski J, Floege J, Fliser D, Böhm M, Marx N. Cardiovascular disease in chronic kidney disease: pathophysiological insights and therapeutic options. *Circulation*. 2021 Mar 16;143(11):1157-72.
3. Emamgholipour S, Sari AA, Pakdaman M, Geravandi S, Sioziou A, Katifelis H. Economic burden of cardiovascular disease in the south-west of Iran. *Int Cardiovasc Res J*. 2018 Mar 1;12(1):6-12.
4. Nakhaie MR, Koor BE, Salehi SO, Karimpour F. Prediction of cardiovascular disease risk using framingham risk score among office workers, Iran, 2017. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*. 2018 May 1;29(3):608.
5. Dar T, Radfar A, Abohashem S, Pitman RK, Tawakol A, Osborne MT. Psychosocial stress and cardiovascular disease. *Current treatment options in cardiovascular medicine*. 2019 May;21(5):1-7.
6. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological research*. 2017 Jun 3;39(6):573-80.
7. Antoni MH, Dhabhar FS. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*. 2019 May 1;125(9):1417-31.
8. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. Disentangling the links between psychosocial stress and cardiovascular disease. *Circulation: Cardiovascular Imaging*. 2020 Aug;13(8):e010931.
9. Burroughs Pena MS, Mbassa RS, Slopen NB, Williams DR, Buring JE, Albert MA. Cumulative psychosocial stress and ideal cardiovascular health in older women: data by race/ethnicity. *Circulation*. 2019 Apr 23;139(17):2012-21.
10. Hinterdobler J, Schunkert H, Kessler T, Sager

بارتون و همکاران (۲۰) در مطالعه طولی خود نشان دادند که افراد با نمرات بالا در سرسختی روانشناختی در مقایسه با افراد سرسختی روانشناختی ضعیف، از سیستم قلبی عروقی سالمتر و با عملکرد بهتر خبر می‌دهند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه مورد بررسی محدود به بیماران مراجعه کننده به مرکز بازتوانی قلب صدر و مرکز بازتوانی قلب بیمارستان شهید لواسانی شهر تهران بود و تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران قلبی عروقی را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی است و هر چند در تحقیقات همبستگی نیز میتوان براساس نظریه در مورد علت و معلول سخن گفت اما برای بررسی واقعی تاثیر متغیر مستقل بر وابسته، به پژوهش های آزمایشی نیازمند هست. محدودیت دیگر پژوهش این است که اطلاعات جمع آوری شده صرفا از طریق خود گزارشی و پرسشنامه به دست آمده است و استفاده از منابع چندگانه اخذ اطلاعات می‌تواند به نتایج معتبرتر کمک کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش اعتبار تعمیم یافته‌ها، مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیعتر بیماران قلبی عروقی انجام شود و همچنین به منظور دستیابی به نتایج معتبرتر، مطالعات بعدی میتوانند داده‌ها را از طرقی غیر از خودگزارشی، مثلا از طریق مصاحبه به دست بیاورند. در مجموع یافته مطالعه حاضر گویای این بود که خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی نقش معناداری در پیش بینی استرس ادراک شده در بیماران قلبی عروقی دارند. بنابراین می‌توان با کمک به بیماران قلبی عروقی در راستای تقویت و ارتقای خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی آنها را در راستای مدیریت و کاهش استرس ادراک شده و در نتیجه سطح بالاتری از سلامتی سوق داد.

تقدیر و تشکر

مراتب قدردانی خود را از کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی شرکت کننده و مسئولین کلینیک‌های بازتوانی قلبی صدر و لواسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، اعلام می‌نمایم .

- sympathetic control in response to stress: a Norwegian police simulator training study. *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2020 Dec;35(4):504-17.
20. Bartone PT, Valdes JJ, Sandvik A. Psychological hardiness predicts cardiovascular health. *Psychology, health & medicine*. 2016 Aug 17;21(6):743-9.
21. Kowalski CM, Schermer JA. Hardiness, perseverative cognition, anxiety, and health-related outcomes: A case for and against psychological hardiness. *Psychological reports*. 2019 Dec;122(6):2096-118.
22. Saxena S. Relationship between psychological hardiness and mental health among college students. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2015 Aug 1;6(8).
23. Sullivan MD, LaCroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic medicine*. 1998 Jul 1;60(4):473-8.
24. Boroumand S, Moeini M. The effect of a text message and telephone follow-up program on cardiac self-efficacy of patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016 Mar;21(2):171.
25. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*. 1979 Jan;37(1):1.
26. Akbarizadeh F, Jahanpour F, Hajivandi A. The relationship of general health, hardiness and spiritual intelligence relationship in Iranian nurses. *Iranian journal of psychiatry*. 2013 Oct;8(4):165.
27. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. 1994;10(2):1-2.
- Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmati HB. *Impact of Acute and Chronic Psychosocial Stress on Vascular Inflammation. Antioxidants & Redox Signaling*. 2021 Dec 20;35(18):1531-50.
11. Shin Y, Kim Y. Association between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease in Relation to Low Consumption of Fruit and Vegetables in Middle-Aged Men. *Nutrients*. 2019 Aug;11(8):1915.
12. Williams DM, Rhodes RE. The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health psychology review*. 2016 Apr 2;10(2):113-28.
13. Gielnik MM, Bledow R, Stark MS. A dynamic account of self-efficacy in entrepreneurship. *Journal of Applied Psychology*. 2020 May;105(5):487.
14. Bender A, Ingram R. Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and individual differences*. 2018 Aug 1;130:18-20.
15. Garaika G, Margahana HM, Negara ST. Self efficacy, self personality and self confidence on entrepreneurial intention: study on young enterprises. *Journal of Entrepreneurship Education*. 2019;22(1):1-2.
16. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2019 Nov 1;85:103934.
17. Morrissey C, Hannah TE. Measurement of psychological hardiness in adolescents. *The Journal of genetic psychology*. 1987 Sep 1;148(3):393-5.
18. Sarani A, Azhari S, Mazlom SR, Aghamohammadian Sherbaf H. The relationship between psychological hardiness and coping strategies during pregnancy. *Journal of midwifery and reproductive health*. 2015;3(3):408-17.
19. Sandvik AM, Gjevestad E, Aabrekk E, Øhman P, Kjendlie PL, Hystad SW, Bartone PT, Hansen AL, Johnsen BH. Physical fitness and psychological hardiness as predictors of para-



The Effectiveness of Resilience Training on the Psychological Capital of the Young Soldiers with Divorced parents of army senior military in Isfahan

Abstract

Article Info

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of resilience training on the psychological capital of young soldiers with divorced parents of army senior military in Isfahan.

Method: The research design was quasi-experimental and included a pretest and posttest that was performed in both experimental and control groups. The statistical population of the present study includes all soldiers with divorced parents of the senior military of the Isfahan city army in 1399. The sample consisted of 50 qualified soldiers who were selected using the available sampling method and were randomly assigned to the control (25) and experimental (25) groups. The educational intervention was performed on the experimental group for 45 days in ten sessions and was not provided to the educational control group. In this study, Mac Gee's diagnostic scales of psychological capital were used as a tool to measure the effectiveness of resilience training on psychological capital and the collected data were analyzed using the covariance method.

Results: The results showed that resilience training method at the level of $P < 0.001$ was significantly effective in increasing the psychological capital of senior soldiers with divorced parents.

Conclusion: The results showed that resilience skills training can be used as an effective way to increase the components of psychological capital in young soldiers with divorced parents of senior military soldiers.

Keywords: Resilience Training, Psychological Capitals, soldier

Authors:

Akbar ghasemi kheradmand¹

Rahebeh Yaghmaie^{*2}

Mozhgan Arefi³

Affiliations

1 .Master of General Psychology Islamic Azad University, Research Sciences (Khorasgan) korooshasemani@yahoo.com ORCID: 0000-0003-4531-5260

2 .Master of General Psychology Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan) yaghmae.rahebeh@yahoo.com ORCID: 0000-0002-8821-7604. Isfahan, Bozorgmehr St., 22 Bahman St., north of Ghadir garden, Golestan Complex; Bostan 2, No. 72, Postal code: 8158793795 Phone: 09133294245

3 .PhD in Educational Psychology Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)



اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر سرمایه‌های روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان

اطلاعات مقاله

چکیده

اکبر قاسمی خردمند^۱
راهبه یغمایی^{۲*}
مژگان عارفی^۳

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سرمایه‌های روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان اجرا گردید.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی و شامل یک پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سربازان دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ را در بر می‌گیرد. نمونه مورد پژوهش شامل ۵۰ نفر از سربازان واجد شرایط بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل (۲۵ نفر) و آزمایش (۲۵ نفر) تخصیص یافتند. مداخله آموزشی بر روی گروه آزمایش در مدت ۴۵ روز و در طی ده جلسه اجرا شد و به گروه کنترل آموزشی ارائه نشد. در این پژوهش از مقیاس‌های تشخیصی سرمایه روان‌شناختی مک‌گی (Mac Gee)، به‌عنوان ابزاری برای سنجش اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سرمایه روان‌شناختی استفاده شد و داده‌های جمع‌آوری‌شده، با استفاده از روش کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روش آموزش تاب‌آوری به‌طور معناداری در سطح $P < 0.001$ بر افزایش سرمایه روان‌شناختی سربازان ارشد دارای والدین طلاق مؤثر است. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که می‌توان از روش آموزش مهارت‌های تاب‌آوری به‌عنوان روشی کارآمد برای افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی در جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش استفاده نمود

واژه‌های کلیدی: آموزش تاب‌آوری، سرمایه روان‌شناختی، سربازان

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان،

ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، خیابان بزرگمهر، خیابان ۲۲ بهمن، شمال باغ غدیر، مجتمع گلستان؛ بوستان ۲، پلاک ۷۲ کد پستی: ۸۱۵۸۷۹۳۷۹۵ تلفن:

۰۹۱۳۳۲۹۴۲۴۵ ایمیل: yaghmaee.rahebeh@yahoo.com

۳. دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان،

ایران

مقدمه

حدود یک سوم جامعه امروز ایران را جوانان تشکیل می‌دهند که بر اساس قوانین جاری هرساله تعداد زیادی از ایشان به خدمت سربازی، گسیل می‌شوند (۱). از آنجایی که سربازان از گروه‌های تاثیرگذار جامعه بوده و برای امنیت و حفاظت از مملکت و آینده کشور و جامعه خویش مهم هستند، سطح سلامت سربازان تأثیر بسزایی در جامعه و رشد کشور دارد (۲)؛ زیرا موفقیت و ناکامی نیروهای نظامی به سلامت جسمی، روانی و میزان آمادگی‌شان بستگی دارد (۳). از این رو، مسئولان باید تلاش کنند تا با آموزش مهارت‌های لازم، مشکلات سربازان را برطرف نمایند (۴).

یکی از عواملی که سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی در جوانان به خصوص جوانان پسر می‌شود طلاق والدین است. طلاق به عنوان یک مسئله اجتماعی می‌تواند زمینه بروز بسیاری از مسائل و آسیب‌های اجتماعی شود و آثار و پیامدهای آن عوارضی منفی به همراه داشته باشد و بسیاری از اختلالات رفتاری و روانی را در فرزندان ایجاد کند و زندگی فردی و اجتماعی آنان را در آینده به مخاطره اندازد (۵)؛ زیرا خانواده اولین هسته اجتماع و اساسی‌ترین بنیان جامعه است که نقش مهمی در بهداشت روانی فرزندان و اعضای جامعه دارد (۶). نتایج به دست آمده از واکاوی مشکلات روانی-تربیتی فرزندان طلاق رسمی حاکی از آن بود که مشارکت‌کنندگان مشکلاتی از قبیل پرخاشگری، احساس تنهایی، استرس و اضطراب، حس حسادت، وسواس، آشفتگی فکری، تجربه تروما روانی، ناکامی، خودکشی، احساس گناه، افسردگی، بی‌توجهی، ضعف درسی، افت تحصیلی، ناپهنجاری‌های رفتاری، محیط نامناسب و دغدغه مالی را تجربه کرده‌اند (۷). از این رو، جامعه روانشناسان گام‌های مؤثر و بزرگی در جهت حل مشکلات ناشی از آن برداشته‌اند؛ اما با وجود، آنچه از ادبیات مشهود است تحقیقات بسیار کمی در مورد سربازان و رفع مشکلات آنان شده است (۱).

اندیشمندان زیادی، اهمیت راهبردهای مقابله‌ای را برای افزایش سازگاری، بهداشت روانی و خودکارآمدی و تاب‌آوری در چگونگی برخورد با مشکلات و مسائل زندگی، ضروری می‌دانند (۸). استفاده مثبت از این توانایی‌ها و قابلیت‌های روان‌شناختی که موجب بهبود عملکرد می‌شود را سرمایه‌های روان‌شناختی^۱ می‌نامند (۹). سرمایه روان‌شناختی مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌های مثبت است که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقاء فرد نقش داشته باشد (۱۰). در واقع سرمایه روان‌شناختی مثبت از نگاه لوتانز و همکاران (۱۱) دارای چهار مؤلفه اصلی است که شامل: ۱- خودکارآمدی^۲

اطمینان به خود)؛ ۲- وجود یک نگرش مثبت (تفکر مثبت یا خوش‌بینی^۳)؛ ۳- حرکت به سمت اهداف و انتخاب مسیرهای مناسب (امیدواری^۴)؛ ۴- تاب‌آوری^۵ یا مقاوم بودن و در امان ماندن در هنگام مواجهه با مشکلات متعدد و پیچیده به منظور رسیدن به موفقیت می‌باشد (۱۲). سرمایه‌های روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد سرمایه روان‌شناختی موجب کاهش مشکلات کاری از جمله اضطراب، بدبینی، احساس عدم کفایت فردی، نگرش منفی به کار و غیبت و ترک محیط کار شده و احتمالاً می‌تواند از میزان مشکلات سربازان بکاهد (۱۰) و تأثیر متغیرهایی (مانند استرس، خستگی و...) را بر عملکرد شغلی و غیرشغلی کارکنان تعدیل کنند (۹). آدلر و ویلیام (۱۴) به این نتیجه رسیدند کسانی که از سرمایه روان‌شناختی بالاتری بهرهمند هستند، توانایی بیشتری در تعاملات گروهی و مشارکت‌های اجتماعی دارند (۱۵). نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که بین همه ابعاد سرمایه روان‌شناختی و کاهش تبلی اجتماعی و بهبود و ارتقاء عملکرد منابع انسانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۱۶).

روش‌های متفاوتی برای ارتقای سلامت روان پیشنهاد شده است. در خلال سالهای دهه ۸۰ و ۹۰ میلادی تفکر مثبت وارد علم روانشناسی شد و با تأکید بر معنویت افراد را تشویق می‌کرد که به جای تمرکز بر نقاط منفی گذشته، بر مثبت نگری نسبت به حوادث آینده تکیه کنند (۱۷). اهداف عمده روانشناسی مثبت برجسته سازی احساسات مثبت، تجارب مثبت، نقاط قوت شخصیت و توانمندی و فعال کردن نهاد است (۱۸). در این میان تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی رشد و تحول، روان‌شناسی مثبت و بهداشت روانی یافته است. تاب آور بودن به این معنا نیست که از این طریق بتوانید زندگی بدون تجربه استرس و درد را داشته باشید بلکه تاب‌آوری توانایی افراد برای بازیابی خویش در هنگام بروز مشکلات و سختی‌ها، مدارا با سطح بالایی از تغییرات مداوم مختل کننده، حفظ سلامتی در موقعیت‌های استرس‌زا، برگشت به حالت اولیه، فائق آمدن بر سختی‌ها، تغییر مسیر و وارد شدن به یک مسیر جدید تعریف می‌شود (۱۹). ارتقاء تاب‌آوری منجر به رشد افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت‌های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر می‌شود (۲۰). تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد. از دیدگاه روان‌شناسی، افراد تاب آور^۴ ویژگی اصلی دارند: احساس ارزشمندی، مهارت در حل

3- Optimism

4- Hope

5- Resilience

1- Psychological Capital

2- Self-Efficacy

سطح سواد و سن در زمان طلاق والدینشان هم‌تاسازی شدند. یکی از ملاکهای ورود به این پژوهش این بود که افراد مورد نظر تحت هیچ یک از درمانهای روانشناختی، آموزشی، پزشکی و یا دارویی نباشد. در صورت بیش از یک جلسه غیبت در جلسات و یا به وجود آمدن شرایط خاص در طول دوره که فرد مجبور به استفاده از درمانهای دیگر شود و یا در صورت اعزام به مرخصی اضطرابی و غیبت در جلسات فرد از پژوهش حذف می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: با توضیح هدفهای پژوهش، ابتدا با مسئولین هماهنگی‌های لازم را به عمل آورده و جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان را از طریق مصاحبه فردی شناسایی و رضایت آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد. در راستای جمع‌آوری داده‌ها برای انجام پژوهش حاضر از پرسشنامه تشخیصی سرمایه روان‌شناختی مک گی (Mac Gee) و بسته آموزشی درمانی (تاب‌آوری) استفاده شد.

پرسشنامه تشخیصی سرمایه روان‌شناختی مک گی (Mac Gee): این پرسشنامه توسط مک گی و همکارانش در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است و در سال ۱۳۹۲ گل پرور (۲۳) آن را در ایران ترجمه و هنجاریابی کرده است. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی مک گی (Mac Gee) که دارای ۲۶ گویه است و چهار خرده‌مقیاس است (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوشبینی) است. در مقابل هر گویه، طیف ۶ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) قرار دارد و توسط هر آزمودنی رتبه بندی می‌شوند و دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ در نوسان می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده سرمایه روان‌شناختی بالاتر است (۲۳). روایی صوری و محتوایی چهار عامل معرفی شده سرمایه‌های روان‌شناختی توسط مک گی (۲۰۱۱) به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهش گل پرور و همکاران (۲۳) آلفای کرونباخ خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

بسته آموزشی، درمانی (تاب‌آوری): بسته آموزشی درمانی تاب‌آوری، در ۱۰ جلسه آموزش یک ساعت و نیم به مدت ۴۵ روز بر روی ۲۵ نفر از جوانان سرباز دارای والدین طلاق در گروه آزمایش اجرا شد که جزئیات آن در جدول ۱ ذکر شده است.

تجزیه و تحلیل آماری: نمرات حاصل که شامل نمرات «پیش‌آزمون» و «پس‌آزمون» کلیه افراد هر دو گروه، به تفکیک هر نفر، در نرم‌افزار SPSS وارد شد و برای کسب

مسئله، کفایت اجتماعی و خودبینی، پژوهش (۱۴)، نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری بر روی سلامت روان و کاهش اضطراب سربازان رزمی تأثیر مثبتی دارد. همچنین در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که که تاب‌آوری به‌عنوان یکی از آموزش‌های نسبتاً جدید می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افکار خودکشی در سربازان تأثیرگذار باشد (۲۱). همچنین در تحقیقی تحت عنوان مقایسه تاب‌آوری روانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد نظامی و غیرنظامی به این نتیجه رسیدند افراد با مشاغل نظامی به‌طور کلی با تاب‌آوری روانی بیشتر؛ تمایل دارند مکانیسم‌های سازش نایافته، غیرانطباقی و ناکارآمد کمتر و مکانیسم‌های کارآمد و انطباقی بیشتری را برای مقابله به کار برند (۲۲).

پژوهش‌های محققانی همچون فاستینگ نیز تأیید کرده است که سلامت روانی بالا باعث کاهش اضطراب، ناامیدی و عصبانیت می‌شود و افرادی که از نظر آمادگی در وضعیت بهتری هستند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند (فکوریان و همکاران، ۱۳۹۵). از آنجایی که وقتی جوانی، وارد خدمت سربازی می‌شود، طی دوره‌های آموزشی، شرایط نظامی بر زندگی فرد حاکم می‌شود که همراه با سختی، نظم دقیق، دوری از خانواده، گرما و سرما... است که همواره برای سربازان و خانواده‌هایشان، دلهره و اضطراب آور است (۱)؛ بنابراین، تلاش برای کنترل و یا کاهش این معضلات، برای هر فرماندهی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (۳). لذا پژوهش حاضر، با هدف اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر سرمایه‌های روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (نیمه تجربی) است با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بوده؛ که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (روش آموزشی_ درمانی تاب‌آوری) بر متغیر وابسته (سرمایه روان‌شناختی) مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری را کلیه جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش شهر اصفهان در سال ۹۹ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به گستردگی طرح و محدودیت‌های موجود در انجام مداخله‌های مورد نظر تلاش بر این شد که از نیروی نظامی ارتش شهر اصفهان ۵۰ نفر به شیوه غربالگری انتخاب شوند و در گروه‌های دو گانه (گروه آزمایش و گروه کنترل) قرار گیرند. به این ترتیب که برای هر گروه، تعداد ۲۵ نفر از جوانان سرباز که دارای والدین طلاق گرفته بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه قرار داده شدند. لازم به ذکر است که سربازان از لحاظ رشته تحصیلی و

جدول ۱: شیوه اجرای آموزش تاب‌آوری

جلسه	محتوا
۱	معرفه، معرفی برنامه، هدف‌ها، قوانین و چارچوب گروه برای شرکت در جلسات، اجرای پیش‌آزمون
۲ و ۳	آموزش مفاهیم تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه، تقویت عزت نفس و اعتماد به نفس با راهکارهای مؤثر، آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود و ارائه تکلیف
۳ و ۴	تقویت هیجان مثبت و شادمانی، آشنایی با سبک‌های تفکر و تبیین سلیگمن، مدیریت هیجانات منفی (خشم، اضطراب و استرس)، برقراری روابط اجتماعی مؤثر و دوست‌یابی و رفع موانع ارتباطی و ارائه تکلیف
۵ و ۶	آموزش بازسازی شناختی، تقویت خوش‌بینی، تقویت مسولیت‌پذیری، تقویت خودکارآمدی و ارائه تکلیف
۷ و ۸	آموزش تقویت حل مسئله، تقویت تصمیم‌گیری، معنادرمانی و معنا‌خواهی، پرورش حس معنویت و ایمان و ارائه تکلیف
۹	آگاهی از جوانی، تقویت امید به آینده، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی، آموزش همدلی و دلگرم‌سازی و ارائه
۱۰	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، اجرای پس‌آزمون

نتیجه از اطلاعات و نمرات کسب‌شده و تعیین میانگین نمرات، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها:

از کل جامعه جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان ۵۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۲۵ نفره تحت عنوان گروه آزمایشی و گروه کنترل جای گرفتند، میانگین سن آزمودنی‌ها هنگام طلاق والدین در گروه آزمایش ۹،۰۴ و در گروه کنترل ۹،۲۴ بودند. این نشان می‌دهد میانگین سن آزمودنی‌ها هنگام طلاق والدین در گروه آزمایش تفاوت چندانی با گروه کنترل ندارد.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک در جدول ۲ و بر روی نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ و در نمودار ۱ که مربوط به پیش‌آزمون است مشاهده می‌کنید میانگین مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی) به جز خرده‌مقیاس تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر است؛ اما در نمودار ۲ که مربوط به پس‌آزمون است مشاهده می‌شود میانگین پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بیشتر است و نشان می‌دهد که مداخله آموزش تاب‌آوری بر میزان سرمایه روان‌شناختی تأثیر قابل توجهی داشته است و می‌تواند موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی شود.

جدول ۳ در مورد چهار خرده‌مقیاس سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) نشان می‌دهد که در واقع با حذف اثرات پیش‌آزمون، نمرات گروه آزمایشی از گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر است و جدول مقایسه میانگین‌های برآورد شده نیز این تفاوت را نشان می‌دهند و چنانچه مشاهده می‌شود تفاوت گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌دار بوده که این معنی‌داری به نفع گروه آزمایشی است و نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری موجب افزایش خرده‌مقیاس‌های (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) سرمایه روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان گردیده است؛ بنابراین با توجه به این نتایج می‌توان استدلال کرد که فرضیه پژوهشگر مورد تأیید آماری قرار گرفته است و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌دار بوده است و آموزش تاب‌آوری موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر اختلاف معناداری میان میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی نشان داد. می‌توان گفت بین میانگین‌های دو گروه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود داشته و آزمودنی‌های گروه آزمایش که با شیوه آموزش تاب‌آوری مورد آموزش و

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی سربازان دارای والدین طلاق گرفته

پس آزمون				پیش آزمون				خرده مقیاس‌ها
گروه گواه		گروه آزمایش		گروه گواه		گروه آزمایش		
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۷.۴۰۰	۲۵.۵۶	۵.۹۱۶	۳۲.۰۰	۲.۶۷۳	۲۵.۳۲	۳.۷۷۶	۲۳.۴۴	خودکارآمدی
۷.۴۳۸	۲۶.۳۶	۵.۹۹۳	۳۳.۰۰	۷.۰۶۲	۲۵.۷۲	۶.۴۵۶	۲۴.۵۲	امیدواری
۶.۱۳۹	۲۳.۱۲	۴.۶۴۵	۳۰.۹۲	۲۱.۶۰	۷.۰۱۲	۶.۴۸۱	۱۹.۴۰	تاب‌آوری
۷.۴۵۳	۳۲.۰۴	۴.۳۴۹	۳۵.۶۰	۵.۸۶۳	۱۸.۹۶	۵.۹۴۶	۱۸.۱۲	خوش‌بینی

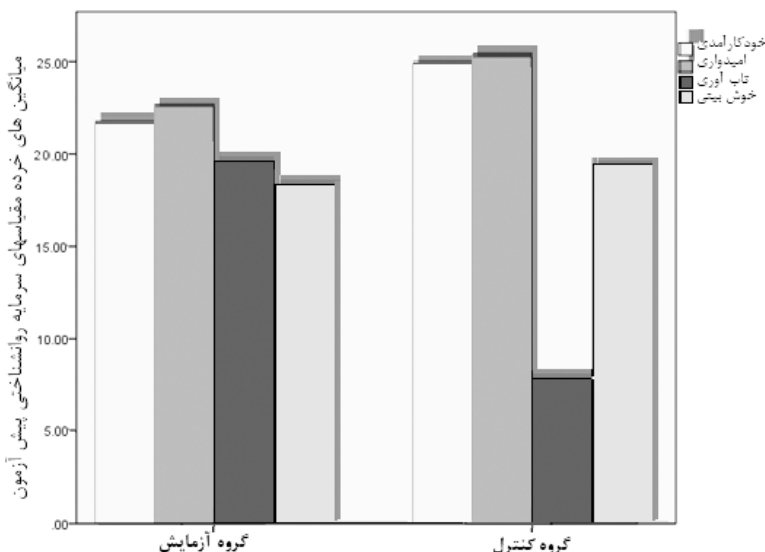
روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان ابتدا باید به این مسئله اساسی اشاره کرد که سختی‌های دوران خدمت نظیر کمبود امکانات رفاهی در برخی از یگان‌های خدمتی، فاصله دور محل خدمت تا محل سکونت، تفاوت محیط خدمت به لحاظ بافت خاص هر یک از نیروها و یگان‌ها، وجود تفاوت فرهنگی میان کارکنان در محیط کاری، حضور مستمر در محل خدمت و دوری از خانواده و عدم سازش فرد با محیط اجتماعی جدید موجب مشکلات روان‌شناختی و فرار سربازان می‌شود (۳۳)؛ که در میان این عوامل، مشکلات خانوادگی از جمله طلاق والدین، یکی از مهم‌ترین این عوامل است که زندگی فرزندان به‌ویژه پسران را بیشتر درگیر فشارهای روانی می‌کند. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد، فرزندان طلاق دارای اختلالات برونی‌سازی شده زیادی شامل رفتارهای قانونشکنانه و پرخاشگرانه‌ای هستند که موجب اختلال کاستی توجه، بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود که با عناوینی، مانند مشکلات رفتاری، انضباطی، رفتارهای اغتشاش‌آمیز بزهکاری و همانند آن مشخص می‌شود (۸). با توجه به اینکه نیروی انسانی موجود در هر سازمان، به‌عنوان یکی از اهداف مهم هر سازمان تلقی می‌گردد و اگر مدیریت نتواند از نیروی انسانی متخصص و ماهر سازمان استفاده مطلوب را به عمل آورد، کم‌کم موجب دلسردی و ناامیدی و عدم رضایت شغلی شده و زمینه‌ای برای فرار کارکنان سازمان فراهم می‌سازد که نه تنها سازمان را در نیل به اهدافش دچار مشکل نموده بلکه اثربخشی سازمان را نیز به حداقل ممکن می‌رساند (۳۳)، توجه به این مسئله ضروری است؛ زیرا افرادی با سرمایه روان‌شناختی بالا، بیشتر از آنکه شغل خود را تنها یک قرارداد

درمان قرار گرفته‌اند، از پیشرفت بالایی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل که مورد مداخله آموزشی درمانی قرار نگرفته‌اند، برخوردار می‌باشند. لازم به ذکر است که نتیجه‌گیری در مورد فرضیه پژوهش با یافته‌های تیلکی (۲۴)، پورنیک دست، شهامتی، مقصود، پناهی زاده (۲۵)، همسو است و با اثربخشی تاب‌آوری بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) همسویی دارد.

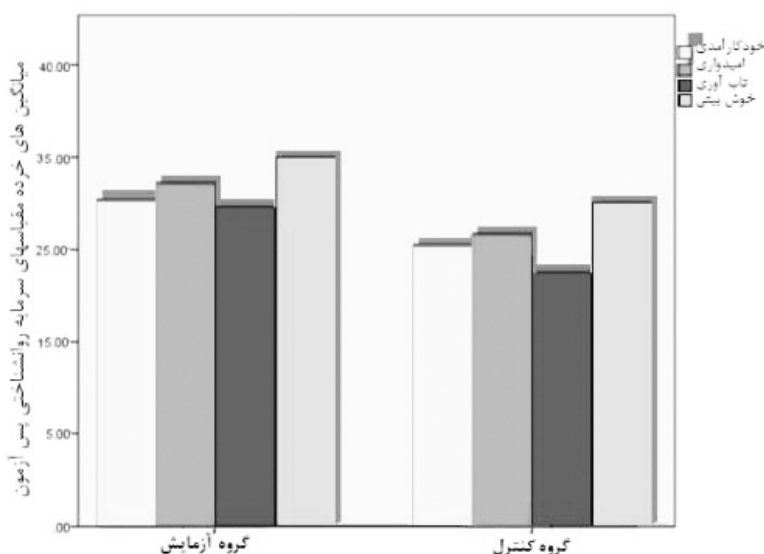
این یافته‌ها همچنین با گزارش اکبری (۲۶) و براد، اندرو، آدم، مایکل، وندی (۲۷) و گیو، کراس، پلامر، لام، پینگ، لئو و پینگ ژانگ (۲۸)، پاریت (۲۹) و ویلسون، مک نوتن، مایر، وارد (۳۰) پیرامون اثرات تاب‌آوری بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) همسویی داشته و فرضیه تحقیق بدین ترتیب مورد تأیید قرار می‌گیرد.

نتایج پژوهش دیانت نسب و همکاران (۳۱) نشان می‌دهد که بین استرس شغلی و عملکرد شغلی رابطه منفی و معنی‌دار و بین سرمایه‌های روان‌شناختی و عملکرد شغلی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. در مطالعه دیگری توسط لوتانز و همکاران (۱۱) پژوهشگران به رابطه مثبت و معنی‌داری بین امیدواری، خوش‌بینی، کارآمدی و انعطاف‌پذیری با عملکرد شغلی و رضایت شغلی دست‌یافته‌اند؛ و نشان دادند که ترکیب ابعاد فوق و استفاده از سرمایه روان‌شناختی می‌تواند پیش‌بینی خوبی از رضایت و عملکرد شغلی داشته باشد. کاپاگودا و همکاران (۳۲) در پژوهشی نشان دادند که سرمایه‌های روان‌شناختی به‌طور معنی‌دار و مثبتی با عملکرد شغلی کارمندان ارتباط دارد و توصیه نمودند که با تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی در سازمان‌ها، می‌توان عملکرد شغلی کارکنان را افزایش داد. در تبیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سرمایه‌های

بودار ۱. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل



بودار ۲. شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل



تاب‌آوری دارای پیامدهای ژرفی است که می‌تواند شایستگی‌های افراد و سرمایه انسانی را ارتقاء بخشد. تاب‌آوری می‌تواند سازمان‌های امروزی و اعضای آن را با ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و سازوکارهای حفاظتی شگرفی تجهیز کند (۳۵). هر قدر تاب‌آوری پرسنل امنیتی و نظامی بیشتر باشد، توان گسترش وسعت دید و عملکرد بهتر در آنها بالاتر می‌رود. مطالعات انجام‌شده تاب‌آوری را عاملی می‌داند که شناخت‌ها، احساس‌ها و اعمال افراد را هدایت می‌کند و موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی می‌شود (۳۵). برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این‌گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری هستند و

مرسوم بدانند، آن را به‌عنوان راهی برای یاری رساندن به دیگران درک می‌کنند و حتی با وجود انگیزه‌های بیرونی برای برآورده شدن انتظاراتشان به انگیزه‌های درونی اهمیت بیشتری می‌دهند و در صورت فقدان سیستم پاداش بیرونی، رفتار شهروندی بالایی را فراتر از آنچه وظیفه نامیده می‌شود، از خود بروز می‌دهند و عملکرد و پیامدهای نگرشی مطلوب و ارزشمندی را پدیدار می‌سازند (۳۴). تاب‌آوری یکی از راهبردها در رشد افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت‌های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر است که باعث شود که فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد (۲۶).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره آموزش تاب آوری بعد از حذف اثرات متغیر کمکی پیش آزمون بر مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (DF)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	مجذور اتا
خودکارآمدی	عرض از مبدا	۵۵۱.۸۳۲	۲	۲۷۵.۹۱۶	۶.۱۱۵	۰.۰۰۴	۰.۲۰۶
	پیش آزمون	۳۴۴۰.۰۸۳	۱	۳۴۴۰.۰۸۳	۳۲۲.۲۵۷	۰.۰۰۰	۰.۸۷۳
	گروه	۵۲۵.۵۱۲	۱	۵۲۵.۵۱۲	۱۱۶.۶۴۶	۰.۰۰۱	۰.۱۹۹
	خطا کل	۲۱۲۰.۷۴۸	۴۷	۴۵.۱۲۲			
	کل	۴۴۰۸۷.۰۰۰	۵۰				
امیدواری	عرض از مبدا	۵۵۷.۹۲۸	۲	۲۷۸.۹۶۴	۶.۰۰۶	۰.۰۰۵	۰.۲۰۴
	پیش آزمون	۳۸۹۲.۳۴۰	۱	۳۸۹۲.۳۴۰	۸۳.۳۳۸	۰.۰۰۰	۰.۶۳۹
	گروه	۵۵۴.۱۶۳	۱	۵۵۴.۱۶۳	۱۱.۹۳۱	۰.۰۰۱	۰.۲۰۲
	خطا کل	۲۱۸۲.۹۵۲	۴۷	۴۶.۲۳۴			
	کل	۴۶۷۸۶.۰۰۰	۵۰				
تاب آوری	عرض از مبدا	۷۸۲.۹۱۱	۲	۳۹۱.۴۵۵	۱۳.۱۴۱	۰.۰۰۰	۰.۳۵۹
	پیش آزمون	۳۴۲۴.۶۷۱	۱	۳۴۲۴.۶۷۱	۷۵.۲۳۱	۰.۰۰۰	۰.۶۱۵
	گروه	۷۵۲.۴۷۹	۱	۷۵۲.۴۷۹	۲۵.۲۶۱	۰.۰۰۱	۰.۳۵۰
	خطا کل	۱۴۰۰.۰۶۹	۴۷	۲۹.۷۸۹			
	کل	۳۸۶۸۷.۰۰۰	۵۰				
خوش بینی	عرض از مبدا	۱۸۴.۰۶۴	۲	۹۲.۰۳۲	۲.۴۵۶	۰.۰۹۷	۰.۰۹۵
	پیش آزمون	۲۳۸۶.۰۵۰	۱	۲۳۸۶.۰۵۰	۶۷.۱۵۷	۰.۰۰۰	۰.۵۸۸
	گروه	۱۵۴.۶۸۸	۱	۱۵۴.۶۸۸	۴.۱۲۷	۰.۰۴۸	۰.۰۸۱
	خطا کل	۱۷۶۱.۳۱۶	۴۷	۳۷.۴۷۵			
	کل	۵۹۱۳۵.۰۰۰	۵۰				

P < .۰۰۱

عملکرد بهتری دارند (۱۳).

از جنبه تقویت مثبتی که در آن وجود دارد (لغو نگرهبانی، واگذاری مسئولیت کمتر، انتقال به شهر محل سکونت و ..)

نکات بالینی و کاربردی در طب نظامی:

پیشنهاد می‌شود کلیه مراکز مشاوره ارتش و ارگان‌های نظامی در سطح کشور از مداخله‌های درمانی آموزشی این پژوهش و پژوهش‌های مشابه جهت سلامت و افزایش عملکرد کارکنان پایور (رسمی) و وظیفه (سربازان) و در نتیجه موفقیت بیشتر در مأموریت‌های سازمان استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی:

این تحقیق مستخرج از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است. در اینجا صمیمانه از تمام کسانی که ما را به نحوی در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، سپاسگزاری می‌نماییم

تعارض منافع:

بدین وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

نتیجه‌گیری:

با توجه به مباحث ارائه شده فوق می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که استفاده از آموزش تاب‌آوری برای جوانان سرباز دارای والدین طلاق گرفته ارشد نظامی ارتش در شهر اصفهان در بهبود وضعیت خلقی و دستیابی به اهداف آموزشی، شغلی و درمانی اثرگذار است. سرسختی روان‌شناختی، تاب‌آوری و برخورداری از مهارت‌های اجتماعی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب را تعدیل کند (۳۶)؛ بنابراین می‌توان از مداخله آموزشی تاب‌آوری به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر بر سرمایه‌های روان‌شناختی جوانان سرباز دارای والدین طلاق استفاده کرد.

محدودیت‌های پژوهش:

- زمان بر بودن تایید و تصویب طرح پژوهشی در ارگان‌های نظامی
- گرایش برخی از سربازها به خود بیمار انگاری به علت استفاده

ganizational Behavior Studies Quarterly 2016, 5(1):173-198. [Persian].

10. Nezami A, Givarian H. An Investigation Of The Effect Of Psychological Capital On The Burnout Of Nurses In A Military Hospital In Tehran. EBNESINA 2016, 18(1):44-51. [Persian]

11. Luthans. F, Avilo, B. J, Avey, J. B, Lauer, Robert H. & Jeanette C. Laure. Social Problems and the Quality of Life, United States of America 2007: Mc Graw Hill.

12. Etebarian A, Abazari Y. Theoretical foundations and background of psychological capital research, 2012. [Persian].

13. Aerab sheibani A, Akhondi N, Javedani Masru M, Riahi Madvar M. Promotion of Psychological Capital Model in Diabetic Patients: An Explanation of the Role of Quality of life. HEALTH PSYCHOLOGY 2016, 5(18):35-52. [Persian].

14. Adler AB, Williams J, McGurk D, Moss A, Bliese PD. Resilience training with soldiers during basic combat training: randomization by platoon. Applied Psychology: Health and Well-Being 2015, 7(1): 85-107.

15. Ghashghaeizadeh N. The study of effectiveness of training of psychological capital on dimensions of social capital among women teachers of elementary schools. Psychological studies 2016, 12(1):125-140. [Persian].

16. Salehi Seghiyani J, Ashjaee Delcheh R, Safari F. Psychological capital and improvement of human resource performance: An analysis on the mediating role of reducing social laziness. Development Quarterly 2017, 5(8):141-172. [Persian].

17. Wood S, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. Neurobiology of Stress 2015, 1: 164-173.

18. Casey GW. Comprehensive soldier fitness: A vision for psychological resilience in the U.S. Army. American Psychologist 2011, 66:1-3.

منابع

1. Seyedi H, Seyedi MR. Understanding the experience essence of serving soldiers with higher education, phenomenological research. smt. journal. 2016, 10(1):85-116. [Persian].

2. Karami J, Hatamiyan P, Moradi A. Relationship between Neuroticism and Psychotic Personality Traits with Suicidal Tendencies in Soldiers in Military Barracks. J Mil Med 2017, 19(2): 152-157. [Persian].

3. Fakourian A, Azarbaijani M.A, Peeri M. Effect A Period of Selective Military Training on Physical Fitness, Body Mass Index, Mental Health and Mood in Officer Students. JAUMS. 2012; 10 (1): 17-27. [Persian].

4. Kamalvand H, Karimi T, Vosughi A. investigating the factors affecting desertion of soldiers; the study of Mehrabad 1st hunting base. MCS 2017, 11(36):111-117. [Persian].

5. Sadrolashrafi M, Khonakdar M, Shamkhani A, Yousefi afrashteh M. Pathology Divorce (Causes and Factors) and Ways to Prevent it. Cultural Engineering Monthly Magazine 2012, 7(73&74):26-53. [Persian].

6. Masoudinia A, Bankipoorfard A.H, Gholizadeh A. Qualitative Study of the Experiences of Divorced Men and Women of Cultural Factors Inducement Divorce. AS 2015, 26(57):39-64. [Persian].

7. Sheykholeh KH, Analyzing the psychological-educational problems of children of divorce from the perspective of parents [Dissertation]. Iran, Sanandaj: Payam Noor University, 2021. [Persian].

8. Hoseini Yazdi A, Mashhadi A, Kimiaee A, Asemi Z. Effectiveness Of Children Of Divorce Intervention Program (Codip) On Externalized And Internalized Problems In Children Of Divorce. Family psychology 2015, 2(1):3-14. . [Persian].

9. Abdavi Baftani M, Faryabi M, Modaresi S, Hasaninejad M. Investigating the occurrences and consequences of psychological capital, Or-

- Chinese nurses: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 2017, 27(1):1-7.
29. Pariat, R, G. The study of impact of Psychological Capital on work attitude and commitment. *Journal of management in Practice* 2017, 2 (1):1-7.
30. Wilson, A. L. McNaughton, D. Meyer, S. B, Ward, P. R. Understanding the links between resilience and type-2 diabetes self-management: a qualitative study in South Australia. *Archives of Public Health* The official journal of the Belgian Public Health 2017, (10):1-13.
31. Dianatnasab M, Javidi H, Baghol H. The Mediation role of Job stress in the Relationship Between Psychological Capital and Personnels Performance of Gachsaran Oil and Gas Company Operating in Dashtgaz. *psychological metod & models* 2014, 4(15):75-89. [Persian].
32. Kappagoda U. W. M. R. Sampath, Zainul Fithri Othman. Hohd, De Alwis. W. P. Gamini. the Impact of Psychological Capital on Job Performance in the Banking Sector in Sri Lanka 198. *International Journal of Arts and Commerce* 2014, 3(5): 17.
33. Nejadheydari S, Azadi V, Investigating individual, environmental and organizational factors of desertion from military service (case study of employees of Kerman police command). *Scientific Quarterly - Specialized Military Knowledge* 2015, 7 (15): 1-15. [Persian].
34. Afkhami Ardakani M, Tavakoli A. The Development of Social and Psychological Capitals in the Light of Islamic Life Style. *Islamic and Psychology Studies* 2016, 10 (19): 31-56. [Persian].
35. Luthans. F, Translated by Rezaei Menesh B, Taghizadeh A, Kahe M. *Psychological capital*. 1th. Tehran. Scientific publication, 2012:p.123.
36. Ebrahimi Orang A, Ghorbani namvar F. Getting to know the concepts of resilience, excitement and the need to achieve success. 1th. Tabriz. University research publications, 2015:p. 63. [Persian].
19. Sibert AL, *Benefits of resilience (prominent changes, thriving under pressure, returning to normal and overcoming obstacles and difficulties)*, 1th ed: Tehran, roozgar 2016: p. 123.
20. Greeff AP, Nolting C. Resilience in families of children with developmental disabilities. *Fam Syst Health* 2013, 31(4):396-405.
21. Alipur A. The effectiveness of resilience training on the level of depression, anxiety, stress and suicidal thoughts of soldiers, *Army University of Medical Sciences* 2016, 8 (29):39-51. [Persian].
22. Yousefi R, Toghyani E. Comparison between Psychological Resiliency and Defense Mechanisms in the Military and Ordinary People. *J Mil Med*. 2016; 18 (2):207-214. [Persian]
23. Golparvar M, Jafari M, Javadian Z. Prediction of Psychological Capital through Components of Spirituality among Nurses. *IJPN* 2013, 1(3):35-44. [Persian]
24. Tilaki M, The effectiveness of acceptance and commitment training on resilience, psychological flexibility and ataxia of women with chronic pain [Dissertation]. Iran: Islamic Azad University, Shahrood Research Science Unit 2016. P. 89. [Persian]
25. Purnikdast S, Shahamati M, Maghsud F, Panahizade M. Life expectancy, resilience and forgiveness as predictors of intrinsic religious orientation in soldiers. *Military Psychology Quarterly* 2016, 7(28):5-14. [Persian]
26. Akbari, B. Effectiveness of Training Psychological Resilience on Aggression and Happiness among Students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2017, 27(1):1-7. [Persian]
27. Brad, S. Andrew, Sh. Adam, P. Michael, S. Wendy D, L. Improvements in Resilience, Stress, and Somatic Symptoms Following Online Resilience Training: A Dose-Response Effect. *Journal of occupational and Environmental Medicine* 2017, 13(12):1-7.
28. Guo, Y. Cross, W. Plummer, V. Lam, L. ping, J. Luo, Y. Jing-ping, Zh. Exploring resilience in



The effectiveness of computer educational program on the cognitive processes and academic performance of students with attention deficit/hyperactivity disorder

Abstract

Article Info

Introduction: Attention deficit/ hyperactivity disorder is a type of neurobehavioral disorder that affects a person's performance in many areas, including academic performance, attention and concentration, and social communication.

Methods: This research, we used a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population consists of students with attention deficit/ hyperactivity disorder in the elementary school of Tehran in the academic year of 2021-2022, who were selected using the selective sampling method and randomly divided into two groups of 20 people, experimental and control groups. Swanson, Nolan and Pelham fourth edition questionnaire (SNAP-IV) were used to evaluate symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and Dourtaj academic performance questionnaire was used for academic performance, and CAS cognitive assessment test was used to evaluate neuro-cognitive processes. A pre-test was taken from both experimental and control groups, and the experimental group was subjected to the intervention of the rehabilitation computer training program for 3 months. A post-test was taken from was performed for both the experimental and control groups. The follow-up test was performed after 3 months later of the post-test session. The data was analyzed through multivariate analysis of variance and SPSS-26 statistical software.

Results: The results of analysis showed that the computer training program had a positive effect on cognitive processes (planning, attention and simultaneous and successive processing) and academic performance of students with attention deficit hyperactivity disorder and it was statistically significant ($P < 0.001$).

Conclusion: The computer training program improves cognitive functions (planning, attention and simultaneous, successive processing) and improves the academic performance of students with attention deficit/ hyperactivity disorder.

Keywords: attention deficit/ hyperactivity disorder, computer training, cognitive processes, academic performance

Authors:

Iraj Atashi ¹

Masoud Ghasemi ^{2*}

Shirin Kooshki ^{3*}

Affiliations

1. PhD student, Department of educational psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. atashiiraj@gmail.com. Tel: 09210394319 <https://orcid.org/0000-0001-8166-9176>

*2. Assistant Professor, Department of educational psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (corresponding author) ghassemi64@yahoo.com. Tel: 09121196357 <https://orcid.org/0000-0001-7852-0522>

3. Associate Professor, Department of educational psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. shirin_kooshki@yahoo.com. Tel: 09125211164 <https://orcid.org/0000-0001-6186-6324>



اثربخشی برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی

چکیده

اطلاعات مقاله

ایرج آتشی^۱
مسعود قاسمی^{۲*}
شیرین کوشکی^۳

مقدمه: فعالیت اختلال نقص توجه-بیش فعالی نوعی اختلال عصبی- رفتاری است که اغلب به عملکرد فرد در بسیاری از زمینه ها از جمله عملکرد تحصیلی، توجه و تمرکز و ارتباطات اجتماعی صدمه می زند.

روش: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری، دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی مقطع ابتدایی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به دو گروه ۰۲ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به منظور ارزیابی نشانه های اختلال نقص توجه-بیش فعالی از مقیاس سوانسون، نولان و پلهام ویرایش چهارم و عملکرد تحصیلی از پرسشنامه عملکرد تحصیلی در تاج و همچنین برای بررسی فرآیندهای عصبی - شناختی با آزمون ارزیابی شناختی مورد بررسی قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه به عمل آمد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته توسط نرم افزار آماری SPSS-۶۲ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی برنامه ریزی، توجه و پردازش همزمان و متوالی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی تاثیر مثبت داشته و از نظر آماری معنا دار بوده است ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: برنامه آموزشی رایانه ای موجب بهبود عملکرد فرآیندهای شناختی (برنامه ریزی، توجه و پردازش همزمان و متوالی) و ارتقاء عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی می شود.

واژه های کلیدی: اختلال نقص توجه - بیش فعالی، آموزش رایانه ای، فرآیندهای شناختی، عملکرد تحصیلی

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. atashiiraj@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۲۱۰۳۹۴۳۱۹ کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۸۱۶۶-۹۱۷۶

۲* استادیار، گروه روان شناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

ghassemi64@yahoo.com تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۱۹۶۳۵۷ کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۷۸۵۲-۰۵۲۲

۳. دانشیار، گروه روان شناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. shirin_kooshki@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۲۵۲۱۱۱۶۴ کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۱۸۶-۶۳۲۴

مقدمه

اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ADHD) یکی از اختلالات کنترل شناختی است که بر بسیاری از جنبه های زندگی افراد، خانواده ها و فعالیت های تحصیلی و اجتماعی کودک و روابط خانوادگی تأثیرات منفی می گذارد (۱). اختلال نقص توجه - بیش فعالی یکی از شایع ترین و چالش برانگیز ترین مشکلات سلامت روان دوران کودکی است و تأثیرات منفی بسیاری بر جنبه های مختلف زندگی کودک از جمله عملکرد تحصیلی دارد (۲). در یک پژوهش فرا تحلیلی، فریزیر^۲ و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که دانش آموزان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی در خواندن و درس ریاضی از همسالان بدون اختلال نقص توجه - بیش فعالی نمرات پایین تری کسب کردند (۳) و نتایج شغلی و تحصیلی نا مطلوبی را برای آنها همراه داشت (۴). تاپر، کوپر^۳ دریافتند که شروع اختلال نقص توجه-بیش فعالی معمولا در مراحل اولیه زندگی است و حدود ۴ تا ۱۲ درصد افراد مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی در سراسر دنیا در گروه های سنی دبستانی هستند (۵). کودکان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی اغلب با مشکلات عملکرد تحصیلی مواجه هستند و موفقیت و پیشرفت تحصیلی کمی دارند (۶). ارتباط ضعیف با معلم و همکلاسی ها در کلاس سطح بالاتری از شکست و مردودی را تجربه و به نسبت بیشتری از مدرسه اخراج می شوند (۷).

طبق نظریه پاس (PASS^۴)، برنامه ریزی، توجه، و پردازش همزمان و متوالی، زیربنای اصلی شناخت در انسان را تشکیل می دهند. برنامه ریزی، توانایی کنترل رفتار و چیدمان اهداف است؛ توجه، هوشیاری و کنترل ذهن آگاه را مدیریت می کند؛ و پردازش همزمان و متوالی، تجزیه و تحلیل همزمان داده ها را مدیریت می کند (۸). برنامه ریزی ارتباط بسیار نزدیکی با توجه دارد که شامل تمرکز بر روی یک فعالیت، مهار پاسخ به محرک های بی اهمیت، و همچنین مقاومت در برابر حواس پرتی است. پردازش متوالی به معنای قرار دادن اطلاعات در یک نظم خاص است که هم شامل درک محرک ها (به ترتیب)، و هم سازماندهی به صداها و حرکات (به ترتیب) است. در مقابل، پردازش همزمان مستلزم مشاهده رابطه قطعات جداگانه اطلاعات در یک گروه است، یا مشاهده اینکه چگونه اجزا به یک کل مرتبط هستند (۹). بر اساس پژوهش های انجام شده استفاده از نظریه پاس کمک به پیشرفت تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی یا اختلالات یادگیری است (۱۰ و ۱۱).

یکی از رویکردهای نوین که به تقویت و باز پروری اجزای شناختی کمک می کند، بازی های رایانه ای است و از مظاهر پیشرفت فناوری در عصر حاضر است (۱۲). بازی های رایانه

ای، در زمینه درمانی و توان بخشی به ویژه برای کودکان دارای اختلالات و مشکلات روانی کاربرد دارد (۱۳). پژوهش های انجام شده در زمینه برنامه آموزش شناختی بر میزان توجه و حافظه فعال کودکان با اختلال کم توجهی پرداخته شده به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی بر توجه و حافظه فعال دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی اثر مثبت و معناداری دارد (۱۴ و ۱۵). بازی های رایانه ای در درمان اختلال نقص توجه-بیش فعالی از اصول درمان های شناختی استفاده

1- Attention deficit hyperactivity disorder

(ADHD)

2-Frazier

3-Thaper, Cooper

4-Planning, Attention, Simultaneous, and Successive processing (PASS)

می کنند (۱۶). این روش به وسیله فراهم ساختن فرصت های ساختارمند و تمرین مدار در حیطه های مختلف شناختی باعث بهبود نشانه های این اختلال می شود (۱۷). بازی های رایانه ای به گونه ای توجه افراد را جلب می کند که در بهبود علائم و نشانه های اختلال نقص توجه-بیش فعالی و اختلالات خلقی موثر است (۱۸). این بازی ها شامل تمرین های تکراری و برنامه رایانه از مزایای بازی های تعاملی ملموس به شکل رایانه ای و فعال استفاده می شود (۱۹). رابطه کودک با بازی های آموزشی او را قادر می سازد تا عناصر مختلف بازی را درک کند و از محرک های بینایی، شنیداری و لامسه بهتر استفاده کند (۲۰) و این خود تأثیر انگیزشی بازی ها را تقویت می کند (۲۱).

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش از حیث هدف کاربردی است. روش پژوهشی از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر تهران هستند که به منظور درمان اختلال نقص توجه-بیش فعالی به مرکز مشاوره تخصصی آموزش و پرورش شرق تهران مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهشی: برای انتخاب نمونه تعداد ۴۰ نفر در محدوده سنی ۹ تا ۱۱ ساله به صورت در دسترس انتخاب شده و پس از انجام مصاحبه با والدین و خود کودک و تایید پزشک متخصص، تکمیل فرم رضایت نامه اخلاقی به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (دختر و پسر) آزمایش و کنترل

سوانسون نولان و پلهام (۱۹۹۲) برای توصیف رفتاری اختلال نارسایی توجه منطبق با ملاک های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال است که جهت بدست آوردن شاخص برای نشانه های بالینی استفاده شد. صدالسادات و همکاران (۱۳۸۶) ضریب اعتبار این آزمون را بر اساس روش باز آزمایی ۰/۸۲ و بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۷۶ گزارش کردند (۲۲).

پرسشنامه عملکرد تحصیلی در تاج: این پرسشنامه اقتباس از پژوهش های فام و تیلور (۱۹۹۰) در حوزه عملکرد تحصیلی

گمارده شدند. مراحل پیش آزمون، مداخله و پس آزمون و پیگیری سه ماهه بر روی آن ها انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن اختلال نقص توجه- بیش فعالی، نداشتن سایر اختلالات مثل اتیسم، عقب ماندگی ذهنی و همچنین عدم مصرف دارو و تمایل دانش آموز و خانواده وی به مشارکت در تحقیق و داشتن هوش بهره بالای ۸۵ بود. به منظور انجام پژوهش مجوز انجام فعالیت های بالینی شناسه اخلاق ۱۴۰۰/۰۴/۰۶ IR.IAU.CTB.REC دریافت گردید.

ب) ابزار: مقیاس سوانسون، نولان و پلهام - ویرایش چهارم: مقیاس سوانسون، نولان و پلهام - ویرایش چهارم به کوشش

جدول ۱ اهداف و محتوای برنامه آموزشی

جلسه	هدف	محتوا
اول	معرفی نرم افزار و آشنایی آزمودنی ها با فضای نرم افزار و روش کارکردن با آن	به آزمودنی ها فضای نرم افزار و روش کار کردن با نرم افزار توضیح داده شد و بصورت تمرینی بازی کرد.
دوم تا پنجم	ارتقای توانایی بازداری و مهار پاسخ، طبقه بندی بصری، توجه عمومی، سرعت پردازش مرکزی و تمیز شنیداری	بازی های نقطه تطبیق (Match point) و گربه بازی (cats play)، مرحله اول توجه شنیداری (Auditory attention) در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت تا هر سطحی که توانستند اجرا و در پایان جلسه ثبت و ذخیره شد و عملکرد و پیشرفت دانش آموز به اولیاء و دانش آموز به منظور ایجاد انگیزه و تشویقی بازخورد داده شد.
ششم تا دوازدهم	ارتقای مهارت های شناختی بازداری پاسخ، توجه متناوب، توجه انتخابی، پردازش بصری، حافظه فعال و توجه شنیداری	در آغاز جلسه نمودار مربوط به نحوه عملکرد در جلسه قبلی آزمودنی مشاهده و سپس برنامه شکار موش (Mouse Hunt) و بازی ماشین من کجاست؟ (Where's My Car) مرحله دوم توجه شنیداری (Auditory attention) در اختیار آن ها قرار گرفت و تا در هر سطحی که توانستند اجرا و در پایان جلسه ثبت و ذخیره شد و عملکرد و پیشرفت دانش آموز به اولیاء به منظور ایجاد انگیزه و تشویقی بازخورد داده شد.
بیستم تا بیست چهارم	ارتقاء مهارت های: توجه متمرکز، توجه انتخابی، توجه پایدار، توجه عمومی، ادراک بصری، مهار پاسخ، توالی دیداری فضایی، طبقه بندی بصری فضایی و تمیز و توجه شنیداری	بازی های مرتبط با اهداف در اختیار آنها قرار گرفت: بازی شکار بزرگ (The Great Hunt) مرحله سوم توجه شنیداری (Auditory attention) و بازی تمرین هدف (Target Practice) ارائه گردید تا در هر سطحی که توانستند اجرا و در پایان جلسه ثبت و ذخیره شد و عملکرد و پیشرفت دانش آموز به اولیاء و دانش آموز به منظور ایجاد انگیزه و تشویقی بازخورد داده شد.
	ارتقاء مهارت های: مهار پاسخ، توجه متناوب، توجه عمومی، توجه تقسیم شده، حافظه کاری، سرعت پردازش بصری، اسکن بصری، تمیز شنیداری، استلال مفهومی	بازی های مرتبط با اهداف برنامه های آموزشی در اختیار آن ها قرار گرفت. سه بازی: نورقرمز، نورسبز (Red light, Green light) و بازی پیام های مرموز (Mystery Messages) و بازی تمیز شنیداری (Sound Discrimination) ارائه گردید تا هر در سطحی توانستند انجام دهند و در پایان عملکرد و پیشرفت دانش آموز به اولیاء و دانش آموز به منظور ایجاد انگیزه و تشویقی بازخورد داده شد.



نمودار ۱ میانگین نمرات دو گروه در عملکرد تحصیلی

ارزیابی شناختی شامل چهار مقیاس برنامه ریزی، توجه، پردازش همزمان، پردازش متوالی می‌باشد. روایی و پایایی سیستم ارزیابی شناختی در ایران به صورت ضریب همبستگی پیرسون به منظور بررسی رابطه بین نمرات آزمون - آزمون مجدد خرده آزمون های مقیاس های فرآیند برنامه ریزی و فرآیند توجه، ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ و ضریب کوردر ریچارسون به منظور بررسی پایایی خرده آزمون های مقیاس های فرآیند همزمان، ۰/۷۸ تا ۰/۸۱ بدست آمده است (۲۴).

برنامه آموزشی رایانه ای: برنامه آموزشی رایانه ای شامل بسته های توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ^۲ و بسته توانبخشی ساند اسمارت^۳ است که هر کدام نرم افزار آموزشی جداگانه ای است. بسته توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ (نسخه ۲۰۱۴)، برای نخستین بار در سال ۲۰۰۰ توسط شرکت آمریکایی (تعلیم مغز^۴) طراحی شد.

این نرم افزار با داشتن حدود ۲۰۰۰ تمرین در طیف وسیعی از حوزه ها برای بهبود توانمندی شناختی گروه سنی ۶ سال و بالاتر استفاده می‌شود و دارای سه سطح ساده، متوسط و دشوار است که متناسب با وضعیت آزمودنی تعیین می‌شود. این برنامه بر مبنای سیستم پردازش اطلاعات پایه طراحی شده است که معتقد است هر فردی باید توانایی این را داشته

است (فام و تیلور، ۱۹۹۰؛ به نقل از درتاج، ۱۳۸۳). این پرسشنامه برای جامعه ایران هنجاریابی شده است و ۵ قلمرو مرتبط با عملکرد تحصیلی را می‌سنجد که عبارتند از: خودکار آمدی تاثیرات هیجانی، برنامه ریزی، فقدان کنترل و انگیزش است. میزان پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و روایی آن با استفاده از روایی سازه به روش تحلیل عوامل برآورده شده است و عبارتند از: خود کارآمدی ۰/۹۲، تاثیرات هیجانی ۰/۹۳، برنامه ریزی ۰/۷۳، فقدان کنترل پیامد ۰/۶۴ و انگیزش ۰/۷۲ است (۲۳).

آزمون سیستم ارزیابی شناختی (CAS^۱) به منظور ارزیابی فرآیندهای چهار گونه شناختی در افراد ۵ تا ۱۸ سال طراحی شده است و در سه سطح مقیاس کلی، مقیاس فرآیندهای چهارگانه شناختی و خرده آزمون ها سازماندهی شده است. مقیاس کلی: این مقیاس، اندازه گیری کلی از فرآیندهای شناختی را فراهم می‌سازد. نمره مقیاس کلی، نمره ای است که از جمع نمرات خرده آزمون های هریک از مقیاس های فرآیندهای چهارگانه شناختی بدست می‌آید. مقیاس کلی، میانگین هنجاریابی شده ۱۰۰ و انحراف استاندارد ۱۵ است. نمره مقیاس کلی، شاخصی از سطح کلی کارکرد های شناختی فرد را فراهم می‌آورد. مقیاس فرآیندهای چهارگانه شناختی: سیستم

جدول ۲ آزمون کرویت موچلی

اثر درون آزمودنی	آماده W	خی دو	درجه	معناداری	اپسین گایسر و	اپسین	اپسین سطح
عامل ۱	موچلی	تقریبی	آزادی	۰/۰۰۰۱	گرین هوس	هین-فلت	پایین
	۰/۴۰	۳۴/۰۷	۲		۰/۶۲	۰/۶۵	۰/۵۰

جدول ۳ آزمون اثرات درون آزمودنی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ایتا دو سهمی
عامل ۱	۶۵۴۷/۴۰	۱/۲۵	۵۲۴۳/۹۴	۲۲۳/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۵
عامل ۱ * گروه	۵۷۰۸/۰۷	۱/۲۵	۴۵۷۱/۷۰	۱۹۴/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۷
خطا	۱۱۱۴/۵۳	۴۷/۴۴	۲۳/۴۹			

Software

3- Sound Smart

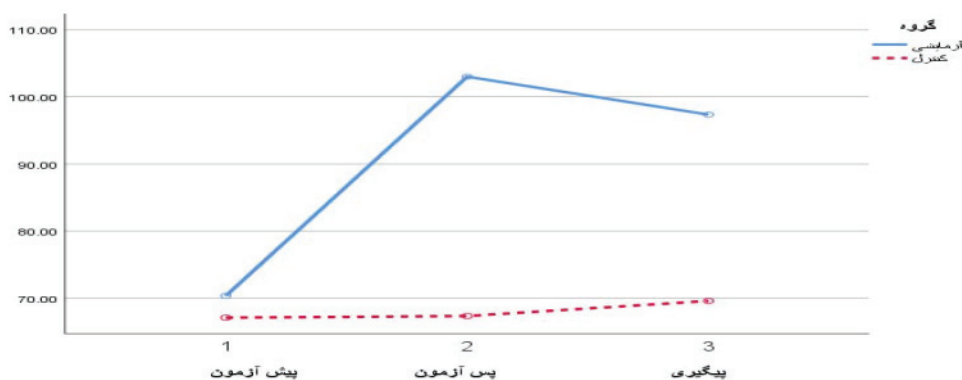
4- brain train

ج) روش اجرا: پس از انتخاب گروه نمونه، از والدین دانش آموزان دعوت به عمل آمد و در زمینه اختلال نقص توجه- بیش فعالی فرزند و اهمیت و ضرورت همکاری والدین و دانش آموزان در انجام پژوهش به عنوان امری مهم و یاری رسان در پیشبرد علم بهبود و درمان اختلال نقص توجه- بیش فعالی آموزش های لازم ارائه گردید. سپس در زمینه مقررات حضور در جلسات آموزشی و زمان های حضور به منظور آموزش های رایانه ای توضیح داده شد. تمامی والدین و دانش آموزان به پرسشنامه های عملکرد تحصیلی پاسخ دادند و آزمون سیستم ارزیابی شناختی در مورد دانش آموزان دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. سپس فقط از دانش آموزان گروه آزمایشی به منظور حضور در جلسات آموزش رایانه ای دعوت به عمل آمد. جلسات آموزشی دو بار در هفته تشکیل گردید و هر بار مدت ۶۰ دقیقه دانش آموزان گروه آزمایش تحت آموزش رایانه ای قرار گرفتند. برنامه آموزشی شامل بسته های توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ و ساند اسمارت بودند و جلسات آموزشی به تعداد ۲۴ جلسه ۶۰ دقیقه

باشد که جمعی از مهارت های تحصیلی، اجتماعی و فردی را برای موفقیت داشته باشد و لازم است توانایی یادگیری و پردازش عمومی خوبی داشته باشد (۲۵). اساس آن بر حافظه فعال و سرعت پردازش مرکزی استوار است؛ لذا هم مهارت های شناختی و هم مهارت های عالی تر را شامل می شود. نرم افزار آموزشی دیگری که در این پژوهش استفاده شده است، نرم افزار پیشبرد شناختی ساند اسمارت است که یک برنامه آموزشی جذاب است که توسط کمپانی تعلیم مغز تولید شده است و برای اولین بار توسط یک گروه متخصص کامپیوتر و روان شناس در موسسه علوم شناختی پارس تهران و به سرپرستی دکتر نظری در سال ۱۳۹۰ فارسی و بومی سازی شده است. پایایی نرم افزار با استفاده از روش الفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۶). در پژوهش انجام شده توسط افشاری، رضایی (۱۳۹۷) نشان داد که آموزش رایانه ای با استفاده از نرم افزار ساند اسمارت بر کارکردهای اجتماعی، توجه متمرکز و توانایی سازماندهی و برنامه ریزی اثر مثبت و معنا داری $p < 0/01$ داشته است (۲۷).

1-cognitive assessment system

2- Captain's Log Cognitive Rehabilitation



نمودار ۲ مقایسه میانگین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

جدول ۴ آزمون اثرات بین آزمودنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ایتا دو سهمی
گروه	۱۰۳۲۳/۰۷	۱	۱۰۳۲۳/۰۷	۲۰۷/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۵
خطا	۱۸۸۹/۸۵	۳۸	۴۹/۷۳			

آزمایش در پیش آزمون از ۶۶/۶۵ به ۸۷/۴۵ در پس آزمون به مقدار ۲۰/۸ و ۸۶/۴۰ در آزمون پیگیری افزایش داشته است و ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً یکسان است. اطلاعات توصیفی به دست آمده در متغیر عملکرد تحصیلی از دو گروه در پیش/ پس آزمون و پیگیری در نمودار ۱ گزارش شده است.

بر اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (K-S) برای فرآیندهای شناختی و مولفه های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، پیشفرض نرمال بودن توزیع نمرات در دو گروه برقرار است و میتوان از آزمونهای پارامتریک مناسب بهره برد ($P > ۰/۰۵$). به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. ابتدا پیشفرضهای این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند:

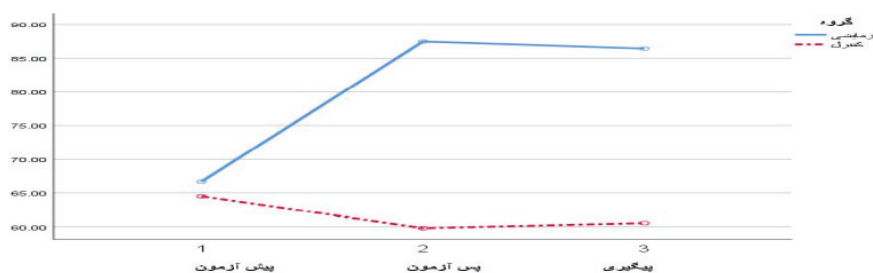
آزمون کرویت موچلی^۱ انجام شد و بر اساس نتایج آن آماری این آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۵$). نتایج این آزمون در جدول ۲ آمده است.

نتایج این آزمون نشان می‌دهد بین سه موقعیت در متغیر فرآیندهای شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و اثر تعاملی نیز معنادار است (برای اثر اصلی $F = ۲۳۳/۲۳$ و برای اثر تعاملی $F = ۱۹۴/۶۲$ در درجات آزادی ۱/۲۵ و ۴۷/۴۴، $P < ۰/۰۱$). استفاده از مقابله های زوجی در بررسی آزمون روند

ای در مدت سه ماه ادامه داشت. سپس پس آزمون از همه دانش آموزان دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید و به منظور پیگیری و بررسی مجدد پس از سه ماه از اجرای آزمون (پس آزمون) آزمون های پیگیری از هر دو گروه آزمایشی و کنترل انجام شد.

یافته ها

فرضیه اول پژوهش حاضر این بود که برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی (برنامه ریزی، توجه و پردازش همزمان و متوالی) دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی موثر است. نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً یکسان هستند. یافته های توصیفی نشان می‌دهد میانگین نمره های فرآیندهای شناختی برنامه ریزی از ۱۱/۹۰ به ۱۸/۰۵ به مقدار ۶/۱۵ و توجه از ۱۴/۴۵ به ۳۰/۱۰ به مقدار ۱۵/۶۵ و همزمان از ۲۲/۲۵ به ۳۱/۶۰ به مقدار ۹/۳۵ و متوالی از ۲۱/۲۵ به ۳۰/۱۰ به مقدار ۸/۸۵ در مرحله ی پس آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است و ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار می‌باشد. همچنین در مرحله آزمون پیگیری افت و کاهش داشته است. فرضیه دوم پژوهش این بود که برنامه آموزشی رایانه ای بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی موثر است. با توجه به نمودار ۱ و یافته های توصیفی، میانگین نمره های گروه



نمودار ۳ مقایسه میانگین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

ی آنها در دو گروه در نمودار ۳ نمایش داده شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از داده های پژوهش در زمینه فرضیه اول نشان داد که برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی موثر بود. میانگین فرآیندهای شناختی برنامه ریزی، توجه و پردازش همزمانی و متوالی و پس از آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است. به عبارتی دیگر فرضیه اول در سطح ($P < 0/001$) تایید می شود. این نتایج با پژوهش های همخوانی دارد (۲۸-۳۵).

همچنین میانگین پس از آزمون عملکرد تحصیلی گروه آزمایش نسبت به پیش از آزمون افزایش داشته است. بر اساس یافته های این پژوهش مشخص شد که برنامه آموزشی رایانه ای بر افزایش عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر است و نتایج این تغییرات معنی دار بودند و فرضیه دوم در سطح ($P < 0/001$) تایید می شود. این یافته ها با نتایج پژوهش های همسو بود (۳۶-۴۳).

جانس، ون لویت، کروسبرگن و ناگلیری (۲۰۰۵) در مطالعه ای فرآیندهای شناختی (برنامه ریزی، توجه، پردازش همزمانی و متوالی) کودکان هلندی و آمریکایی با و بدون اختلال نقص توجه- بیش فعالی را مورد بررسی قرار داد، یافته ها نشان داد که در هر دو کشور، کودکان با نقص توجه- بیش فعالی نمرات پایینی در مقیاس های برنامه ریزی و توجه نشان دادند (۴۴). همچنین در مطالعات انجام شده توسط اسمایل^۲ و کیت (۲۰۰۸) و ناگلیری

1- Vanluit, Kroesbergen, Naglieri

2- Ismail

(۲۰۱۳) نشان داده شد که فرآیندهای همزمان و متوالی رابطه معنی دار و نقش مهمی در عملکرد تحصیلی دارد (۴۵). پژوهش انجام شده توسط رستمی، حقگو، بوجاری، قنبری (۱۳۹۳) نشان داد که در کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی در سنین دبستان، کارکردهای شناختی بر عملکردهای تحصیلی تاثیر قابل توجهی داشته و در پیش بینی دستاوردهای تحصیلی آنان نقش دارد (۴۶). پژوهش صفاریان طوسی در یک مطالعه آزمایشی دریافت که توانبخشی رایانه محور سبب کاهش مشکلات توجه و بهبود توجه کودکان با اختلال نقص توجه می شود (۴۷). همچنین مسیبی و میرمهدی (۱۳۹۶) در مطالعه پژوهشی اثربخشی بازخوانی شناختی رایانه ای را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که این روش می تواند موجب کاهش اختلال نقص توجه مستمر و بهبود حافظه کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی شود و یک درمان سودمند برای نقص کارکرد های اجرایی می باشد (۴۸). گری^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه پژوهشی به بررسی تاثیرات

نشان داد این تفاوت به صورت خطی از

1-Mauchly's sphericity test

2-Greenhouse-Geisser

معناداری برخوردار است ($F=193/96$ ، $Df=1$ و $P=0/0001$ و $F=3001/25$ ، $Df=1$ و $P=0/0001$ برای اثر مستقیم).

بنابراین میتوان نتیجه گیری کرد که برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی (برنامه ریزی، توجه و پردازش همزمان و متوالی) دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر است و فرضیه اول تایید می شود نتایج و مقایسه ی آنها در دو گروه در نمودار ۲ نمایش داده شده است.

فرضیه دوم: برنامه آموزشی رایانه ای بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر است. در بررسی و تجزیه و تحلیل آماری یافته ها از آزمون کرویت مولی استفاده شد. از آنجاییکه آمارهی این آزمون معنادار است ($P < 0/05$)، در گزارش اثرات درون آزمودنی از تصحیح اسپیلن استفاده میشود. با توجه به حجم نمونه و هدف پژوهش، از اصلاح اسپیلن گایسر و گرینهوس استفاده شده است. از آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد آماره لوین در پیش آزمون ۰/۵۷ با درجه آزادی (۱) و درجه آزادی (۲) ۳۸ و معناداری ۰/۴۵۳ و پس از آزمون ۰/۶۲ با درجه آزادی (۱) و درجه آزادی (۲) ۳۸ و معناداری ۰/۴۳۳ و پیگیری ۰/۵۶ با درجه آزادی (۱) و درجه آزادی (۲) ۳۸ و معناداری ۰/۴۶۰ و بر اساس نتایج پیش فرض در تمام سطوح رعایت شده است ($P > 0/05$). با بررسی پیش فرضها مجاز به اجرای تحلیل واریانس آمیخته هستیم. نتایج اثرات درون آزمودنی (پس از اصلاح اسپیلن گایسر و گرینهوس) این آزمون نشان می دهد بین سه موقعیت در متغیر عملکرد تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد و اثر تعاملی نیز معنادار است (برای اثر اصلی $F=32/01$ و برای اثر تعاملی $F=76/44$ در درجات آزادی ۱/۷۴ و ۶۶/۰۸، $P < 0/05$). استفاده از مقابله های زوجی در بررسی آزمون روند نشان داد این تفاوت به صورت خطی از معناداری برخوردار است ($F=57/61$ ، $Df=1$ و $P=0/0001$ برای اثر مستقیم و $F=129/62$ ، $Df=1$ و $P=0/0001$ برای اثر تعاملی).

بر اساس نتایج مندرج در جدول، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین میتوان نتیجه گیری کرد که برنامه آموزشی رایانه محور بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر است. نتایج و مقایسه

بازی های رایانه ای ایرانی توجه بیشتری نسبت به سرمایه گذاری و تولید این قبیل برنامه های آموزشی و توانبخشی با همکاری سازمان آموزش پرورش و آموزش عالی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از حمایت های مادی و معنوی اساتید و کارکنان مرکز مشاوره شرق و اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۳ تهران که امکان انجام این پژوهش را با همکاری خود فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان این مقاله تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

برنامه آموزشی رایانه ای بر حافظه فعال و توجه و همچنین عملکرد تحصیلی نوجوانان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی رایانه ای باعث بهبود عملکرد حافظه فعال این افراد گردید (۴۹). مایر و همکاران (۲۰۱۸) اثر مداخلات عصب روان شناختی بر بهبود عملکرد تحصیلی کودکان دچار اختلال یادگیری ویژه را نشان دادند (۵۰). ملبی- لرواکو، رودریک و هولم^۲ (۲۰۱۶) در پژوهش فرا تحلیلی دریافتند که آموزش رایانه ای بر حافظه کاری کلامی و دیداری- فضایی موثر است و این روش آموزشی با ارائه بازخورد های فوری نسبت به روش توانبخشی عملی، سرعت پردازش اطلاعات را در کارکرد های اجرایی بیشتر تقویت می کند و این عامل موجب گسترش دامنه توجه دانش آموز و بهبود ظرفیت پردازش شناختی و توجه پایدار می شود (۵۱). در نتیجه می توان بیان کرد که برنامه آموزشی رایانه ای بر فرآیندهای شناختی تاثیر گذار است و می تواند باعث بهبود و ارتقاء عملکرد تحصیلی دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی و کاهش میزان اختلال و بهبود عملکرد شناختی دانش آموزان شود.

محدودیت ها

۱- این پژوهش صرفاً بر روی دانش آموزان دوره سوم و چهارم ابتدایی صورت گرفت لذا در تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دوره های تحصیلی باید با احتیاط صورت گیرد.
۳- نمونه مورد بررسی دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی بودند و از جهت تعمیم یافته های به دست آمده به سایر افراد با محدودیت مواجهه بودیم.
۴- خصوصیات شخصیتی و جنسیتی کودکان باعث می شود نسبت به بازی های رایانه ای علاقه های متفاوتی از خود نشان دهند و این مساله می تواند تعمیم پذیری پژوهش حاضر را تحت تاثیر قرار دهد.

1- Gray

2- Melby-Lervag, Redick, & Hulme

پیشنهادات

پیشنهاد می شود از برنامه های آموزشی رایانه ای، برای دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی استفاده شود و درمانگر و مربیان آموزشی متناسب با نیازهای دانش آموزان از آن استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می شود که این پژوهش در مورد کودکان با سنین مختلف و مقاطع دیگر تحصیلی مورد پژوهش و بررسی قرار گیرد و این پژوهش در مورد دانش آموزان با اختلال یادگیری خاص نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می شود تولیدکنندگان

Naglieri Cognitive Assessment System. *Neuro Quantology*.2018; 17(1):59-71.

11. Alvarez JA, & Emory E. Executive function and the frontal lobes, a metanalytic review. *Neuropsychological Review*.2006;16(1):17-42.

12. Naglieri JA, Taddei S, Williams KM. Multi-group confirmatory factor analysis of U.S. and Italian children's performance on the PASS theory of intelligence as measured by the Cognitive Assessment System. *psychol Assess*.2013; 25(1):57-66.

13. Vanluit JE.H, Kroesbergen EH, Naglieri JA. Utility of the PASS theory and Cognitive Assessment System for Dutch children with and without ADHD. *Journal of learning disabilities*.2005;38(5):434-439.

14. Granic I, Lobel A, Engels RC. The benefits of playing video games. *Am Psychol*. 2014;69(1):66-78.

15. Bonavita S, Sacco R, Della Corte M, Esposito S, Sparaco M, d'Ambrosio A, et al. Computer-aided cognitive rehabilitation improves cognitive performances and induces brain functional connectivity changes in relapsing remitting multiple sclerosis patients: an exploratory study. *J Neurol*.2015;26(1):91- 100.

16. Sarcheshmeh S, Ashouri M, Ansari N, Shahidi M. The Effectiveness of Cognitive Training on the Attention and Memory of Active Children with Disadvantage. *Magazine for Exceptional Children Empowerment*.2017;8(1), 6-15. (In Persian).

17. Musa Zadeh Moghaddam H, Arjomandnia A, Afrouz G, Ghobari Bonab B. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program Based on Future Memory on Behavioral Problems and Active Memory of Children with Disordered Attention Disorder. *Magazine for Exceptional Children Empowerment*.2018;9(2):99-110. (In Persian).

18. Bul KC, Franken IH, Van der Oord S, Kato PM, Danckaerts M, Vreeke LJ, et al. (2015). Development and User Satisfaction of "Plan-It

منابع

1. Bachmann C, Philipson A, Hoffmann F. ADHD in Germany: trends in diagnosis and pharmacotherapy. *Dtsch. Arztebl. Int*. 2017; 11(4): 131-148.

2. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J. Learn. Disabil*.2013;4(6): 43-51.

3. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *J. Learn. Disabil*.2007; 40(3): 49-65.

4. Calub CA, Rapport MD, Friedman LM, Eckrich SJ. IQ and academic achievement in children with ADHD: the differential effects of specific cognitive functions. *J. Psychopathology. Behavior. Assess*.2019;10(6): 639-651.

5. Weyandt LL, DuPaul GJ. College Students with ADHD: Current Issues and Future Directions. Springer-Verlag, New York.2013;6(5):24-32.

6. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*.2016;387(124): 1240-1250.

7. Pliszka SR. Patterns of Psychiatric Comorbidity with Attention deficit / hyperactivity Disorder, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*.2000; 9(3):25-40.

8. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Willens TE, Silva JM, et al. Young adult Outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Controlled 10- Years Follow-up Study, *Psychol Med*.2006;3(6): 167-79.

9. Keat OB, Rajaratnam ML, & Yuniardi MS. The profiling of PASS cognitive processing children with learning difficulties. *International Journal of psychosocial Rehabilitation*.2020; 24(5):5-14.

10. Alvarez FP, Gallart CT, Rodriguez SM. Performance of 2146 children ages 5 to 15 with learning and behavioral dysfunction on the Das,

27. Afshari A, Rezaei R. (2019). The effectiveness of Sand Smart software on executive functions (focused attention, the ability to organize and plan, and auditory and visual work memory) in students with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities* 2019; 8(3): 52-58. (In Persian).
28. Emadian SA, Bahrami H, Hassanzadeh R, Banijamali SA. Effect of narrative therapy and computer-assisted cognitive rehabilitation on the reduction of ADHD symptoms in children. *Journal of Babol university of medical sciences* 2016; 18(6): 28-34. (In Persian).
29. Kesler SR, Lacay N, Jo BA. Pilot study of an online cognitive rehabilitation program for executive function skills in children with cancer related brain injury. *Dep Psych Behave Sci*. 2011; 25(1): 101-112.
30. Ramazani Nia z, Najati V. Effect of pars Rehabilitation On Executive Functions of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J. Rehab Med*. 2017; 6(4): 219-230. (In Persian).
31. Abdi TA, Arabani Dana A, Hatami J, & Parand A. The effect of cognitive computer games on working memory, attention Deficit Disorder. *JOEC*. 2014; 14(1): 19-34. (In Persian).
32. Marios AP, Athanasios SD. (2019). Computerized Training for Neuroplasticity and Cognitive Improvement. *iJEP*. 2019; 9(4): 49-62.
33. Oryadi P, Hadianfard H, Ghasemi N. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation based on Computer Games on Executive Function of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*. 2019; 7(2): 22-101. (In Persian).
34. Contreras-Espinosa RS, Serra A, Terron JL. (2019). Games and ADHD-ADD, a systemic mapping study. *Acta Ludologia*. 2019; 2(2): 14-26.
35. Dorrenbacher S, Kray J. The impact of game based task-shifting training on motivation and executive control in children with ADHD. *Journal of Cognitive Enhancement*. 2019; 3(1): 64-84.
36. Velayati E, & Ramazani M. Game for learning and learning with game 2nd Congress of Modern Commander," a Serious Game for Children with ADHD. *Games Health J*. 2020; 4(6): 5-12.
19. Fisher JT. Using video games to modulate functional connectivity and behavioral performance in ADHD. *Journal of communication*. 2020; 70(2): 335-355.
20. Gray SA, Chaban P, Martinussen R, Goldberg R, Gotlieb H, Kronitz R, et al. Effects of a computerized working memory training program on working memory, attention, and academics in adolescents with severe LD and comorbid ADHD: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(12): 77-84.
21. Wexler BE, Vitulano LA, Moore C, Katsovich L, Smith SD, Rush C, et al. An integrated program of computer-presented and physical cognitive training exercises for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Med*. 2021; 51(9): 24-35.
22. Sadr Alsadat SJ, Houshyari Z, Sadr Alsadat L. Determination of psychometrics index of SNAP-IV rating scale in parents execution. *Journal of Rehabilitation*. 2008; 3(31): 59-65. (In Persian).
23. Pham LB, & Taylor SE. From Thought to Action: Effects of process-Versus Outcome-Based Mental Simulation on performance. *Society for personality and social psychology*. 1999; 25(2): 250-260.
24. Canivez GI, Gaboury AR. Construct validity and diagnostic utility of the Cognitive Assessment System for ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2016; 20(6): 519-522.
25. Sandford JA. Cognitive training and Computers: an innovative approach. *Therapist's Guide to Learning and Attention Disorder*, eds H.F. Aubrey and A.K. Ronald (San Diego, CA: Academic Press). 2003; 16(5): 421-441.
26. Ghamari H, Gievi M, Narimani M, Mahmoudi H. Effectiveness advanced cognitive software on executive functions, response inhibition and working memory of children with dyslexia and attention hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 2011; 1(2): 98-115. (In Persian).

- With and Without ADHD, JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES. 2005; 5(38): 434-439.
45. Ismail Kh, Keat OB. The intelligence of children with reading difficulties (RD) by cognitive assessment system (CAS). Journal of Social Sciences and Humanities. 2003; 3(3): 10-14.
46. Rostami R, Haghgoo H, Boojari S, Ghanbari S. The Relationship between Cognitive Function and Academic Performance in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2015; 4(4): 27-35. (In Persian).
47. Safarian Tosi. Comparing the effectiveness of computer games based on reverse engineering strategy and cognitive behavioral modification strategy on children with attention deficit disorder (Dissertation). Isfahan Islamic Azad University, Khorasgan Branch. 2014; p: 153. (In Persian).
48. Mosaiebi N, Mirahmadi R. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation computer (CRT) in the improvement of working memory children with attention deficit hyperactivity disorder. Psychology Models and Methods. 2017; 3(29): 105-124.
49. Gray S, Chaban P, Martinussen R, Goldberg R, Gotlieb H, Kronitz R, & Tannock R. Effects of a computerized working memory training program on working memory, attention and academics in adolescents with severe LD and comorbid ADHD: a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012; 53(12): 77-84.
50. Mayer RE, Tipton E, Green CS, Bediou B, Adams DM, Bavelier D. Meta-analysis of video games impact on perceptual, attentional, and cognitive skills. Psychological Bulletin. 2018; 144(1): 77-110.
51. Melby-Lervag M, Redick TS, & Hulme C. Working Memory Training Does not Improve Performance on Measures of Intelligence Or Other Measures of "Far Transfer" Evidence From A Meta-Analytic Review, Perspectives on Psychological Science. 2016; 11(4): 512-534.
- Methods of Instruction, Teacher Training Shahid Rajaei University, Tehran. 2010. (In Persian).
37. Veloso A, Vicente SG, & Filipe MG. Effectiveness of Cognitive Training for school Aged Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. 2020; 10(7): 29-38.
38. Bikic A, Leckman JF, Lindschou J, Christensen T, & Dalsgaard S. Cognitive computer training in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015; 16(1): 74-82.
39. Lopez S, Cervantes JA, Molina J. The plausibility of using unmanned aerial vehicles as a serious game for dealing with attention deficit hyperactivity disorder. Cognitive Systems Research. 2020; 5(9): 160-170.
40. Lim CG, Lee TS, Guan C, Fung DS, & Kishnan. A brain-computer interface based attention training program for treating attention deficit hyperactivity disorder. PLOS ONE. 2012; 11(4): 16-24.
41. Narimani M, Soliemani A, Tabrizi N. Investigating the effect of cognitive rehabilitation on the improvement of attention maintenance and math academic achievement of students with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of School. 2015; 4(4): 19-34. (In Persian).
42. Mosa Zadeh Moghadam H, Arjomandian AA, Ghobari Bonab B. Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program Based on Future Memory on Behavioral Problems and Active Memory of Children with Attention Disorder. Magazine for Exceptional Children Empowerment. 2018; 2(9): 99-110. (In Persian).
43. Alloway TP, Bibile V, & Lau G. Computerized working memory training: Can it lead to gains in cognitive skills in students? Computers in Human Behavior. 2013; 29(3): 632-638.
44. Johannes EH, Van Luit Eveltn H, Kroesbergen, Naglieri JA. Utility of the PASS Theory and Cognitive Assessment System for Dutch Children



Epidemiological study of sleep disorders and clinical symptoms in patients with celiac disease in Khorasan Razavi province

Abstract

Article Info

Introduction: The present study was conducted with the aim of investigating the epidemiology of sleep disorders and clinical symptoms in patients with celiac disease in Razavi Khorasan province. This descriptive research is causal-comparative.

Methods: In this study, 260 patients with celiac disease were selected according to Morgan's table among those who referred to Imam Reza Hospital in Mashhad, who were diagnosed by a gastroenterologist and underwent intestinal biopsy. 260 healthy people were selected by available sampling method and in one step they were asked the Epworth Sleepiness Status (ESS), Insomnia Severity Index (ISI), Restless Leg Syndrome (RLS) and Obstructive Sleep Apnea (OSA) questionnaires. Berlin), Sleep Quality Index (PSQI) and Depression, Anxiety and Stress Questionnaire (DASS). Analysis of variance was used by spss22 software to analyze the data.

Results: There is a significant difference between celiac disease patients and healthy people in sleepiness, insomnia severity, restless leg syndrome, obstructive sleep apnea and clinical symptoms ($p < 0.001$). The effect size index showed that 12% of sleep disorders and clinical symptoms are related to the effect of celiac disease, and the group of patients with celiac disease has a higher average Ttg1 status than Ttg2.

Conclusion: Sleep problems cause a series of inflammatory factors in the body, and according to this research, it can be concluded that gluten-free diet has an effect on controlling these factors and thus reducing sleep disorders in celiac patients.

Keywords: Epidemiology, Celiac Disease, Sleep Disorders, Clinical Syndrome

Authors:

Behnaz Khodaverdi¹

Azita Keshavarz^{*1}

Azita ganji^{1,2}

Affiliations

1 . Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

2. Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran



بررسی همه‌گیرشناسی میزان اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک استان خراسان رضوی

اطلاعات مقاله

چکیده

بهناز خداوردی^۱
آزینا کشاورز*^۱
آزینا گنجی^۲

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی همه‌گیرشناسی میزان اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک استان خراسان رضوی انجام شد. این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

روش کار: در این پژوهش تعداد ۲۶۰ بیمار مبتلا به سلیاک بر اساس جدول مورگان از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد، انتخاب شدند که توسط متخصص گوارش و بیوپسی روده تشخیص داده شده بودند. ۲۶۰ نفر از افراد سالم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در یک مرحله به پرسشنامه‌های وضعیت خواب آلودگی اپپورث (ESS)، شاخص شدت بیخوابی (ISI)، ارزیابی سندرم پای بیقرار (RLS)، ارزیابی ابتلا به آپنه انسدادی خواب (Berlin)، شاخص کیفیت خواب (PSQI) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس توسط نرم‌افزار spss22 استفاده شد.

نتایج: بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم در وضعیت خواب آلودگی، شدت بیخوابی، سندرم پای بیقرار و آپنه انسدادی خواب و نشانگان بالینی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). شاخص اندازه اثر نشان داد ۱۲ درصد اختلالات خواب و نشانگان بالینی مرتبط با اثر بیماری سلیاک است و گروه بیماران مبتلا به سلیاک میانگین وضعیت Ttg₁ بالاتر از Ttg₂ دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: مشکلات خواب باعث ایجاد یکسری عوامل التهابی در بدن می‌شود که با توجه به این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رژیم غذایی بدون گلوتن تأثیری در مهار این عوامل و در نتیجه کاهش اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سلیاک می‌تواند داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: همه‌گیرشناسی، سلیاک، اختلالات خواب، نشانگان بالینی

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.
۲. دانشیار و فوق تخصص گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

بیماری سلیاک یک بیماری خودایمنی مزمن مرتبط با گلوتن است که در افراد مستعد ژنتیکی، واکنش ایمنولوژیک به گلوتن یعنی پروتئینی که در گندم و جو یافت می‌شود، ایجاد می‌کند [۱، ۲]. این بیماری قبلاً به تغییر در تظاهرات بالینی از وضعیتی که باعث سوءجذب می‌شود شناخته می‌شد ولی در چند دهه اخیر، به وضعیتی خودایمنی با درگیری چندسیستمی و تظاهرات بالینی مختلف در پاسخ به مصرف گلوتن تغییر کرده است [۲]. مانند بسیاری از بیماری‌های خودایمنی دیگر، ما شاهد همه‌گیری بیماری سلیاک بوده‌ایم که الگوی قبلی را از اینکه گلوتن تنها عنصر کلیدی است که شروع بیماری در افراد در معرض خطر ژنتیکی تعیین می‌کند را زیر سوال می‌برد، بدین معنی که احتمالاً عوامل محیطی غیر از گلوتن نیز می‌توانند در این کار نقش داشته باشند [۳].

سلیاک یکی از شایع‌ترین اختلالات خودایمنی با شیوع گزارش شده ۰.۵ الی ۱ درصد از جمعیت عمومی است [۳]. پاتل و همکاران^۱ در سال ۲۰۲۱ بیان میکنند حدود یک درصد از جمعیت جهان به سلیاک مبتلا هستند که بیشتر در نیوزلند، آرژانتین، مجارستان، سوئد، فنلاند، هند و مصر است اما محققان می‌گویند که در میان ایرانی‌ها، چینی‌ها، هندی‌ها و ایتالیایی‌ها هم شمار زیادی از مبتلایان به آن دیده می‌شود [۲، ۴]. سینگ و همکاران^۲ در سال ۲۰۱۸ در پژوهشی شیوع جهانی بیماری سلیاک را برآورد کردند. آنها دریافتند شیوع بیماری سلیاک بر اساس نتایج آزمایش سرولوژیک ۱/۴ درصد و براساس نتایج بیوپسی ۰/۷ درصد است. شیوع بیماری سلیاک با توجه به جنس، سن و محل زندگی متفاوت است [۵]. بیماری سلیاک در گروه سنی اطفال بروز بالاتری را نشان می‌دهد و در مردان بیشتر از زنان است. بیشتر در افرادی که قبلاً یکی از بستگان درجه یک آنها مبتلا به سلیاک تشخیص داده شده با شیوع بالاتری بروز می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که اکثر موارد سلیاک در صورت عدم غربالگری به دلیل علائم ناهمگن و یا آگاهی ضعیف از بیماری شناسایی نشده باقی می‌ماند. در حال حاضر شیوع سلیاک در کشورهای غربی در حال افزایش است [۳]. گنجی و همکاران در سال ۲۰۱۴ تحقیقی با هدف بررسی مشخصات دموگرافیک و تظاهرات بالینی بیماری سلیاک در شمال شرق ایران انجام دادند. نتایج نشان داد در این ناحیه، بیماری سلیاک بیشتر در زنان و با تظاهرات غیر اسهالی دیده می‌شد. ناراحتی شکمی، کم‌خونی و بیماری استخوان، شایع‌ترین تظاهرات اولیه

در این ناحیه بودند [۶]. در حال حاضر، تنها درمان بیماری سلیاک، رژیم غذایی مادام‌العمر و سخت‌گیرانه بدون گلوتن است که منجر به بهبود کیفیت زندگی، بهبود علائم و جلوگیری از بروز بیماری سلیاک مقاوم به درمان می‌شود [۳]. موخوپادهای^۳ معتقد است پیروی از یک رژیم غذایی بدون گلوتن بهترین استراتژی پیشگیرانه است [۷]. در همین راستا ریفنا^۴ در سال ۲۰۲۲ بیان کردند افزایش نیاز به نان بدون گلوتن با کیفیت بالا با استفاده از ترکیبات طبیعی، تمایل به روش‌های جدید در تولید نان بدون گلوتن را افزایش می‌دهد. آنها به روش‌های جدید بهبود نان بدون گلوتن در چند سال گذشته از جمله خمیرترش، نقش هیدروکلئیدها و تکنیک‌های نوآورانه اشاره کردند [۸]. دئورا^۵ در سال ۲۰۲۲ در مطالعه‌ای به ترکیبات شیمیایی، سمیت و حد تحمل پروتئین گلوتن همراه با اهمیت غذاهای بدون گلوتن، برچسب زدن روی مواد غذایی بدون گلوتن و مدیریت خطر مصرف گلوتن پرداختند. آنها بیان کردند هدف اصلی بحث در مورد روش‌های مختلف تشخیص گلوتن، کاربرد آن‌ها، چالش‌ها و عوامل تأثیرگذار است. حذف گلوتن برای افزایش دسترسی به محصولات غذایی بدون گلوتن ضروری است که تا حد زیادی به انتخاب و استاندارد روش تشخیص غذاهای بدون گلوتن بستگی دارد. بنابراین، برای اطمینان از مصرف محصولات غذایی بدون گلوتن، روش تشخیص گلوتن باید به دقت کنترل شود [۹]. بیماری سلیاک یک بیماری خودایمنی است که با مصرف گلوتن به مخچه آسیب می‌رساند و باعث ایجاد مشکلاتی در کنترل راه رفتن، هماهنگی عضلات و کاهش کنترل دقیق حرکات ارادی می‌شود. در حدود ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سلیاک دارای علائم عصبی هستند. شایع‌ترین تظاهرات عصبی سلیاک شامل آتاکسی گلوتن (ناهماهنگی حرکات عضلات)، نوروپاتی گلوتن (ضایعات عصبی) و صرع است [۲]. نتایج پژوهشی دیگری نشان داد بیماری سلیاک در درجه اول روده کوچک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عامل مستعد کننده اصلی در ایجاد مجموعه‌ای از بیماری‌های عصبی - روانی رایج از جمله افسردگی، اضطراب، سردرد، صرع، اختلال هراس و افسرده‌خویی است و بیماری سلیاک به مرور زمان مشکلات جدی از جمله بی‌حالی، درد مفصلی و عضلانی، گیجی، گزگز کردن دست و پا و حتی افسردگی و اضطراب را دربر خواهد داشت. اگر فرد مبتلا به سلیاک مصرف گلوتن را ادامه دهد این آسیب همچنان به او وارد خواهد شد، بنابراین تنها درمان شناخته شده برای این بیماران رعایت رژیم غذایی بدون

3. Mukhopadhyay

4. Rifna

5. Deora

1. Panel et al

2. Singh et al

نا بهنگام؛ عوارض غیرقابل جبرانی از جمله اختلالات خواب از خود بر جای می‌گذارد و کیفیت زندگی انسان را به مخاطره می‌اندازد همچنین مشکلات خواب باعث یکسری عوامل التهابی در بدن می‌شود که با اجرای این پژوهش به بررسی این عوامل پرداخته شده است تا مشخص کند فعال شدن این عوامل می‌تواند در فعال کردن بیماری موثر باشد لذا اجرای این پژوهش اهمیت دارد و نتایج آن می‌تواند به پژوهشگران بعدی کمک کند تا با شناخت یکی از عوارض بیماری سلیاک به شناسایی دیگر عوارض این بیماری بپردازند. در مجموع در این پژوهش باید به این سوالات اساسی پاسخ داد که میزان اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سلیاک در مقایسه با افراد سالم استان خراسان رضوی چه میزان است و میزان نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک درمقایسه با افراد سالم استان خراسان رضوی چه میزان است.

مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی، از نوع علمی-مقایسه‌ای می‌باشد و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران استان خراسان رضوی بود و بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۶۰ نفر بیمار از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد که مبتلا به بیماری سلیاک بودند وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری در بازه زمانی از آذر ماه سال ۱۳۹۹ تا پایان بهمن ماه سال ۱۴۰۰ بوده است و با توجه به این که تنها یک مرکز مختص بیماران سلیاک در استان خراسان رضوی، شهر مشهد در بیمارستان امام رضا وجود دارد و بیماران برای دریافت خدمات درمانی و بن‌های خرید محصولات بدون گلوتن که به صورت ماهیانه به آن‌ها تعلق می‌گیرد ناچار به مراجعه به این مرکز بودند. به همین علت توانستیم تعداد ۲۶۰ بیمار که حاضر به همکاری در این پژوهش بودند را وارد مطالعه کنیم. متخصص گوارش آن دسته از بیمارانی که بوسیله آزمایش خون و بیوپسی روده تشخیص داده شده بودند و همچنین ۲۶۰ نفر از افراد سالم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های خواب و اختلالات روان‌شناختی پاسخ دادند. معیار ورود به پژوهش سن بالای ۱۸ سال و دارای سواد خواندن و نوشتن بود.

اندازه‌گیری متغیرها

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل: مقیاس خواب الودگی اپوورث (ESS) که توسط مری جونز در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و یک پرسشنامه خود گزارشی است که شامل ۸ سوال است و فرد وقوع خواب آلودگی را طبق یک مقیاس درجه بندی

گلوتن به صورت مادام‌العمر است [۱۰، ۱۱]. همچنین ممکن است به بیماری‌های دیگری از جمله بیماری دیابت نوع یک، بیماری خود ایمنی تیروئید، بیماری خود ایمنی کبدی و بیماری روماتیسمی مبتلا شوند [۶]. نتایج پژوهش فنائیان و همکاران در سال ۲۰۲۱ نیز حاکی از آن بود که سردرد به ویژه میگرن در افراد مبتلا به سلیاک بیشتر از افراد سالم است. علاوه بر این، درد شکمی، اسهال و یبوست در افراد مبتلا به سلیاک همراه با میگرن بیشتر از سردردهای غیر میگرنی است [۱۲]. این بیماران همچنین از اختلالات عمده روان‌شناختی از جمله اختلالات خواب و نشانگان بالینی رنج می‌برند. نشانگان یا سندرم در پزشکی و روانشناسی آمیزه‌ای از علائم و نشانه‌ها که حاکی از اختلالی خاص است. نشانگان به معنی مجموعه‌ای از خصوصیات قابل تشخیص بالینی است که شامل نشانه‌های بیماری، علائم پزشکی و پدیده‌ها و خصوصیتی که معمولاً با هم اتفاق می‌افتد، گفته می‌شود. بیماری سلیاک باعث کاهش کیفیت زندگی و متعاقب آن باعث آسیب‌های روانی به ویژه افسردگی، اضطراب و نارسایی هیجانی می‌شود. رستمی نژاد و همکاران نیز در پژوهشی به این یافته دست رسیدند که بیماران زن مبتلا به سلیاک از اضطراب بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند [۱۳]. در این زمینه در مطالعه‌ای دیگر دریافته شد میانگین نمرات جسمانی کردن، اضطراب، افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی و پرخوری افراطی در افراد مبتلا به سلیاک بطور معناداری بیشتر از افراد سالم و سلامت روان آنها کمتر بود [۱۴]. یافته‌های پژوهشی دیگر نیز دلالت بر وجود رابطه مستقیمی بین وجود اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی بیماران سلیاک دارد [۱۵]. در این راستا مطالعه کیالی^۱ در سال ۲۰۲۰ هم نشان داد بیماری سلیاک ممکن است عملکرد عصبی خودکار در کودکان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۶]. کالدرون و همکاران^۲ در سال ۲۰۲۰ هم در مطالعه‌ای نتیجه گرفتند عفونت‌های انگلی روده‌ای می‌تواند خطر ابتلا به بیماری سلیاک را در کودکان افزایش دهد [۱۷]. اگر غربالگری کافی برای آسیب عصبی در بیماران مبتلا به سلیاک انجام شود، ممکن است میزان این مشکلات کاهش یابد [۲]. شناسایی درمان‌های جایگزین یا مکمل برای رژیم غذایی بدون گلوتن، امیدوی را برای بیمارانی که به طور اجتناب ناپذیری تحت فشار محدودیت‌های رژیم غذایی قرار دارند، به ارمغان می‌آورد [۳]. با توجه به اینکه بیماری سلیاک یکی از عوامل بروز بسیاری از اختلالات رفتاری بوده و به دلیل تشخیص نامناسب و یا

1. Kayali

2. Calderón et al

تمامی مراحل تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه به تصویب رسید و از کلیه افراد رضایتنامه کتبی شرکت در مطالعه گرفته شد. شناسه اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1401.055 است.

تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده ها در دو بخش توصیفی و همبستگی انجام شد. تکنیک های آماری مورد استفاده در این تحقیق آزمون های تحلیل واریانس، و آزمون t مستقل می باشد ضمناً از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مختلف، جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی و مقیاس های پژوهش در نمونه آماری استفاده شده است. بخش توصیفی در برگزیده شاخص های مرکزی و پراکنندگی (فراوانی، فراوانی درصدی، کمترین و بیشترین داده، میانگین و انحراف استاندارد) می باشد و در بخش استنباطی جهت پاسخگویی به سوال پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. کلیه تحلیل های آماری در این پژوهش با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شده است.

نتایج

در این پژوهش ۲۶۰ نفر بیمار مبتلا به سلیاک و ۲۶۰ نفر از افراد سالم با یکدیگر مقایسه شدند. در گروه بیماران مبتلا به سلیاک، ۱۸۰ نفر زن (۲/۷۳ درصد) و ۶۶ نفر مرد (۸/۲۶ درصد) و در مورد سن، ۱۳۸ نفر کمتر از ۴۰ سال (۱/۵۶ درصد) و ۷۹ نفر بین ۴۰ تا ۶۰ سال (۱/۳۲ درصد) و ۲۹ نفر بالاتر از ۶۰ سال (۸/۱۱ درصد) داشتند. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه بیماران مبتلا به سلیاک در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

یافته های بدست آمده و شاخص اندازه اثر نشان داد ۱۲ درصد اختلالات خواب و نشانگان بالینی مرتبط با اثر بیماری سلیاک است و تا ۱۲ درصد تفاوت بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم وجود دارد. همانگونه که نتایج جدول ۱ نشان می دهد گروه بیماران مبتلا به سلیاک در شاخص های شدت بی خوابی، سندرم پای بی قرار و نشانگان بالینی میانگین بالاتری دارند. برای غربالگری بیماری سلیاک چندین تست خونی وجود دارد ولی معمول ترین آن اندازه گیری میزان Ttg₁ است. میزان Ttg₁ نشان دهنده میزان شاخصی است که بیمار در ابتدای مراجعه و تشخیص بیماری دارای آن است و میزان Ttg₂ مقداری است که پس از گذشت حداقل شش ماه از رعایت برنامه غذایی توسط بیمار در سطح خون وی وجود دارد و میزان کنترل بیماری و همچنین رعایت رژیم غذایی بدون گلوتن را نشان می دهد. همچنین مقایسه مقدار Ttg₁ و Ttg₂ در گروه بیماران مبتلا به سلیاک نشان می

لیکرت از هرگز (صفر) تا زیاد (۳) درجه بندی می کند. جونز اعتبار همسانی درونی آزمون را ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین مسعودزاده و همکاران اعتبار حاصل از بازآزمایی را در دانشجویان حدود ۰/۷۰ بدست آوردند. پرسشنامه دیگر پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI) بود که با هدف بررسی کیفیت خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده و شامل ۱۸ عبارت است و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ می باشد. همچنین پرسشنامه شاخص شدت بی خوابی (ISI) که توسط مورین در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است و یک ابزار خودسنجی مختصر است و ادراک بیمار از بی خوابی اش را اندازه می گیرد و شامل هفت ماده در یک مقیاس ۵ نقطه ای (=۰=هرگز=۵=بسیار زیاد) و نمرات بین صفر تا ۲۸ می باشد. پرسشنامه ارزیابی سندرم پای بی قرار (RLS) نیز ۴ سوال دارد و شیوه نمره گذاری و تفسیر این پرسشنامه بر اساس درجه بندی چهارگانه لیکرت صورت بندی شده است و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ توسط همتی و علیدوستی در سال ۱۳۹۵، ۰/۹۵ بدست آمده است. همچنین پرسشنامه ارزیابی ابتلا به آپنه انسدادی خواب (Berlin) که توسط ۱۲۰ پزشک آمریکایی و آلمانی در سال ۱۹۹۶ در برلین ارائه دارای سه طبقه با ۱۱ سؤال می باشد. اگر با جمع نمرات سؤال ها، یک طبقه مثبت شود یا اصلاً مثبت نشود، مشکل تنفسی خواب باخطر پائین منظور می شود و اگر دو طبقه یا بیشتر مثبت شود خطر مشکل تنفسی خواب بالا خواهد بود. پرسشنامه دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-۲۱) که شدت علایم بنیادی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را ارزیابی می کند. آلفای کرونباخ محاسبه شد برای هر سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است و قابل قبول می باشد.

با توجه به این که تقریباً ۱۰۰۰ بیمار در سطح استان خراسان رضوی شناسایی شده اند و همچنین با توجه به انجام آزمایش TTg و همچنین بایوپسی از روده، بیماری آن ها محرز می باشد که براساس جدول مورگان حجم نمونه ۲۶۰ بیمار تعیین گردید. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در پرسشنامه وضعیت خواب آلودگی ۰/۷۸ و پرسشنامه شاخص شدت بی خوابی ۰/۷۱ و پرسشنامه ارزیابی سندروم پای بیقرار ۰/۸۶ و پرسشنامه شاخص کیفیت خواب ۰/۷۳ و پرسشنامه آپنه انسدادی خواب ۰/۸۵ و پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس ۰/۸۵ بود.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر براساس رعایت اصول اخلاقی انجام شد و

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیر های پژوهش در گروه بیماران مبتلا به سلیاک

بیماران مبتلا به سلیاک		
متغیرها	میانگین	انحراف معیار
وضعیت خواب آلودگی	۶/۹۸	۳/۸۷
شدت بی خوابی	۱۰/۳۱	۶/۳۲
سندرم پای بی قرار	۱۲/۰۰	۷/۳۹
شاخص کیفیت خواب	۱/۳۶	۱/۶۵
اضطراب	۶/۷۱	۵/۰۲
افسردگی	۷/۴۰	۵/۵۵
استرس	۱۰/۴۱	۵/۶۹
آپنه انسدادی خواب	۲۴/۷۷	۳/۸۰
Ttg ^۱	۱۹۷/۵۳	۱۳۴/۹۹
Ttg ^۲	۵۲/۴۷	۸۴/۹۲

نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است و نشان می‌دهد با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، یک اثر معنادار برای عامل گروه متغیر مستقل وجود دارد.

این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای اختلالات خواب در دو گروه بیمار و سالم تفاوت وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۸۹)، ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین شاخص اندازه اثر نشان می‌دهد ۱۲ درصد اختلالات خواب مرتبط با اثر بیماری سلیاک است و تا ۱۲ درصد تفاوت بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم وجود دارد. در ادامه و برای بررسی

دهد میانگین وضعیت Ttg^۱ بالاتر از Ttg^۲ می‌باشد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌های متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای استفاده شده نتایج نشان داد داده‌های تمام متغیرها نرمال است ($p > ۰/۰۵$). همچنین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون F لویین استفاده شد. نتایج نشان داد فرض تساوی واریانس‌ها برای همه متغیرها برقرار است ($p < ۰/۰۵$). برای آزمون فرضیه ی میزان اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سلیاک در مقایسه با افراد سالم استان خراسان رضوی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۲: آزمون های تحلیل واریانس چند متغیری

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	Eta
تفاوت گروه‌ها	اثر پیلای	۰/۱۰	۱۱/۱۸	۵/۰۰	۴۵۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	لامبدای ویلکس	۰/۸۹	۱۱/۱۸	۵/۰۰	۴۵۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	اثر هتلینگ	۱۲/۰	۱۱/۱۸	۵/۰۰	۴۵۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	بزرگترین ریشه روی	۱۲/۰	۱۱/۱۸	۵/۰۰	۴۵۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲

جدول ۳: آزمون های تحلیل واریانس یک راهه در دل تحلیل واریانس چند متغیری

Eta	sig	F	MS	df	SS	شاخص آماری متغیرها
۰/۰۱	۰/۰۴	۴/۱۷	۶۴/۱۱	۱/۰۰	۶۴/۱۱	وضعیت خواب آلودگی
۰/۰۳	۰/۰۰۱	۱۶/۲۵	۵۳۷/۰۰	۱/۰۰	۵۳۷/۰۰	شدت بی خوابی
۰/۰۴	۰/۰۰۱	۲۰/۱۱	۸۹۵/۹۸	۱/۰۰	۸۹۵/۹۸	سندرم پای بی قرار
۰/۰۰۱	۰/۱۹	۱/۷۳	۴/۶۲	۱/۰۰	۴/۶۲	شاخص کیفیت خواب
۰/۰۷	۰/۰۰۱	۳۴/۴۷	۵۰۸/۶۴	۱/۰۰	۵۰۸/۶۴	آپنه انسدادی خواب

جدول ۴: آزمون های تحلیل واریانس چند متغیری

Eta	sig	خطا df	df فرضیه	F	ارزش	آزمون	شاخص آماری اثر
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۴۵۸/۰۰	۳/۰۰	۲۱/۶۶	۰/۱۲	اثربندی	تفاوت گروهها
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۴۵۸/۰۰	۳/۰۰	۲۱/۶۶	۰/۸۸	لامبدای ویلکس	
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۴۵۸/۰۰	۳/۰۰	۲۱/۶۶	۰/۱۴	اثربندی	
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۴۵۸/۰۰	۳/۰۰	۲۱/۶۶	۰/۱۴	بزرگترین ریشه روی	

جدول ۵: آزمون های تحلیل واریانس یک راهه در دل تحلیل واریانس چند متغیری

Eta	sig	F	MS	df	SS	شاخص آماری متغیرها
۰/۰۹	۰/۰۰۱	۴۲/۶۰	۸۵۴/۵۷	۱/۰۰	۸۵۴/۵۷	اضطراب
۰/۰۶	۰/۰۰۱	۳۰/۲۰	۷۸۶/۷۳	۱/۰۰	۹۲۲۸/۸۵	افسردگی
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۶۲/۶۳	۱۷۱۷/۹۵	۱/۰۰	۱۷۱۷/۹۵	استرس

اثر نشان می‌دهد ۱۲ درصد نشانگان بالینی مرتبط با اثر بیماری سلیاک است و تا ۱۲ درصد تفاوت بین بیماران مبتلا به سلیاک و افراد سالم وجود دارد. در ادامه و برای بررسی جداگانه شاخص‌ها از تحلیل واریانس تک متغیری در متن تحلیل چند متغیری استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است و تفاوت بین دو گروه در نشانگان بالینی تأیید می‌گردد ($p < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی همه‌گیرشناسی میزان اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک استان خراسان رضوی انجام شد. همسو با این یافته در تحقیقی که توسط زینگون^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد، نشان داده شد که اختلالات خواب در بیماران مبتلا به

جداگانه شاخص‌ها از تحلیل واریانس تک متغیری در متن تحلیل چند متغیری استفاده شد، نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است و نشان می‌دهد، تفاوت بین دو گروه در وضعیت خواب آلودگی، شدت بی‌خوابی، سندرم پای بی‌قرار و آپنه انسدادی خواب تأیید می‌گردد ($p < 0.05$).

برای آزمون فرضیه ی میزان نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک در مقایسه با افراد سالم استان خراسان رضوی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است و نشان می‌دهد با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، یک اثر معنادار برای عامل گروه متغیر مستقل وجود دارد.

این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای نشانگان بالینی در دو گروه بیمار و سالم تفاوت وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۸۸)، ($p < 0.001$). همچنین شاخص اندازه

مزمین مبتلا شده است. دیگران بدون محدودیت به فعالیت می‌پردازند، اما او از زندگی عادی محروم شده است و با موانع و چالش‌هایی در زندگی مواجه می‌شود [۲۲]. بیماری سلیاک نیز یک بیماری مزمن است که زمینه ژنتیکی (ارثی) دارد. در این بیماری گوارشی، پرزهای روده باریک آسیب دیده و در جذب مواد اختلال دارد. در صورتیکه بیماران مبتلا به سلیاک، پروتئینی از دسته گلوتن را مصرف کنند دچار علائم عدم تحمل می‌شوند. این بیماری معمولاً به هنگام دوران شیرخوارگی یا اوایل کودکی (دو هفته‌گی تا یک سالگی) آغاز می‌شود. امکان دارد علائم هنگامی ظاهر شوند که کودک اول بار شروع به خوردن غذاهای حاوی گلوتن می‌کند. این بیماری اختلالات خواب و نشانگان بالینی را در مبتلایان تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۳]. ادولوراتو^۴ و همکاران در سال ۲۰۰۱ در پژوهشی نشان دادند میزان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سلیاک حتی بعد از یک سال رژیم بدون گلوتن بالا بود. از جمله ویژگی‌های حساسیت اضطرابی این است که بیماران بر روی کوچک‌ترین علائم بدنی خود متمرکز شده و این انتظار در آنها شکل می‌گیرد که این علائم آغازگر مشکلات خواب هستند [۲۴]. از لحاظ فیزیولوژیکی نیز باید به این نکته اشاره کرد که بیماران مبتلا به سلیاک بخاطر سوءجذب آهن به کم‌خونی دچار می‌شوند و بخاطر ناتوانی بدنشان در جذب B_{12} عوارضی چون کم‌حافظه شدن، ضعف عضلانی و سرگیجه را تحمل می‌کنند. کاهش جذب کلسیم در بدنشان، چگالی استخوان‌های مبتلایان به این بیماری را پایین آورده و به پوکی یا نرمی استخوان دچارشان می‌کند. خارش پوست، آسیب دیدگی مینای دندان، زخم دهان، برگشت اسید و سوزش سر دل، درد مفاصل و کاهش عملکرد طحال از دیگر عوارض ابتلای بزرگسالان به سلیاک است و نشانه‌های جسمانی خود مقدمه‌ساز نشانگان بالینی روان‌شناختی در بیماران خواهد شد. در این پژوهش بعلت نبودن منابع مطالعاتی کافی در زمینه بیماری سلیاک و همچنین کمبود کتب و مقالات شناخته شده داخلی و خارجی در زمینه مبانی نظری و جمع‌آوری اطلاعات، محقق را اندکی دچار مشکل کرد. همچنین پژوهش حاضر از نظر مکانی محدود به بررسی بیماران مبتلا به سلیاک در استان خراسان رضوی بود و در تعمیم نتایج بایستی جانب احتیاط را در نظر داشت. محدودیت دیگر مربوط به ابزار اندازه‌گیری متغیرها بود که فقط از پرسشنامه استفاده شد و از مصاحبه، مشاهده و سایر روشهای اندازه‌گیری استفاده نشده است. پیشنهاد

سلیاک چه در رژیم بدون گلوتن و چه در بیماران با رژیم گلوتن یک امر شایع و معمول می‌باشد [۱۸]. همچنین زیلبرگ^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۷ در پژوهشی دریافته‌اند که افراد مبتلا به بیماری سلیاک در مقایسه با گروه کنترل پس از تعدیل در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مشکلات خواب بیشتری را نشان دادند [۱۹]. شارما^۲ و همکاران در سال ۲۰۲۱ نیز نشان دادند سلیاک یک عامل مستعد کننده اصلی در ایجاد مجموعه‌ای از بیماری‌های عصبی-روانی رایج است [۱۱]. در این راستا بهرامی و همکاران در سال ۱۳۹۷ هم در مطالعه‌ای دریافته‌اند میانگین نمرات جسمانی کردن، اضطراب، افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی و پرخوری افراطی در افراد مبتلا به سلیاک بطور معناداری بیشتر از افراد سالم و سلامت روان آنها کمتر بود [۱۴]. شیخیان و همکاران در سال ۱۳۹۴ دریافته‌اند اختلالات رفتاری ۴۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاک را تبیین می‌کند. در این راستا خوش باطن و همکاران در سالنی ۱۳۸۸ نشان دادند که شیوع سلیاک در افراد مبتلا به افسردگی دو درصد و در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی یک درصد است که بیشتر از شیوع در جمعیت عمومی می‌باشد [۲۰]. همچنین نتایج پژوهش لودویگسون^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد ارتباط مثبتی بین بیماری سلیاک و برخی از اختلالات روانی وجود دارد [۲۱]. پژوهش حاضر نشان داد اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک بیشتر از افراد سالم است. در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره کرد که بیماری مزمن بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌گرداند. بیماری مزمن معمولاً صعب‌العلاج است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. بیمار ناچار است برای یک دوره طولانی از عمرش و یا تا پایان عمر این بیماری را تحمل کند و با عوارض ناشی از آن کنار بیاید و خود را با شرایط دشوار و ناگوار آنها سازگار کند و بپذیرد که دیگر هرگز نمی‌تواند از نظر جسمانی به وضعیت قبل از بیماری خود باز گردد. بیمار از اینکه وضعیت جسمانی و ظاهری او مانند قبل نیست و از نظر جسمی دچار ضعف و ناتوانی شده است احساس خشم می‌کند. همچنین علت دیگر خشم او مربوط است به اینکه دیگران سالم هستند و از میان همه این اوست که به بیماری

1. Zylberberg
2. Sharma
3. Ludvigsson

4. Addolorato

منابع

۱. Micheletti, M., et al., Impact of the pandemia on the diagnosis of celiac disease in children at a university hospital in Argentina: A single center experience. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2021: p. S132-S133.
2. Patel, S.C., et al., Celiac Disease, Beyond the Bowel: A Review of Its Neurological Manifestations. *Cureus*, 2021. 13(12).
3. Caio, G., et al., Celiac disease: a comprehensive current review. *BMC medicine*, 2019. 17(1): p. 1-20.
4. Niewinski, M.M., Advances in celiac disease and gluten-free diet. *Journal of the American dietetic association*, 2008. 108(4): p. 661-672.
5. Singh, P., et al., Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology*, 2018. 16(6): p. 823-836. e2.
6. Ganji, A., et al., The clinical presentation of celiac disease: experiences from northeastern iran. *Middle East journal of digestive diseases*, 2014. 6(2): p. 93.
7. Mukhopadhyay, C.D., Current Advances in Celiac Disease: Consequences and Improvement Strategies, in *Challenges and Potential Solutions in Gluten Free Product Development*. 2022, Springer. p. 1-16.
8. Rifna, E., M. Dwivedi, and R. Kulshrestha, Novel Approaches in Gluten-Free Bread Making: Case Study, in *Challenges and Potential Solutions in Gluten Free Product Development*. 2022, Springer. p. 141-155.
9. Deora, N.S., A. Deswal, and M. Dwivedi, Challenges and Potential Solutions in Gluten Free Product Development. 2022: Springer.
10. Caio, G., et al., Therapeutic options for coeliac disease: What else beyond gluten-free diet? *Digestive and Liver Disease*, 2020. 52(2): p. 130-137.

می‌گردد برای مطالعات آتی متغیرهایی دیگری را به عنوان متغیر مشتبه ساز در یک مدل تعدیل کننده بررسی نمود. به طور نمونه سطح تحصیلات، یا سطح طبقه اجتماعی میتواند به عنوان مسائلی باشد که نقش تعدیل کننده نتایج را ایفا می‌کند. همچنین از آن جایی که سلیاک یک بیماری نادر است و پرسشنامه‌ای تخصصی متعلق به بیماران سلیاک وجود ندارد، بهتر است پرسشنامه‌ای متعلق به این گروه تهیه و تنظیم شود. در تحقیقات آتی نیز می‌توان به بررسی همین موضوع در سایر شهرهای کشور پرداخت و مقایسه تطبیقی انجام داد. همچنین پیشنهاد می‌شود درمانگران درمان ویژگی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سلیاک از جمله اضطراب، استرس و افسردگی را همزمان با درمان پزشکی در دستور کار خود قرار دهند.

در نهایت می‌توان بیان داشت بیماران مبتلا به سلیاک عموماً از انواع اختلالات خواب خصوصاً وضعیت خواب‌آلودگی، شدت بی‌خوابی، سندروم پای بیقرار و آپنه انسدادی خواب و همچنین از اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و تنیدگی رنج می‌برند اما این بیماران لزوماً دچار اختلالات روانی نیستند و شاید حساسیت اضطرابی و عاطفه منفی، ویژگی‌های شخصیتی این بیماران بوده که از زمان کودکی در آنها شکل گرفته و باعث ایجاد یا اختلال در سیر بیماری سلیاک در این افراد می‌شود. بنابراین توجه به این متغیرها به عنوان ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند مهم و سودمند باشد. همچنین پژوهش حاضر نشان داد اختلالات خواب و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک بیشتر از افراد سالم است.

تشکر و قدردانی

در این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نمی‌شود و نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام آن یاری رساندند، اعلام می‌دارد.

- or on a gluten-free diet in the United States: results from a national survey. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2017. 29(9): p. 1091.
20. Khoshbaten, M., et al., Celiac disease in patients with chronic psychiatric disorders. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 2012. 5(2): p. 90.
21. Ludvigsson, J.F., et al., Coeliac disease and risk of mood disorders—a general population-based cohort study. *Journal of affective disorders*, 2007. 99(1-3): p. 117-126.
22. CUTLER, J.L., Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 2016, LWW.
23. Thompson, T. and E. Méndez, Commercial assays to assess gluten content of gluten-free foods: why they are not created equal. *Journal of the American Dietetic Association*, 2008. 108(10): p. 1682-1687.
24. Addolorato, G., Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 2001. 36(5): p. 502-506.
11. Sharma, N., K. Singh, and S. Senapati, Celiac disease poses significant risk in developing depression, anxiety, headache, epilepsy, panic disorder, dysthymia: A meta-analysis. *Indian Journal of Gastroenterology*, 2021: p. 1-10.
12. Fanaeian, M.M., et al., Prevalence of migraine in adults with celiac disease: A case control cross-sectional study. *PloS one*, 2021. 16(11): p. e0259502.
13. Rostami-Nejad, M., et al., Anxiety symptoms in adult celiac patients and the effect of a gluten-free diet: an Iranian Nationwide study. *Inflammatory Intestinal Diseases*, 2020. 5(1): p. 42-48.
14. Rostami-Nejad M, Taraghikhah N, Ciacci C, Pourhoseingholi MA, Barzegar F, Rezaei-Tavirani M, Aldulaimi D, Zali MR. Anxiety symptoms in adult celiac patients and the effect of a gluten-free diet: an Iranian Nationwide study. *Inflammatory intestinal diseases*. 2020;5(1):42-8. [Persian].
15. Sheikhan, M.R., et al., Relationship between behavioral disorders and quality of life in patients with celiac disease. *Govareh*, 2015. 20(3): p. 161-168.
16. Kayali, S. and S. Selbuz, Assessment of Autonomic Nervous System in Children with Celiac Disease: A Heart Rate Variability Study. *Indian pediatrics*, 2020. 57(8): p. 719-722.
17. Calderón de la Barca, A.M., et al., Enteric parasitic infection disturbs bacterial structure in Mexican children with autoantibodies for type 1 diabetes and/or celiac disease. *Gut Pathogens*, 2020. 12(1): p. 1-9.
18. Zingone, F., et al., The quality of sleep in patients with coeliac disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2010. 32(8): p. 1031-1036.
19. Zylberberg, H.M., et al., Depression and insomnia among individuals with celiac disease



Evaluation of the effectiveness of emotional regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 1398

Abstract

Article Info

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 2018.

Materials and methods: The current research method was semi-experimental with a pre-test-post-test method with a control group. The statistical population included all cancer patients of Isfahan province in 2018. In this research, 30 cancer patients were selected non-randomly. The experimental group received the educational intervention during two and a half months in 8 sessions of 90 minutes. However, the control group did not receive any intervention. The questionnaires used in this study include the Simmons and Gahr Distress Tolerance Scale (DTS) (2005), the Self-conscious Emotion Questionnaire (TOSCA), GP. Tangney et al. (1989), Wickes (1994) and Fisher & Avery (1991) Conflict Resolution Questionnaire, Garnfsky et al. (2001) Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire. The data were analyzed by multivariate covariance using Bonferroni modulation by SPSS23 statistical software

Results: The results of data analysis showed that cognitive emotion regulation is effective on the components of conflict resolution style, self-conscious emotion, distress tolerance and self-blame component of patients ($P < 0.05$).

Conclusion: Emotional regulation psychotherapy has an effect on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles of cancer patients in Isfahan in 1398.

Keywords: Emotional regulation psychotherapy, Self-blaming, Distress tolerance, Self-conscious emotion, Conflict resolution styles

Authors:

Yeganeh Yavari¹

Hassan Khosh Akhlaq^{*2}

Mohammadreza

Sherbafchizadeh³

Affiliations

1. Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran..

2. Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran. Tel: 09133123835

E-mail: khoshakhlagh_h@yahoo.com

3. Department of Psychiatry, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**بررسی اثربخشی روان‌درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی****خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸**

اطلاعات مقاله

چکیده

یگانه یآوری^۱
حسن خوش اخلاق*^۱
محمد رضا شعرباغچی زاده^۲

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرطانی بیمارستان امید استان اصفهان در سال ۱۳۹۸ می‌شد. در این پژوهش ۳۰ بیمار سرطانی به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش دربرگیرنده پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) (۲۰۰۵)، عاطفه خودآگاه (TOSCA) جی‌پی. تانگنی و همکاران (۱۹۸۹)، حل تعارض ویکز (۱۹۹۴) و فیشر و اوری (۱۹۹۱) و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بود. داده‌های به دست آمده به شیوه کوواریانس چندمتغیره با استفاده از تعدیل بونفرونی، توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه‌های سبک حل تعارض، عاطفه‌ی خودآگاه، تحمل پریشانی و مولفه خودسرنشگری بیماران موثر است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی تنظیم هیجانی بر خودسرنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان سال ۱۳۹۸ تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی تنظیم هیجانی، خودسرنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه، سبک‌های حل تعارض

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

*۲. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۲۳۸۳۵ ایمیل: khoshakhlagh_h@yahoo.com

۳. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روزبه‌روز افزایش می‌یابد (۱). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، این بیماری در سال‌های اخیر شیوع فزاینده‌ای داشته و تأثیرات آن بر ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی زندگی، باعث شده است که سرطان به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح شود (۲). شواهد نشان می‌دهد که تشخیص سرطان و مواجه شدن بیماران با آن، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی را در آنها به وجود می‌آورد که منجر به تغییرات شدید روانی در بیماران می‌گردد و زندگی آن‌ها را مختل می‌کند (۳). به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به سرطان، تنظیم هیجانات و عواطف دچار مشکل می‌شود و تشخیص سرطان منجر به استفاده از هیجانات منفی شده و این هیجانات منفی بر سرعت و رشد بیماری تأثیر معناداری می‌گذارد (۴).

یکی از زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان، خودسرزنش‌گری می‌باشد که شکلی از نشخوارفکری و تفکر تکراری منفی است که هدفش بی‌ارزش‌سازی خود می‌باشد و پژوهشگران عنوان کرده‌اند که با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و خشم در ارتباط است (۵)؛ دینگر و همکاران (۶) و ابی‌حیب و لایتین (۷) در پژوهش خود دریافتند، افراد خودسرزنشگر در مقابل دیگران رقابتگر، خصمانه و دوسوگرایانه رفتار می‌کنند. آن‌ها به راحتی نسبت به دیگران از خود خشم نشان می‌دهند و به سختی خشم خود را در مقابل دیگران کنترل می‌کنند که این اغلب منجر به تعارض در روابط بین فردی نیز می‌شود.

اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تأیید شده است (۸-۱۰). تروی و ماوس (۱۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیار هیجانی است؛ راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی گردد (۱۲). این راهبرد بخصوص برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به شمار می‌رود (۱۴). در حقیقت، تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و تحمل محرک آزارنده یا تهدیدکننده اشاره می‌کند (۱۵).

طبق تحقیق سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵)، تحمل آشفتگی از دیگر متغیرهایی است که بنظر می‌رسد در مبتلایان به بیماری سرطان و افراد سالم جسمی متفاوت باشد. از بعد جسمانی

رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (۱۶، ۱۷). افرادی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیرقابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی را ندارند. دوماً ویژگی تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش زیاد این افراد برای جلوگیری از بروز هیجانات منفی در حال تجربه است (۱۲)، سوم اینکه این افراد وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند. چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی‌بینند (۱۸). این احساس شرم و گناه می‌تواند تمایل به مخفی کردن کاستی‌های فرد را افزایش دهد که در این صورت، احتمال کاربرد راهبردهای مستقیم حل تعارض را کاهش می‌دهد و دوم اینکه شرم می‌تواند هیجانات منفی و تمایل به تنبیه اطرافیان را افزایش دهد که هر دو با هم شرایطی را فراهم می‌کنند که حل تعارض سازنده را دشوار سازند (۱۹). واژه تعارض اشاره به ناتوانی در حل تفاوت‌ها دارد و بیشتر اوقات با تنش، خصومت یا پرخاشگری همراه است. برخی اوقات مشاهده شده است که تعارض، بعضی از رفتارهای سازش نایافته را در افرادی که سعی در مقابله با آن دارند ایجاد کرده است (۲۰). این گونه تعارض، نه تنها بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد بلکه اختلالات روانتنی را نیز به دنبال دارد و از این طریق سلامتی فرد را به مخاطره می‌اندازد. داشتن شیوه‌های حل تعارض منطقی، می‌تواند مانع موثری در برابر تعارض‌های بینفردی منحل‌کننده بیماران باشد و حتی می‌تواند به حل بهتر مسائل پیش روی بیماران کمک کند (۲۱).

مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهم در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق و تعاملات و اجتماعی است و سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (۲۲). تنظیم هیجانی شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان و یا شدت تجربه‌ی یک هیجان می‌باشد (۲۳). با توجه به مطالب ذکر شده و وجود آسیب‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان در کاهش آسیب‌های روانشناختی افراد مختلف، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مذکور در بیماران مبتلا به سرطان می‌پردازد. این پژوهش به دلیل افزایش روزافزون بیماری سرطان و کلیدی بودن نقش عوامل روانشناختی در فرایند درمان این بیماری انجام

معرفی جلسات تنظیم هیجان، آشنایی افراد با هیجانات و عملکرد آنها در زندگی روزمره، منطق انجام تکالیف اهمیت یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی در زندگی روزمره و انواع هیجانات اولیه و ثانویه بیان هیجان نرمال، هیجان مشکل‌آفرین و خودآگاهی هیجانی.

جلسه‌ی دوم: هیجان‌ها و نامگذاری آن‌ها، بیان دیدگاه‌های سالم در مورد هیجانات، شناسایی و تشخیص هیجانات و برجسب زدن به آنها. هیجانات بیماریزا و ضرورت درمان آن، علایم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی.

جلسه‌ی سوم: کارکرد هیجانات، روش کارکرد هیجانات در زندگی روزمره و ارائه‌ی مثال، چرایی ادامه هیجانات خاص بر خلاف خواسته‌های فرد. خطاهای شناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی.

جلسه‌ی چهارم: تعامل هیجانات با افکار و رفتارها، ترسیم چرخه‌ی این تعاملات و تأثیرگذاری آنها بر یکدیگر داستان اختلال هیجانی و تفسیرها.

جلسه‌ی پنجم: معرفی افسانه‌های هیجانی، به چالش کشیدن افسانه‌های هیجانی، حقایق اساسی در مورد هیجانات، ساختن خوداظهاری‌های قوی برای مقابله با افسانه‌های هیجانی تغییر و اصلاح تفاسیر.

جلسه‌ی ششم: آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی، آموزش افزایش هیجانات مثبت و فعالیتهای لذتبخش و آموزش ذهن آگاهی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان.

جلسه‌ی هفتم: تمرکز بر تغییر هیجانات منفی، آموزش تکنیک حل مسأله برای تغییر هیجانات منفی. فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای.

جلسه‌ی هشتم: جمع‌بندی موارد و کاربرد تکنیکها در زندگی روزمره، ارائه‌ی جعبه‌ی احساس‌های قوی به افراد و اجرای آزمون‌ها به عنوان پس آزمون.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS)^۱: این مقیاس یک پرسشنامه خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانهای منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌باشد. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج

می‌شود. بنابراین هدف کلی این مطالعه بررسی اثربخشی روان‌درمانی تنظیم هیجانی شناختی بر سبک حل تعارض، عاطفه‌ی خودآگاه، خودسرزنشگری، تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرطانی بیمارستان امید استان اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را ۳۰ بیمار سرطانی تشکیل دادند که به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند و برای انجام آزمایش به صورت گمارش تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (گروه کنترل ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از تمایل فرد به شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، سن آنها بین ۱۵ تا ۶۵ سال باشد، نیازمند جلسات شیمی‌درمانی باشد، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، نداشتن مشکل حاد روانی یا علایم سایکوتیک بر اساس DSM-۵؛ همچنین معیار خروج شامل عدم پاسخ‌گویی به بیش از ۵ درصد سؤالات هر پرسشنامه، عدم تمایل اولیه برای شرکت در پژوهش، مصرف داروهای روان‌درمانی، عدم شرکت در دو جلسه از جلسات درمانی و همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهاد شده‌ی درمانگر بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده، به شیوه کوواریانس چند متغیره با استفاده از تعدیل بونفرونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسات آموزشی نیز به شرح زیر است:

جلسات مهارت‌های تنظیم هیجانی:

جلسه‌ی اول: جلسه‌ی توجیه‌ی توضیح قوانین گروه برای بیماران، برقراری ارتباط مناسب با اعضای گروه، اجرای پرسشنامه‌های موردنظر، ارائه‌ی برنامه‌ی جلسات و زمان‌بندی آن‌ها، اشتراک اهداف جلسات آموزشی با تمام اعضای گروه

تست پایا و معتبر بودند.

پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این پرسشنامه را گارنفسکی و همکارانش (۲۰۰۲) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخدادهای ناراحتکننده ابداع کردند. پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد که هر کدام بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر ۴ عبارت یک خرده مقیاس را تشکیل می دهد و در مجموع ۹ خرده مقیاس وجود دارد که هر کدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می سنجد. خردهمقیاسها عبارتاند از: پذیرش خود، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش دادند. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاسهای آزمون بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در برمی گرفت که همگی معیندار بودند و ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۵ محاسبه گردید (۲۶).

یافته ها

در این مطالعه، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، تعداد زنها بیشتر بود و اکثر افراد ۴۰ سال به بالا بودند. بیشترین نوع سرطان در گروه کنترل سرطان تخمدان و در گروه آزمایش، سرطان سینه بود (جدول ۱).

طبق نتایج جدول ۲، تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه های سبک حل تعارض موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). در این تحلیل تأثیر پیش آزمون مهارت شده است. همچنین، تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاسها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهارت تأثیر پیش آزمون معنی دار است؛ بنابراین آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر مولفه های سبک حل تعارض آنها تأثیر دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاسها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهارت تأثیر پیش آزمون معیندار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر میزان تحمل پریشانی آنها تأثیر دارد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که تنظیم شناختی هیجان بر مولفه عاطفه خودآگاه بیماران موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). همچنین، تفاوت بین میانگین

درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاسها ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی و همکاران (۲۰۱۰)، نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (۲۴).

پرسشنامه عاطفه خودآگاه (TOSCA): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی برای سنجش ۴ عاطفه خودآگاه شامل آمادگی برای گناه^۲، آمادگی برای شرم^۳، غرور آلفا و غرور بتا^۴ و ۲ سبک اسناد برونساز^۵ و بیتفاوتی^۶ است. پاسخها روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری میشوند، که از ۱ «هرگز» تا ۵ «به احتمال زیاد» درجه بندی شده است. در مطالعه حاضر فقط از مقیاسهای شرم و گناه استفاده شده است. در مطالعه مارشال و همکاران^۷ (۱۹۹۶) آلفای کرونباخ مقیاسهای شرم و گناه در جمعیت دانشجویان به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در مطالعه خدابخش پیرکلانی و صفاییان (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ مقیاسهای شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۵).

پرسشنامه حل تعارض و یکز^۸ (۱۹۹۴)، فیشر و اوری^۹ (۱۹۹۱): این پرسشنامه برای اندازه گیری ایده های حل تعارض و توانایی شخص در خلق و ارائه راه حل های برنده - برنده تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه و ۱۰ خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاسهای آن عبارتند از: دیدن طبیعی تعارض، فضا و موقعیت، شفاف سازی، توجه به نیازها به جای خواسته ها، ایجاد همکاری، تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته، ارائه گزینه هایی برای سود متقابل، ملاحظه کاری و مراعات. گویه های این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ گزینه ای از تقریباً هرگز، گاهی، نیمی، معمولاً و تقریباً نمره گذاری می شود. هن اینگ (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۷ و ضریب پایایی آن را ۰/۶۹ بدست آورد. اعتبار سازه با روش تحلیل عوامل وجود ۱۰ زیر مقیاس پرسشنامه را تأیید کرد؛ آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ۰/۸۲. تست روایی سازه خوبی داشته و ارزیابی کلی این تست نشان می دهد با استفاده از روش دو نیمه کردن نمره دو فاکتور دو و هفت از کل فاکتورهای این

1. Test Of Self-Conscious Affect
2. Guilt-proneness
3. Shame-proneness
4. Alpha pride and Beta pride
5. Externalization
6. Detachment
7. Marschall et al.
8. Weeks
9. Fisher & Ury

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد نمونه پژوهش برحسب شرکت کنندگان

متغیر	سن	گروه کنترل		گروه آزمایش		کل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۰	۶۷	۱۰	۶۷	۲۰	۶۷
	مرد	۵	۳۳	۵	۳۳	۱۰	۳۳
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	۳۰ تا ۴۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	۴۰ سال به بالا	۹	۶۰	۱۱	۷۴	۲۰	۶۷
نوع سرطان	تخمدان	۲	۱۳	۵	۳۴	۷	۲۳
	سینه	۴	۲۷	۳	۲۰	۷	۲۳
	ریه	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷
	لنفوی	۳	۲۰	۳	۲۰	۶	۲۰
	دیگر سرطانها	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	۱۷

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی بر مولفه‌های تحمل پریشانی

مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	تحمل	۴	۰/۲۴۶	۰/۲۰۶	۰/۹۲۹
	جذب	۴	۰/۴۸۳	۰/۶۲	۰/۶۵۹
	ارزیابی	۴	۱/۴	۲/۹۱۷	۰/۰۷۷
	تنظیم	۴	۰/۶۶۲	۰/۴۴۳	۰/۷۷۵
گروه	تحمل	۱	۱۲۴/۷۱۲	۱۰۴/۳۲۶	۰
	جذب	۱	۱۶۸/۰۳۳	۲۱۵/۴۲۷	۰
	ارزیابی	۱	۱۶۰/۲۳۷	۳۳۳/۸۲۷	۰
	تنظیم	۱	۹۰/۷۱۲	۶۰/۶۷۷	۰
خطا	تحمل	۱۰	۱۱/۹۵		
	جذب	۱۰	۷/۸		
	ارزیابی	۱۰	۴/۸		
	تنظیم	۱۰	۱۴/۹۵		
کل	تحمل	۳۰	۲۲۲		
	جذب	۳۰	۲۶۶		
	ارزیابی	۳۰	۲۷۵		
	تنظیم	۳۰	۱۹۱		

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر میزان مولفه‌های سبک حل تعارض

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	مولفه‌ها	
۰/۷۴۱	۰/۴۹۴	۰/۵۳۳	۴	^a ۲/۱۳۳	دیدن طبیعی تعارض	مدل
۰/۲۳۱	۱/۶۷۵	۳/۱۸۳	۴	^b ۱۲/۷۳۳	فضا و موقعیت	
۰/۲۶۵	۱/۵۳۶	۳/۴۲۵	۴	^c ۱۳/۷۰۰	شفاف‌سازی	
۰/۴۱۱	۱/۰۹۴	۱/۴	۴	^d ۵/۶۰۰	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	
۰/۰۹۲	۲/۷	۲/۰۲۵	۴	^e ۸/۱۰۰	ایجاد همکاری	
۰/۱۰۹	۲/۵	۲/۷۵	۴	^f ۱۱/۰۰۰	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	
۰/۴۷۵	۰/۹۵	۱/۳۵۸	۴	^g ۵/۴۳۳	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	
۰/۲۳۷	۱/۶۴۸	۱/۴۸۳	۴	^h ۵/۹۳۳	بسط و ارائه کارهای شدنی	
۰/۸۹	۰/۲۷۲	۰/۴۸۳	۴	ⁱ ۱/۹۳۳	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	
۰/۸۶۴	۰/۳۱۱	۰/۵۴۶	۴	^j ۲/۱۸۳	مراعات و ملاحظه‌کاری	
۰	۷۹/۲۳۲	۸۵/۵۷	۱	۸۵/۵۷	دیدن طبیعی تعارض	گروه
۰	۴۶/۸۳۲	۸۸/۹۸۱	۱	۸۸/۹۸۱	فضا و موقعیت	
۰	۳۲/۹۶۳	۷۵/۷۳۷	۱	۷۵/۷۳۷	شفاف‌سازی	
۰	۶۳/۳۸	۸۱/۱۲۶	۱	۸۱/۱۲۶	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	
۰	۵۴/۴۴۴	۴۰/۸۳۳	۱	۴۰/۸۳۳	ایجاد همکاری	
۰	۵۲/۶۰۹	۵۷/۸۷	۱	۵۷/۸۷	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	
۰	۳۸/۵۵	۵۵/۱۲۶	۱	۵۵/۱۲۶	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	
۰	۶۴/۳	۸۷/۵۷	۱	۵۷/۸۷	بسط و ارائه کارهای شدنی	
۰	۵۸/۰۳	۱۰۳/۲۹۳	۱	۱۰۳/۲۹۳	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	
۰	۶۰/۶۳۲	۱۰۶/۴۰۸	۱	۱۰۶/۴۰۸	مراعات و ملاحظه‌کاری	
		۱/۰۸	۱۰	۱۰/۸	دیدن طبیعی تعارض	خطا
		۱/۹	۱۰	۱۹	فضا و موقعیت	
		۲/۲۳	۱۰	۲۲/۳	شفاف‌سازی	
		۱/۲۸	۱۰	۱۲/۸	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	
		۰/۷۵	۱۰	۷/۵	ایجاد همکاری	
		۱/۱	۱۰	۱۱	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	
		۱/۴۳	۱۰	۱۴/۳	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	
		۰/۹	۱۰	۹	بسط و ارائه کارهای شدنی	
		۱/۷۸	۱۰	۱۷/۸	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	
		۱/۷۵۵	۱۰	۱۷/۵۵	مراعات و ملاحظه‌کاری	
			۳۰	۱۷۳	دیدن طبیعی تعارض	کل
			۳۰	۱۷۹	فضا و موقعیت	
			۳۰	۱۷۱	شفاف‌سازی	
			۳۰	۱۷۲	توجه به نیازها به جای خواسته‌ها	
			۳۰	۱۱۷	ایجاد همکاری	
			۳۰	۱۵۷	تمرکز بر آینده با یادگیری از گذشته	
			۳۰	۱۴۳	ارائه گزینه‌هایی برای سود متقابل	
			۳۰	۱۴۴	بسط و ارائه کارهای شدنی	
			۳۰	۲۰۰	ایجاد توافق‌های مبتنی بر سود متقابل	
			۳۰	۲۰۷	مراعات و ملاحظه‌کاری	

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر مولفه عاطفه‌ی خودآگاه بیماران

مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	مستعد بودن به صفت شرم	۴	۰/۹۳۳	۰/۵۴۳	۰/۷۰۸
	مستعد بودن به صفت گناه	۴	۱/۱۵۸	۰/۷۸۸	۰/۵۵۹
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۴	۱/۷۲۵	۱/۹۸۳	۰/۱۷۳
	برونی کردن	۴	۱/۹۴۶	۱/۴۳۶	۰/۲۹۲
	غرور آلفا	۴	۲/۵۴۶	۲/۳۶۸	۰/۱۲۳
	غرور بتا	۴	۱/۸۵۸	۲/۹۵	۰/۰۷۵
گروه	مستعد بودن به صفت شرم	۱	۱۱۲/۱۳۳	۶۵/۱۹۴	۰
	مستعد بودن به صفت گناه	۱	۱۱۲/۱۳۳	۶۷/۲۸۱	۰
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۱	۱۰۸/۳	۱۲۴/۴۸۳	۰
	برونی کردن	۱	۱۰۱/۴۴۵	۷۴/۸۶۷	۰
	غرور آلفا	۱	۷۰/۰۲۳	۶۵/۱۳۸	۰
	غرور بتا	۱	۱۱۶/۰۳۳	۱۸۴/۱۸	۰
خطا	مستعد بودن به صفت شرم	۱۰	۱۷/۲	۱/۷۲	
	مستعد بودن به صفت گناه	۱۰	۱۴/۷	۱/۴۷	
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۱۰	۸/۷	۰/۸۷	
	برونی کردن	۱۰	۱۳/۵۵	۱/۳۵۵	
	غرور آلفا	۱۰	۱۰/۷۵	۱/۰۷۵	
	غرور بتا	۱۰	۶/۳	۰/۶۳	
کل	مستعد بودن به صفت شرم	۳۰	۱۸۱		
	مستعد بودن به صفت گناه	۳۰	۲۲۱		
	بی تفاوتی کردن (انزوا)	۳۰	۱۸۹		
	برونی کردن	۳۰	۲۲۳		
	غرور آلفا	۳۰	۱۸۱		
	غرور بتا	۳۰	۲۰۱		

سرطان بر مولفه‌های خود سرزنشگری سرطانی تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر در مورد مقایسه سبک حل تعارض در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش تأثیر داشته و همچنین در مقایسه با گروه کنترل این تأثیر در تفاوت بین میانگین خرده مقیاسها نیز تفاوت معناداری را نشان داده است. این یافته با نتایج مطالعات اتوب و همکاران (۲۰۱۲)؛ مارتین و داهلن (۲۰۰۵)؛ کرینگ و ورنر (۲۰۰۴) و سووگ و همکاران (۲۰۱۰)؛ همراستا است. در همین راستا واتو و همکاران (۲۰۱۴)، نشان دادند که استفاده از استراتژی‌های مربوط به

باقیمانده نمرات خرده مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر مولفه‌های عاطفه‌ی خودآگاه بیماران سرطانی تأثیر دارد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان بر مولفه خودسرزنشگری بیماران موثر است و این تأثیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0.05$). در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خرده مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر خود سرزنشگری

مولفه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مدل	راهبرد ملامت خویش	۴	۱/۷۵۸	۲/۱۱۸	۰/۱۵۳
	پذیرش	۴	۰/۱۶۳	۰/۲۳۴	۰/۹۱۳
	نشخوارگری	۴	۰/۹۱۲	۰/۹۱۷	۰/۴۹۱
	تمرکز مجدد مثبت	۴	۱/۲۵۸	۱/۰۲۳	۰/۴۴۱
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۴	۱/۰۵۸	۱/۴۱۱	۰/۲۹۹
	ارزیابی مجدد مثبت	۴	۰/۴۸۳	۰/۲۴۴	۰/۹۰۷
	دیدگاه‌پذیری	۴	۱/۷۱۲	۱/۷۹۳	۰/۲۰۷
	فاجعه‌انگاری	۴	۰/۹	۱/۰۲۳	۰/۴۴۱
	سلامت دیگران	۴	۱/۲۹۶	۰/۶۵۶	۰/۶۳۶
گروه	راهبرد ملامت خویش	۱	۴۷/۲۹۳	۵۶/۹۷۹	۰
	پذیرش	۱	۵۴/۶۷۵	۷۸/۶۶۹	۰
	نشخوارگری	۱	۶۱/۱۵۶	۶۱/۴۶۴	۰
	تمرکز مجدد مثبت	۱	۵۵/۱۲۶	۴۴/۸۱۸	۰
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱	۱۱۳/۴۲۶	۱۵۱/۲۳۵	۰
	ارزیابی مجدد مثبت	۱	۸۰/۰۳۳	۴۰/۴۲۱	۰
	دیدگاه‌پذیری	۱	۱۰۰/۲۲۳	۱۰۴/۹۴۶	۰
	فاجعه‌انگاری	۱	۷۴/۶۸۱	۸۴/۸۶۵	۰
	سلامت دیگران	۱	۸۶/۱۳۴	۴۳/۶۱۲	۰
خطا	راهبرد ملامت خویش	۱۰	۸/۳		
	پذیرش	۱۰	۶/۹۵		
	نشخوارگری	۱۰	۹/۹۵		
	تمرکز مجدد مثبت	۱۰	۱۲/۳		
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۰	۷/۵		
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۰	۱۹/۸		
	دیدگاه‌پذیری	۱۰	۹/۵۵		
	فاجعه‌انگاری	۱۰	۸/۸		
	سلامت دیگران	۱۰	۱۹/۷۵		
کل	راهبرد ملامت خویش	۱۵	۹۷		
	پذیرش	۱۵	۹۴		
	نشخوارگری	۱۵	۱۰۰		
	تمرکز مجدد مثبت	۱۵	۱۲۴		
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۵	۱۹۲		
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۵	۱۶۹		
	دیدگاه‌پذیری	۱۵	۱۷۰		
	فاجعه‌انگاری	۱۵	۱۶۶		
	سلامت دیگران	۱۵	۱۶۶		

به سرطان به میزان بیشتری از راهبردهای غیرانطباقی (فاجعه‌انگاری، خودسرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) نسبت به افراد عادی استفاده می‌کنند و در این رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد سرطانی کمک می‌کند. اگرچه پژوهش‌های بسیار کمی درباره خودسرزنشگری و سرطان وجود دارد اما اغلب اوقات بیمارانی که به سرطان مبتلا می‌شوند در مورد سبک زندگی که داشته و دارند از سوی اطرافیان مورد سرزنش قرار می‌گیرند. برای مثال به بیماران مبتلا به سرطان سینه گفته می‌شود که چون اضافه وزن و استرس داشتند و همچنین تحرک کافی و رژیم غذایی سالمی هم نداشتند به سرطان مبتلا شده‌اند. این سرزنش‌ها و شماتت‌ها موجب می‌شود تا بیمار سرطانی خود را در بروز بیماری‌اش مقصر بداند و دائماً این سوال آزاردهنده را در ذهن داشته باشد که چرا حتی کسانی هم که رژیم غذایی سالمی دارند و ورزش می‌کنند نیز به این بیماری مبتلا می‌شوند. آموزش شناخت هیجان‌ها می‌تواند با چگونگی برخورد با ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت صحیح آن از ایجاد خودسرزنشگری در بیمار سرطانی جلوگیری کرده و نیز با مدیریت صحیح روابط با افراد سمی باعث جلوگیری از ایجاد رفتارهای مسموم با دیگران و آسیب‌های روانی شود.

باتوجه به مطالب گفته شده، پیشنهاد می‌شود در رابطه با بیماران سرطانی مداخله‌های مثبتی همچون تنظیم هیجان به صورت جدی اجرا گردد تا در این مسیر دشوار، تحمل بیماری کارساز باشد و این افراد آسیب‌های روانی کمتری را در طول دوره ابتلای خود ببینند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر میتوان به کم بودن حجم نمونه‌ها و احتمال کاهش دقت در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه اشاره نمود؛ هرچند پژوهشگر سعی نمود تا با فراهم نمودن شرایط مناسب این محدودیت را تا حدودی کنترل نماید.

تضاد و منافع: نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافی را اعلام نمی‌دارند.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش با رعایت حق مؤلفان و نویسندگان در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیک انجام شد و حاصل پایان‌نامه‌ای در مقطع دکتری روانشناسی در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF. REC.1399.065 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد خوراسگان بود. نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در تحقیق که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی می‌شود. افرادی که به بیماری سرطان مبتلا هستند به دلیل شرایط روانشناختی خویش که شاید ناشی از خودمقصربینی آنها باشد، تعارض را به گونه‌ای متفاوت ادراک کرده و همچنین مقابله شناختی آنها با شرایط دشوار تا حدی متفاوت از افراد عادی است. لذا آموزش تنظیم هیجان به این افراد میتواند نتایج بسیار مطلوبی را در پی داشته باشد. همچنین، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر میزان تحمل پریشانی آنها اثربخش است. افراد سرطانی که در گروه آزمایش قرار داشتند و تحت آموزش تنظیم شناختی هیجان قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه، از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بینشان وجود دارد. هوایی و همکاران (۱۳۹۵)، نشان دادند که تنظیم هیجان باعث کاهش میزان مشکلات تنظیم هیجان و بهبود تحمل پریشانی بیماران می‌شود (۲۷). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند موقعیتهای استرسزا را به طور منفی ارزیابی میکنند و چون قادر به تحمل پریشانی نیستند، راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان را برمیگزینند. اما با آموزش تنظیم هیجان در بیماران سرطانی، این افراد یاد میگیرند که موقعیت پیش آمده را بپذیرند و با تسکین هیجان منفی، بر تحمل پریشانی اثر بگذارند.

نتایج این مطالعه درخصوص عاطفه خودآگاه حاکی از آن بود که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر عاطفه خودآگاه آنها تأثیر دارد. در پژوهش‌های بررسی شده آموزش تنظیم هیجان بر عاطفه افراد بررسی نشده بود و این پژوهش برای اولین بار به بررسی این متغیر پرداخته است. در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت که پس از ابتلا و دریافت تشخیص سرطان، مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی بسیاری برای فرد دچار سرطان و خانواده وی ایجاد می‌شود که احساس گناه را در فرد دچار سرطان افزایش می‌دهد. احساس گناه در دور باطلی مشکلات متعددی را در سطوح گسترده‌ای از زندگی بیماران ایجاد می‌کند که برای بیمار غیرقابل حل می‌رسد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سرطان بر خودسرزنشگری آنها تأثیر دارد و بین دو گروه در نمرات خودسرزنشگری تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوریکه تنظیم شناختی هیجان توانسته است باعث تغییر قابل ملاحظه میانگین خودسرزنشگری شود. در این راستا نتایج مطالعه انجام شده توسط عزیزی و همکاران (۱۳۹۴)، در این رابطه نشان‌دهنده این است که مبتلایان

modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(3):931-7.

9. Dillon DG, Deveney CM, izzagalli DA. From Basic Processes to Real-World Problems: How Research on Emotion and Emotion Regulation Can Inform Understanding of Psychopathology, and Vice Versa. *Emot Rev*. 2011;3(1):74-82.

10. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. NY, US: The Guilford Press. 2010:13-37.

11. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. 2011:30-44.

12. Azizi AR, Mirzaei A, Shams J. Correlation Between Distress Tolerance And Emotional Regulation With Students Smoking Dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):8-11. [Persian]

13. Lazarus RS. Cognition and motivation in emotion. *Am Psychol*. 1991;46(4):352-67.

14. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(6):713-33.

15. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*. 2018;267:210-4.

16. Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Moos R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: a hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behav Ther*. 2009;40(3):291-301.

17. MacKillop J, de Wit H. *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*: John Wiley & Sons 2013.

منابع

1. Yarmohammadi vassel m, jokar f, farhadi m, zoghi paydar m. Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *rph*. 2020;14(2):1-19. [Persian]

2. Bakhshalizadeh Irani F, Shahidi S, Hazini A. Psychological Experiences of Terminal Cancer Patients with an Emphasis on Their Concerns and Needs: A Phenomenological Study. *rph*. 2020;14(2):20-33. [Persian]

3. Kashański H, Dehghani Arani F, Ferdoussi T. Normal and Abnormal Personality Patterns in a Patient with Leukemia: A Clinical Case study. *Research In Psychological Health*. 2019;12(4):80-93. [Persian]

4. Esfahani A, Zeinali S, Kiani R. Effect of Acceptance and Commitment Therapy On Pain-Related Anxiety and Cognitive Emotion Regulation in Breast Cancer Patients: A Clinical Trail. *HBI_Journals*. 2020;23(2):138-49. [Persian]

5. Smart LM, Peters JR, Baer RA. Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*. 2016;23(3):321-32.

6. Dinger U, Barrett MS, Zimmermann J, Schauenburg H, Wright AG, Renner F, et al. Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *J Clin Psychol*. 2015;71(1):93-104.

7. Abi-Habib R, Luyten P. The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*. 2013;55(8):921-5.

8. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to

26. Keshavarz Mohammadi R, khalatbari J. Effectiveness of self-compassion on distress tolerance, emotion regulation and anxiety sensitivity in divorced women. *fpcej*. 2018;4(1):17-32. [Persian]
27. Havaiy A, Kazemi H, Habibollahi A, Izadikhah Z. The Effect of Emotion Regulation on the Amount of Tension Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Women with Tension-type Headaches. *SSU_Journals*. 2017;24(10):840-51. [Persian]
18. Hawkins K, Vel P. Attitudinal loyalty, behavioural loyalty and social media: an introspection. *The Marketing Review*. 2013;13(2):125-41.
19. Tangney JP, Dearing RI. *Shame & guilt*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
20. Pourbaferani M, Etemadi O, Akbarzadeh M, Jazayeri R. Evaluating The Role Of Mother Personality, Maternal Marital Conflict, Mother Conflict Resolution Style And Daughter Conflict Resolution Style In Predicting Of Mother-Daughter Conflict. *Sociology Of Women (Journal Of Woman And Society)*. 2015;6(3):105-26. [Persian]
21. Babapour J. Study of Relationship Between Communicational Conflict Resolution Styles and Psychological Well-being Among University Students. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007;1(4):27-46. [Persian]
22. Jafari ESA, Ghazanfarian F, Aliakbari Dehkordi M, Kamarzarin H. The Effectiveness Of Coping Skills' Training On Emotional Regulation In Delinquent Adolescents. *Journal Of Psychological Achievements Journal Of Education & Psychology*. 2017;23(1):97-110. [Persian]
23. Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York: Guilford Press; 2007.
24. Aminalroaya R, Kazemian S, Esmaeili M. Forecasting Distress Tolerance on the Base of the Communication Components of Original Family among Divorces and Non-Divorced Women. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2017;7(28):91-106. [Persian]
25. khodabakhsh Pirklany r, Safaeian E. Comparing the Defense styles and the Self-conscious affect of Shame and Guilt in subtypes of Narcissism and comparison with ordinary people. *Journal of Psychological Studies*. 2020;15(4):7-24. [Persian]

سیدالاسرای ایران



شهید سر لشکر خلبان حسین لشگری ۱۸ سال اسیر بود
که ۱۲ سالش را در انفرادی بود ۶ سالش را نور آفتاب و آسمان را ندید
او اولین کسی بود که رفت و آخرین کسی بود که برگشت
یادش گرامی

Nurse and Physician Whithin War

Journal of Medicine

1. Determining the Attitude of Medical Students (interns and residents) towards the Course of Medical Ethics at AJA University of Medical Sciences.....	6
Amir Farshid Fayyaz, Maryam Vashghami Farahani	
2. Predicting mental health through the dimensions of social capital in health care network employees.....	16
Mina Shiryani, Mostafa Roshanzadeh, Mahdi Poomazari, Ali Tajabadi, Firooz Khafesh	
3. The moderating role of individual and family resilience in the relationship between perceived social support and general health in infertile women.....	26
Fereshteh Mirzaei, Ali Delavar	
4. The physical and skill standards of the future soldier to be present on the battlefield.....	36
Mohammad Darvishi, Seyed Javad Hosseini Shokouhi, Ramin Hamidi Farahani, Saeed Soleiman Meigooni, Mohammad Aminifar	
5. Predicting perceived stress based on self-efficacy and psychological hardiness in cardiovascular patients.....	44
Monir Javer, Amin Rafiepoor, Mehdiad Saberi	
6. The Effectiveness of Resilience Training on the Psychological Capital of the Young Soldiers with Divorced parents of army senior military in Isfahan.....	52
Akbar Ghasemi Kherdmand, Rahebeh Yaghmaei, Mozghan Arefi	
7. The effectiveness of computer educational program on the cognitive processes and academic performance of students with attention deficit hyperactivity disorder.....	62
Iraj Atashi, Masoud Ghasemi, Shrin Kooshki	
8. Epidemiological study of sleep disorders and clinical symptoms in patients with celiac disease in Khorasan Razavi province.....	74
Behnaz Khodaverdi, Azatn Keshavarz, Azita Ganji	
9. Evaluation of the effectiveness of emotional regulation psychotherapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in cancer patients in Isfahan in 1398.....	84
Yeganeh Yavari, Hassan Khosh Akhlaq, Mohammadreza Sherbafchizadeh	