

Structural Equation Modeling of the Relationship between Ego-Strength, Defense Styles and Object Relations in Cluster B Personality Disorders with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Fatemeh Rastgoo¹

Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri^{2*}

Mohammad Ali Rahmani³

How to cite this article

Fatemeh Rastgoo, Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri, Mohammad Ali Rahmani, Structural Equation Modeling of the Relationship between Ego-Strength, Defense Styles and Object Relations in Cluster B Personality Disorders with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation, *Islamic Life Style*. 2023; 7 :19-34

1. PhD student, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: rzarbakhsh@yahoo.com

Article History

Received: 2023/02/09

Accepted: 2023/05/07

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this research was to develop a structural model of psychological vulnerability of emergency medicine doctors based on dysfunctional attitudes, interpersonal cognitive distortions, and defensive styles with the mediation of emotion regulation.

Materials and methods: The present research method was a correlational description. The statistical population of the research included all emergency medicine doctors working in Tehran hospitals in 1400, from which 380 people were selected by multi-stage sampling method (cluster and census). In this research, among the tools of the psychological vulnerability symptoms checklist (Najarian and Davoudi, 2018), dysfunctional attitudes (Weisman and Beck, 1978), interpersonal cognitive distortions (Hamachi and Boyokuzterek, 2004), defense styles questionnaire (Anders and colleagues, 1993) and emotion regulation (Garnefsky and Kraij, 2006) were used. In order to analyze the data, Lisrel-V8.8 software was used. Also, in order to analyze the research data, structural equation modeling method was used.

Findings: The research findings showed that the research model has a good fit. Also, the results showed that dysfunctional attitudes have an indirect effect on the psychological vulnerability of emergency medicine doctors with the mediating role of emotion regulation. There is an indirect effect between interpersonal cognitive distortion and psychological vulnerability of emergency medicine physicians with the mediating role of emotion regulation. There is an indirect effect between defense styles and psychological vulnerability of emergency medicine doctors with the mediating role of emotion regulation. There is a direct effect between dysfunctional attitudes and psychological vulnerability of emergency medicine physicians. There is a direct effect between cognitive distortions and psychological vulnerability of emergency medicine doctors. There is a direct effect between defense styles and psychological vulnerability of emergency medicine doctors. There is a direct effect between emotion regulation and psychological vulnerability of emergency medicine doctors. There is a direct effect between dysfunctional attitudes and emotion regulation of emergency medicine physicians. There is a direct effect between cognitive distortions and emotion regulation of emergency medicine physicians. There is a direct effect between defense styles and emotion regulation of emergency medicine physicians.

Conclusion: According to the results of the present study, health professionals and therapists can reduce the level of psychological vulnerability in emergency medicine doctors by reducing dysfunctional attitudes, interpersonal cognitive distortions, and underdeveloped and neurotic defensive styles and increasing the cognitive regulation of emotions. to improve

Keywords: Psychological Vulnerability, Dysfunctional Attitudes, Interpersonal Cognitive Distortions, Defense Styles, Emotion Regulation, Emergency Medicine Doctors

مدل ساختاری آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش های ناکارآمد، تحریف های شناختی بین فردی و سبک های دفاعی با میانجیگری تنظیم هیجان

فاطمه راستگو^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

محمدرضا زربخش بحری^{۲*}

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول).

محمدعلی رحمانی^۲

استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف، مدل ساختاری آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش های ناکارآمد، تحریف های شناختی بین فردی و سبک های دفاعی با میانجیگری تنظیم هیجان انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پزشکان طب اورژانس شاغل در بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که از میان آنها ۳۸۰ نفر با روش نمونه گیری چندمرحله ای (خوشه ای و سرشماری) انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای چک لیست علائم آسیب پذیری روانی (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰)، نگرش های ناکارآمد (وایسمن و بک، ۱۹۷۸)، تحریف های شناختی بین فردی (حمایچی و بویوکوزترک، ۲۰۰۴)، پرسشنامه سبک های دفاعی (اندرز و همکاران، ۱۹۹۳) و تنظیم هیجان (گارفنلسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار Lisrel-V8.8 استفاده گردید. همچنین به منظور تحلیل داده های پژوهش از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که مدل پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد نگرش های ناکارآمد بر آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس با نقش میانجی تنظیم هیجان اثر غیرمستقیم دارد. بین تحریف شناختی بین فردی با آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس با نقش میانجی تنظیم هیجان اثر غیرمستقیم وجود دارد. بین سبک های دفاعی با آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس با نقش میانجی تنظیم هیجان اثر غیرمستقیم وجود دارد. بین نگرش های ناکارآمد با آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین تحریف های شناختی با آسیب-پذیری روانی پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین سبک های دفاعی با آسیب-پذیری روانی پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین

تنظیم هیجان با آسیب پذیری روانی پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین نگرش های ناکارآمد با تنظیم هیجان پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین تحریف های شناختی با تنظیم هیجان پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد. بین سبک های دفاعی با تنظیم هیجان پزشکان طب اورژانس اثر مستقیم وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، متخصصان و درمانگران حوزه سلامت می توانند از طریق کاهش نگرش های ناکارآمد، تحریف های شناختی بین فردی و سبک های دفاعی رشد یافته و نوروپیک و افزایش تنظیم شناختی هیجان میزان آسیب پذیری روانی در پزشکان طب اورژانس را بهبود بخشند.

واژگان کلیدی: آسیب پذیری روانی، نگرش های ناکارآمد، تحریف های شناختی بین فردی، سبک های دفاعی، تنظیم هیجان، پزشکان طب اورژانس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷

* نویسنده مسئول: rzarbaksh@yahoo.com

مقدمه

اکنون دیگر روشن شده است که پیش بینی رشد فردی با «اگر» های بسیاری روبروست. دو مفهوم که همواره برای تجسم بخشیدن به مفهوم رشد آسیب های روانی به کار می آید، آسیب پذیری روانی^۱ و آسیب ناپذیری است (۱). سازمان جهانی بهداشت (۲) تعداد مبتلایان به آسیب های روانی را در جهان بیش از ۵۰۰ میلیون نفر برآورده کرده است. همچنین مطالعات دیگر، شیوع آسیب های روانی را در جوامع مختلف از ۱۷/۵ درصد تا ۲۱/۹ درصد برآورده کرده اند (۳). مقصود از آسیب پذیری روانی احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت های معین است. آسیب پذیری ممکن است در اثر وراثت خاص، ویژگی های معین فرد مانند اضطراب یا نگرانی زیاد، فقدان بعضی از مهارت ها (از قبیل ناتوانی و عدم آرامش به هنگام تصمیم گیری) و یا روبرو شدن با تجربه های دردناک افزایش یابد (۴). بنابراین، آسیب پذیری روانی ممکن است دو کانون داشته باشد: یکی از این دو کانون، آمادگی فرد برای ارائه پاسخ های ناسازگارانه به تجربه های زندگی است. امکان دارد این نوع آمادگی از وراثت، محیط، یا تاثیر متقابل آنها بر یکدیگر ناشی شود. کانون دیگر، خود تجربه های زندگی است که به طریقی به فرد فشار می آورد. طبقه نظریه آسیب پذیری وقوع بیماری به عواملی نظیر، اختلالات جسمی، عواملی روانی استرسزا، ژنتیک و استرس زاهای اجتماعی مربوط است. هر فردی آستانه ای خاص برای آسیب پذیری و توانایی مدارا با استرس دارد (۵). عوامل خطر شخصی و محیطی احتمال پیدایش بیماری یا اختلال را بالا می برند (۶). برای تشخیص یک متغیر به عنوان عامل خطر، آن متغیر می بایست با افزایش احتمال ابتلا به اختلال و تسریع آغاز آن مرتبط باشد. برخی از عوامل خطر نقش علی ایفا می کنند در حالی که برخی از آنها بطور بالقوه زمینه ساز

² - world Health Organization

¹ - Psychological vulnerability

را تحت الشعاع قرار دهد (۱۶). همچنین برای داشتن یک زندگی مطلوب باید از تحریف اطلاعات جلوگیری کرد. گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن تحریف می‌شود. این نوع تحریف‌ها که خطاها و تحریف‌های شناختی نامیده می‌شوند، به اشکال گوناگونی ظاهر می‌گردند (۱۷). در همین رابطه ماردپور و شهرآشوب (۱۸)، پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه تحریف‌های شناختی و آسیب‌پذیری روانی با نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در دانشجویان انجام دادند. نتایج به دست آمده نشان داد تحریف‌های شناختی و ناگویی هیجانی میزان آسیب‌پذیری روانی را پیش‌بینی می‌کنند.

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس نقش دارد، سبک‌های دفاعی^۶ است. سبک‌های دفاعی عبارتند از واکنش‌های ناخودآگاه «من»، به عنوان قسمتی از شخصیت به منظور کاهش اضطراب از طریق تغییر مسیر در ادراک واقعیت. این حالات دفاعی روانی، در چند سال اول زندگی رشد و نمو می‌کنند. «من» از طریق این فرایندها سعی می‌کند تا اضطراب‌های ناشی از تعارض بین «نهاد» و «فرمان» را برطرف سازد (۱۹). اغلب کارشناسان از جمله هسیه، هسایو، یانگ، لی و یین^۷ (۲۰) مکانیسم‌های دفاعی را بر حسب سبک‌های دفاعی، به سه دسته سبک دفاعی رشد یافته، نوروپیک و رشد ناپافته تقسیم می‌کنند. در این تقسیم‌بندی، سبک‌های دفاعی به صورت سلسله مراتبی ترتیب یافته‌اند، به طوری که از دفاع‌های بسیار ناپخته تا بسیار پخته و بسیار ناسازگارانه با بسیار سازگارانه گسترش یافته‌اند. سبک‌های دفاعی در ناپخته‌ترین سطح، واقعیت را انکار می‌کنند و واقعیت خیالی ابداع می‌کنند. سبک‌هایی نظیر انکار و خیال‌پردازی، از همه ناپخته‌ترند زیرا فرد نمی‌تواند حتی واقعیت بیرونی را تشخیص دهد. در سطح دوم پختگی، دفاع‌هایی چون فرافکنی قرار دارند که به موجب آن، فرد واقعیت بیرونی را تشخیص می‌دهد ولی با دور انداختن جنبه‌های ناراحت‌کننده آن از خود، با آن کنار می‌آید. در سطح سوم پختگی، رایج‌ترین دفاع‌ها، از جمله دلیل تراشی و واکنش وارونه قرار دارند. این سبک‌ها با اضطراب کوتاه‌مدت به نحو موثری برخورد می‌کنند اما در دراز مدت فایده‌ای برای سازگاری ندارند. دفاع‌های سطح چهارم، سازگارترین و پخته‌ترین دفاع‌ها هستند و سبک‌هایی چون والایش و شوخی را شامل می‌شود. بنابراین انتخاب سبک‌های دفاعی نقش مهمی در فهم پاسخ‌های مختلف به فشار روانی محیطی و اهمیت ویژه‌ای در مفهوم‌پردازی و نیز درمان اختلالات روانی از دیدگاه روان‌پویشی دارد (۲۱). بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند که سلامت جسمی و روانی افراد به طور معناداری با سبک‌های دفاعی آنها در ارتباط است (۲۲). ژانگ، فنگ، ژزننگ، وانگ و وانگ^۸ (۲۳) در پژوهشی نشان دادند که هر اختلال روانی با سبک‌های دفاعی مشخصی همراه است. جیانگ و کویین^۹ (۲۴) دریافته‌اند که در افراد مبتلا به اختلالات روانی، سبک‌های دفاعی رشد نیافته و غیرانطباقی بوده و

ابتلا به اختلالات خاصی می‌شوند (۷). از سوی دیگر، عوامل محافظ، آن دسته از خصایص شخص، محیط، وضعیت‌ها و رویدادها هستند که دقت پیش‌بینی آسیب‌روانی بر اساس عوامل خطر را کم می‌کنند (۳).

بر اساس پژوهش‌ها نگرش‌های ناکارآمد^۱ به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند سلامت روانی افراد را به مخاطره بیاندازند (۸). نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک باور سازش ناپافته در مورد خویش، جهان و آینده است که ریشه در باورهای بدبینانه و جمود شخص دارند و اغلب در شرایط مطلق و افراطی ابراز می‌شوند (۸). از دیدگاه بک نگرش‌های ناکارآمد عبارتند از نگرش‌هایی که فرد را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کنند. این نگرش‌ها بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می‌شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می‌کنند که سوگیری منفی دارند، یا به عبارت دیگر با خطاهای منفی در تفکر مشخص می‌شوند (۹). این نگرش‌ها منفی می‌توانند از عوامل ناکارآمدکننده سلامت روانی باشند. رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و خلق افسرده در افراد توسط سرین، دورماز و پولات^۲ (۱۰) بررسی گردید و نتیجه نشان داد نگرش‌های ناکارآمد زمینه‌ساز خلق افسرده در این افراد است. همچنین میسر و اسر^۳ (۱۱) به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و آسیب‌پذیری روانی رابطه وجود دارد. علاوه بر این یافته‌ها، بررسی‌های پاریم، ارنسوی و لاس^۴ (۱۲) نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با ادراک منفی و آسیب‌پذیری روانی همبستگی داشت. این نتایج حاکی از آن است که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند با فشار روانی فعال شوند و بر سلامت روانی فرد تاثیر بگذارند.

از سوی دیگر، بر طبق روی‌آورد شناختی رفتاری، باورهای غیرمنطقی و تحریفات شناختی می‌توانند نقشی مهم در ایجاد و ادامه رفتارهای ناکارآمد و مشکلات روان‌شناختی ایفا کنند که در این بین، ارتباطات بین فردی نیز می‌توانند از شناختی‌های غیرمنطقی تاثیر بپذیرند. در واقع تحریفات شناختی بین فردی^۵ به عنوان تحریف‌های شناختی در ارتباطات و تعاملات افراد با یکدیگر تلقی می‌شوند که می‌توانند پیامدهای منفی بسیاری را در سطوح مختلف به همراه داشته باشند (۱۳). تحریف‌های شناختی، از باورهای غیرمنطقی که به طور اتوماتیک وار به ذهن انسان خطور می‌کند، ایجاد می‌گردد (۱۴). تحریف‌های شناختی زمانی ظاهر می‌شود که پردازش اطلاعات غلط یا غیرموثر باشد و اگر به طور متناوب و به دفعات رخ دهند، می‌توانند منجر به ناراحتی‌ها یا اختلالات روان‌شناختی شوند (۱۵). شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست، انسان را در تحلیل آن چه پیرامونش اتفاق می‌افتد، دچار لغزش و اشتباه می‌کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی

6 - defensive styles

7 - Hsieh, Hsiao, Yang, Lee & Yen

8 - Zhang, Feng, Zheng, Wang & Wang

9 - Jiang & Qian

1 - dysfunctional attitudes

2 - Serin, Durmaz & Polat

3 - Meiser & Esser

4 - Parim, Erensoy & Lus

5 - interpersonal cognitive distortion

می‌کند و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان مشکلات روانی، موثر باشد (۳۴). پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده است که تنظیم شناختی هیجان، سازگاری مثبت را پیش‌بینی می‌کند و ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا، مرتبط است (۳۵).

بنابراین امروزه نیروی انسانی به عنوان ارزشمندترین سرمایه سازمان، با مسایل و مشکلات عدیده‌ای روبرو است. کارشناسان مدیریت و روانشناسان سازمانی توجه خود را به عواملی که در افزایش یا کاهش کارایی انسان تاثیر می‌گذارد، معطوف داشته و تلاش می‌کنند با شناسایی این عوامل و به کارگیری تمهیدات لازم بر تاثیر مثبت افزوده و از نقش عوامل منفی بکاهند (۳۶). لذا بخش بهداشت و درمان به سبب ارتباط مستقیم با سلامت افراد جامعه، یکی از پراهمیت‌ترین حوزه‌های مرتبط با توسعه پایدار در هر کشوری محسوب می‌شود. بنابراین نیروی انسانی شاغل در این بخش باید خود از لحاظ سلامت روانی و هیجانی در حد قابل قبولی باشد. بی‌شک واکنش‌های هیجانی در این بخش موجب مشکلات زیادی برای کارکنان می‌شود (۳۷). بررسی عوامل موثر بر هیجان‌های پزشکان بخش اورژانس به سبب ارتباط عاطفی با بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به اینکه کار در اورژانس یک شغل بسیار مهم و تأثیرگذار بر روی سلامت افراد دیگر است، کاهش تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد و افزایش تنظیم هیجانی و سبک‌های دفاعی رشد یافته در این کارکنان حائز اهمیت بسیاری است و هر چه کادر درمانی در این دو مؤلفه وضعیت بهتری داشته باشند، تأثیر مثبت بیشتری بر روی افرادی که با آن‌ها سر و کار دارند خواهند گذاشت. از آنجایی که تنظیم هیجانی بالا در این کارکنان می‌تواند آسیب‌پذیری‌های روانی آن‌ها را کاهش دهد، پژوهش حاضر به دنبال ارائه مدل ساختاری آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک‌های دفاعی با میانجی‌گری تنظیم هیجان می‌باشد. لذا محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است: آیا مدل ساختاری آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک‌های دفاعی با میانجی‌گری تنظیم هیجان از برازش برخوردار است؟ بر این اساس مدل مفهومی تحقیق به شکل زیر است.

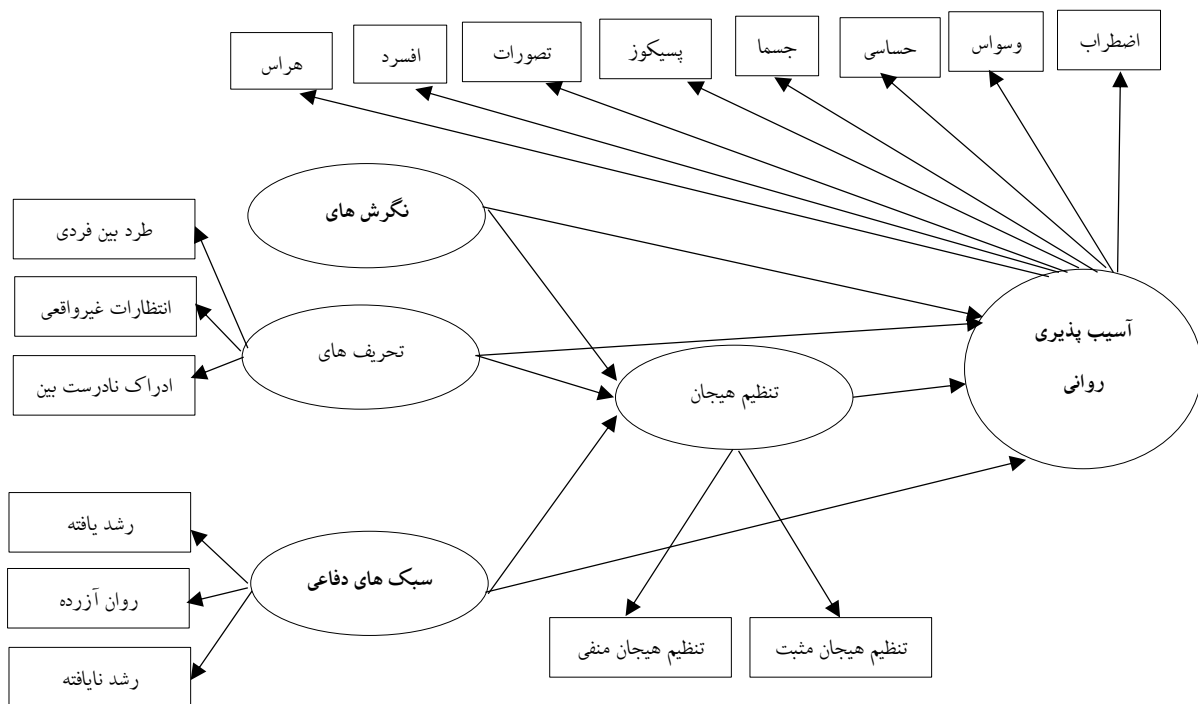
سبک‌های دفاعی جمعیت غیربالینی به مراتب رشد یافته‌تر است. وایلان^۱ (۲۵) دریافت که سبک‌های دفاعی رشد نیافته، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و موثر را از او سلب کرده و ظرفیت بینش و خودآشنایی فرد را کاهش می‌دهد. جکسون، داربوست و اسچوئوالدر^۲ (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند که بین میزان رشد یافتگی سبک‌های دفاعی و آسیب‌شناسی روانی رابطه منفی معناداری بدست آوردند.

مطالعات نشان می‌دهد که برخی از پزشکان شاغل در بخش‌های اورژانس به دلیل فشارها و تنش‌های شغلی خود در شناسایی، تمیز و یکپارچه کردن هیجان‌های خود و دیگران مشکل دارند (۲۷). در نتیجه، به جای رفتار یا مقابله موثر، به طیف وسیعی از فرارهای ناامیدانه، مثل اعمال تکانشی یا خود ویرانگری متوسل می‌شوند (۲۸). تنظیم هیجان^۳ وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است. در واقع تنظیم هیجان اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. طبق مطالعات، افراد پرخاشگر بسیاری از تجربه‌های هیجانی خود را سرکوب می‌کنند و عاطفه منفی و بازداری اجتماعی بیشتری را از خود نشان می‌دهند (۲۹). بازداری هیجانی و عاطفه منفی باعث افزایش ترشح کورتیزول و افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و اختلال در تنظیم پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس شده و همه اینها باعث علائم خشم و پرخاشگری می‌شوند (۳۰). وجود یک شخصیت پخته و بالنده که قدرت تنظیم شناختی هیجانی بالایی دارد و از سرکوبی و بازداری هیجانی جلوگیری می‌نماید می‌تواند به فرد کمک کند تا با شناسایی منبع مشکلات و تعارض‌های خود، در صدد برطرف کردن آنها برآید و جلوی بسیاری از هزینه‌هایی که بر حوزه بهداشت و درمان تحمیل می‌شود گرفته شود (۳۱). تنظیم شناختی هیجانی، به توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد (۳۲). پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که تنظیم هیجان سازگارانه با عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی مثبت، مرتبط است و افزایش تجربه‌های هیجانی مثبت باعث مواجهه موثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و پاسخ مناسب به موقعیت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد (۳۳). همچنین، تحقیقات نشان داده است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پریشانی روانشناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی فرد را پیش‌بینی

³ - emotion regulation

¹ - Vaillant

² - Jackson, Darbousset & Schoenwaelder



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

نهایت، تعداد ۳۸۰ پرسشنامه تکمیل و جمع آوری گشت. بنابراین تحلیل داده‌ها بر روی ۳۸۰ پرسشنامه صورت پذیرفته است. ابزارهای پژوهش:

چک لیست علائم SCL-25 نجاریان و داوودی (۱۳۸۰): برای سنجش آسیب‌پذیری روانی از چک لیست علائم SCL-25 فرم کوتاه نسخه تجدید نظر شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای (۳۸)، استفاده شد که یک پرسشنامه ۲۵ سوالی است که ۸ عامل اصلی شامل اضطراب، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط بین‌شخصی، جسمانی-سازی، پسیکوز، تصورات پارانوئیدی، افسردگی، هراس و ۱ عامل شامل ماده‌های اضافی را می‌سنجد. هر یک از ۲۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ (صفر) تا بسیار زیاد (چهار) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون حالات فرد را در یک هفته گذشته تا زمان حال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کلی فرد از جمع نمرات این ۹ عامل به دست می‌آید که دامنه آن از ۱۰ تا ۱۰۰ است. میانگین دو و بالاتر در نمرات خام کل پرسشنامه نشانه وجود علائم جدی دانسته می‌شود. نجاریان و داوودی (۳۸) فرم کوتاه شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای را در یک نمونه دانشجویی اعتباریابی کرده‌اند و همبستگی میان فرم بلند SCL-90 و فرم کوتاه SCL-25 را ۰/۹۵ گزارش نموده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی دورنی SCL-25، در نمونه مونت ۰/۹۷، و در نمونه مذکر ۰/۹۸ بود. ضرایب پایایی بازآزمایی در کل نمونه ۰/۷۸، در نمونه مونت ۰/۷۷ و در نمونه مذکر ۰/۷۹ گزارش شد. به علاوه، روایی همزمان این مقیاس با مقیاس اضطراب عمومی، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس کمالگرایی اهواز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۹ به دست آمد.

نگرش های ناکارآمد و ایسمن و بک (۱۹۷۸): مقیاس نگرش های ناکارآمد توسط و ایسمن و بک در سال ۱۹۷۸ ساخته شده است. این

مواد و روش ها

روش تحقیق همبستگی بود که از طریق الگویابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه پزشکان طب اورژانس شاغل در بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که تعداد آنها بر اساس آمار ۹۵۰ نفر بود. نمونه تحقیق ۳۸۰ نفر از پزشکان طب اورژانس بودند که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (خوشه‌ای و سرشماری) انتخاب شدند. محیط پژوهش شامل بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی-درمانی شهر تهران و جامعه پژوهش متشکل از پزشکان شاغل در بخش اورژانس این بیمارستان-ها بود. در پژوهش حاضر پس از اخذ آمار از معاونت درمان سه دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی، از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (خوشه‌ای و سرشماری) استفاده شد و جهت کاهش اثر متغیرهای مخدوشگر پس از بررسی شاخص‌ها و ویژگی-های بخش اورژانس بیمارستانهای مورد نظر، ۹ بیمارستان همگن از ۴۷ بیمارستان آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی (۱۲ بیمارستان)، تهران (۱۷ بیمارستان) و ایران (۱۸ بیمارستان) انتخاب شد. برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده، ۵ نفر می‌باشد؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. در مدل مفروض پژوهش حاضر، ۱۸ پارامتر اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین برای دستیابی به نتایجی قابل قبول (با استفاده از قاعده ۲۰ به ۱) نمونه‌ای برابر با ۳۶۰ شرکت‌کننده کافی است. ولی از آنجا که احتمال دارد برخی از پرسشنامه‌ها به صورت ناقص جواب داده شوند، تصمیم بر این شد که ۴۲۰ شرکت‌کننده وارد این پژوهش شوند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، تمامی آن‌ها توزیع شد و مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به محاسبه ۳۶۰ به عنوان حجم نمونه، برای اطمینان بیشتر از حصول نتایج دقیق‌تر، تعداد ۴۲۰ پرسشنامه توزیع گشت که در

و پرسشنامه سبک های دفاعی) و روایی سازه (همبستگی بین زیرمقیاس ها با نمره کل) مناسب مقیاس بود. نتایج آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و زیرمقیاس های طرد بین فردی ۰/۷۹، انتظارات غیرواقعی از روابط ۰/۸۲ و ادراک نادرست بین فردی با یکدیگر ۰/۸۱ نیز حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس تحریفات شناختی بین فردی بود. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سبک های دفاعی اندرز و همکاران (۱۹۹۳): این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها توسط اندرز، سینگ و بوند^۱ در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را به صورت سه سطح رشد یافته، روان آورده و رشد نایافته مورد ارزیابی قرار می دهد (۴۲). سبک های دفاعی مربوط به سبک رشد یافته عبارتند از: فرونشانی، والایی گرابی، طنز و پیشاپیش نگری، سبک های دفاعی مربوط به سبک روان آورده وار عبارتند از: دیگر دوستی کاذب، تشکل واکنشی، آرمانی سازی و باطل سازی و سبک های دفاعی مربوط به سبک رشد نایافته عبارتند از: دلیل تراشی، فرافکتی، انکار، نارزنده سازی، گذار به عمل، بدنی سازی، خیال پردازی اوتیستیک، لایه سازی، پرخاشگری منفعلانه، جابه جایی و مجزاسازی. اندرز و همکاران در سال ۱۹۹۳ ضرایب همبستگی روش بازآزمایی را برای این پرسشنامه بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ گزارش نمودند و نیز آلفای کرونباخ را برای سبک های رشد یافته و روان آورده و رشد نایافته به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش نمودند. بشارت، شریفی و ایروانی (۴۳) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک های رشد یافته، رشد نایافته و روان آورده فرم فارسی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۲ برآورد کردند. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سبک رشد یافته برابر با ۰/۸۱، سبک رشد نایافته برابر با ۰/۷۶ و سبک روان رنجور برابر با ۰/۷۸ به دست آمد. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶): پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸ گویه ای است که راهبردهای تنظیم هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرسزای زندگی در اندازه های پنج درجه ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس زیر می سنجد: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه انگاری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع و پذیرش. نمره بیشتر، نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می شود. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده مقیاس های آن به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۴ ماده در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (۴۴). راهبردهای خودتنظیمی را می توان هم در امتداد یک بعد در نظر گرفت (مقابله شناختی) و هم به دو نوع راهبرد مقابله ای بیشتر سازش یافته

مقیاس دارای ۴۰ عبارت است. نمره گذاری به شیوه درجه بندی روی مقیاس ۷ درجه ای صورت می گیرد. مهمترین آزمون سبب شناختی در پژوهش های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا، در زمینه درمان شناختی است (۳۹). تحقیقات در زمینه اعتبار و سازه آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۰/۴۷ و با پرسشنامه افکار-خودآیند ۰/۴۷ است. پژوهش ابراهیمی، نشاط دوست، کلاتری، مولوی و اسداللهی (۳۹) در ایران ضریب پایایی آن پس از ۶ هفته ۰/۹۰ و اعتبار آن از طریق همبستگی نمرات نگرش های ناکارآمد با نمرات افسردگی را معادل ۰/۶۵ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ به دست آوردند. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۸ به دست آمد.

تحریف های شناختی بین فردی حمامچی و بویوکوزترک (۲۰۰۴): این مقیاس از ۱۹ گویه و سه زیرمقیاس طرد بین فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط و ادراک نادرست بین فردی تشکیل شده است که صورت لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ دهی و نمره دهی می شود، که یک نمره کلی از کمترین، ۱۹ تا بیشترین ۹۵ را به دست می دهد نمرات بالاتر در مقیاس تحریفات شناختی بین فردی بیانگر وجود تحریف های شناختی بیشتر در پیوستگی های بین فردی است. نتایج مطالعه حمامچی و بویوکوزترک نشان می دهند که همبستگی گویه های این تست با نمره کل بین ۰/۲۰ تا ۰/۴۹ است و همبستگی سه عامل با یکدیگر بین ۰/۰۷ و ۰/۱۵ است که حاکی از ارتباط پایین سه عامل طرد بین فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط، و ادراک نادرست بین فردی با یکدیگر و استقلال و تمایز عامل ها است. در پژوهش حمامچی و بویوکوزترک پایایی مقیاس با روش آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۷، زیرمقیاس بین فردی ۰/۷۳، انتظارات غیرواقعی از روابط ۰/۶۶، و ادراک نادرست بین فردی با یکدیگر ۰/۴۳ و همچنین با روش بازآزمایی برای کل مقیاس و زیرمقیاس های طرد بین فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط، و ادراک نادرست بین فردی با یکدیگر به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد. به منظور بررسی روایی مقیاس، حمامچی و بویوکوزترک به بررسی ارتباط مقیاس تحریفات شناختی بین فردی با ابزارهای عقاید غیرمنطقی، افکار خودکار و تمایل تعارض پرداختند. نتایج بیانگر همبستگی مناسب مقیاس تحریفات شناختی بین فردی با مقیاس تفکرات غیرمنطقی (۰/۵۴)، افکار خودکار (۰/۵۳) و تمایل تعارض (۰/۵۳) بودند. به منظور تهیه شواهد بیشتر برای روایی مناسب مقیاس، از پرسشنامه زندگی متاهلی استفاده شد. بر طبق نتایج زوجین با اختلافات بیشتر، نمرات بالاتری در مقیاس تحریفات شناختی بین فردی کسب می کردند (۴۰). در ایران نیز اسماعیل پور، بخشی پور رودسری و محمدزادگان (۴۱) در بررسی مشخصه های روان سنجی مقیاس تحریفات شناختی پرداختند. تحلیل عاملی مقیاس به روش تحلیل اکتشافی چرخش واریماکس، سه عامل طرد بین فردی، انتظارات غیرواقعی از روابط، و ادراک نادرست بین فردی را استخراج کرد. همچنین نتایج بیانگر روایی همزمان (همبستگی مقیاس تحریفات شناختی بین فردی با مقیاس صفات شخصیت مرزی

^۱ - Andrews, Singh & Bond

(مثبت/کارآمد) و کمتر سازش یافته (منفی/ناکارآمد) تقسیم کرد. تمرکز مجدد مثبت/تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه وسیع (کم‌اهمیت شماری) و پذیرش راهبردهای مقابله‌ای بیشتر سازش یافته هستند و خودسرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر سازش یافته محسوب می‌شوند (ولکو، وانگ و بالر، ۲۰۱۱). در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند (۴۴). نتایج تحلیل عامل به شیوه مؤلفه‌های اصلی نشان داده است که پرسشنامه خودتنظیمی یک ساختار هفت عاملی دارد که شامل تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع، پذیرش، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه

انگاری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیمی، بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد. ضمناً در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۷ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 و Lisrel V7.80 انجام شد. همچنین به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نمودار متغیرهای پژوهش مورد توصیف قرار می‌گیرد.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرهای پژوهش

متغیر	بعد	مؤلفه	نمره	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
آسیب‌پذیری روانی	-	اضطراب	۷,۳۹	۲,۴۷	-۰,۳۳	-۰,۱۷
		وسواس فکری-عملی	۶,۸۵	۲,۶۵	-۰,۱۱	-۰,۳۸
		حساسیت در روابط بین شخصی	۶,۵۸	۲,۸۶	۰,۱۵	-۰,۵۷
		جسمانی‌سازی	۶,۶۹	۲,۷۱	۰,۱۰	-۰,۴۲
		پسیکوز	۵,۹۶	۲,۶۲	۰,۲۸	-۰,۲۹
		تصورات پارانوئیدی	۶,۹۷	۲,۵۶	-۰,۰۶	-۰,۱۵
		افسردگی	۶,۸۶	۲,۶۰	۰,۰۷	-۰,۱۸
نگرش‌های ناکارآمد	-	هراس	۹,۱۷	۲,۹۴	-۰,۰۳	۰,۳۷
		-	۱۴۱,۴۱	۲۴,۰۵	۰,۳۵	۰,۱۶
تحریف‌های شناختی بین فردی	-	طرد بین فردی	۱۷,۹۲	۵,۰۶	۰,۰۲	۰,۲۰
		انتظارات غیرواقعی از روابط	۱۹,۲۱	۴,۶۸	۰,۲۱	۰,۱۸
		ادراک نادرست بین فردی	۲۱,۸۲	۵,۶۹	۰,۱۸	-۰,۰۴
سبک رشدیافته	سبک	فرونشانی	۷,۰۶	۱,۸۱	۰,۵۹	۰,۴۶
		والایی‌گرایی	۶,۶۸	۱,۸۶	۰,۹۲	۰,۸۲
سبک روان‌آزوده‌وار	سبک	طنز	۷,۳۸	۱,۹۳	۰,۴۳	۰,۴۰
		پیشاپیش‌نگری	۷,۸۶	۲,۹۶	۰,۵۹	۰,۲۷
		دیگر دوستی کاذب	۷,۹۸	۲,۶۲	۰,۷۶	۰,۶۹
		تشکل واکنشی	۹,۲۳	۲,۸۱	-۰,۷۴	۰,۸۵
سبک‌های دفاعی	سبک	آرامی‌سازی	۱۰,۹۳	۴,۰۸	-۰,۳۰	-۰,۷۴
		باطل‌سازی	۱۱,۰۴	۴,۲۸	-۰,۳۴	-۰,۸۶
		دلیل‌تراشی	۱۰,۷۱	۳,۵۹	-۰,۲۷	-۰,۱۴
		فرافکنی	۶,۸۴	۱,۶۲	-۰,۲۴	۰,۲۳
		انکار	۶,۶۲	۱,۶۸	-۰,۲۰	۰,۱۸
سبک رشدنا یافته	سبک	نارزنده‌سازی	۷,۱۳	۱,۷۰	-۰,۶۴	۰,۴۷
		گذار به عمل	۶,۵۸	۱,۷۲	-۰,۲۰	۰,۲۵
		بدنی‌سازی	۶,۲۵	۱,۸۲	-۰,۰۸	-۰,۱۹
خیال‌پردازی اوتیستیک	-	۸,۵۵	۳,۲۱	۰,۳۹	-۱,۲۰	

1 - Volkow, Wang & Baler

۱۲,۵۰	۵,۳۴	-۰,۲۹	-۱,۴۶	لايه‌سازي	
۷,۸۶	۴,۴۲	۰,۹۵	-۰,۰۸	پرخاشگري منفعلانه	
۱۳,۵۸	۳,۷۶	-۰,۶۳	-۰,۷۴	جابه جايي	
۱۰,۳۹	۲,۴۷	-۰,۳۳	-۰,۱۷	مجزاسازي	
۶,۶۷	۱,۸۳	-۰,۱۷	-۰,۴۳	تمرکز مجدد مثبت	
۶,۳۲	۱,۹۶	-۰,۰۶	-۰,۴۴	تمرکز بر برنامه‌ريزي	راهبرد
۶,۴۳	۱,۹۴	۰,۱۷	-۰,۵۳	ارزيابي مجدد مثبت	مقابله‌اي بيشتر
۶,۵۱	۱,۸۹	۰,۱۳	-۰,۴۵	ديدگاه وسيع	سازش يافته
۶,۱۳	۱,۸۹	۰,۰۹	-۰,۲۱	پذيرش	تنظيم هيچان
۵,۹۹	۱,۸۴	۰,۲۲	-۰,۳۰	خودسرزنش گري	راهبردهاي
۶,۳۹	۱,۸۱	۰,۰۰	-۰,۱۴	ديگر سرزنش گري	مقابله‌اي کمتر
۶,۹۵	۱,۷۱	-۰,۲۵	۰,۱۰	نشخوار فكري	سازش يافته
۶,۴۹	۱,۸۵	۰,۰۰	-۰,۲۶	فاجعه‌نمايي	

و پذيرفت. پس از بررسي نرمال بودن داده‌ها، رابطه (همبستگي) بين متغيرهاي پژوهش مورد ارزيابي قرار گرفت. بنابراين، از آزمون همبستگي استفاده کرده و نتايج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

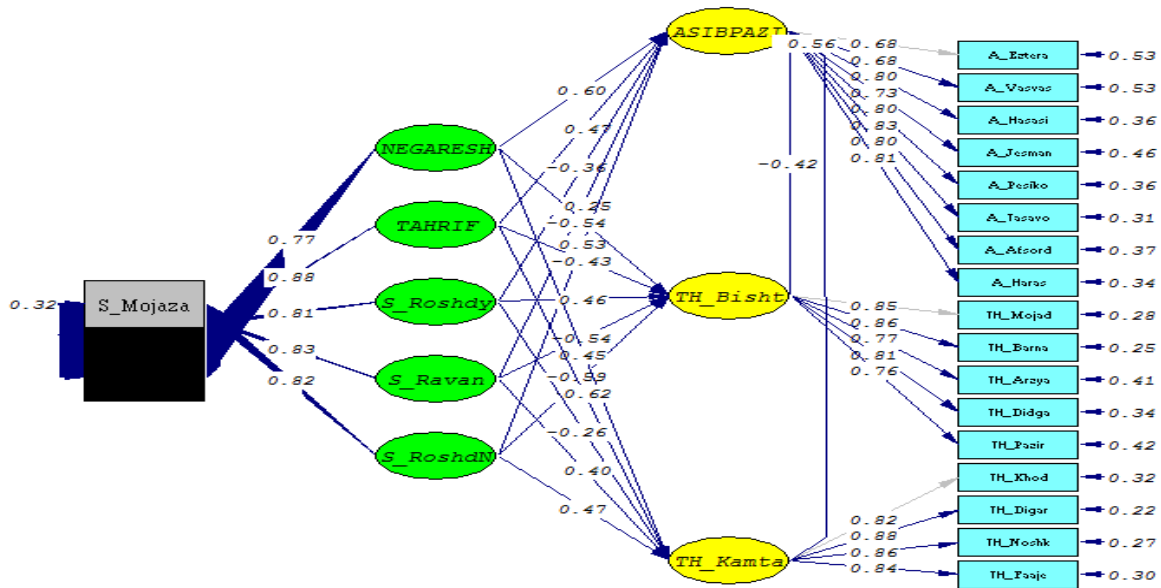
اطلاعات جدول ۱ مشخصه‌هاي آماری متغيرهاي پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به مقادير چولگي و کشیدگی که در بازه‌ی (۱,۹۶، -۱,۹۶) قرار دارد، حدس بر نرمال بودن داده‌ها قوت می‌گیرد، بنابراين، می‌توان فرض نرمال بودن داده‌ها را مطرح کرده

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

تنظيم هيچان		سيک‌هاي دفاعي		تحریف‌هاي شناختي	تگرش‌هاي تاکارآمد	آسيب‌پذيري روئي	
راهبرد مقابله‌اي کمتر سازش يافته	راهبرد مقابله‌اي بيشتر سازش يافته	سيک رشدتايافته	سيک روان آزرده‌وار	بين فردي			
						همبستگي Sig.	آسيب‌پذيري روئي
						همبستگي Sig.	تگرش‌هاي تاکارآمد
						همبستگي Sig.	تحریف‌هاي شناختي بين فردي
						همبستگي Sig.	سيک رشدتايافته
						همبستگي Sig.	سيک‌هاي دفاعي آزرده‌وار
						همبستگي Sig.	سيک رشدتايافته
						همبستگي Sig.	راهبرد مقابله‌اي بيشتر سازش يافته
						همبستگي Sig.	تنظيم هيچان راهبرد مقابله‌اي کمتر سازش يافته

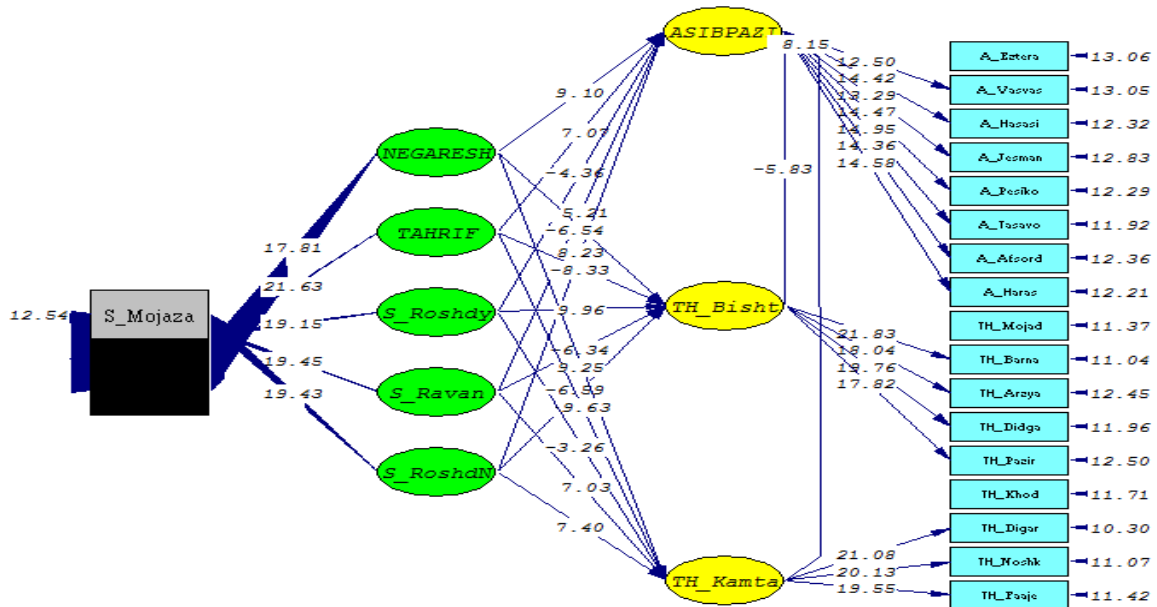
معادلات ساختاری تأییدی استفاده می‌شود. بدین منظور، پس از رسم ساختار، اضافه نمودن قیود مدل و انتخاب روش ماکسیمم درستنمایی، مدل اجرا شده و نمودار مسیر برازش شکل‌های ۲ و ۳ به دست آمد.

همان‌طور که از ماتریس ۲ مشخص است، علامت * * نشان‌دهنده وجود همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح ۰,۰۱ را نشان می‌دهد. یعنی، بین متغیرهای پژوهش رابطه معنادار وجود دارد. در این بخش، به منظور بررسی روابط متغیرهای فرضیه اصلی، از مدل



Chi-Square=7437.50, df=2975, P-value=0.05180, RMSEA=0.063

شکل ۲. ضرایب مسیر و بارهای عاملی مدل (در حالت استاندارد)



Chi-Square=7437.50, df=2975, P-value=0.05180, RMSEA=0.063

شکل ۳. ضرایب معناداری مدل

دیده می‌شود، همه‌ی شاخص‌ها کفایت آماری دارند. بنابراین، با اطمینان می‌توان دریافت محقق در مورد این شاخص‌ها به برازش نسبتاً کاملی دست یافته است.

با توجه به معیارهای خی-دو و RMSEA این مدل برازش مناسبی به داده‌ها ارائه می‌کند. در جدول ۳، مهم‌ترین و متداول‌ترین شاخص‌های برازش آورده شده است. همان‌گونه که در جدول ۳

جدول ۳. گزیده‌ای از شاخص‌های برازش مهم مدل ترسیمی

شاخص	نام شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول
شاخص‌های برازش مطلق	سطح تحت پوشش (کای اسکوتر)	-	۷۴۳۷,۵۰	
شاخص‌های برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰,۹۱	بزرگتر از ۰,۸
شاخص‌های برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	AGFI	۰,۸۸	بزرگتر از ۰,۸
شاخص‌های برازش مقتصد	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰,۹۸	بزرگتر از ۰,۹
شاخص‌های برازش مقتصد	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰,۰۶۳	کمتر از ۰,۱

در جدول ۴، ضرایب مسیر به همراه مقادیر t برای فرضیه پژوهش آورده شده است. همانطور که مشخص است، مسیرهای مورد آزمون، پذیرفته می‌شوند.

جدول ۵. ضرایب مسیر و مقادیر t

وضعیت	مقدار t	ضریب مسیر		
پذیرفته شد	-۶,۵۴	-۰,۵۴	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	-۵,۸۳	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۹,۱۰	۰,۶۰	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۹,۲۵	۰,۴۵	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	۸,۱۵	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۹,۱۰	۰,۶۰	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۸,۳۳	-۰,۴۳	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	-۵,۸۳	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۷,۰۷	۰,۴۷	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۹,۶۳	۰,۶۲	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	۸,۱۵	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۷,۰۷	۰,۴۷	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۹,۹۶	۰,۴۶	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	-۵,۸۳	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۴,۳۶	-۰,۳۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۳,۲۶	-۰,۲۶	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	۸,۱۵	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۴,۳۶	-۰,۳۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۶,۳۴	-۰,۵۴	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	-۵,۸۳	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۵,۲۱	۰,۲۵	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۷,۰۳	۰,۴۰	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	۸,۱۵	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۵,۲۱	۰,۲۵	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	-۶,۵۹	-۰,۵۹	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	-۵,۸۳	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۸,۲۳	۰,۵۳	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۷,۴۰	۰,۴۷	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	<--
پذیرفته شد	۸,۱۵	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	<--
پذیرفته شد	۸,۲۳	۰,۵۳	آسیب‌پذیری روانی	<--

و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جدول ۶ قابل مشاهده است.

بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که مدل ساختاری آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک‌های دفاعی با میانجی‌گری تنظیم هیجان از برازش برخوردار است. برای بررسی میزان تأثیر مستقیم

جدول ۶. ضرایب مسیر و مقادیر t

اثر		متغیر وابسته		متغیر مستقل
کل	غیرمستقیم	مستقیم		
-۰,۵۴	----	-۰,۵۴	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	نگرش‌های ناکارآمد
-۰,۴۲	-----	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته

۰,۸۳	۰,۲۳ = ۰,۴۲ * -۰,۵۴	۰,۶۰	آسیب‌پذیری روانی	نگرش‌های ناکارآمد
۰,۴۵	----	۰,۴۵	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	نگرش‌های ناکارآمد
۰,۵۶	-----	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته
۰,۸۵	۰,۲۵ = ۰,۵۶ * ۰,۴۵	۰,۶۰	آسیب‌پذیری روانی	نگرش‌های ناکارآمد
-۰,۴۳	----	-۰,۴۳	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	تحریف‌های شناختی بین فردی
-۰,۴۲	-----	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته
۰,۶۶	۰,۱۸ = ۰,۴۲ * -۰,۴۳	۰,۴۷	آسیب‌پذیری روانی	تحریف‌های شناختی بین فردی
۰,۶۲	----	۰,۶۲	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	تحریف‌های شناختی بین فردی
۰,۵۶	-----	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته
۰,۸۲	۰,۳۵ = ۰,۵۶ * ۰,۶۲	۰,۴۷	آسیب‌پذیری روانی	تحریف‌های شناختی بین فردی
۰,۴۶	----	۰,۴۶	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	سبک رشدیافته
-۰,۴۲	-----	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته
-۰,۵۵	۰,۱۹ = -۰,۴۲ * ۰,۴۶	-۰,۳۶	آسیب‌پذیری روانی	سبک رشدیافته
-۰,۲۶	----	-۰,۲۶	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	سبک رشدیافته
۰,۵۶	-----	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته
-۰,۵۰	۰,۱۴ = ۰,۵۶ * -۰,۲۶	-۰,۳۶	آسیب‌پذیری روانی	سبک رشدیافته
-۰,۵۴	----	-۰,۵۴	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	سبک روان آزاده‌وار
-۰,۴۲	-----	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته
۰,۴۸	۰,۲۳ = ۰,۴۲ * -۰,۵۴	۰,۲۵	آسیب‌پذیری روانی	سبک روان آزاده‌وار
۰,۴۰	----	۰,۴۰	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	سبک روان آزاده‌وار
۰,۵۶	-----	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته
۰,۴۷	۰,۲۲ = ۰,۵۶ * ۰,۴۰	۰,۲۵	آسیب‌پذیری روانی	سبک روان آزاده‌وار
-۰,۵۹	----	-۰,۵۹	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته	سبک رشدنایافته
-۰,۴۲	-----	-۰,۴۲	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته
۰,۷۸	۰,۲۵ = ۰,۴۲ * -۰,۵۹	۰,۵۳	آسیب‌پذیری روانی	سبک رشدنایافته
۰,۴۷	----	۰,۴۷	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته	سبک رشدنایافته
۰,۵۶	-----	۰,۵۶	آسیب‌پذیری روانی	راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته
۰,۷۹	۰,۲۶ = ۰,۵۶ * ۰,۴۷	۰,۵۳	آسیب‌پذیری روانی	سبک رشدنایافته

سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۴۷ است. تاثیر سبک رشدنایافته به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۷۸ است. تاثیر سبک رشدنایافته به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۷۹ است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل ساختاری آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی بین فردی و سبک‌های دفاعی با میانجیگری تنظیم هیجان انجام شد. نتایج نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد بر آسیب‌پذیری روانی پزشکان طب اورژانس با نقش میانجی تنظیم هیجان اثر غیرمستقیم دارد. این یافته با پژوهش‌های انجام شده توسط ایمانی و همکاران (۴۵) و کارور و جانسون (۴۷) همخوانی داشت. در راستای نتایج بدست آمده نتایج ایمانی و همکاران (۴۵) نشان داد که رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد با تنظیم هیجان و اضطراب اجتماعی مثبت و معنادار بود. همچنین، در این مدل رابطه بین تنظیم هیجان با

همان‌طور که در جدول ۶ قابل مشاهده است: تاثیر نگرش‌های ناکارآمد به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۸۳ است. تاثیر نگرش‌های ناکارآمد به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۸۵ است. تاثیر تحریف‌های شناختی بین فردی به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۶۶ است. تاثیر تحریف‌های شناختی بین فردی به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۸۲ است. تاثیر سبک رشدیافته به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۵۵- است. تاثیر سبک رشدیافته به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای کمتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۵۰- است. تاثیر سبک روان آزاده‌وار به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش‌یافته بر آسیب‌پذیری روانی به میزان ۰,۴۸ است. تاثیر سبک روان آزاده‌وار به صورت غیرمستقیم از طریق راهبرد مقابله‌ای کمتر

باورهای بسیار اغراق آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق در مورد ماهیت روابط و رابطه افراد با دیگران می باشد؛ به این معنی که احساسات و رفتارهای آشفته ای که در روابط به وجود می آیند، تنها معلول رفتار غلط یکی از طرفین یا یک عامل آسیب زای دیگر نیست، به طوری که تا حدود زیادی این خود افراد هستند که به دنبال تحریکاتی مثل رفتار غلط باعث شکل گیری اختلال ارتباطی می شوند. اختلال ارتباطی منتج از تحریف های شناختی بین فردی، فرد را به سوی اضطراب بیهودگی، تنهایی و انزوا سوق می دهد و این احساس بیهودگی، تنهایی و انزوا به عنوان عوامل زمینه ساز بروز و ظهور آسیب پذیری روانی عمل می کند. در مورد نقش میانجی تنظیم هیجانی در رابطه با متغیرهای پژوهش می توان چنین گفت افرادی که قادر نیستند هیجان های خود را کنترل کنند، هنگام روبرو شدن با یک تجربه مشکل زا نمی توانند رفتارهایشان را طوری تنظیم کنند که به اهدافشان برسند. این گونه افراد، یا به اندازه کافی قادر به تحمل تجارب هیجانی و ادامه دادن رفتار معطوف به هدف نیستند، و یا به تجارب هیجانی مثل خود سرزنش گری، فاجعه نمایی و نشخوار فکری استفاده می کنند که منجر به پریشانی هیجانی، مشکلات رفتاری و افسردگی می شود. آنها همچنین تمایل دارند که از تماس نزدیک اجتناب کنند و از این که توسط طرف مقابل خود کنترل شوند می ترسند. این افراد چون نمی توانند به طور موثر پاسخ های هیجانی خود را نسبت به رویدادهای روزمره مدیریت کنند، دوره های شدیدتر و طولانی تر ناراحتی های روانی را تجربه می کنند. همچنین افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند، آسیب پذیری روانی و شخصیتی بیشتری دارند. افرادی که تنظیم هیجان برای آنها دشوار است، در زندگی زناشویی و کاری خود با مشکلات بیشتری مواجه می شوند و از زندگی زناشویی و کاری خود رضایت کمتری می برند.

نتایج نشان داد به عبارتی سبک دفاعی رشدنا یافته با آسیب پذیری روانی رابطه مثبت و هم جهت دارد؛ بدین معنی که با به کارگیری سبک های دفاعی رشدنا یافته میزان آسیب پذیری روانی در پزشکان طب اورژانس افزایش و با به کارگیری سبک های دفاعی رشد یافته آسیب پذیری روانی در آنها کاهش می یابد. این نتایج با نتایج بدست آمده با تحقیق ابوالقاسمی و همکاران (۴۸) و بشارت و همکاران (۴۹) که در پژوهش خود نشان دادند افراد با آسیب پذیری روانی و افراد با سلامت روان ضعیف در مقابله با تهدیدات نسبت به سایر افراد از مکانیسم های دفاعی رشدنا یافته و روان آزرده استفاده می کنند، همسو است. به نظر می رسد، همه افراد گاهی از انواع مکانیسم های دفاعی برای مقابله با آسیب پذیری روانی و گذر از موقعیت استرس زا استفاده می کنند ولی، استفاده مفرط از مکانیسم های دفاعی رشدنا یافته و روان آزرده می تواند باعث انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب و علائم آن شود (۲۱). از نظر وایلانته (۲۵) مکانیسم ها و سبک های دفاعی سازش یافته، با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی و مکانیسم ها و سبک های دفاعی با شاخص های منفی سلامت مانند اضطراب و افسردگی در ارتباط هستند. از آنجایی که در سبک دفاعی رشد یافته احساس رضایت و خشنودی فردی به حداکثر می رسد و آگاهی هشیارانه از احساسات و ایده ها و پیامد آنها سرشار می شود، این سبک با سازگاری بهینه

اضطراب اجتماعی نیز مثبت و معنادار بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که مدل مفروض واسطه مندی نسبی تنظیم هیجان در رابطه بین نگرش های ناکارآمد با اضطراب اجتماعی با داده ها برازش قابل قبولی دارد. نتایج کلی نشان داد از یک سوی، نتایج پژوهش حاضر از نقش تعیین کننده نگرش های ناکارآمد در پیش بینی علائم اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می کند. افرادی که نسبت به مسایل زندگی نگرش های بدبینانه داشتند همیشه خود را در محدوده اتفاق های ناخوشایند می دیدند و حوادث، وقایع و تجارب شخصی خود را به صورت تنش زا ارزیابی می نمودند و نگرش های آنها، خود موجب تنیدگی می شد و افراد را در معرض ابتلای بیشتر به آسیب پذیری روانی قرار می داد. نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که نوع نگرش اشخاص نسبت به خود، محیط و دیگران بر نحوه مقابله با تنش تاثیر بسزایی دارد. نگرش خاص نسبت به موقعیت تنش زا در کنش های سیستم ایمنی تاثیر می گذارد و آسیب پذیری موجود زنده را در مقابل بیماری ها افزایش می دهد و ممکن است موجب شکل گیری اختلال روان تنی خاصی شود. بنابراین ارزیابی رویدادها علاوه بر عامل مربوط به موقعیت، به خود شخص و باورهای وی نیز بستگی دارد و نحوه ادراک و تفسیر موقعیت ها موجب آسیب پذیری روانی آنان می شود. تنظیم هیجان به طور زیادی با مدل های آسیب پذیری روانی مرتبط است، چنان که، اختلال های اضطرابی و اختلالات افسردگی به طور گسترده ای به خاطر مشکلاتی در تنظیم هیجان، مرتبط می شوند. نظریه پردازان متعددی استدلال می کنند افرادی که نمی توانند به طور موثری پاسخ های هیجانیشان را به رویدادهایی که همه روزه اتفاق می افتد مدیریت کنند، دوره های طولانی و شدیدتری از درماندگی را تجربه می کنند که ممکن است افسردگی یا اضطراب تشخیص داده شده ای را دریافت کنند. مدل های نظری، تنظیم شناختی هیجان کارآمد را مرتبط با پیامدهای خوب سلامتی، ارتباطات موثر و عملکرد بهتر کاری می دانند (۱۷).

در راستای نتایج بدست آمده نتایج پژوهش سلیمانی و حسینی (۴۷)، نشان داد بین ابعاد تحریف های شناختی با راهبردهای تنظیم هیجان دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که با افزایش تحریف های شناختی، بدتنظیمی هیجانی دانشجویان به طور معناداری افزایش می یابد و بر عکس. همچنین نتایج پژوهش ماردپور و شهرآشوب (۱۸) نشان داد که بین تحریف های شناختی و ناگویی هیجانی رابطه معنی داری وجود دارد، بین ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی رابطه معنی داری وجود دارد. بین تحریف های شناختی و آسیب پذیری روانی رابطه معنی داری وجود دارد. تحریف های شناختی و ناگویی هیجانی میزان آسیب پذیری روانی را پیش بینی می کنند. در تبیین این یافته می توان گفت که شناخت درست و مطابق واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاهی از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست، انسان را در تحلیل آنچه پیرامونش اتفاق می افتد دچار لغزش و اشتباه می کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد تاثیر فراوانی دارد و می تواند همه زندگی را تحت الشعاع قرار دهد. خرسندی و ناخرسندی، آرامی و ناآرامی و عمده حالت های افراد با فرایند تفکر فرد ارتباط مستقیم دارد. تحریف های شناختی بین فردی به عنوان

گیری و هوشیاری) و سپس تنظیم هیجان و کاهش آسیب پذیری روانی در افراد می شود.

پژوهش حاضر دارای دو دسته پیامدهای نظری و عملی است که به طور مجزا به آنها پرداخته می شود. در سطح نظری، یافته های پژوهش حاضر، یافته های نظری در زمینه رابطه بین نگرش های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک های دفاعی در آسیب پذیری روانی با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان را تایید می کند و دستاوردهایی به پژوهش های پیشین می افزاید. از جمله این که در پژوهش های پیشین نقش واسطه ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه نگرش های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک های دفاعی در آسیب پذیری روانی بررسی نشده است و این نوآوری پژوهش حاضر محسوب می شود. هم چنین پژوهش حاضر رابطه نگرش های ناکارآمد، تحریف شناختی بین فردی و سبک های دفاعی در آسیب پذیری روانی نشان داد که به لحاظ نظری نوآوری این پژوهش محسوب می شود چرا که پژوهش های پیشین به طور خاص به این رابطه نپرداخته اند و تنها پژوهش های اندکی در زمینه رابطه هیجان های منفی به طور کلی با مکانیسم های دفاعی انجام شده است. در سطح عملی، روابط متغیرهای پژوهش، ضرورت آموزش مهارت های خودتنظیمی هیجانی و افزایش آگاهی هیجانی را در جمعیت عمومی و نیز جمعیت بالینی برجسته می سازد. در واقع در جمعیت عمومی با آموزش این مهارت ها در چهارچوب طرح هایی همچون مهارت های زندگی می توان از ابتلا به طیف وسیعی از آسیب پذیری روانی جلوگیری کرد و سلامت و بهزیستی روانی افراد را ارتقا داد. در جمعیت بالینی، با توجه به نقش تنظیم شناختی هیجانی، مکانیسم های دفاعی، نگرش های ناکارآمد و تحریف های شناختی بین فردی در بسیاری از آسیب پذیری های روانی از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیتی، گنجاندن آموزش مهارت های تنظیم هیجان در محتوای درمان، می تواند به افزایش اثربخشی و کارایی درمان و بهبود آسیب پذیری روانی شود.

References

1. Määttä SK, Puumala E, Ylikomi R. Linguistic, psychological and epistemic vulnerability in asylum procedures: An interdisciplinary approach. *Discourse Studies*. 2021 Feb;23(1):46-66.
2. World Health Organization. World health statistics 2015. World Health Organization; 2015 May 14.
3. Nogueira, M. J. C. Challenges in Conducting the Study to Adapt and Test the Psychometric Properties of the Psychological Vulnerability Scale in a Sample of 267 Portuguese Higher Education Students. SAGE Publications Ltd. 2020

در مدیریت عوامل تنیدگی زا و در نتیجه کاهش سطح آسیب پذیری روانی همراه است. این در حالی است که افراد با آسیب پذیری روانی بالا و به خصوص اضطراب و افسردگی در سطوح بالا خود شود (۱۹). دفاع های رشد یافته، بر خلاف سطوح دیگر دفاع ها، منبع تعارض را انکار یا تحریف نمی کند، بلکه در عوض آن را تقلیل می دهند؛ بنابراین استفاده کمتر افراد مبتلا به آسیب پذیری روانی از دفاع های رشد یافته با احساس اضطراب یا ترس بیشتر این افراد در موقعیت های یرتش همچون بیماری و ناتوانی همراه می شود (۵۰).

از سوی دیگر می توان این تبیین را نیز مطرح کرد که وقتی سبک های دفاعی غالب فرد نورووتیک و رشد نیافته باشد، معمولاً از طریق سرکوب، انکار، ابطال و نادیده انگاری (از نمونه مکانیسم های نورووتیک و رشد نیافته) با هیجانات منفی و شرایط استرس زا مواجه می شود. این در حالی است که طبق برخی از نظریات آسیب شناسی مرتبط با اختلالات روانی، علائم روانی همچون اضطراب و افسردگی پیامد سرکوب و انکار هیجانات دردناک و منفی، و عدم مواجهه با آنها و ناتوانی در شناسایی، درک و ابراز هیجانات است (۱۵). رابطه مثبت بین هیجانات منفی و استفاده از سبک های دفاعی رشد نیافته و نورووتیک را می توان بر حسب مفاهیم مربوط تبیین کرد؛ به عبارتی با توجه به تعریف تنظیم شناختی هیجان، آن دسته از افرادی که از توانایی تنظیم شناختی هیجان بالایی برخوردارند (هیجانات مثبت) قادر خواهند بود هیجانات خود را با سازگاری روان شناختی بالاتر اداره کرده، از ساز و کارهایی که قابل انطباق هستند، استفاده کنند. بنابراین افرادی که راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگارانه مانند فاجعه سازی و ملامت دیگران استفاده می کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر در معرض مشکلات هیجانی مانند آسیب پذیری روانی (اضطراب و افسردگی) قرار می گیرند. از سوی دیگر افرادی که از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار مانند ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و پذیرش استفاده می کنند، نسبت به سایر افراد کمتر در برابر مشکلات هیجانی همچون اضطراب آسیب پذیری هستند. به نظر می رسد که افراد با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با ظرفیت تحمل پیرشانی هیجانی پایین، به هنگام قرارگیری در شرایط استرس شدید بیشتر مستعد تجربه آسیب پذیری روانی و پیرشانی هستند. این افراد با عدم شناخت صحیح از عواطف و احساسات خویش توانایی اتخاذ رفتارهای صحیح، منطقی و مبتنی بر واقعیت را برای کاهش آسیب پذیری روانی و استرس خود از دست می دهند و از سوی دیگر این افراد در به کار بردن درست هیجان ها نیز مشکل دارند. در واقع ناتوانی در به کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با ضعف در توجه به داده های هیجانی، ادراک صحیح آنها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان ها همراه است که این خود باعث می شود فرد در رویارویی با موقعیت های تنیدگی زای زندگی توانایی حل مساله، تصمیم گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به راحتی دچار اضطراب شود و در ایجاد آرامش و کاهش سطح اضطراب در خود ناتوان عمل کند (۲۳). همچنین از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، تنظیم شناختی هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم های شناختی (حافظه، توجه، تصمیم

13. Thomas SJ, Larkin T. Cognitive distortions in relation to plasma cortisol and oxytocin levels in major depressive disorder. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Jan 22;10:971.
14. Horowitz MC. Future thinking and cognitive distortions: Key questions that guide forecasting processes. In *The Politics and Science of Prevision* 2020 May 28 (pp. 63-72). Routledge.
15. Jafarzadeh Dashbolagh H. The Relationship between Body Image and Cognitive Distortions with Anorexia and Bulimia Nervosa in Patients with Depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2017; 4 (2) :83-95
16. Hu KS, Chibnall JT, Slavin SJ. Maladaptive perfectionism, impostorism, and cognitive distortions: Threats to the mental health of pre-clinical medical students. *Academic Psychiatry*. 2019 Aug 15;43:381-5.
17. Yüksel A, Bahadır-Yilmaz E. Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. *Perspectives in psychiatric care*. 2019 Oct;55(4):690-6.
18. Mardpour, A., Shahrashob, N. Investigating the relationship between cognitive distortions and psychological vulnerability with the mediating role of emotional ataxia in Yasouj Islamic Azad University students. *The 6th Scientific Research Conference of Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Damages of Iran, Tehran*. 2017.
19. Floros G, Siomos K, Stogiannidou A, Giouzevas I, Garyfallos G. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: The effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive behaviors*. 2014 Dec 1;39(12):1839-45.
20. Hsieh KY, Hsiao RC, Yang YH, Lee KH, Yen CF. Relationship between self-
4. Satici B. Testing a model of subjective well-being: The roles of optimism, psychological vulnerability, and shyness. *Health Psychology Open*. 2019 Oct;6(2):2055102919884290.
5. Dehghani Ashkezari E, Farzin Rad B, Kahdoui S. Predicting Psychological Vulnerability Based on Family Life Events. *MEJDS* 2020; 10 :201-201
6. Kang, G., Shin, J., & Yoon, J. Y. Relationship between Muscle Strength Loss and Psychological Vulnerability of Older Adults by Gender. *Cognitive Therapy and Research*, 2021; 306-306.
7. Kiran VK, Yashoda K. Psychological vulnerability of rural farm women. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*. 2020;9(4S):01-5.
8. Sadeghi M, Sarani H, Senobar A, Asgari M. The impacts of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on self-controlling, self Restraint and dysfunctional attitudes in persons with drug abuse. *Rooyesh* 2020; 9 (10) :67-78
9. Berry C, Greenwood K. Direct and indirect associations between dysfunctional attitudes, self-stigma, hopefulness and social inclusion in young people experiencing psychosis. *Schizophrenia research*. 2018 Mar 1;193:197-203.
10. Serin EK, Durmaz YÇ, Polat HT. Correlation between smartphone addiction and dysfunctional attitudes in nursing/midwifery students. *Perspectives in psychiatric care*. 2019 Oct;55(4):703-9.
11. Meiser S, Esser G. How dysfunctional are dysfunctional attitudes? A threshold model of dysfunctional attitudes and depressive symptoms in children and adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 2017 Oct;41:730-44.
12. Parim KN, Erensoy H, Lus MG. Dysfunctional attitudes, automatic thoughts and anxiety symptoms among Turkish youth: Results from a pilot study. 2020; 27(4), 1113-1120.

- meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 2021 Jan 1;112:106600.
29. Ghorbani Taqlidabad, Bahareh and Tasbih Sazan Mashhadhi, Reza. Relationship between cognitive emotional regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2015; 39(15), 17-26.
30. Duarte C, Ferreira C, Trindade IA, Pinto-Gouveia J. Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*. 2015 Jun;20(6):754-64.
31. Hood MM, Wilson R, Gorenz A, Jedel S, Raeisi S, Hobfoll S, Keshavarzian A. Sleep quality in ulcerative colitis: associations with inflammation, psychological distress, and quality of life. *International journal of behavioral medicine*. 2018 Oct;25:517-25.
32. Kramer U. Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychotherapy Research*. 2019 May 4;29(3):324-36.
33. Sakiris N, Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*. 2019 Aug 1;72:101751.
34. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*. 2019 Aug;31(3):1143-56.
35. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 2020 Feb;20(1):37.
36. Hosseini Z, Aghamelai T, Moeini B, Hezavei MM, Moghim Beigi, Abbas. The effect of health education program on occupational stress of female nurses. *Health System Research Journal*, 2013; 11(1): 52-43.
- identity confusion and internet addiction among college students: the mediating effects of psychological inflexibility and experiential avoidance. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Sep;16(17):3225.
21. Reeve, JM. motivation and excitement. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Virayesh Ed. 2017.
22. Chai Q, Wang L, Liu CH, Ge B. New insights into the evasion of host innate immunity by Mycobacterium tuberculosis. *Cellular & molecular immunology*. 2020 Sep;17(9):901-13.
23. Zhang C, Feng C, Zheng Y, Wang J, Wang F. Root exudates metabolic profiling suggests distinct defense mechanisms between resistant and susceptible tobacco cultivars against black shank disease. *Frontiers in Plant Science*. 2020 Sep 10;11:559775.
24. Jiang J, Qian Y. Defense mechanisms against data injection attacks in smart grid networks. *IEEE communications magazine*. 2017 Oct 13;55(10):76-82.
25. Vaillant GE. Defense mechanisms. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 2020:1024-33.
26. Jackson SP, Darbousset R, Schoenwaelder SM. Thromboinflammation: challenges of therapeutically targeting coagulation and other host defense mechanisms. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*. 2019 Feb 28;133(9):906-18.
27. Fowler JC, Madan A, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of affective disorders*. 2019 Feb 15;245:856-60.
28. Rogier G, Zobel SB, Morganti W, Ponzoni S, Velotti P. Metacognition in gambling disorder: a systematic review and

- regulation. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2018; 16 (33), 1-28.
46. Carver CS, Johnson SL. Impulsive reactivity to emotion and vulnerability to psychopathology. *American psychologist*. 2018 Dec;73(9):1067.
47. Soleimani, I, Hosseini K. Investigating the relationship between dimensions of cognitive distortions and emotion regulation strategies in Urmia University students. *The 5th National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment Centered on Psychotherapy*, Tehran. 2018.
48. Abolghasemi, A., Ebrahimi, Y., narimani, M., Asadi, F. The role of defense mechanisms and resiliency in the prediction of psychological vulnerability in asthmatic patients.. *Health Psychology*, 2014; 3(12): 84-96.
49. Besharat MA, Mohammadi Hosseini Nezhad E, Gholamali Lavasani M. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anger and anger rumination with ego defense styles. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2015 Feb 10;9(2):29-48.
50. Diamond S, Shrira A. Psychological vulnerability and resilience of Holocaust survivors engaged in creative art. *Psychiatry research*. 2018 Jun 1;264:236-43.
37. van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R, Krabbendam L, Aleman A. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2015 Feb 1;10(2):285-93.
38. Najarian B, Davoudi I. Construction and validation of SCL-25 (short form SCL-90-R). *Journal of Psychology [Internet]*. 1380;5(2 (consecutive 18)):136-149. Available from: <https://sid.ir/paper/54411/fa>
39. Ebrahimi, A. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2008; 10(38): 107-116.
40. Hamamci Z, Büyüköztürk Ş. The interpersonal cognitive distortions scale: development and psychometric characteristics. *Psychological Reports*. 2004 Aug;95(1):291-303.
41. Mahdoodizaman M, Razaghi S, Amirsardari L, Hobbi O, Ghaderi D. The relationship between interpersonal cognitive distortions and attribution styles among divorce applicant couples and its impact on sexual satisfaction. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2016 Sep;10(3).
42. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*. 1993 Apr.
43. Besharat MA, Sharifi M, Irvani M. Investigating the relationship between attachment and defense style (Persian text). *Iranian Journal of Psychology*. 2001;19:277-89.
44. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006 Oct 1;41(6):1045-53.
45. Imani, S; Al-Khalil, Y, Shokri, O. The relationship between dysfunctional attitudes and social anxiety in adolescent students: the mediating role of emotion