

نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی □

Mediating Role of Perceived Social Support between Early Maladaptive Schemas and Quality of Life □

Mohammad Ali Besharat, PhD
Samira Keshavarz, MSc □
Masoud Gholamali Lavasani, PhD
Elham Arabi, MSc

دکتر محمدعلی بشارت*
سمیرا کشاورز*
دکتر مسعود غلامعلی لواسانی*
الهام عربی*

Abstract

The purpose of this study was to examine the mediating role of perceived social support in the relationship between early maladaptive schemas and quality of life. The method of present study was descriptive-correlational and population comprised general population of Shiraz city. Three hundred and ninety one individuals (182 men, 209 women) were selected through convenience sampling method. Subjects were asked to complete the Schema Questionnaire (Young & Brown, 1999), Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF, 1998) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, et al, 1988). Data analysis was accomplished by path analysis. Results showed that perceived social support has mediating role between disconnection/ rejection domain, impaired limits domain ($p < 0/01$) and being other-directed domain ($p < 0/05$) with quality of life. Based on findings, it can be concluded that early maladaptive schemas influence quality of life through perceived social support. Therefore, perceived social support and early maladaptive schemas should be the core of clinical focus in improving quality of life.

Keywords: early maladaptive schemas, perceived social support, quality of life

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه آماری جمعیت عمومی شهر شیراز بود که از بین آنها ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن و ۱۸۲ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شد که پرسشنامه روان‌سازدهای یانگ و براون (۱۹۹۹)، مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از الگو یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین حوزه‌های بریدگی/ طرد، خود پیروی مختل شده ($p < 0/01$) و حوزه دیگرجهت‌مند ($p < 0/05$) با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای دارد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت روان‌سازدهای ناسازگار اولیه از طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. بنابراین، بهتر است روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک‌شده برای بهبود کیفیت زندگی افراد مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: روان‌سازدهای ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی

□ Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, I. R. Iran.
✉ Email: samirakeshavarz89@yahoo.com

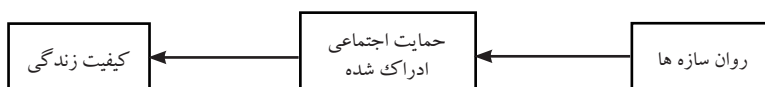
□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۲/۳۰
* گروه روانشناسی دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران

● مقدمه

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تجارب اولیه زندگی بر کیفیت زندگی مؤثر است؛ از جمله این تجارب، آسیب روانی، بی‌توجهی به کودک، بدرفتاری‌ها و مصیبت‌های کودکی، دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری است (تاکوچل و همکاران، ۲۰۱۱؛ جانوسک و همکاران، ۲۰۱۳؛ کورنی، ۲۰۱۶؛ مک لافلین و همکاران، ۲۰۱۰). مطابق نظر یانگ و براون (۲۰۰۳) انسان‌ها پنج نیاز اساسی دارند که در همه افراد بشر مشترک است. این نیازها عبارت‌اند از: ۱. دلبستگی ایمن، ۲. آزادی در بیان نیازها و هیجانات، ۳. خودانگیزگی^۱ و تفریح، ۴. خود پیروی^۲، کفایت و هویت و ۵. پذیرش محدودیت‌های واقع‌بینانه. ارضا نشدن مناسب این نیازها در کودکی منجر به شکل‌گیری روانسازهای ناسازگار اولیه می‌شوند که در قالب پنج حوزه قرار می‌گیرند. حوزه اول، بریدگی/طرد^۳ است که افراد دارای آن دلبستگی ایمن و رضایت‌بخشی را تجربه نکرده‌اند. حوزه دوم، خود پیروی و عملکرد مختل شده است که افراد دارای آن در جدا کردن خود از نماد والدین و رسیدن به عملکرد مستقل دچار مشکل هستند. حوزه سوم، محدودیت‌های مختل شده^۴ است؛ افرادی که در این دامنه قرار دارند محدودیت‌های درونی لازم جهت احترام متقابل را آموزش ندیده‌اند. حوزه چهارم، دیگرجهت‌مندی است که این افراد به جای ارضای نیاز خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. حوزه پنجم، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری^۵ است و افرادی که در این دامنه قرار دارند که احساس‌ها و تکانه‌های خودانگیزخته را واپس‌زنی می‌کنند. طبق تحقیقات گذشته، روان‌سازهای ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و در نهایت فرد را مستعد بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی می‌کند (تیم، ۲۰۱۰؛ ویرجیل زیگلر-هیل و همکاران، ۲۰۱۱؛ شوری و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریان و همکاران، ۲۰۱۵).

توجه به تجارب و ویژگی‌های مثبت و منفی افراد تحت عنوان کیفیت زندگی از اولویت‌های دولت‌های پیشرفته و سازمان‌های مرتبط با بهداشت جسمی و روانی بوده است. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد تعریف می‌کند. در پژوهشی که در این زمینه در ایران صورت گرفت مشخص شد روان‌سازهای ناسازگار اولیه، عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (بشارت و

همکاران، ۱۳۹۴). اما کمبود پیشینه پژوهشی درباره نحوه و چگونگی این اثر باعث شد تا به بررسی سایر عوامل دخیل در رابطه این دو متغیر بپردازیم. مرور ادبیات گذشته متغیر حمایت اجتماعی را به عنوان عاملی که می‌تواند از روان سازه‌ها اثر گیرد، مطرح می‌کند. به عنوان مثال، در مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۷)، دلبستگی که ناشی از رفتار والدین و محیط کودک در سال‌های اولیه زندگی است و رابطه نزدیکی با روان سازه‌ها دارد، با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار داشت. همچنین نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در بین دلبستگی و بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی تأیید شده است (چی کوان مک و همکاران، ۲۰۱۰، بسر و نریا، ۲۰۱۲، ژو و همکاران، ۲۰۱۶). از طرف دیگر، مطالعات زیادی به طور مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی را عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی و یا مؤلفه‌های آن مطرح می‌کنند (ادیهیه و همکاران، ۲۰۱۷؛ استودارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ اونالان و همکاران، ۲۰۱۵؛ هوارد و همکاران، ۲۰۱۷). الگوی ضربه‌گیری حمایت اجتماعی نیز که یکی از اولین نظریه‌های حمایت اجتماعی است، بیان می‌کند که پیوندهای اجتماعی ضعیف، موجب کاهش بازخورد می‌شود که در نتیجه فرد احساس گمگشتگی می‌کند و مستعد بیماری‌های زیادی می‌شود (آلمی و همکاران، ۲۰۰۲). ثریا و همکاران (۲۰۱۲)، حمایت اجتماعی را حمایتی که فرد به طور واقعی از شبکه اجتماعی دریافت می‌کند و متمرکز بر جنبه عینی و کمی است تعریف می‌کنند؛ درحالی‌که حمایت اجتماعی ادراک شده را برداشت فرد از حمایت اجتماعی می‌دانند که شامل احساس کیفی فرد و تجربه وی از حمایت اجتماعی است و در مطالعه حاضر مورد توجه بوده است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در مورد متغیرهای مورد بحث، مشخص می‌شود روان سازه‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر پیشبین می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر بگذارد. در این بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، که از یک سو از روان سازه‌های ناسازگار اولیه تأثیر پذیرفته و از سوی دیگر بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد، به عنوان متغیر واسطه‌ای مطرح می‌شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر عبارت است از: تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی. در شکل ۱ الگوی پیشنهادی این پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱. رابطه روان سازه‌ها و کیفیت زندگی با واسطه‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده

● روش

طرح پژوهش حاضر با توجه به هدف آن، که تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی است، از نوع توصیفی-همبستگی است. به همین منظور، از روش تحلیل مسیر برای تعیین نقش متغیرهای واسطه‌ای استفاده شد. جامعه آماری جمعیت عمومی شهر شیراز و تعداد نمونه پژوهش ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن و ۱۸۲ مرد) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان زن ۱۷ الی ۷۰ سال با میانگین ۲۷ و در مردان دامنه سنی ۱۷ الی ۶۰ سال با میانگین ۲۷/۳ بود. نسبت افراد مجرد به متأهل ۶۵/۵ درصد به ۳۴/۵ درصد مشاهده شد. از لحاظ میزان تحصیلات ۲ درصد افراد نمونه دارای مدرک سیکل یا پایین‌تر، ۱۸/۲ درصد دارای مدرک دیپلم، ۶۰/۴ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم یا کارشناسی و ۱۹/۴ درصد نمونه دارای مدرک کارشناسی ارشد و یا دکتری بودند.

معیارهای ورود به پژوهش: دامنه سنی ۱۷ تا ۷۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به یک بیماری جسمی یا روانی جدی و تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و معیار خروج شامل عدم تمایل آزمودنی برای ادامه پژوهش بوده است.

● ابزار

□ الف: پرسشنامه روان‌سازهای ناسازگار اولیه- فرم کوتاه^۶: فرم کوتاه روان‌سازۀ یانگ (SYQ-SF)، یانگ و براون، (۱۹۹۹) یک پرسشنامه ۷۵ سؤالی است. که ۱۵ روان‌سازۀ ناسازگار اولیه را می‌سنجد. اولین پژوهش جامع برای ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج نشان داد برای هر روان‌سازۀ ناسازگار اولیه، ضریب آلفا از ۰/۸۳ (برای روان‌سازۀ خویشتن تحول نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای روان‌سازۀ نقص/شرم) می‌باشد. ضریب اعتبار باز آزمایی نیز در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (۲۵۲ دختر، ۱۳۵ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی برای هریک از روان‌سازها در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ (برای ایثار) تا ۰/۸۳ (برای وابستگی/بی‌کفایتی) به دست آمد (آهی و همکاران، ۱۳۸۶). روایی‌سازۀ همگرا و تشخیصی این پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا

(SCL-25، بک و اپشتین، ۱۹۹۳) محاسبه شد.

□ **ب: فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی^۷:** مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه، (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت؛ ۱۹۹۸) به منظور ارزیابی و مشخص کردن عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی، بیماری و مرگ، تأثیرات امراض و اختلال‌های بر رفتار و فعالیت‌های روزمره و نیز میزان توانایی فرد در فرهنگ‌های مختلف ساخته شد. کیفیت زندگی را در چهار بعد «سلامت جسمانی»، «سلامت»، «روابط اجتماعی»، «سلامت محیطی» و دو سؤال در مورد «کیفیت زندگی کلی»، می‌سنجد. پاسخ تمامی سؤالات در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (بینهایت) است؛ حداقل نمره فرد در این مقیاس ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ محاسبه می‌شود. اسکورینگتون و همکاران (۲۰۰۴) و نیز ژائو و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که این مقیاس دارای روایی و اعتبار کافی است. نجات و همکاران (۱۳۸۵)، این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران اجرا گردید. مقادیر آلفای کرونباخ در تمام ابعاد مقیاس به استثنای بعد روابط اجتماعی بالای ۰/۷۰ به دست آمد؛ در بعد روابط اجتماعی آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود. همچنین ۹۵ نفر از آزمودنی‌ها به منظور تعیین اعتبار به روش باز آزمایی، به فاصله دو هفته مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. اعتبار در تمام ابعاد بالای ۰/۷۵ بود. نصیری (۱۳۸۵) در پژوهشی روی ۳۰۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز، ضریب اعتبار این مقیاس را به روش باز آزمایی، ۰/۶۷ و به روش تصیفی، ۰/۸۷ و به روش همسانی درونی ۰/۸۴ به دست آورد. در مجموع، ضرایب روایی و اعتبار به دست آمده حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای کیفیت زندگی در بین جوانان ایرانی بود.

□ **ج: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)؛** زیمت و همکاران، (۱۹۸۸)^۸: این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع «خانواده»، «جتماع» و «دوستان» در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴؛ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (برای مثال برور و همکاران، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس

در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی (۳۱۱ دانشجوی، ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیر مقیاس خانواده، اجتماع و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی این مقیاس را تأیید می‌کنند. همچنین این مقیاس دارای اعتبار باز آزمایی قابل قبولی می‌باشد (بشارت، ۱۳۸۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

● یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به کیفیت زندگی و کمترین آن مربوط به حوزه دیگرجهت مندی است.

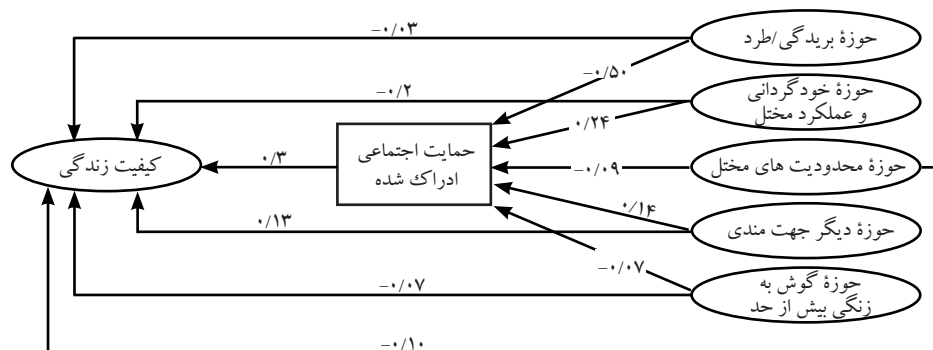
جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۸۸/۸۷	۱۱/۷۷
حمایت اجتماعی ادراک شده	۵۸/۱۵	۱۴/۵۹
حوزه بریدگی/طرد	۶۱/۰۵	۲۱/۷۴
حوزه خودپیروی و عملکرد مختل	۲۹/۵۰	۹/۵۲
حوزه دیگر جهت مندی	۲۷/۷۶	۸/۹۸
حوزه گوش به زنگی و بازداری	۳۱/۱۲	۹/۲۰

به‌منظور بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در بین روان سازه‌ها و کیفیت زندگی از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در این راستا، ابتدا ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم و سپس ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم را برای این مدل محاسبه کردیم. شکل ۲ ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه پنج حوزه «روان‌سازه‌ای» و «کیفیت زندگی» را نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، حوزه خود پیروی مختل شده با ضریب استاندارد ۰/۳۷- به میزان ۷/۲۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$) حوزه دیگر جهت مندی با ضرایب استاندارد ۰/۱۳ به میزان ۱/۶۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۵$) را تبیین می‌کنند. همچنین «حمایت اجتماعی ادراک شده» با ضریب مسیر ۰/۳۷ به

میزان ۱۳/۶۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < 0/01$) را تبیین می‌کند.

در مسیرهای مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حوزه «بریدگی/طرد» با ضریب استاندارد $-0/50$ به میزان $0/25$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < 0/01$)، حوزه «نخود پیروی مختل شده» با ضریب استاندارد $0/24$ به میزان $0/76$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < 0/01$)، حوزه دیگر جهت مندی با ضریب استاندارد $14/0$ به میزان $96/1$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < 0/05$) را تبیین می‌کنند. در سایر مسیرها، حوزه بریدگی/طرد تنها با کیفیت زندگی و حوزه محدودیت مختل شده و حوزه گوش به‌زنگی در هیچ‌یک از دو مسیر رابطه معناداری نداشتند. پنج حوزه روانسازهای در قالب مدل نهایی ۱۶ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ۲۹ درصد از کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین حوزه روان‌سازها و کیفیت زندگی

جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازها، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

میزان اثر باواسطه (غیرمستقیم) حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بین روان‌سازها و کیفیت زندگی در جدول ۳ گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثر حوزه بریدگی/طرد، خودپیروی مختل شده، محدودیت مختل شده، دیگرجهت مندی و گوش به‌زنگی بر کیفیت زندگی به‌واسطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ترتیب به میزان $-0/10$ ، $-0/06$ ، $-0/04$ ، $0/06$ و $0/03$ است. نتایج نشان می‌دهد حوزه بریدگی/طرد، حوزه خودپیروی مختل شده ($p < 0/01$) و حوزه دیگرجهت مندی ($p < 0/05$) با کیفیت زندگی

به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار دارند.

جدول ۲. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان سازه، حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی

مسیر	b	β	t
اثر حوزه بریدگی / طرد بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۵	-۰/۱۹	-۲/۶۵**
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۶	-۰/۱۷	-۲/۲۴*
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۱۱	-۰/۱۹	-۳/۱۳**
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۳۲
اثر حوزه گوش به زنگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۱۱	۰/۱۷	۲/۸۳**
اثر حوزه بریدگی / طرد بر کیفیت زندگی	-۰/۰۹	-۰/۱۷	-۲/۳۸*
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر کیفیت زندگی	-۰/۱۱	-۰/۱۵	-۲/۰۹*
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر کیفیت زندگی	-۰/۱۲	-۰/۱۰	-۱/۶۴
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر کیفیت زندگی	۰/۲۲	۰/۱۷	۲/۷۷**
اثر حوزه گوش به زنگی بر کیفیت زندگی	-۰/۱۶	-۰/۱۳	-۲/۱۷*
اثر حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی	۰/۴۱	۰/۲۰	۴/۰۱**

* p < 0/05, ** p < 0/01

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای غیر مستقیم موجود در مدل مربوط به نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده

مسیر	اثر غیر مستقیم	t	P
اثر حوزه بریدگی / طرد بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۱۰	-۵/۱۴	p < ۰/۰۱
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۶	۲/۹۰	p < ۰/۰۱
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۴	-۱/۴۱	p > ۰/۰۵
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۶	۲/۰۳	p < ۰/۰۵
اثر حوزه گوش به زنگی بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۳	-۱/۱۱	p > ۰/۰۵

● بحث و نتیجه گیری

○ یافته‌های پژوهش نشان داد «حمایت اجتماعی/ادراک شده» در رابطه بین حوزه‌های بریدگی / طرد، خود پیروی مختل شده و حوزه دیگرجهت مندی با کیفیت زندگی نقش واسطه ای دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (به‌عنوان مثال، کنگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ تام و همکاران، ۲۰۱۱؛ باسر و همکاران، ۲۰۱۶؛ وو و همکاران، ۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت:

طبق آنچه مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی بیان می‌کند پیوندهای اجتماعی ضعیف، موجب کاهش بازخورد مثبت می‌شود و در نتیجه آن فرد احساس گم‌گشتگی می‌کند و مستعد بیماری‌های مختلف جسمی و روانی می‌شود. بنابراین، حمایت اجتماعی دریافت شده یا ادراک‌شده پایین، ابعاد سلامت روانی، سلامت جسمی و نیز روابط اجتماعی کیفیت زندگی را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (آلمی و همکاران، ۲۰۰۲). در طول سال‌های اخیر تحقیقات زیادی نشان داده‌اند ساختار شبکه اجتماعی و کارکرد حمایتی در دسترس دارای پیامدهای مثبت زیادی است (کنگ و همکاران، ۲۰۱۶). به‌عنوان مثال، حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد با میزان کمتری از علائم آشفتگی و آسیب‌شناسی روانی (لیندورف، ۲۰۰۰)، علائم بیماری (دولبر و استین هارت، ۲۰۰۰) و نیز افزایش انطباق با بیماری گزارش شده است. تحقیقات هوردر و همکاران (۲۰۱۷)، نیز نشان داده حمایت اجتماعی پایین همچون انزوای اجتماعی باعث افزایش بیماری‌های قلب و عروق شده است. حمایت از طریق کاهش ارزیابی موقعیت‌ها به‌صورت تهدیدکننده و منفی و نیز افزایش توانایی مقابله در شرایط تنیدگی‌زا منجر به کاهش تجربه تنیدگی درونی (پیرس و همکاران، ۱۹۹۷) و در نهایت کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی (اوجینو، ۲۰۰۹) در زمان تنیدگی می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالا باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود.

○ کسانی که روان‌سازه‌هایشان در حوزه بریدگی/طرد قرار دارد، نتوانسته‌اند دلبستگی ایمن و رضایت بخشی را در دوران کودکی تجربه کنند و این موضوع تا بزرگسالی ادامه دارد. این افراد در ارتباطات خود با دیگران، انتظار ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر ندارند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۶). افرادی که در این حوزه نمرات بالایی کسب می‌کنند به دلیل عدم تجربه دلبستگی ایمن در کودکی، بعدها در دوران بزرگسالی دچار مشکلات ارتباطی شده، مدام روابط جدید ایجاد می‌کنند و از رابطه‌ای به رابطه دیگر پناه می‌برند. بنابراین، این افراد حمایت هیجانی (شامل اظهار همدلی، علاقه و نگرانی نسبت به شخص)، حمایت احترامی (وقتی مردم به فرد محبت نشان می‌دهند، وی را تشویق می‌کنند و یا با عقاید و یا احساسات او موافقت می‌کنند) و حمایت شبکه‌ای (به احساس عضویت در گروهی که علائق و فعالیت‌های اجتماعی را تقسیم می‌کند) را به دلیل نوع روانسازه‌شان دریافت

نمی‌کنند. همچنین طبق آنچه در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده سنجیده می‌شود، این افراد در دریافت حمایت از دوستان و افراد مهم زندگی ناتوان هستند. مطالعه بر/زننده و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که حوزه بریدگی / طرد در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی بیشترین میزان شیوع را دارد و این افراد حمایت ادراک‌شده کمتری را گزارش می‌دهند (پروس و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به نتایجی که در دو بند اخیر گفته شد، روان‌سازهای حوزه بریدگی / طرد با تأثیر منفی باعث کاهش حمایت اجتماعی شده و حمایت اجتماعی با تأثیر مستقیم باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. به عبارتی، افرادی که در حوزه بریدگی / طرد نمره بالاتری می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده پایین‌تری دارند و بالطبع، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند.

○ افرادی که روان‌سازشان در حوزه خود پیروی و عملکردمختل شده قرار دارد در جدا کردن خود از نماد والدین و نیز رسیدن به عملکردی مستقل از آنها دچار مشکل هستند. این افراد در معرض مراقبت بیش‌ازحد بوده‌اند و یا برعکس، والدین توجه کمی به آنها داشته‌اند. کسانی که در این حوزه نمرات بالایی می‌گیرند، در انجام امور مختلف مستقل از خانواده دچار مشکل هستند. از آنجاکه این افراد بدون افراد مهم زندگی‌شان هويت مستقلی ندارند و دارای اعتماد به خود پایین هستند، میزان تعاملات اجتماعی آنها کم و ناکافی خواهد بود (بودوکا و هتکت، ۲۰۱۶). این افراد با توجه به نوع روان‌سازشان حمایت احترامی را به دلیل عدم دریافت تأیید و تشویق اطرافیان و حمایت شبکه‌ای را به دلیل عدم توانایی عضویت و همکاری در گروه‌های غیر از خانواده، دریافت نمی‌کنند. همچنین حمایت دوستان را به دلیل ناتوانی در جدا کردن خود از نماد والدین و در نتیجه برچسب خوردن، از دست می‌دهند. با توجه به یافته‌های این پژوهش و مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌سازهای حوزه خود پیروی و عملکردمختل شده با حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه معکوس و حمایت اجتماعی باکیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد. بنابراین، افرادی که در حوزه خود پیروی و عملکرد مختل شده نمره بالاتری می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده کمتری دارند و کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند.

○ افرادی که روان‌سازهایشان در حوزه دیگرجهت‌مندی قرار دارد، به‌جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. آنها این کار را برای دستیابی به

تأیید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند. این افراد در روابط اجتماعی تمایل دارند بر پاسخ‌های دیگران بیشتر از نیازهای خودشان تأکید کنند (اتماکا و گنکز، ۲۰۱۶). افرادی که در این حوزه نمرات بالایی دارند، بر تمایلات، احساسات و نیازهای دیگران تمرکز افراطی دارند و خودشان را نادیده می‌گیرند. این افراد این کار را به‌منظور دریافت عشق و پذیرش و تداوم ارتباط با دیگران یا اجتناب از انتقام و تلافی انجام می‌دهند. بنابراین، چنین افرادی به دلیل رفتاری که ناشی از روانسازده‌شان است، احتمالاً بیشترین میزان حمایت را دریافت می‌کنند و یا حداقل تصور می‌کنند که حمایت را دریافت کرده‌اند. این حمایت می‌تواند شامل خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی باشد. نکته قابل توجه این است که حوزه دیگر جهت‌مندی باوجود اینکه جزء روان‌سازده‌های ناسازگار اولیه است اما با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و نیز کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و آنها را به‌صورت مستقیم پیش‌بینی می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، روان‌سازده‌های حوزه دیگر جهت‌مندی باعث افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌شود و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیز با تأثیر مستقیم باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین، افرادی که در حوزه دیگر جهت‌مندی نمره بالایی می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتری دارند و در نتیجه، کیفیت زندگی بیشتری را خواهند داشت.



یادداشت‌ها

1. spontaneity
2. autonomy
3. disconnection/ rejection
4. impaired autonomy & performance
5. hypervigilance & inhibition
6. Young Schema Questionnaire-Short form
7. Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF)
8. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

● منابع

- آهی، قاسم، محمدی فر، محمدعلی، بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳، ۵-۲۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عامل مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. *گزارش پژوهشی*. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی، کشاورز، سمیرا، غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و

خودمهارگری در رابطه بین روانسازیه های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی. *روانشناسی تحولی*، ۴۴،

۳۵۵-۳۴۱.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کوروش محمد، کاظم، مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱۲-۱.

نصیری، حبیب اله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی آن (IRQOL). *مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*، ۳۶۹-۳۷۳.

Adeyeye, O. O., Adewumi, T. A., & Adewuya, A. O. (2017). Effect of psychological and other factors on quality of life amongst asthma outpatients in Lagos, Nigeria. *Respiratory Medicine*, 122, 67-70.

Alemi, F., Stephane, R., Arendt, R., Liorent, S., Schaffer, D., & Nemes, S. (2002). The orientation of social support measures. *Addictive Behavior*, 876, 1-14.

Atmaca, S., & Gencoz, T. (2016). Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 85-93.

Başar, K., Oz, G., Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133-1141.

Barazandeh, H., Kissane, D., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*. 130-139.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 1915-201.

Chou, K-L (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28, 299-307.

Dolbier, C. L., & Steinhart, M. A. (2000). The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral Medicine*, 25, 169-179.

Janusek, L. W., Tell, D., Albuquerque, K., & Mathews, H. L. (2013). Childhood adversity increases vulnerability for behavioral symptoms and immune dysregulation in women with breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, 149-162.

Howard, S., Creaven, A., Hughes, B. M., O'Leary, B. D., & James, J. E. (2017). Perceived social support predicts lower cardiovascular reactivity to stress in older

- adults. *Biological Psychology*, 125, 70-75.
- Kang, H. W., Park, M., & Wallace, J. P. (2016). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, In Press, Corrected Proof.
- Lindorff, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 271-286.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40, 1647-1658.
- Pierce, T., Baldwin, M. W. & Lydon, J. E. (1997). A relational schema approach to social support. In: Pierce, G. R., Lakey, B., Sarason, I.G., Sarason, B. R. (Eds.), *Source book of social support and personality*. Plenum, New York, 19-47.
- Preuss, N., Brändle, L., Hager, O., Haynes, M., Fischbacher, U., & Hasler, G. (2016). Inconsistency and social decision making in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.017>.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414
- Rezaei Nasab, F., Abasi, I., Naziri, GH, & Barzgar, M. (2013). Determination of basic maladaptive schemas in women with addictive relations. *Journal of Women and Society*, 4(2), 83-108.
- Ryan, C., Shorey, J., Anderson, S., & Stuart, L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences*, 83, 6-12
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-301.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., Anderson, S., & Strong, D.R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 912-922.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial, a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS

- in older adults. *Aging and Mental Health*, 2, 186-193.
- Studart, P., Galvão-de Almeida, A., Bezerra-Filho, B., Caribé, A., Afonso, N. R. et al. (2016). Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder? *Psychiatry Research*, 246, 796-802.
- Tam, C. L., Lee, T. H., Har, W. M., & Pook, W. L. (2011). Perceived social support and self-esteem towards gender roles: Contributing factors in adolescents. *Asian Social Science*, 7(8), 49-58.
- Taquechel, A. E. G., Littleton, H. L., & Axsom, D. (2011). Social support, world assumptions, and exposure as predictors of anxiety and quality of life following a mass trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 498-506.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 41, 10, 1403-1409.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, M. & Ozturk, M. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, 6, 4, 319-324.
- Virgil Zeigler-Hill, V. Z., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42: 96-103.
- Wu, X., Chen, J., Huang, H., Liu, Z., Li, X., & Wang, H. (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. *Applied Nursing Research*, 28(2), 169-174.
- Young, J. E., & Brown, G. (1999). *Young Schema Questionnaire-L3a*. Cognitive Therapy Center of New York: Authors.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishoar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zhao, L, Chan, K., Leung, K. F., Liu, F., Fang, J., & Lang, J. (2006). Reliability and validity of the Chinese quality of life instrument. *Focus Alternative Complement*, 9, 62-70.
- Zhu, W., Wang, C. D., & Chong, C. C. (2016). Adult attachment, perceived social

support, Cultural Orientation, and Depressive Symptoms: A moderatedmediation model. *Journal of Counselling Psychology*, 63, 6, 645-655.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

