



## The Structural Relationships among Self-Compassion, Cognitive Flexibility and Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Victims of Trauma in West of Iran

Fazlolah Mirdarikvand<sup>\*1</sup>, Masumeh Shafiei<sup>2</sup>, Hadees Heidarirad<sup>3</sup>

1\*. (Corresponding author): Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

2. Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

3. Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

**Citation:** Mirdarikvand F, Shafiei M, Heidarirad H. The Structural Relationships among Self-Compassion, Cognitive Flexibility and Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Victims of Trauma in West of Iran. *Journal of Research in Psychological Health*, 2018; 12 (2): 14-29. [Persian]

### Highlights

- Cognitive flexibility acts as a mediator between the Self-Compassion and the symptoms of post-traumatic stress disorder.

### Abstract

The aim of this study was to examine the structural relationships of self-Compassion, cognitive flexibility and post-traumatic stress disorder. The study method was descriptive-correlation. The statistical population included all the people who were supported by the Relief Committee and the Martyr foundation of Gilane-Qarb City at the second half of 2016 due to the exposure to at least one traumatic event (including mine explosions leading to maim and death of parents). The sample of this study comprised of 190 individuals who were selected through stratified random sampling method. For collecting data, demographic information, post-traumatic stress disorder (Mississippi), self-compassion and cognitive flexibility scales were used. Collected data tested using factor analysis method and structural equation modeling. Data analysis was performed by PLS software. Results showed that indicators associated with processing model, approved the path of self-compassion traumatic stress disorder with the mediation of cognitive flexibility. In addition, self-compassion affects the post-traumatic stress disorder either directly or indirectly. Therefore, cognitive flexibility is one of the explanatory passages for self-compassion communication and post-traumatic stress disorder.

**Keyword:** Self-Compassion, Cognitive flexibility, Post-traumatic stress disorder

## روابط ساختاری دلسوزی به خود، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم اختلال استرس پس‌آسیبی در قربانیان حوادث آسیب‌زا در غرب ایران

فضل‌اله میردریگوند<sup>۱</sup>، معصومه شفیعی<sup>۲</sup>، حدیث حیدری‌راد<sup>۳</sup>  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۸

### یافته‌های اصلی

- انعطاف‌پذیری شناختی، مکانیسم مرتبط‌کننده‌ی دلسوزی به خود و علائم استرس پس‌آسیبی است.

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی الگوی روابط ساختاری دلسوزی به خود، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم پس‌آسیبی بود. روش پژوهش از نوع توصیفی‌همبستگی است. جامعه‌ی آماری شامل تمام افرادی بود که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ به دلیل مواجهه‌شدن با حداقل یک رویداد آسیب‌زا، از جمله انفجار مین منجر به نقص عضو و فوت والدین، تحت حمایت کمیته‌ی امداد و بنیاد شهید شهر استان گیلان غرب قرار گرفته بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه ۱۹۰ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین افراد آسیب‌دیده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس اختلال استرس پس‌از سانحه‌ی می‌سی‌سی‌پی، مقیاس دلسوزی به خود و پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی و مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار PLS استفاده شد. نتایج تحقیق نشان دادند که شاخص‌های برازش مدل، مسیر دلسوزی به خود بر علائم استرس پس‌آسیبی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی را تأیید می‌کند؛ همچنین دلسوزی به خود هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با تأثیر بر علائم استرس پس‌آسیبی همراه است؛ بنابراین انعطاف‌پذیری شناختی یکی از گذرگاه‌های تبیینی ارتباط دلسوزی به خود و علائم پس‌آسیبی است.

**واژگان کلیدی:** دلسوزی به خود، انعطاف‌پذیری شناختی، اختلال استرس پس‌آسیبی

۱. (نویسنده‌ی مسئول). گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. Mirfazlolah@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

## مقدمه

از زمان شروع زندگی انسان، موقعیت‌هایی وجود داشته است که به‌طور بالقوه استعداد آسیب‌زایی داشته‌اند؛ بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند رویارویی با حوادث آسیب‌زا می‌تواند به اختلال‌های مختلف منجر شود که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به اختلال استرس پس‌آسیبی<sup>۱</sup> اشاره نمود (۱). اختلال استرس پس‌آسیبی یک اختلال اضطرابی شدید، مزمن و ناتوان‌کننده و خارج از تحمل انسان است (۲) که پس از مواجهه با حوادثی مانند جنگ، سیل، زلزله، تصادفات رانندگی، بمباران، وحشت‌زدگی در اردوگاه‌های جنگی و تجاوز بروز می‌کند (۳). اختلال استرس پس‌آسیبی یکی از اختلالات منحصر به فرد، پیچیده و مزمن است که علائم آن شامل سه بعد برانگیختگی زیاد، اجتناب و بی‌احساسی و تجربه‌ی مجدد فرد به‌طور مرتب از رویداد آسیب‌زا است (۴). اختلال استرس پس‌آسیبی پدیده‌ای نسبتاً نادر است. به‌طور کلی شیوع این اختلال در ایالات متحده، در طول عمر با استفاده از ملاک‌های نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> در ۷۵ سالگی، ۸/۷ درصد است. شیوع ۱۲ ماهه در بزرگسالان این کشور ۳/۵ درصد است (۴). میزان شیوع اختلال مزبور در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است (۵)؛ همچنین شیوع این اختلال در بین جانبازان شهر تهران ۳۹ درصد (۶) و در شهرستان گیلان غرب نیز ۴۸ درصد گزارش شده است (۷).

این اختلال باعث افت شدید عملکرد شغلی و ازکارافتادگی، پیامدهای اقتصادی، بیماری‌های همراه از جمله افسردگی و اعتیاد به مواد گوناگون، آسیب جدی به روابط خانوادگی، اجتماعی و مقاوم به درمان می‌شود (۸-۹). افراد مبتلا به اختلال استرس پس‌آسیبی در شهرستان گیلان غرب به میزان بیشتری از افکار، هیجانات و خاطرات دردناک مربوط به رویدادهای آسیب‌زا اجتناب می‌کنند که این خود مبنای آسیب‌شناختی‌های متعددی مانند سوء مصرف مواد، اختلال وسواس فکری-عملی، سلب اعتماد، پس‌رفت عملکرد اقتصادی و اجتماعی، ازدواج‌های ناموفق، طلاق و بروز اختلالات روان‌تنی در زندگی می‌شود. این افراد اغلب با

رفتارهای آشفته و حاکی از بی‌قراری واکنش نشان می‌دهند و مدام تلاش می‌کنند تا از یادآوری رویداد استرس‌زا خودداری کنند. همچنین این افراد به میزان کمتری به اهداف واقعی و بودن در زمان حال، بدون قضاوت راجع به تجربیات دردناک گذشته و احتمالات ترسناک آینده، توجه می‌کنند و به میزان زیادی در مورد پیش‌بینی دلایل و پیامد رویداد های آسیب‌زا اشتغال ذهنی دارند. این موارد به‌خودی‌خود باعث بیشتر شدن فشارها و کم‌شدن حمایت اجتماعی و خوش‌بینی کاذب و روان‌رنجوری می‌شود و علائم پس‌آسیبی بیشتری را گزارش می‌کنند (۷).

شواهد نشان می‌دهد که تغییرپذیری در علائم اختلال استرس پس‌آسیبی می‌تواند با میزان دلسوزی به خود<sup>۳</sup> ارتباط داشته باشد؛ به‌طوری‌که افزایش دلسوزی به خود باعث بهبودی علائم اختلال استرس پس‌آسیبی و ترس از دلسوزی شده و درد و رنج ناشی از اختلال استرس پس‌آسیبی را افزایش می‌دهد (۱۰). دلسوزی به خود یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و به معنی پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک و فهم و نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات رایج فرد، تعریف می‌شود (۱۱). در حال حاضر شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که دلسوزی به خود به‌عنوان یک روش دفاعی در برابر اثرات منفی حوادث آسیب‌زا، مانند آسیب‌شناسی روانی و کاهش کیفیت زندگی عمل می‌کند (۱۲)؛ همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۴</sup> با علائم اختلال استرس پس‌آسیبی و دلسوزی به خود ارتباط دارد؛ به‌طوری‌که افزایش آن باعث کاهش درد و رنج و بهبودی در افراد مواجه‌شده با آسیب می‌شود (۱۳). انعطاف‌پذیری شناختی و دلسوزی به خود، سازه‌های مرتبط با مداخلات ذهن‌آگاهی هستند که با ابعاد مختلف سلامت روانی ارتباط دارند (۱۴).

بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (۱۱) و جنبه‌ی

3. self-compassion  
4. Cognitive flexibility

1. Posttraumatic stress disorder (PTSD)  
2. DSM-5

اسکیزوفرنی، ارزیابی و درمان تلقی می‌شود (۲۴). عملکرد شناختی با همدلی عاطفی و شناختی مرتبط است (۲۵). در مطالعه‌ای نشان داده شد که عدم انعطاف‌پذیری شناختی توانایی بیشتری نسبت به دلسوزی به خود برای پیش‌بینی واریانس شاخص‌های سلامت روانی دارد (۱۴). برای نشخوار فکری، نگرانی، دلسوزی به خود و انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان شیوه‌های زیربنایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شواهدی به دست آمد و این متغیرها نقش میانجی مهمی را در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روانی افراد داشتند (۲۶). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی تأثیر تمرکز حواس، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم احساسات در علائم اختلال استرس پس‌آسیبی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افزایش انعطاف‌پذیری شناختی با کاهش علائم اختلال استرس پس‌آسیبی همراه است (۲۷). دلسوزی به خود با فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی از جمله پذیرش فکر<sup>۱</sup>، گسلش<sup>۲</sup> و احساس خوب بودن رابطه دارد (۲۸). شواهد مطالعاتی دیگر نشان داد انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط بین ترس از دلسوزی به خود و علائم اختلال استرس پس‌آسیبی را تعدیل می‌کند و ارتباط مثبت معنی‌داری بین ترس از دلسوزی به خود و علائم اختلال استرس پس‌آسیبی وجود دارد (۱۱)؛ همچنین بین کنترل شناختی، انسجام هیجانی و شدت رویدادهای آسیب‌زای گذشته و انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی ارتباط وجود دارد (۲۹).

در کل نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کاهش آسیب‌پذیری روانی در افراد مواجهه‌شده با آسیب با افزایش منابع خارجی مانند حمایت‌های اجتماعی و منابع داخلی مانند انعطاف‌پذیری شناختی و دلسوزی به خود مرتبط است. با توجه به شیوع اختلال پس‌آسیبی در شهرستان گیلان غرب و تأثیری که بر عملکرد روانی، اجتماعی و اقتصادی افراد این منطقه می‌گذارد (۷) و اینکه تاکنون به‌درستی مشخص نشده است که چرا بعضی از افراد به این اختلال مبتلا می‌شوند (۱۰)، این پژوهش در جهت فهم بهتر اختلال استرس پس‌آسیبی حائز اهمیت است. با توجه به اهمیت این امر پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی روابط ساختاری دلسوزی

اساسی بهداشت روانی برای به دست آوردن سلامت روان شناختی است (۱۵). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (۱۶). دلسوزی به خود به‌عنوان بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات سلامت روان، حتی علائم اختلال استرس پس‌آسیبی و انعطاف‌پذیری روان شناختی در نظر گرفته شده است (۱۳). افزایش حمایت اجتماعی و افزایش منابع داخلی از جمله دلسوزی به خود، باعث کاهش آسیب‌پذیری روانی در افراد مواجهه شده با آسیب می‌شود (۱۷). دو جزء مثبت و منفی دلسوزی به خود، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات در سلامت روانی، علائم اختلال استرس پس‌آسیبی و عدم انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۱). ابعاد دلسوزی به خود به‌عنوان یک عامل حفاظتی قابل‌انعطاف برای پیامدهای آسیب‌شناسی روانی ناشی از رویدادهای آسیب‌زا عمل می‌کند (۱۵). نتایج مطالعاتی دیگر مبنی بر این بود که علائم اختلال استرس پس‌آسیبی با خودداوری، انزوا و همدردی افراطی ارتباط مثبت و معناداری دارد؛ اما با مهربانی به خود، انسانیت مشترک، ذهن‌آگاهی، دلسوزی به خود و انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط معکوس دارد (۱۸). نتایج مطالعه‌ای نشان داده که علائم اختلال استرس پس‌آسیبی با انتقاد از خود و اجتناب از تجارب خود مرتبط است (۱۹). با افزایش شفقت نسبت به خود، ذهن‌آگاهی، و همدردی علائم اختلال استرس پس‌آسیبی کاهش می‌یابد (۲۰). اختلال استرس پس‌آسیبی با خشم، افسردگی، انزوا، افکار مزاحم و فلش‌بک‌های مربوط با حادثه مرتبط است (۲۱).

در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط مثبتی بین اجتناب و علائم اختلال استرس پس‌آسیبی و حساسیت سیستم‌بازداری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ای حاکی از آن است که اجتناب از افکار مربوط به رویدادهای آسیب‌زا و ذهن‌آگاهی پایین می‌تواند در علائم اختلال استرس پس‌آسیبی در افراد مواجهه شده با آسیب نقش داشته باشد (۲۲). نتایج مطالعه‌ای دیگر حاکی از آن است که انعطاف در شناخت با قضاوت مرتبط است (۲۳). پرورش انزوا به‌منزله‌ی یک ارزش برای دست‌کاری غیرتهاجمی مانند مدل سازی نقش‌های شناختی

به خود، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم پس‌آسیبی انجام گرفت.

## روش

### الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل تمام افرادی بود که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ به دلیل مواجهه‌شدن با حداقل یک رویداد آسیب‌زا از جمله انفجار مین منجر به نقص عضو و فوت والدین، تحت حمایت کمیته‌ی امداد و بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب بودند. کل جامعه‌ی آماری ۲۹۰ نفر بودند؛ اما به دلیل نداشتن ملاک‌های ورود به پژوهش ۱۰۰ نفر از پژوهش خارج شدند و ۱۹۰ نفر باقی‌مانده به‌عنوان جامعه‌ی آماری انتخاب شدند و در این پژوهش شرکت کردند. برای اجرای این پژوهش بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به مراکز کمیته‌ی امداد و بنیاد شهید شهر گیلان‌غرب، (در این شهرستان فقط یک مرکز برای کمیته‌ی امداد و یک مرکز برای بنیاد شهید وجود داشت) فهرست تمامی مراجعینی که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ تحت حمایت مراکز گفته‌شده قرار گرفته بودند، در اختیار قرار گرفت؛ بعد از انتخاب نمونه‌ی آماری و تبیین اهداف پژوهشی از آن‌ها درخواست شد به پرسش‌نامه‌های مقیاس اختلال استرس پس‌آسیبی می‌سی‌سی‌پی، دلسوزی به خود و انعطاف‌پذیری شناختی که از نوع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بودند، به‌صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر پاسخ دهند. تجربه‌ی رویداد آسیب‌زای انفجار مین منجر به نقص عضو و مرگ والدین، داشتن سطح تحصیلات راهنمایی به بالا برای پاسخ‌گویی و درک سؤالات پرسش‌نامه‌های پژوهشی ملاک‌های ورود و داشتن هر نوع بیماری طبی، عقب‌ماندگی ذهنی و علائم روان‌پریشی و عدم انگیزه برای مشارکت در مطالعه ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسش‌نامه، رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده

به‌صورت گروهی تحلیل خواهد شد.

## ب) ابزار

### ۱. مقیاس اختلال استرس پس‌آسیبی می‌سی‌سی‌پی<sup>۱</sup>

مقیاس اختلال استرس پس‌آسیبی می‌سی‌سی‌پی در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس‌آسیبی به کار برده می‌شود (۳۰). این مقیاس شامل ۳۵ مؤلفه و شامل تجربه‌ی مجدد، کناره‌گیری و کرختی، بیش‌انگیزگی و خودآزاری است. سه تا از این موارد ارتباط خیلی نزدیکی با ملاک‌های DSM برای اختلال استرس پس‌آسیبی دارند. آزمودنی‌ها به این مؤلفه‌ها با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (غلط، به‌ندرت درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به‌ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه خواهد بود. این مقیاس ضریب همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. این مقیاس از اعتبار بالایی برخوردار است و همبستگی خوبی با دیگر ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه دارد (۱۸). این مقیاس را در ایران گودرزی، اعتباریابی کرد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ گزارش شد.

### ۲. مقیاس دلسوزی به خود<sup>۲</sup>

مقیاس دلسوزی به خود، یک مقیاس خودگزارشی ۲۶سؤالی است. این مقیاس شش خرده‌مقیاس مهربانی به خود (۵ گزینه)، خودداری (۵ گزینه)، وجه مشترک انسانی (۴ گزینه)، انزوا (۴ گزینه)، ذهن‌آگاهی (۴ گزینه) و همدردی بیش‌ازحد (۴ گزینه) را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها به سؤالات این مقیاس در مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از تقریباً هرگز (صفر) تا تقریباً همیشه (۴) پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این شش مقیاس نیز، با احتساب نمرات معکوس، نمره‌ی کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد (۳۱). پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسش‌نامه نشان داده‌اند که همه‌ی این شش مقیاس همبستگی درونی بالایی باهم دارند و

2. Self-Compassion Scale

1. Posttraumatic Stress Disorder Mississippi Scale

تی بین تمامی شاخص های آزمون، به جز بر نامه ریزی و شناخت اجتماعی، تفاوت معناداری را نشان داد (۳۳). در این پژوهش از خرده‌مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی این آزمون استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس بر آزمودنی‌های مطالعه‌ی حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

برای بررسی برازش مدل مفهومی پژوهش با توجه به الگوریتم تحلیل، مدل‌ها با استفاده از نرم‌افزار PLS تحلیل شدند. دلایل انتخاب این روش نسبت به دیگر روش‌ها، نمونه‌ی کوچک و درنهایت مدل اندازه‌گیری از نوع سازنده است (۳۴). در این روش، برازش مدل پژوهش در سه بخش مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری و مدل کلی با توجه به شاخص‌های مختص به خودارزیابی می‌گردد.

### یافته‌ها

تعداد ۱۹۰ نفر با میانگین سنی ۳۳/۰۹ سال و انحراف استاندارد ۱۱/۴۶ در این مطالعه شرکت داشتند. از کل ۱۹۰ نفر، از نظر وضعیت شغلی ۹ نفر دولتی، و ۶۰ نفر شغل آزاد و ۱ نفر بازنشسته، ۱۲۰ نفر بیکار بودند. از نظر وضعیت اقتصادی ۱۰۸ نفر درآمد پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان، ۲۵ نفر بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۴۵ نفر ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان و ۱۲ نفر درآمد بالاتر از یک میلیون تومان داشتند که در این پژوهش شرکت کردند.

تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ثبات درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و آزمون مجدد آن ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۱). این مقیاس در ایران نیز اعتباریابی شده است که نتایج تحلیل عامل اکتشافی، شش عامل با مقادیر ویژه بیشتر از یک را آشکار کرد که در مجموع ۴۳/۴۷ درصد از کل واریانس را تبیین کردند (۳۲). ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی این پرسش‌نامه بر یک نمونه‌ی ایرانی در دامنه‌ی ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

### ۳. پرسش‌نامه‌ی توانایی‌های شناختی<sup>۱</sup>

پرسش‌نامه‌ی توانایی‌های شناختی یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است. این مقیاس هفت عامل مجزای حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، بر نامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی) را در برمی‌گیرد و به‌جز سؤالات مقیاس شناخت اجتماعی همه‌ی سؤالات نمره‌گذاری معکوس دارند. آزمودنی‌ها به سؤالات این مقیاس در پنج نقطه از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۳ به دست آمد و همبستگی پیرسون دو نوبت آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. تمامی مقیاس‌های آزمون، به‌جز شناخت اجتماعی، در سطح ۰/۰۱ با معدل همبستگی داشتند و آزمون

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای دلسوزی به خود و انعطاف‌پذیری شناختی

PTSD	انعطاف‌پذیری شناختی	دلسوزی به خود	همدردی افراطی	ذهن‌آگاهی	انزوا	وجه مشترک انسانی	خودداوری	مهربانی به خود	میانگین
۹۹/۳۹	۱۱/۸۶	۷۱/۸۳	۱۲/۲۳	۱۰/۸۹	۱۳/۳۹	۹/۳۹	۱۳/۵۹	۱۱/۷۸	
۲۶/۳۵	۴/۳۴	۱۴/۶۹	۳/۳۶	۵/۴۳	۲/۸۷	۵/۳۸	۱/۸۱	۴/۹۵	انحراف معیار

عاملی سؤالات یا مؤلفه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مجموع بار عاملی هفت مؤلفه که شامل مؤلفه‌ی ۳، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۱ و ۲۷ از مؤلفه‌ی اختلال استرس پس‌آسیبی است، کمتر از ۰/۴ بوده است که در تحلیل‌های

برازش مدل اندازه‌گیری؛ ابتدا به بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از سه معیار پایایی شاخص<sup>۲</sup> (ضرایب بارهای عاملی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی یا CR)، روایی همگرا و روایی واگرا پرداخته می‌شود. ابتدا بار

1. Cognitive Abilities Questionnaire  
2. Item Reliability

بعدهی حذف شده‌اند تا دیگر معیارها تحت تأثیر آن‌ها قرار نگیرند (۳۴). سایر نتایج مربوط به ضرایب آلفای کرونباخ،

پایایی ترکیبی و روایی همگرا در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. برازش مدل‌های اندازه‌گیری

متغیر	بار عاملی > ۰/۴	آلفای کرونباخ > ۰/۷	پایایی ترکیبی > ۰/۷	AVE
دلسوزی به خود	-	۰/۹۶	-	-
مهربانی به خود	۰/۷۷	۰/۸۶	۰/۹۰	۰/۶۵
خودداوری	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۷۱
وجه مشترک انسانی	۰/۸۵	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۸۴
انزوا	۰/۹۳	۰/۸۳	۰/۸۹	۰/۶۵
ذهن آگاهی	۰/۸۵	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۶۷
همدردی بیش از حد	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۸۰
انعطاف‌پذیری شناختی	-	۰/۸۲	۰/۸۸	۰/۶۵
اختلال استرس پس‌آسیبی	-	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۵۸

۰/۵ محاسبه شده است که حاکی از پایایی و روایی مناسب مدل‌هاست (۳۴).

در نهایت به منظور سنجش روایی واگرا، مطالعات بیان می‌کنند که میزان AVE برای هر سازه باید بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر باشد (۳۴). در جدول ۳ این ماتریس نشان داده شده است.

به منظور دستیابی به پایایی و روایی متغیرهای پنهان مرتبه‌ی دوم مقیاس دلسوزی به خود، اقدام به محاسبه‌ی دستی این مقادیر شده است. نتایج حاکی از آن است که ضرایب پایایی ترکیبی و روایی همگرا برای این متغیر به ترتیب برابر است با ۰/۹۳ و ۰/۷۶. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا برای متغیرهای پنهان مرتبه‌ی اول و دوم به ترتیب بالاتر از ۰/۷ و

جدول ۳. ماتریس سنجش روایی واگرا

مهربانی به خود	خودداوری	وجه مشترک انسانی	انزوا	ذهن آگاهی	همدردی بیش از حد	انعطاف‌پذیری	استرس پس‌آسیبی
مهربانی به خود	۰/۸۰						
خودداوری	۰/۷۲	۰/۸۴					
انسانیت مشترک	۰/۴۳	۰/۶۶	۰/۹۱				
انزوا	۰/۶۱	۰/۷۱	۰/۸۰	۰/۸۶			
ذهن آگاهی	۰/۶۶	۰/۶۹	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۷۹		
همدردی بیش از حد	۰/۶۲	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۷۲	۰/۸۹	
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۷۷	۰/۷۱	۰/۶۴	۰/۷۴	۰/۸۰
اختلال استرس پس‌آسیبی	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۷۶

شده‌اند که معنادار بودن روابط را نشان می‌دهد. این مقادیر برای تأیید فرضیه‌های پژوهش در ادامه ارائه می‌گردند (شکل ۲). دومین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری، ضرایب R2 مربوط به متغیرهای پنهان درون‌زای مدل است. معیار سوم، Q2 است که قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد و در مورد تمامی سازه‌های درون‌زای مدل محاسبه می‌شود. در نهایت معیار GOF مربوط به بخش کلی مدل‌های معادلات ساختاری با استفاده از ضرایب تعیین تمامی متغیرها و مقادیر اشتراکی متغیرهای درون‌زای مرتبه‌ی اول است (۳۴). نتایج بررسی تمام این معیارهای برازندگی در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به بیشتر شدن مقدار جذر AVE متغیرهای پنهان مرتبه‌ی اول پژوهش (مقادیر روی قطر اصلی ماتریس بالا) از مقدار همبستگی متغیرها با یکدیگر، می‌توان روایی واگرایی مناسب مدل را تأیید کرده و برازش خوب مدل‌های اندازه‌گیری را نتیجه گرفت.

#### برازش مدل ساختاری و مدل کلی پژوهش

بعد از بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری، نوبت به برازش مدل ساختاری پژوهش می‌رسد. به‌منظور بررسی برازش مدل ساختاری از سه معیار استفاده می‌گردد. اولین معیار ضرایب اعداد معناداری یا t است. مطابق با تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار PLS، تمامی ضرایب معناداری Z از ۱/۹۶ بیشتر گزارش

جدول ۴. معیارهای برازش بخش ساختاری

GOF ۰/۳۶ > ۰/۲۵ > ۰/۰۱	مقادیر اشتراکی (Communality)	Q2 (1-SSE/SSO) ۰/۳۵ > ۰/۱۵ > ۰/۰۲	R2 ۰/۶۷ > ۰/۳۳ > ۰/۱۹	
	۰/۶۴	۰/۳۷	۰/۶۰	مهربانی به خود
	۰/۷۰	۰/۵۴	۰/۷۸	خودداوری
	۰/۸۴	۰/۶۰	۰/۷۲	وجه مشترک انسانی
	۰/۶۷	۰/۵۸	۰/۸۷	انزوا
	۰/۷۷	۰/۵۵	۰/۷۲	ذهن‌آگاهی
	۰/۸۰	۰/۶۷	۰/۸۶	همدردی بیش‌ازحد
	۰/۶۵	۰/۴۳	۰/۷۰	انعطاف‌پذیری شناختی
	۰/۵۸	۰/۵۴	۰/۹۳	اختلال استرس پس‌آسیبی

$$GOF = \sqrt{\text{Communalties} \times R^2}$$

$$\text{Communalties} = \frac{5.65}{7} = 0.80$$

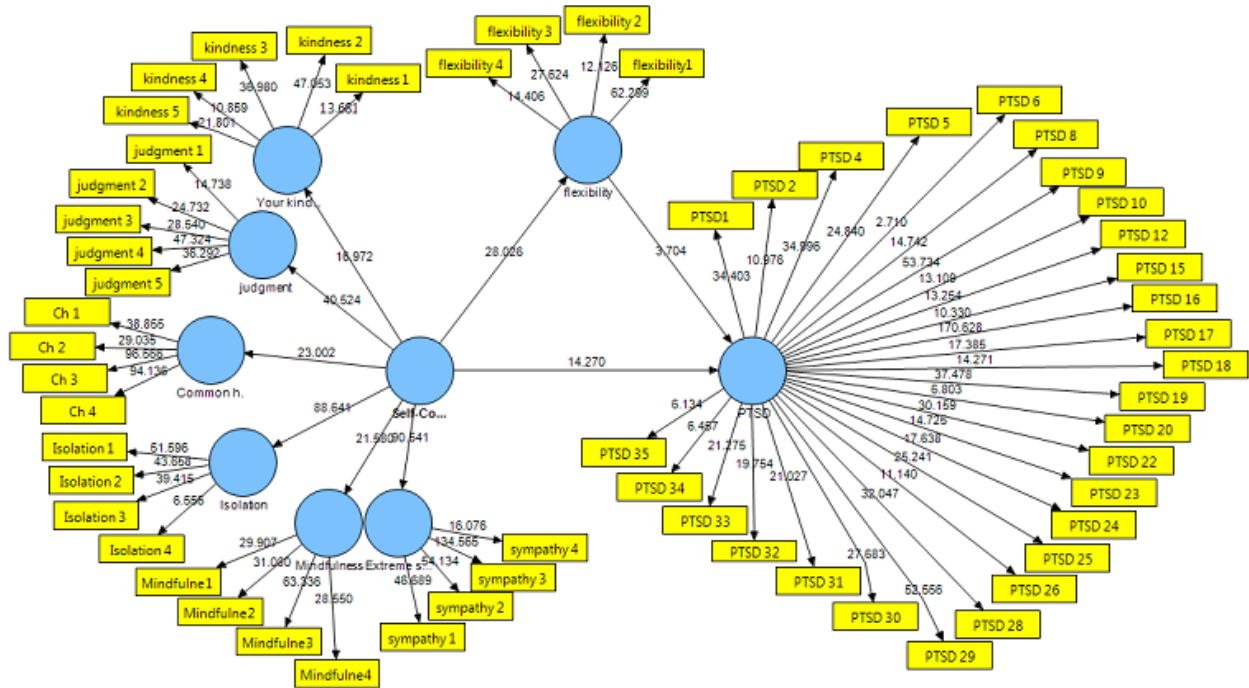
$$R^2 = \frac{6.18}{7} = 0.88$$

$$GOF = \sqrt{0.80 \times 0.88} = 0.83$$

مقدار حصول شده ۰/۸۳ نشان از برازش کلی قوی مدل دارد. در ادامه شکل ۲ ارائه شده است که عدد معناداری یا t-value را نشان می‌دهد. چنانچه نتایج نشان می‌دهد ضرایب معناداری مسیرهای میان متغیرها بیشتر از ۱/۹۶ است که این مطلب حاکی از معنی‌دار بودن فرضیه‌های پژوهش است و باعث تأیید فرضیه‌ها می‌گردد.

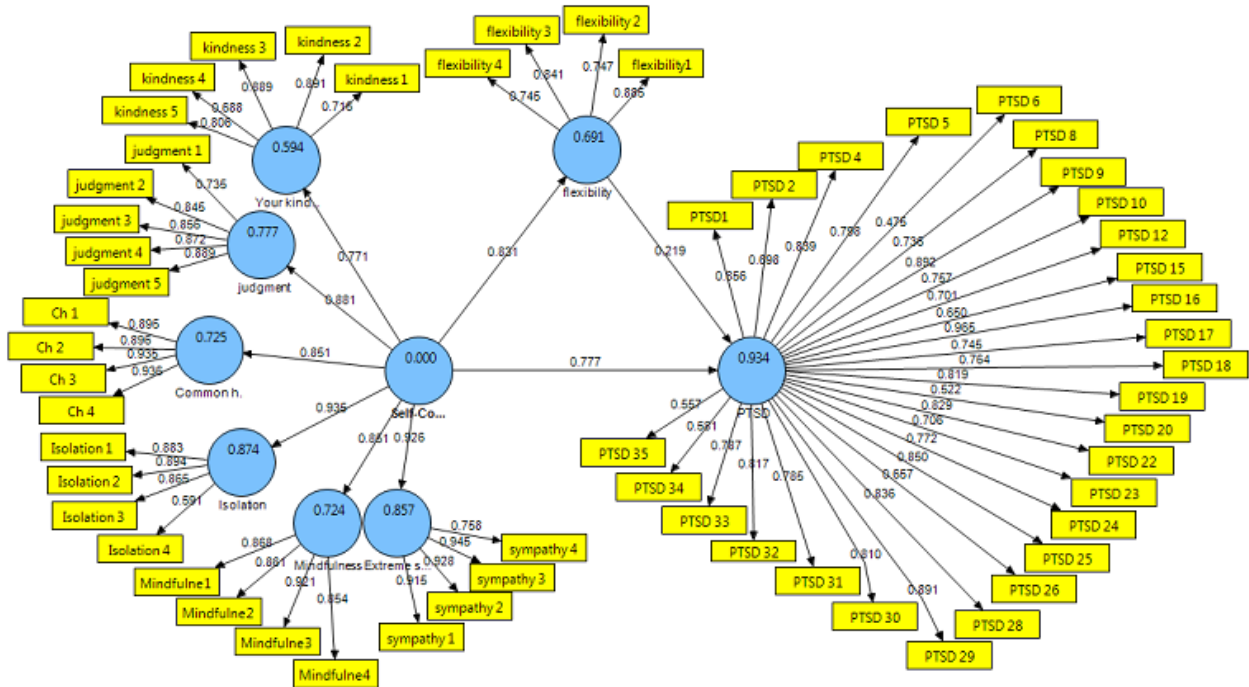
با توجه به مقدار ملاک‌های تصمیم که نشان از مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای آن معیار دارد، مشاهده می‌شود که مقادیر R2 برای سازه‌های پژوهش مناسب است. در ارتباط با معیار Q2 نیز نتایج حاکی از قابلیت متوسط تا قوی پیش‌بینی مدل است و در نهایت برازش مناسب مدل ساختاری تأیید می‌شود. در نهایت با توجه به سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF،





شکل ۱. مدل ترسیم شده همراه با مقادیر t-v

پس از بررسی معنادار بودن فرضیه‌های پژوهش، نوبت بررسی شدت این تأثیرات است. شکل ۲ ضرایب استاندارد شده مسیرهای میان متغیرها را نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل ترسیم شده شامل ضرایب استاندارد

خلاصه‌ی نتایج مربوط به آزمون فرضیه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه‌ی آزمون فرضیات

نتیجه‌ی آزمون	آماره t	ضرایب مسیر			متغیر وابسته	متغیر میانجی	متغیر مستقل	شماره‌ی فرضیه
		رابطه	مسیر مستقیم	مسیر غیرمستقیم				
تأیید فرضیه	۱۵/۴۷	۰/۷	-	۰/۷	استرس پس‌آسیبی	-	خوددلسوزی	اول
تأیید فرضیه	۲۶/۹۳	۰/۸	-	۰/۸	انعطاف‌پذیری‌شناختی	-	خوددلسوزی	دوم
تأیید فرضیه	-۴/۰۱	۰/۲	-	۰/۲	استرس پس‌آسیبی	-	انعطاف‌پذیری شناختی	سوم
تأیید فرضیه	-۳/۷۶	۰	۰	۰/۳	استرس پس‌آسیبی	انعطاف‌پذیری شناختی	خوددلسوزی	چهارم

در نهایت جدول بالا نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری شناختی دارای دو تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر اختلال استرس پس‌آسیبی است. این تأثیر غیرمستقیم از طریق حاصل ضرب ضرایب مسیر به‌دست‌آمده است. به‌منظور بررسی معناداری متغیرهای میانجی (آماره‌ی t)، از آزمون سوبل استفاده گردیده است. نتیجه‌ی این آزمون نشان داد که مقدار آماره‌ی t برای فرضیه‌ی چهارم برابر است با ۳/۷۶- که بیشتر از معیار ۱/۹۶ است؛ بنابراین فرض صفر در سطح اطمینان ۹۵٪ رد می‌گردد؛ بدین معنی که ضرایب غیرمستقیم به‌دست‌آمده معنادار است و فرضیه‌های مربوطه تأیید می‌گردند؛ به عبارت دیگر، خوددلسوزی می‌تواند از طریق انعطاف‌پذیری شناختی (با ضریب غیرمستقیم ۰/۵۲) بر اختلال استرس پس‌آسیبی افراد مواجه شده با آسیب اعمال نفوذ کند.

در استفاده از آزمون سوبل به‌منظور بررسی معناداری متغیر میانجی، اقدام به بررسی ضرایب مسیر و خطاهای استاندارد گردیده است. با جای‌گذاری مقادیر در فرمول آزمون سوبل در خصوص فرضیه‌های چهارم خواهیم داشت:

نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵٪ درصد در فرضیه‌های اول و دوم، خوددلسوزی می‌تواند به ترتیب بر اختلال استرس پس‌آسیبی تأثیر منفی، ولی بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر مثبت و معنادار اعمال کند. در واقع عدد معناداری این فرضیه‌ها برابر است با ۱۵/۴۷- و ۲۶/۹۳ (t-value > ۱/۹۶) که نشان می‌دهد شیب خط رگرسیونی مخالف صفر بوده و فرض تابعیت نکردن متغیرهای مستقل از خوددلسوزی مردود است؛ به عبارت دیگر نتیجه می‌گیریم که خوددلسوزی، متغیری مؤثر برای اختلال استرس پس‌آسیبی به‌طور منفی و انعطاف‌پذیری‌شناختی به‌طور مثبت است و با فرض ثابت بودن سایر عوامل و شرایط، افزایش یک واحد در متغیر مستقل خوددلسوزی، افزایش ۷۰٪ درصدی در اختلال استرس پس‌آسیبی و ۸۰٪ درصدی در انعطاف‌پذیری شناختی انتظار می‌رود. این موضوع در خصوص فرضیه‌های سوم پژوهش نیز صدق می‌کند و اختلال استرس پس‌آسیبی افراد مواجه‌شده با آسیب را عاملی نفوذپذیر از انعطاف‌پذیری شناختی می‌داند. در واقع می‌توان مشاهده نمود مؤلفه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی از تأثیرات منفی و معنادار ۰/۲ بر اختلال استرس پس‌آسیبی برخوردار است.

مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبه‌رو شوند (۳۵). با توجه به اینکه دلسوزی به خود به‌عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع‌دوستی، مهربانی و شادی همراه است (۳۶)، همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد این رویکرد می‌تواند به‌عنوان عامل تأثیرگذار و مهم در مؤلفه‌های روان‌شناختی مثبت انسان‌ها تلقی گردد. دلسوزی به خود از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد؛ چرا که به آگاهی‌های هشیارانه از هیجان‌های خود، اجتناب‌نکردن از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آن‌ها نیازمند است؛ در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از هشیاری، تجربه‌ی هیجانی خود را می‌شناسند و سپس نگرشی دلسوزانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (۳۷).

نتایج مطالعه نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیم منفی بر علائم اختلال استرس پس‌آسیبی دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات دیگر همخوان است (۱۴، ۲۷، ۲۹). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که توانایی کمتری برای سازگار کردن راهکارهای فرایند شناختی به‌منظور مواجهه با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط دارند، علائم اختلال استرس پس‌آسیبی بیشتری را گزارش می‌دهند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه استنباط کرد که افراد مواجه‌شده با آسیب نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به‌عنوان موقعیت قابل‌کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویداد‌های زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه‌چندین جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های سخت نمی‌توانند به راه حل‌های جایگزین فکر کنند. انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های اصلی کارکرد اجرایی است. کارکردهای اجرایی، برون‌دادهای رفتار را تنظیم می‌کنند که معمولاً شامل بازداری و کنترل محرک‌ها، حافظه‌ی کاری، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی است (۳۸)؛ بنابراین انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی انتخاب پاسخ عملی بین گزینه‌های موجود و مناسب و استفاده از خلاقیت اشاره می‌کند. می‌توان این‌گونه استنباط

$$Z - value = \frac{.83 \times .21}{\sqrt{(.21^2 \times .02^2) + (.83^2 \times .05^2) + (.02^2 \times .05^2)}} = \frac{.17}{.045} = 3.76$$

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثرات مستقیم ویژگی‌های شخصیتی دلسوزی به خود و اثرات غیرمستقیم آن از طریق انعطاف‌پذیری شناختی بر علائم اختلال استرس پس‌آسیبی در افراد مواجه‌شده با آسیب، انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که دلسوزی به خود، اثر مستقیم منفی بر علائم اختلال استرس پس‌آسیبی دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات دیگر همخوان است (۱۵، ۲۲-۱۹). افرادی که به میزان کمتری از یک شکل سالم خودپذیری برخوردار هستند که این خود بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است، علائم اختلال استرس پس‌آسیبی بیشتری را گزارش می‌دهند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود و بر عواطف مثبت و منفی تأثیر می‌گذارد و باعث تشدید هیجانات منفی می‌شود که این خود ممکن است با اختلالات روانی همراه شود.

می‌توان گفت که مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی باعث کاهش هیجان‌های منفی در آن‌ها می‌شود. در واقع دلسوزی به خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که دلسوزی به خود بالایی دارند، از آنجاکه با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه‌ی عملکرد واقعی‌شان است؛ چراکه قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خوددفاعی. نکته‌ی قابل‌بحث این است که دلسوزی به خود می‌تواند به افراد کمک کند تا به‌صورت مؤثرتری سلامت خود را حفظ کنند؛ چون با این رویکرد آن‌ها یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و

آن شخص می‌تواند از محتویات ذهن خود آگاه شده، محکوم‌سازی را تجربه نکند (۴۰). این ویژگی‌ها باعث می‌شود که فرد به هنگام مواجهه با رویداد آسیب‌زا کمتر دچار اختلالات روانی شود. دلسوزی به خود به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسئله به بهزیستی و کیفیت بهتر زندگی منجر می‌گردد؛ همچنین توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود و احساس تعلق نسبت به دیگران، عامل اصلی جهت‌گیری دل‌بستگی آن‌ها در ارتباط با سلامت روانی است (۴۱). دلسوزی به خود احتمالاً منابع مقابله‌ای مناسب را برای فرد فراهم می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند (۴۲) و یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است و دارای قابلیت‌هایی است که فرد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌تواند شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی را کسب کند (۴۳).

افراد مواجه‌شده با آسیب که از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند، به‌سختی می‌توانند رویداد آسیب‌زا و یادگیری‌های اولیه‌ی مرتبط با رویداد آسیب‌زا را فراموش کنند، آن‌ها بر یادگیری‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برای آن‌ها دارد پافشاری می‌کنند و این پافشاری ممکن است به عدم سازگاری آن‌ها با شرایط جدید و تشدید علائم اختلال استرس پس‌آسیبی منجر شود. با توجه به نتایج یک پژوهش می‌توان این‌گونه استنباط کرد افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری دارند بهتر می‌توانند در موقعیت‌های استرس‌زا سبک مقابله‌ای مناسب را انتخاب کنند و در صورتی که نتوانند منبع استرس را تغییر دهند، انعطاف‌پذیر بوده و به گزینه‌های دیگر می‌اندیشند. آن‌ها سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه را در مواجهه با استرس انتخاب می‌کنند؛ زیرا موقعیت‌های سخت را قابل‌کنترل درک می‌کنند؛ از سوی دیگر افرادی که انعطاف‌پذیری کمتری دارند سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه را به کار می‌برند (۳۹).

مطالعات نشان داده است که انعطاف‌پذیری شناختی تنها مربوط به مشکلات روان‌شناختی نیست؛ بلکه با کیفیت بهتر زندگی هیجانی و رفاه و رضایت شغلی نیز ارتباط دارد. مطالعات نشان داده است که انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی را در سبک‌های مقابله سازگارانه را در سلامت روانی

کرد افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری دارند بهتر می‌توانند در موقعیت‌های استرس‌زا سبک مقابله‌ای مناسب را انتخاب کنند و در صورتی که نتوانند منبع استرس را تغییر دهند، انعطاف‌پذیر بوده و به گزینه‌های دیگر می‌اندیشند. آن‌ها سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه را در مواجهه با استرس انتخاب می‌کنند؛ زیرا موقعیت‌های سخت را قابل‌کنترل درک می‌کنند. از سوی دیگر افرادی که انعطاف‌پذیری کمتری دارند، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه را به کار می‌برند. انعطاف‌پذیری شناختی شامل دو فرایند متقابل وابسته به هم است که شامل پذیرش تجارب و رفتار مبتنی بر ارزش می‌شود. بر این اساس افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی به‌جای اینکه از تجارب خود دوری کنند یا آن را کنترل کرده یا تغییر دهند، مایل‌اند با تجارب منفی خود روبه‌رو شوند و این پذیرش به‌وسیله‌ی انجام دادن اعمال تسهیل می‌شود که این خود براساس ارزش‌های معتبر فردی است؛ بنابراین افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مواجه‌شده با آسیب، موجب بهبود خلق آن‌ها می‌شود. اگر فرد قادر باشد موقعیت‌های سخت را قابل‌کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویداد‌های زندگی و رفتار افراد توانایی چندین توجیه جایگزین را دارا باشد از ابتلا به اختلالات روانی‌رهایی پیدا خواهد کرد؛ بنابراین افرادی که توانایی کمتری برای تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی دارند، علائم اختلال استرس پس‌آسیبی بیشتری را گزارش می‌کنند (۳۹).

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دلسوزی به خود به‌طور غیرمستقیم با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی بر علائم اختلال استرس پس‌آسیبی تأثیر می‌گذارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات دیگر همخوان است (۱۱، ۱۳، ۳۲). سطح پایین دلسوزی به خود می‌تواند به‌واسطه‌ی اثر توانایی کمتر، برای سازگار کردن راهکارهای فرایند شناختی به‌منظور مواجهه با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط بر عواطف مثبت و منفی با شدت بالای هیجان منفی همراه شود که این خود ممکن است باعث اختلالات روانی در افراد مواجه‌شده با آسیب شود؛ همچنین حضور ذهن و هو شیاری بودن به افکار، احساسات و حواس، به‌عنوان مؤلفه‌ی دلسوزی به خود، ابزاری برای مواجهه و غلبه بر ناملایمات شخصی است که به‌واسطه‌ی

بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با کنترل این متغیرهای مزاحم انجام گیرند و همچنین با توجه به آسیب‌پذیری متفاوت زنان و مردان به رویدادهای آسیب‌زا بررسی تفاوت‌های جنسی در متغیرهای این مطالعه نیز پیشنهاد می‌شود. نتایج این مطالعه لزوم توجه به ویژگی‌های شخصیتی دلسوزی به خود در طرح‌ریزی برنامه‌ی درمان افراد مواجه‌شده با آسیب را گوشزد می‌کند؛ همچنین افزایش انعطاف‌پذیری شناختی آن‌ها در برابر رویدادهای آسیب‌زا، عاملی مهم برای مقابله با علائم استرس پس‌آسیبی است.

و هیجانی دارد (۴۴). تمرکز دو مدل درمانی پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است. درمان پذیرش و تعهد شکلی از رفتار درمانی است که هدف آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است که نقش میانجی را در سلامت روان برعهده دارد (۴۵).

نتایج این مطالعه نشان داد دلسوزی به خود هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم، با تأثیر بر علائم اختلال استرس پس‌آسیبی در افراد مواجه‌شده با آسیب، همراه است. ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم چون نوع رویداد آسیب‌زا و فقط استفاده از افراد تحت حمایت کمیته‌ی امداد و بنیاد شهید محدودیت‌های عمده‌ی مطالعه‌ی حاضر بودند؛

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013: 22.
2. Chossegros L, Hours M, Charnay P, Bernard M, Fort E, Boisson D, Sancho PO, Yao SN, Laumon B. Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis & Prevention*. 2011; 1, 43(1):471-477.
3. Kozaric-Kovacic D, Pavelic K, Filipac V, Cindric M, Vucinic S, Kraljevic-Pavelic S. Proteomics and posttraumatic stress disorder (PTSD). 2010.
4. Koenen KC, Stellman SD, Sommer Jr JF, Stellman JM. Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: a 14-year follow-up. *J trauma stress*. 2008; 21(1):49-57.
5. Kazemi R, Mousavi zadeh T, Fard R. The effectiveness of anger control training in increase of social adjustment and improvement of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. *J Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 8 (32): 57-66. [Persian]
6. Shafiee-Kamalabadi M, Bigdeli I, Alavi K, Kianersi F. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Personality Disorders in the Groups Veterans Tehran City. *J Clinical Psycho*. 2014; 6, 1 (21): 65-76. [Persian]
7. Basharpour S, Shafiei M, Daneshvar S. The comparison of experimental avoidance, mindfulness and rumination in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder (PTSD) in an Iranian sample. *Archi Psychi Nurs*. 2015; 1, 29(5):279-83. [Persian]
8. Shabani A. Post-war Stress disorder in literature of Iran. *Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology*, 2010; 15(4), 323-326. [Persian]
9. Tull M. The Effect of PTSD on a Person's Life. A part of the New York Times Company [Online]. Available from: URL: <http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/effectofptsd.htm>. Accessed March 2, 2015.
10. Petersen T, Elklit A. Attachment styles and PTSD in adolescents in three Nordic countries. *OJE*. 2013; 24, 3(02):62.
11. Miron LR, Sherrill AM, Orcutt HK. Fear of self-compassion and psychological inflexibility interact to predict PTSD symptom severity. *J Contextual Behav Sci*. 2015; 1, 4(1):37-41.
12. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *J Individ Differ*. 2010; 1, 48(6):757-761.
13. Seligowski AV, Miron LR, Orcutt HK. Relations among self-compassion, PTSD symptoms, and psychological health in a trauma-exposed sample. *Mindfulness*. 2015; 1, 6(5):1033-1041.
14. Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness*. 2014; 1, 5(4):410-421.
15. Zeller M, Yuval K, Nitzan-Assayag Y, Bernstein A. Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 1, 43 (4): 645-653.
16. Fazeli M, Ehteshamzade, P, Hashemi Sheikh Bahani S.E. (2014). The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *J Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 9 (34): 27-36. [Persian]
17. Maheux A, Price M. The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Pers Individ Dif*. 2016; 1, 88:102-107.
18. Shafiee M, Basharpour S, Heydaryrad H. Comparison of the meaning of life, suicidal thoughts, and cognitive distortions between female patient affected by post-traumatic stress disorder and non-patient. *J Thought & Behavior in*

- Clinical Psychology. (2016); 9 (40): 67-76.[ Persian]
19. Thompson BL, Waltz J. Self-compassion and PTSD symptom severity. *J Trauma Stress*. 2008; 21(6):556-558.
  20. Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF. Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Front Psychol*. 2015; 27, 6:1273.
  21. Pickett SM, Bardeen JR, Orcutt HK. Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord*. 2011; 1, 25(8):1038-1045.
  22. Basharpour S, Shafiei M, Atadokht A, Narimani M. The Role of Experiential Avoidance and Mindfulness in Predicting the Symptoms of Stress Disorder after Exposure to Trauma in Traumatized People Supported by Emdad Committee and Bonyade Shahid Organization of Gilan Gharb in the First Half of 2014. *J Rafsanjan Uni Medi Scien*. 2015; 15; 14(5):405-416. [Persian].
  23. Greene JD, Morelli SA, Lowenberg K, Nystrom LE, Cohen JD. Cognitive load selectively interferes with utilitarian moral judgment. *Cognition*. 2008; 1, 107(3):1144-1154.
  24. Amitai N, Young JW, Higa K, Sharp RF, Geyer MA, Powell SB. Isolation rearing effects on probabilistic learning and cognitive flexibility in rats. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2014; 1, 14(1):388-406.
  25. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Goldsher D, Berger BD, Aharon-Peretz J. Impairment in cognitive and affective empathy in patients with brain lesions: anatomical and cognitive correlates. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004; 1, 26(8):1113-1127.
  26. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*. 2015; 1, 37:1-2.
  27. Dick AM, Niles BL, Street AE, DiMartino DM, Mitchell KS. Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: The influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *J clin psychol*. 2014; 70(12):1170-1182.
  28. MclinPsych EJ, DclinPsych RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *J Cogn Psychother*. 2016; 1, 30(1):60.
  29. Caldwell JG, Krug MK, Carter CS, Minzenberg MJ. Cognitive control in the face of fear: Reduced cognitive-emotional flexibility in women with a history of child abuse. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2014; 28, 23(5):454-472.
  30. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(1):85.
  31. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003; 1, 2(2):85-101.
  32. Basharpour S, Shafiei M. The role of self-compassion and cognitive flexibility in predicting the post-traumatic stress disorder symptoms in individuals exposed to Trauma. *J Shahrekord Uni Medi Scien*. 2017; 15, 19(4):12-22. [Persian].
  33. Nejati V. Cognitive abilities questionnaire: Development and evaluation of psychometric properties. 2013; 2 (15): 11-19.[ Persian]
  34. Davari A, Rezazadeh A. Modeling Structural Equations with PLS Software. Tehran: Academic Jihad. 2014. [Persian].
  35. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*. 2011; 1, 10(3):352-362.
  36. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J clin psychol*. 2013; 1, 69(1):28-44.

37. Bennett-Goleman T. Emotional alchemy: How the mind can heal the heart. *Harmony*; 2002: 23.
38. Denckla MB. ADHD: topic update. *Brain and Development*. 2003; 1, 25(6):383-389.
39. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980; 1:219-239.
40. McCullough ME, Bono G, Root LM. Rumination, emotion, and forgiveness: three longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol*. 2007; 92(3):490.
41. Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jackson J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *J Couns Psychol*. 2011; 58(2):272-278.
42. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, stress, and coping. *Soc Personal Psychol Compass*. 2010; 4(2):107-118.
43. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*. 2005; 1, 4(3):263-287.
44. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME. Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behav modification*. 2010; 34(6):503-519.
45. Powers MB, Vörding MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2):73-80.