

## نقش خودشناختی در تنیدگی، سبکهای دفاعی و سلامت جسمانی

# The Role of Self-knowledge in Stress, Defensive Styles, and Physical Health

Khadijeh Shahmohammadi

M. A. in Psychology

Nima Ghorbani, PhD

Tehran University

دکتر نیما قربانی

دانشگاه تهران

خدیدجه شاهمحمدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی

Mohammad A. Besharat, PhD

Tehran University

دکتر محمدعلی بشارت

دانشگاه تهران

### Abstract

1 08 female and 69 male Iranian university students, during the stressful period of final exams, responded to the following scales : Integrative Self-Knowledge (Ghorbani, 1385), Mindfulness Attention Awareness (Brown & Ryan, 2003), Private Self-Consciousness (Fenigstein et al., 1975), Defense Styles (Andrews, et al., 1993), Perceived Stress (Cohen et al., 1983), Subjective Vitality (Ryan & Fedrick, 1997), Symptom and Illness (Watson & Pennebaker, 1989), and Symptom Checklist (Barton, 1995). The main hypothesis was that self-knowledge processes would be negatively correlated with illness and unhealthy defensive styles, where ingegrative self-knowledge plays the key role. Data showed that, among different self-knowledge pricesses, only integrative self-knowledge predicted illness, symptoms, vitality, and healthy defensive styles. In addition, integrative self-knowledge and internal state awareness predicted mature defensive styles and perceived stress. Minfulness was negatively related to the immature defensive styles.

**Key words :** self-knowledge processes, defensive styles, vitality, symptoms illness, integrative self-knowledge, mindfulness, private self-consciousness, stress.

*Address for Correspondence : Department of Psychology, Tehran University. e-mail : nghorbani@ut.ac.ir*

### چکیده

۱۰۸ زن و ۶۹ مرد دانشجوی ساکن خوابگاه دانشگاه تهران در شرایط تنیدگی زای امتحانها با تکمیل پرسشنامه‌های خودشناسی انسجامی (قربانی، ۱۳۸۵)، آگاهی عینی (براون و رایان، ۲۰۰۳)، خودهشیاری شخصی (فنیگستیان و دیگران، ۱۹۷۵)، سبکهای دفاعی (اندروز و دیگران، ۱۹۹۳)، تنیدگی ادراک شده (کوهن و دیگران، ۱۹۸۳)، سرزندگی (رایان و فدريک، ۱۹۹۷)، بیماری (واتسن و پنبیکر، ۱۹۸۹) و فهرست نشانه‌های مرضی (بارتون، ۱۹۹۵) در این پژوهش شرکت کردند. فرضیه اصلی این بود که فرایندهای خودشناختی به صورت منفی با بیماری و سبکهای دفاعی ناسالم مرتبط‌اند و در این میان خودشناسی انسجامی قوی‌ترین نقش را دارد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین فرایندهای خودشناختی، تنها خودشناسی انسجامی توانست بیماری، نشانه‌های مرضی، سرزندگی و سبکهای دفاعی سالم را پیش‌بینی کند. خودشناسی انسجامی و آگاهی از حالت‌های درونی، سبک دفاعی رشد یافته و تنیدگی ادراک شده را پیش‌بینی کردند و ارتباط آگاهی عینی با سبک دفاعی رشد نایافته منفی بود. داده‌ها بر مبنای اهمیت انسجامی فرایندهای خودشناسی مورد بحث قرار گرفتند.

**واژه‌های کلیدی :** فرایندهای خودشناختی، سبکهای دفاعی، سرزندگی، نشانه‌های بیماری، خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی، خودهشیاری شخصی، تنیدگی.

## مقدمه

(۱۹۹۹) نشان دادند برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال خوردن باید خودشناسی آنها را سازماندهی کرد. این امر منجر به خودپنداشت سازش یافته‌تر و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر می‌شود. از سوی دیگر، وینشتاین (۲۰۰۱) معتقد است با گسترش راهبردهای مقابله‌ای مثبت، ارتقاء خودآگاهی و ایجاد تعادل هیجانی، می‌توان رویدادهای تنش‌زا را تشخیص داد و به شیوه مؤثر با آنها برخورد کرد.

در یک مطالعه، کوان و لواسیک (۱۹۹۰) به فونوی برای مقابله با دردهای مزمن سطحی در بیماران دست یافتند که خودشناسی یکی از محورهای آن است. طبق پژوهش آنها، شیوه‌هایی مانند ورزش، تنش‌زدایی، انتخاب هدف، اولویت‌بندی امور، افزایش خودآگاهی و آموزش قاطعیت<sup>۶</sup> می‌توانند چنین دردهایی را کاهش دهند. در مطالعه‌ای دیگری در مورد بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی مشخص شد یکی از عواملی که می‌تواند سبب کاهش این قبیل دردها شود، افزایش میزان خود-آگاهی است (هاگلی، استین، سندویک، و لاروم، ۱۹۹۷).

پژوهشهای زیادی نشان داده‌اند تراکم وقایعی که مستلزم پردازش و تطبیق مجدد است - به خصوص وقایع مهارنشده و ناخوشایند - خطر ابتلاء به بیماری جسمانی را افزایش می‌دهد (هولمز<sup>۷</sup> و راهه<sup>۸</sup>، ۱۹۷۶، دورنون<sup>۹</sup> و دورنون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۴ نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵). پژوهشهای دیگر نشان داده‌اند که افراد دارای خود-هشیاری شخصی<sup>۱۱</sup> بالاتر، توجه بیشتری به واکنشهای اولیه جسمانی و روان‌شناختی خود دارند و بهتر می‌توانند برخی از اعمال ابزاری و راهبردهای مقابله‌ای فعال را به کار گیرند (گیسون<sup>۱۲</sup>، شیر<sup>۱۳</sup>، کارور<sup>۱۴</sup> و هورموت<sup>۱۵</sup>، ۱۹۷۹ نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵). در بررسی افراد آسیب‌دیده مغزی مشاهده شده است هر چه سطوح انکار افراد بالاتر باشد، از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بیشتری استفاده می‌کنند که به سطوح بالاتری از افسردگی بالینی منجر می‌شود (کورت، وگنر و شوالیز، ۲۰۰۲). در

ارتباط بین فرایندهای روانی و جسمانی در بسیاری از تحقیقات مورد تأکید قرار گرفته است و طب روان - تنی که بر وحدت و تعامل بین جسم و روان تأکید می‌ورزد، دامنه وسیعی از بیماریها را در بر گرفته است (قربانی، واتسون و موریس، ۲۰۰۰). گسترش دامنه بیماریهای روان - تنی در حدی است که امروزه تأثیر عوامل روان-شناختی در پیدایش تمام بیماریها را حائز اهمیت می‌دانند (کاپلان، سادوک و گرب، ۲۰۰۳).

یکی از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر بیماریهای جسمانی فرایندهای خودشناختی است. شواهد پژوهشی و بالینی متعدد، بر نقش مثبت خودآگاهی در مدیریت تنیدگی و مقابله مؤثر، تأکید دارند (اسکافل، ۱۹۷۸؛ استوارت، ۱۹۸۳؛ کویل و ویلیامسون، ۱۹۹۰؛ باد، ۱۹۹۳؛ کروگر، لامپرچ، والت و مولر، ۱۹۹۶؛ جانسون، ۱۹۹۷؛ وینشتاین، ۲۰۰۱؛ کلاگزبرون، ۲۰۰۱؛ اوانز و کلی، ۲۰۰۴). توجه به خود سازش‌یافته، و آگاهی از فرایندهای درونی یکی از مباحثی است که در امر پیشگیری و درمان بیماریها مورد توجه قرار گرفته است (قربانی، واتسون، بینگ، دیویسون و لبرتون، ۲۰۰۳). بسیاری از پژوهشگران جهت درمان بیماریها، کاهش درد و کنار آمدن با وقایع تنیدگی‌زای محیطی به فرایندهای خود شناختی توجه کرده‌اند. کنیس<sup>۱</sup> (۱۹۸۸ نقل از گورسکی، ۱۹۹۰) برای پیشگیری از عود بیماری ۹ اصل زیربنایی و در آن میان، خودشناسی را مورد توجه قرار داده است. این اصول عبارتند از: خود-نظم‌دهی، انسجام<sup>۲</sup>، فهم بیماری، خودشناسی، مهارتهای مقابله، آموزش طرح بهبودی، آگاهی از فرایند درمان، حمایت و پیگیری.

از دیدگاه برخی از پژوهشگران، اختلال عاطفی و اضطراب با فقدان نظارت بر فرایند پویایی سازش‌پذیری (انطباق‌پذیری پویا<sup>۳</sup>)، نشخوار ذهنی مداوم<sup>۴</sup>، و عدم باز-سازی خودشناسی سازش‌نیافته<sup>۵</sup> (توجه به خود مخرب) مرتبط است (متیوز و ولز، ۲۰۰۰). شاورز و لارسون

- |                                    |                               |                                |                    |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| 1. Cenaps, C.                      | 5. away from restructuring of | 8. Rahe, R.                    | 12. Gibbson, F. X. |
| 2. integration                     | maladaptive self-knowledge    | 9. Dohrenwend, B. S.           | 13. Scheier, M. F. |
| 3. dynamic adaptability monitoring | 6. assertive training         | 10. Dohrenwend, B. P.          | 14. Carver, C. S.  |
| 4. preservative rumination         | 7. Holmes, T. H.              | 11. private self-consciousness | 15. Hormuth, S. E. |

هشیاری شخصی)، و نسبت به بیرون، با تمرکز بر جنبه‌های عمومی که نشانگر مؤلفه‌های انگیزشی دخیل در نحوه ارائه خود<sup>۵</sup> یا توصیف خویشتن<sup>۶</sup> است (خود-هشیاری عمومی). مؤلفه سوم، اضطراب اجتماعی است که نگرانی فرد از واکنش دیگران نسبت به خود را نشان می‌دهد (شیب و کارور، ۱۹۸۵ نقل از آشفورد، کاراجورگیس و جکسون، ۲۰۰۵).

از دیگر سو، مفهوم آگاهی عینی<sup>۷</sup> (براون و ریان، ۲۰۰۳) به حالت توجه و آگاهی افزایش یافته و پذیرنده‌ای اشاره دارد که در تنظیم یا حفظ هشیاری بیشتر نسبت به وقایع جاری دخیل است. آگاهی عینی یک فرایند خود-شناختی ادراکی و غیرتأملی است که در آن ادراک، و نه تأمل و تفکر، دخیل است.

خودشناسی فرایند روان‌شناختی پویا، سازش یافته و انسجام‌دهنده‌ای است که در همه لحظات زندگی فعال است. خودشناسی تجربه‌ها و اسنادهای مربوط به خود را به صورت معناداری تلفیق می‌کند؛ فرایند خود نظم‌دهی را تسهیل و احساس بهزیستی<sup>۸</sup> و رضایت را ارتقاء می‌بخشد؛ در هر لحظه به تغییرات گوناگون موقعیتها پاسخگو است و با آگاهی از تجربه‌های جاری و گذشته، آنها را با یکدیگر مرتبط می‌سازد. خودشناسی شامل دو وجه تجربه‌ای و تأملی است. خودشناسی تجربه‌ای<sup>۹</sup>، پردازش پذیرنده اطلاعات مرتبط به خود است که بر حسب تغییرات لحظه به لحظه صورت می‌گیرد. خودشناسی تجربه‌ای نوعی آگاهی به حالت‌های روان‌شناختی جاری است که فرد را در پردازش محتوای تجربه‌های کنونی و تفکیک آنها از یکدیگر توانمند می‌سازد. خودشناسی تجربه‌ای، درونشدهی بلافصل از تجربه‌های فردی را فراهم می‌آورد که برای مقابله با چالشها و دستیابی به هدفها الزامی است و از اشکال خودکار و بی‌اختیار پاسخ‌دهی جلوگیری می‌کند. از دیگر سو، خودشناسی تأملی<sup>۱۰</sup> شامل پردازش شناختی اطلاعات مرتبط با گذشته در مورد خویشتن است. در خودشناسی تأملی، شخص از طریق

مطالعه مردان الکلی نیز مشاهده شده است افرادی که از خودهشیاری شخصی بالایی برخوردارند - در مقایسه با آنهایی که خود - هشیاری شخصی پایینی دارند - از درمان مواجهه‌سازی با نشانه‌ها سود بیشتری می‌برند و پاسخهای مقابله‌ای بهتری را به کار می‌گیرند (برادیزا، گالیور، استاسیویز، توریسی، روزنو و مونتی، ۱۹۹۹).

مک کوال<sup>۱</sup> و هاگتوت<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) نقل از سالز و فتلچر، (۱۹۸۵) در پژوهشهای خود به این نتیجه رسیدند که اگرچه نظارت فعال بر احساسها ممکن است در آغاز با اضطراب یا پریشانی همراه باشد، اما در درازمدت راهبردهای مقابله‌ای فعال در جهت کاهش پریشانی را به راه می‌اندازد. همسو با این نتایج، یافته‌های قربانی، دادستان، اژه‌ای و مطیعان (۱۳۷۸) نشان دادند که ارتقاء خودشناسی از طریق فن بازگشایی ناهشیار، در مقایسه با افشای گفتاری ساده، تغییرات چشمگیری در سطح اندازه‌گیری مکرر متغیرهای ایمنی شناختی سلولهای کمک‌کننده و مهاري لمفوسیت‌های T ایجاد می‌کند. در سطح آسیبهای روان-شناختی، بازگشایی ناهشیار به افزایش موقت، و سپس کاهش چشمگیر حالت‌های بدنی‌سازی، اضطراب، حساسیت بین شخصی، وسواس - بی‌اختیاری و افسردگی نسبت به سنجش پایه می‌انجامد. با توجه به این یافته‌ها، چنین استنباط می‌شود که آگاهی از حالت‌های درونی، نخست به کاهش، و سپس ارتقاء سلامت و خود نظم‌دهی منجر می‌شود.

در خصوص فرایندهای خودشناختی، نظریه پردازي و مفهوم‌سازیهای متعددی ارائه شده است. در این پژوهش، سه مفهوم مورد توجه قرار گرفته است. یکی از نخستین مفهوم‌سازیهای مطرح در این زمینه مفهوم مقیاس خود-هشیاری فنیگشتاین<sup>۳</sup>، شیب و باس<sup>۴</sup> (۱۹۷۵) نقل از قربانی و دیگران، ۲۰۰۳) است که از سه مؤلفه تشکیل شده است: خودهشیاری شامل گرایش فرد به توجه مستقیم نسبت به درون، با تمرکز بر جنبه‌های پنهان خود که با احساسها و افکار درونی مرتبط است (خود-

1. McCaul, K. D.  
2. Haugtevdt, C.  
3. Fenigstein, A.  
4. Buss, A. H.

5. self-presentation  
6. self-portrayal  
7. mindfulness  
8. well-being

9. experiential self-knowledge  
10. reflective self-knowledge

مقیاس خود هشیاری شخصی، گشودگی درون نگرانه<sup>۱</sup> به احساسها و افکار درونی را می‌سنجد، اما پیامدهای سلامت روانی آن مبهم و متناقض است. عوامل آگاهی به حالت‌های درونی<sup>۲</sup> و خود تأمل‌گری<sup>۳</sup> آن هر یک به ترتیب و به نحو متعارضی با سازش‌یافتگی و سازش-نایافتگی همخوانند (واتسون<sup>۴</sup> و بیدرمن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳ نقل از قربانی و دیگران، ۲۰۰۳) و پایایی درونی این عوامل ضعیف است (بریت<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲ نقل از قربانی و دیگران، ۲۰۰۳).

با توجه به همخوانی متناقض مقیاس خود هشیاری شخصی با سلامت، و ضعف همسانی درونی زیر مقیاسهای آن، و همچنین، تک بعدی بودن مقیاس آگاهی عینی (تأکید بر کیفیت ادراکی هشیاری در زمان حال) انتظار می‌رود خودشناسی انسجمی بهتر بتواند میزان بیماری، سرزندگی و سبکهای دفاعی سالم را پیش‌بینی کند. از سوی دیگر، براساس مطالعات ذکر شده، فرایندهای خود شناختی با روشهای دفاعی و مقابله‌ای که افراد اتخاذ می‌کنند ارتباط مستقیم دارند. از این رو، ارتباط خودشناسی با نوع روشهای دفاعی به کار گرفته شده نیز از مسائل مورد بررسی پژوهش حاضر است. از آنجایی که نقش خودشناسی و راهبردهای دفاعی در بیماری و سلامت فقط در شرایط پرتنش معنا می‌یابد، مطالعه حاضر در فضایی که رویدادهای تنش‌زا به صورت عینی حضور داشته‌اند (امتحانهای پایان نیمسال دانشگاهی) صورت گرفته است و فرضیه‌های زیر مطرح شده‌اند:

- ۱) خودشناسی انسجمی، بهتر از دیگر سازه‌های خود-شناختی (آگاهی عینی، خود هشیاری شخصی)، بیماری و سرزندگی را پیش‌بینی می‌کند.
- ۲) فرایندهای خودشناختی (خودشناسی انسجمی، خود-هشیاری شخصی و آگاهی عینی) پیش‌بینی کننده سبکهای دفاعی سازش یافته‌اند.

### روش

نمونه آماری این پژوهش متشکل از ۱۷۷ دانشجوی شاغل

کنشهای عالی و پیچیده به تحلیل تجربه‌های خود می‌پردازد و از این طریق به الگوهای کنش و واکنش فردی پیچیده‌تر دست می‌یابد که نتیجه آن ایجاد دید وسیع‌تر جهت هدایت رفتار است. خودشناسی تجربه‌ای و تأملی در ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر مهار و تنظیم رفتار، احساسها و افکار را بر عهده دارند و ترکیب آنها خودشناسی انسجمی نامیده می‌شود. عدم آگاهی نسبت به الگوهای رفتاری، مکانیزمهای دفاعی، نشخوارهای ذهنی و عدم درک صحیح نسبت به آثار رفتار شخصی بر دیگران، نقطه مقابل خودشناسی است (قربانی و دیگران، ۲۰۰۳).

با استناد به مبانی نظری و مطالعات مورد اشاره می‌توان فرض کرد که فرایندهای خودشناختی در ارتباط بین تنیدگی و بیماری نقش تعدیل‌کننده دارند و با توجه به نقشی که در شکل‌دهی راهبردهای مقابله‌ای و دفاعی سالم دارند، در سلامت جسم و روان مؤثراند. هنگامی که خودشناسی کاهش می‌یابد، سیستم بدن از تنظیم خارج، و واکنشهای دفاعی و سیستم ایمنی سست می‌شوند؛ بدن در مقابل عفونتها، آسیبها و علامتهای هشداردهنده دچار حالت بی‌پاسخی یا کم پاسخی شده، راهبردهای مقابله‌ای نامنظم و ابتدایی جایگزین مکانیزمهای مقابله‌ای سالم می‌شوند.

هدف از تحقیق حاضر این است که نخست مشخص کنیم آیا فرایندهای خودشناختی می‌توانند میزان ابتلاء به بیماری را پیش‌بینی کنند. دوم، در بین سازه‌ها و ابزارهای موجود سنجش فرایندهای خودشناختی، کدام یک بهتر می‌تواند سرزندگی و بیماری را هنگام بروز رویدادهای تنش‌زا پیش‌بینی کند. سوم اینکه انواع خودشناسی با چه راهبردهای مقابله‌ای همخوان است.

مقیاس خود هشیاری فینگستاین و دیگران (۱۹۷۵) نقل از قربانی و دیگران، ۲۰۰۳) که یکی از ابزارهای پر کاربرد در این وادی است (کارور و شییر، ۱۹۸۱ نقل از قربانی و دیگران، ۲۰۰۳) دارای نواقصی است و همین امر ضرورت مقایسه مفاهیم و مقیاسهای موجود در سنجش فرایندهای خودشناختی را مطرح می‌سازد. خرده

به تحصیل دوره کارشناسی دانشگاه تهران (۱۰۸ = زن، ۶۹ = مرد) ساکن خوابگاه، در نیمسال دوم ۱۳۸۵-۱۳۸۴ بودند. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی در دسترس استفاده شد. معیار انتخاب تعداد نمونه، تضمین خطای نوع اول بود که در طرحهای همبستگی با نمونه بیشتر از ۱۰۰ عضو می‌تواند پارامترها را بدون تورش برآورد کرد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنیها به ترتیب ۲۱/۶۳ و ۱/۸۴ بود و ۹۰/۸ درصد آنها مجرد بودند. طرح پژوهش این مطالعه از نوع طرحهای همبستگی است. پرسشنامه‌ها به صورت مداد - کاغذی و با ترتیب زیر به افراد ارائه شد: فرایندهای خودشناختی، تنیدگی ادراک شده، سبکهای دفاعی، بیماری، سرزندگی و علائم بیماری.

در این پژوهش از مقیاسهای زیر استفاده شد:

**مقیاس خودشناسی انسجامی<sup>۱</sup>** (قربانی، ۱۳۸۵): این مقیاس محصول بازنگری در نظریه دو وجه خودشناسی تجربه‌ای و تأملی است (قربانی و دیگران، ۲۰۰۳، ۱۳۸۵) که هر دو وجه خودشناسی تجربه‌ای و تأملی را به صورت منسجم در ۱۲ ماده مورد سنجش قرار می‌دهد. بررسی‌های میان فرهنگی در ایران و امریکا (قربانی، ۱۳۸۵) حکایت از اعتبار و روایی سازه، ملاک، و پیش‌بین این مقیاس می‌کند. آزمودنی به هر ماده در مقیاس پنج درجه‌ای از عمدتاً مخالف (۰) تا عمدتاً موافق (۴) پاسخ می‌دهد.

**مقیاس خودهشیاری شخصی<sup>۲</sup>** (فنیگشتاین و دیگران، ۱۹۷۵) نقل از قربانی، بینگ، واتسون، دیویسون و مک، (۲۰۰۲): این آزمون شامل ۱۰ ماده است و در مقیاس پنج درجه‌ای از عمدتاً مخالف (۰) تا عمدتاً موافق (۴) تهیه شده است. آگاهی از حالت‌های درونی و خود تأمل‌گری زیر مقیاسهای آن هستند.

**مقیاس آگاهی عینی<sup>۳</sup>** (براون و ریان، ۲۰۰۳): این آزمون شامل ۱۵ سؤال است. آزمودنی به هر ماده در مقیاس پنج درجه‌ای از تقریباً همیشه (۰) تا تقریباً هیچ وقت (۴)

پاسخ می‌دهد.

**مقیاس تنیدگی ادراک شده<sup>۴</sup>** (کوهن<sup>۵</sup>، کاماراک<sup>۶</sup>، و مرمل اشتاین<sup>۷</sup>، ۱۹۸۳) نقل از قربانی و دیگران، (۲۰۰۲): این آزمون شامل ۱۴ ماده است که در مقیاس پنج درجه‌ای از عمدتاً مخالف (۰) تا عمدتاً موافق (۴) تهیه شده است. **مقیاس سرزندگی<sup>۸</sup>** (ریان و فردریک، ۱۹۹۷): این مقیاس شامل ۷ ماده است که احساس فعلی سرزندگی آزمودنیها را می‌سنجد. سؤالیهای این مقیاس به صورت هفت گزینه‌ای از خیلی درست است (۷) تا اصلاً درست نیست (۱) درجه‌بندی شده است.

**مقیاس فهرست نشانه‌های مرضی<sup>۹</sup>** (بارتون، ۱۹۹۵): این ابزار ۲۰ ماده‌ای که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، از تقریباً همیشه (۵) تا تقریباً هیچ وقت (۱) تهیه شده است، مشکلات جسمانی و بدنی‌سازی افراد را می‌سنجد. **مقیاس بیماری<sup>۱۰</sup>** (واتسون و پنیکر، ۱۹۸۹): این آزمون بیماریهای افراد را از طریق یک مقیاس ۶۳ ماده‌ای که شامل فهرستی از بیماریهای جسمی است، می‌سنجد. آزمودنیها با پاسخ بله یا خیر در پرسشنامه، میزان ابتلا به بیماری خود را گزارش می‌کنند.

**پرسشنامه سبکهای دفاعی<sup>۱۱</sup>** (اندروز<sup>۱۲</sup>، سینگ<sup>۱۳</sup> و بوند<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۳) نقل از بشارت، شریفی و ایروانی، (۱۳۸۰): این پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیزم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته<sup>۱۵</sup> (بالغ)، نوزری<sup>۱۶</sup> و رشد نیافته<sup>۱۷</sup> (نابالغ) می‌سنجد. سبکهای دفاعی رشد یافته، مکانیزمهای والایش<sup>۱۸</sup>، شوخ طبعی<sup>۱۹</sup>، پیشاپیش‌نگری<sup>۲۰</sup> و حذف<sup>۲۱</sup> را شامل می‌شوند. مکانیزمهای مربوط به سبک دفاعی نوزری عبارتند از: امحاء<sup>۲۲</sup>، دیگر دوستی کاذب<sup>۲۳</sup>، آرمانی‌سازی<sup>۲۴</sup>، تشکل واکنشی<sup>۲۵</sup> سبکهای دفاعی رشد نیافته شامل دوازده مکانیزم دفاعی هستند: فراقکنی<sup>۲۶</sup>، پرخاشگری فعل‌پذیر<sup>۲۷</sup>، به عمل درآوری<sup>۲۸</sup>،

- |                                     |  |                  |                        |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------------|
| 1. Integrative self-knowledge scale | 8. subjective vitality scale             | 15. mature       | 22. undoing            |
| 2. self-consciousness scale         | 9. symptoms checklist scale              | 16. neurotic     | 23. pseudo-altruism    |
| 3. mindfulness scale                | 10. The SMU Health Questionnaire (SMUHQ) | 17. immature     | 24. idealization       |
| 4. perceived stress scale           | 11. Defensive Styles Questionnaire       | 18. sublimation  | 25. reaction formation |
| 5. Kohen, S.                        | 12. Andrews, G.                          | 19. humor        | 26. projection         |
| 6. Kamarack, T.                     | 13. Singh, M.                            | 20. anticipation | 27. passive-aggressive |
| 7. Mermelstein, R. A.               | 14. Bond, M.                             | 21. suppression  | 28. acting-out         |

صورت انفرادی برگزار شد. پس از گردآوری داده‌ها و محاسبه مقادیر توصیفی، جهت بررسی ارتباط بین متغیرها و بررسی نقش فرایندهای خودشناختی بر سلامت و سبکهای دفاعی، تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون (تحلیل همزمان) به کار رفت.

مجازسازی<sup>۱</sup>، نازرنده‌سازی<sup>۲</sup>، خیال‌پردازی اوتیستیک<sup>۳</sup>، انکار<sup>۴</sup>، جابه‌جایی<sup>۵</sup>، تفرق<sup>۶</sup>، دو پارگی<sup>۷</sup>، دلیل تراشی<sup>۸</sup> و بدنی‌سازی<sup>۹</sup>.

این پژوهش در فصل امتحانات (به منظور بررسی تأثیر تنش عینی بر سلامت)، در خوابگاه دانشجویان به

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
خودشناسی انسجامی	۲/۶۶	۰/۷۳	۰/۸۴
آگاهی عینی	۲/۵۳	۰/۶۶	۰/۸۱
خود هشیاری شخصی	۲/۹۲	۲/۹۲	۰/۶۷
آگاهی از حالت‌های درونی خود تأمل‌گری	۲/۷۷	۲/۷۷	۰/۷۳
تنیدگی ادراک شده	۱/۷۱	۰/۶۰	۰/۸۴
سبکهای دفاعی	۵/۷۷	۱/۲۲	۰/۵۷
رشد یافته	۴/۴۲	۱/۰۲	۰/۷۶
رشد نایافته	۵/۲۳	۱/۲۰	۰/۴۹
نورزی			
بیماری	۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۸۴
نشانه‌های مرضی	۱/۷۰	۰/۳۹	۰/۸۵
احساس سرزندگی	۳/۹۴	۱/۳۷	۰/۸۶

## نتایج

جدول ۱ شاخصهای آماری میانگین، انحراف استاندارد و همسانی درونی متغیرها را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ مقیاسها و زیر مقیاسها حاکی از هماهنگی درونی مطلوب مقیاسهای مذکور است، جز اینکه ضریب آلفای سبک دفاعی نورزی نشان‌دهنده کاهش اندکی است. آلفای پایین در زیر مقیاسهای سبک دفاعی نورزی و تا حدی رشد یافته نشان می‌دهد که این داده‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

همان‌گونه که در جدول ۲ منعکس شده است، فرایندهای خودشناختی (خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی و آگاهی از حالت‌های درونی) - به جز خود تأمل‌گری - با علائم بیماری همبستگی منفی، و با احساس سرزندگی

همبستگی مثبت داشتند. از بین فرایندهای خودشناختی، تنها خودشناسی انسجامی با بیماری همبستگی منفی و معنادار داشت. همچنین، همه فرایندهای خودشناختی با تنیدگی ادراک شده همبستگی منفی و معنادار داشتند، ولی رابطه بین خود تأمل‌گری و تنیدگی ادراک شده معنادار نبود. سبک دفاعی رشد یافته با فرایندهای خود-شناختی و احساس سرزندگی همبستگی مثبت و با تنیدگی ادراک شده و علائم بیماری همبستگی منفی داشت. همچنین بین سبک دفاعی رشد نایافته و فرایندهای خود-شناختی (خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی و آگاهی از حالت‌های درونی) همبستگی منفی و با تنیدگی ادراک شده همبستگی مثبت وجود داشت. سبک دفاعی نورزی با آگاهی عینی همبستگی منفی داشت.

جدول ۱ شاخصهای آماری میانگین، انحراف استاندارد و همسانی درونی متغیرها را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ مقیاسها و زیر مقیاسها حاکی از هماهنگی درونی مطلوب مقیاسهای مذکور است، جز اینکه ضریب آلفای سبک دفاعی نورزی نشان‌دهنده کاهش اندکی است. آلفای پایین در زیر مقیاسهای سبک دفاعی نورزی و تا حدی رشد یافته نشان می‌دهد که این داده‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

همان‌گونه که در جدول ۲ منعکس شده است، فرایندهای خودشناختی (خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی و آگاهی از حالت‌های درونی) - به جز خود تأمل‌گری - با علائم بیماری همبستگی منفی، و با احساس سرزندگی

1. isolation  
2. devaluation  
3. autistic-fantasy

4. denial  
5. displacement  
6. dissociation

7. splitting  
8. rationalization  
9. somatization

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
										•
									•	** / ۰/۳۷
									** / ۰/۲۲	** / ۰/۵۱
								•	** / ۰/۳۶	** / ۰/۲۰
						•	- / ۰/۰۸	** / ۰/۳۹	** / ۰/۳۳	** / ۰/۵۸
					•	** / ۰/۳۴	** / ۰/۱۵	** / ۰/۳۶	** / ۰/۲۵	** / ۰/۴۰
				•	- / ۰/۰۵	** / ۰/۲۶	• / ۰/۰۹	** / ۰/۲۶	** / ۰/۳۷	** / ۰/۲۳
			•	• / ۰/۱۸	** / ۰/۳۰	- / ۰/۰۸	• / ۰/۱۲	• / ۰/۱۰	• / ۰/۱۶	- / ۰/۰۳
		•	- / ۰/۱۱	• / ۰/۰۳	- / ۰/۱۱	• / ۰/۱۳	• / ۰/۰۷	- / ۰/۱۲	- / ۰/۱۴	• / ۰/۱۵
	•	** / ۰/۳۶	• / ۰/۰۱	** / ۰/۲۲	** / ۰/۲۴	** / ۰/۴۰	• / ۰/۰۵	** / ۰/۲۰	** / ۰/۳۲	** / ۰/۴۱
•	** / ۰/۴۷	- / ۰/۰۶	- / ۰/۱۱	- / ۰/۱۴	** / ۰/۳۲	** / ۰/۴۴	• / ۰/۰۵	** / ۰/۳۴	** / ۰/۲۰	** / ۰/۳۴

\*\* P < ۰/۰۰۱

\* P < ۰/۰۱

همان‌گونه که در جدولهای ۳ تا ۶ منعکس شده است، در تحلیل رگرسیون، از بین مقیاسهای خودشناسی (خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی، آگاهی از حالت‌های درونی، خود تأمل‌گری)، تنها خودشناسی انسجامی توانست به طور معناداری متغیرها را به گونه‌ای که در پی می‌آید پیش‌بینی کند: ۱۰٪ از واریانس نمره‌های سرزندگی

همان‌گونه که در جدولهای ۳ تا ۶ منعکس شده است، در تحلیل رگرسیون، از بین مقیاسهای خودشناسی (خودشناسی انسجامی، آگاهی عینی، آگاهی از حالت‌های درونی، خود تأمل‌گری)، تنها خودشناسی انسجامی توانست به طور معناداری متغیرها را به گونه‌ای که در پی می‌آید پیش‌بینی کند: ۱۰٪ از واریانس نمره‌های سرزندگی

جدول ۳: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی بر احساس سرزندگی\*

ضرایب			R <sup>۲</sup>	R
			- / ۰/۱۰	• / ۰/۳۵
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
* / ۰/۰۰۵	۲/۸۶	• / ۰/۲۷	خودشناسی انسجامی	
• / ۰/۵۰	• / ۰/۶۸	• / ۰/۰۶	آگاهی عینی	تحلیل واریانس
• / ۰/۵۹	- / ۰/۵۴	- / ۰/۰۴	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
• / ۰/۲۶	۱/۱۴	• / ۰/۱۰	آگاهی از حالت‌های درونی	F معناداری
				• / ۰/۰۰۰ ۶/۰۷ ۱۸۶۰/۹۹

\* احساس سرزندگی متغیر ملاک است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی بر بیماری\*

ضرایب			R <sup>۲</sup>	R
			• / ۰/۰۶	• / ۰/۲۹
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
* / ۰/۰۰۶	- / ۲/۷۷	- / ۰/۲۵	خودشناسی انسجامی	
• / ۰/۳۶	- / ۰/۹۲	- / ۰/۰۷	آگاهی عینی	تحلیل واریانس
• / ۰/۴۴	- / ۰/۷۷	• / ۰/۰۶	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
• / ۰/۹۹	• / ۰/۰۲	• / ۰/۰۱	آگاهی از حالت‌های درونی	F معناداری
				• / ۰/۰۰۳ ۴/۱۷ ۵۵۹/۲۷

\* بیماری متغیر ملاک است.

جدول ۵: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی نشانه‌های مرضی\*

ضرایب			$R^2$	R
			۰/۲۱	۰/۴۸
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
**۰/۰۰۰	-۴/۵۰	-۰/۴۰	خودشناسی انسجامی	تحلیل واریانس
۰/۱۴	-۱/۴۹	-۰/۱۱	آگاهی عینی	
۰/۰۵	۱/۹۶	۰/۱۴	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
۰/۶۰	-۰/۵۲	-۰/۰۴	آگاهی از حالت‌های درونی	معناداری
			۰/۰۰۰	۱۲/۴۶
				۲۹۷۶/۳۰

\* نشانه‌های بیماری متغیر ملاک است.

جدول ۶: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی بر تنیدگی ادراک شده\*

ضرایب			$R^2$	R
			۰/۳۳	۰/۵۸
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
**۰/۰۰۰	-۵/۸۰	-۰/۴۵	خودشناسی انسجامی	تحلیل واریانس
۰/۱۵	-۱/۴۵	-۰/۱۰	آگاهی عینی	
۰/۴۱	۰/۸۳	۰/۰۵	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
*۰/۰۴	-۲/۱۰	-۰/۱۵	آگاهی از حالت‌های درونی	معناداری
			۰/۰۰۰	۲۳/۵۳
				۳۸۶۶/۷۱

\* تنیدگی ادراک شده متغیر ملاک است.

جدول ۷: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی بر سبک دفاعی رشد یافته\*

ضرایب			$R^2$	R
			۰/۱۸	۰/۴۴
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
*۰/۰۰۵	۲/۸۶	۰/۲۵	خودشناسی انسجامی	تحلیل واریانس
۰/۲۱	۱/۲۶	۰/۱۰	آگاهی عینی	
۰/۵۳	-۰/۶۳	۰/۰۴	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
*۰/۰۲	۲/۲۶	۰/۱۸	آگاهی از حالت‌های درونی	معناداری
			۰/۰۰۰	۱۰/۸۱
				۳۵۲۶/۳۲

\* سبک دفاعی رشد یافته متغیر ملاک است.

جدول ۸: تحلیل رگرسیون فرایندهای خودشناختی بر سبک رشد نایافته\*

ضرایب			$R^2$	R
			۰/۱۴	۰/۴۰
سطح معناداری	t	بتا	متغیر	
۰/۹۱	-۰/۱۱	-۰/۰۱	خودشناسی انسجامی	تحلیل واریانس
**۰/۰۰۰	-۴/۱۶	-۰/۳۲	آگاهی عینی	
*۰/۰۴	۲/۱۱	۰/۱۵	خود تأمل‌گری	مجموع مجذورها
۰/۰۵	-۱/۹۶	-۰/۱۶	آگاهی از حالت‌های درونی	معناداری
			۰/۰۰۰	۸/۷۲
				۱۷۶۸۰/۷۰

\* سبک دفاعی رشد نایافته متغیر ملاک است.



نتایجی قابل پیش‌بینی بود.

برحسب تعریف، خودشناسی انسجمی همه جنبه‌های شناخت «خود» را در بر می‌گیرد و شامل خودآگاهی و تجسمهای پایدار خود است که توانایی فرد را در دسترسی به حالت‌های روان‌شناختی جاری و پردازش محتوای تجربه‌های کنونی و گذشته و تفکیک آنها از یکدیگر می‌سجد، و قدرت فرد را در پردازش شناختی اطلاعات مربوط به خود ارزیابی می‌کند. در حالی که سایر مقیاسهای خودشناسی تنها به جنبه‌های خاصی از شناخت خود تمرکز دارند، ضمن این که مقیاس خودهشیاری از اعتبار درونی و ملاک مناسبی برخوردار نیست. در این پژوهش، خود تأمل‌گری، نیز با بیماری و سبک دفاعی رشد نیافته رابطه مثبت داشت. انتظار می‌رفت فرایندهای خود-شناختی بتوانند سبک دفاعی نوزی را پیش‌بینی کنند، اما برخلاف انتظار، بین سبک دفاعی نوزی، علائم بیماری و فرایندهای خودشناختی رابطه معناداری مشاهده نشد، جز اینکه بین آگاهی عینی و سبک دفاعی نوزی همبستگی منفی وجود داشت. آنچه در این خصوص شایان توجه است یافته‌های متناقض مربوط به سبکهای دفاعی است. سبکهای دفاعی نوزی با هر دو سبک دفاعی رشد یافته و رشد نیافته همبستگی مثبت داشت. از سوی دیگر، این زیرمقیاس با خودشناسی انسجمی بی‌ارتباط، با آگاهی عینی ارتباط معکوس، با آگاهی از حالت‌های درونی بی‌ارتباط (اما مثبت نزدیک به معناداری)، و با تنیدگی ادراک شده نیز بی‌ارتباط بود. از آن گذشته، آلفای زیر مقیاس سبک دفاعی نوزی در حد مطلوبی نبود. بر این اساس، یافته‌های حاصل از این مقیاس چندان قابل اتکا به نظر نمی‌رسند.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان فرض کرد افراد با خودشناسی بالا به علت نظارت بر وقایع و حالت‌های درونی، می‌توانند علائم تنیدگی را به شیوه‌ای صحیح درک و تعبیر کنند و مکانیزمهای دفاعی مناسب را به راه اندازند. احتمالاً آگاهی از جنبه‌های اطلاعاتی محرک‌های تنیدگی‌زا، به یک تعبیر درست غیرهیجانی و غیر تهدید-آمیز می‌انجامد. پیامد چنین نظارتی تنظیم پاسخهای عملی (نظیر ورزش، برنامه‌ریزی صحیح در زندگی)،

جدول ۷ نیز نشان می‌دهد که از بین فرایندهای خود-شناختی، خودشناسی انسجمی و آگاهی از حالت‌های درونی، ۱۸٪ از واریانس نمره‌های سبک دفاعی رشد یافته را پیش‌بینی می‌کنند ( $R^2 = 0/18, F = 10/81$ ). از بین چهار متغیر پیش‌بین (جدول ۸)، آگاهی عینی و خود تأمل‌گری قادر بودند ۱۴٪ از واریانس نمره‌های سبک دفاعی رشد نیافته را به ترتیب به طور منفی و مثبت پیش‌بینی کنند ( $R^2 = 0/14, F = 8/72$ ). هیچ یک از فرایندهای خودشناختی به پیش‌بینی سبک دفاعی نوزی دست نیافتند.

### بحث و تفسیر

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین فرایندهای خود-شناختی، تنها خودشناسی انسجمی توانست بیماری، نشانه‌های مرضی و سرزندگی را پیش‌بینی کند. خودشناسی انسجمی و آگاهی از حالت‌های درونی سبک دفاعی رشد یافته و تنیدگی ادراک شده را پیش‌بینی کردند و آگاهی عینی سبک دفاعی رشد نیافته را به صورت منفی پیش‌بینی کرد. هیچ یک از فرایندهای خودشناختی نتوانست به پیش‌بینی سبک دفاعی نوزی دست یابد. در محاسبه ضرایب همبستگی، همه فرایندهای خودشناختی - به جز خود تأمل‌گری - با احساس سرزندگی همبستگی مثبت و با تنیدگی ادراک شده و نشانه‌های بیماری همبستگی منفی نشان دادند. وجود همبستگی بین فرایندهای خود-شناختی، بیماری و احساس سرزندگی حاکی از آن است که آگاهی از حالت‌های درونی و تحلیل تجربه‌های کنونی و گذشته می‌تواند از فرد در برابر عوامل تنیدگی‌زا محافظت کند و احساس بهزیستی را ارتقاء بخشد. همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شد، مقیاس خودشناسی انسجمی از ضریب آلفای معتبرتری برخوردار بود و سبک دفاعی رشد یافته، سرزندگی، تنیدگی ادراک شده، نشانه‌های مرضی و بیماری را بهتر پیش‌بینی کرد. از این یافته‌ها استنباط می‌شود که خودشناسی انسجمی، نسبت به سایر فرایندهای خودشناختی، در کاهش تنیدگی، نشانه‌های مرضی و بیماری نقش مهمتری دارد و احساس سرزندگی را افزایش می‌دهد. با توجه به تعریفی که از خودشناسی انسجمی و سایر فرایندهای خودشناختی ارائه شدند چنین

این یافته‌ها، مفروضه‌های لونتال، نرنز<sup>۶</sup> و استروس<sup>۸</sup> (۱۹۸۰) و شوارتز<sup>۹</sup> (۱۹۸۳) که آسیب‌دیدگی سیستم ایمنی و اختلال در خود نظم‌دهی را حاصل عدم نظارت بر واکنشهای جسمانی و روان‌شناختی تنیدگی و افزایش بروز بیماری دانسته‌اند تأیید می‌کنند. نتایج این پژوهش با یافته‌های جانسون<sup>۱۰</sup> و ساراسون<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۳) نقل از سالز و فلتچر، (۱۹۸۵) و سالز و فلتچر (۱۹۸۵) همسو و تکمیل‌کننده آنهاست و همچنین با یافته‌های پژوهشی وایلانت (۱۹۹۲)، ۲۰۰۰ نقل از وایلانت، (۲۰۰۰)، ریف، کوان و کمپیل (۲۰۰۵) که در زمینه ارتباط سبکهای دفاعی و بیماری به تحقیق پرداخته‌اند، هماهنگ است.

عدم امکان سنجش عینی بیماری، شیوه نمونه‌گیری، فقدان کنترل سایر رویدادهای تنیدگی‌زا و دقیق نبودن بررسی (مبتنی بر خود گزارش‌دهی) از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضرند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به طور همزمان از چند روش بررسی دیگر (نظیر مصاحبه، مشاهده رفتاری) برای تکمیل اطلاعات استفاده شود. همچنین، در بررسی اثر فرایندهای خودشناختی بر سلامت، بهتر است شرایط تنیدگی‌زای و خیمتر نظیر بیکارشدن، بیماریهای مزمن و صعب‌العلاج، مرگ عزیزان، طلاق و غیره به صورت پیش‌بین مورد مطالعه قرار گیرد و از نمونه‌های سنی مختلف و جمعیت‌های ناهنجار استفاده شود. همچنین بررسی دقیق و جزئی‌تر مکانیزمهای دخیل در فرایند خودشناختی در پیش‌بینی بیماری و سلامت، و نقش تعاملی دیگر متغیرهای تعدیل‌کننده بیماری نظیر حمایت اجتماعی، مقاومت ذاتی و متغیرهای ایمنی شناختی می‌توانند به یافته‌های ارزشمندی در مطالعات آتی منجر شوند.

## منابع

بشارت، م.، شریفی، م. و ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی سبکهای دلبستگی و مکانیزمهای دفاعی، *مجله روان‌شناسی*، دوره جدید، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.

قربانی، ن.، دادستان، پ.، اژه‌ای، ج. و مطیعیان، ح. (۱۳۷۸).

عاطفی - هیجانی، و ارزیابیهای مجدد شناختی است. بالعکس، افراد با خودشناسی پایین از درک و شناخت واقعیت‌های مربوط به خود عاجزند و به صورت ناآگاهانه و خودکار به اعمال ناسنجیده دست می‌زنند. آنها نه تنها قادر به برنامه‌ریزی و حل مسائل جسمانی و روانی خود نیستند، بلکه ممکن است به راهبردهای مقابله‌ای انکار مانند و اجتنابی روی آورند. پیامد چنین سر در گمی و بی‌دانشی نسبت به خود، غرق شدن بیشتر در مشکلات و راه‌اندازی مکانیزمهای دفاعی ناکارآمد است.

مطالعات گیسون، شیر و کارور (۱۹۷۹) نقل از سالز و فلتچر، (۱۹۸۵) نشان دادند که افراد با خودهشیاری بالا نسبت به تغییرات درونی بدنشان حساس‌ترند، و ارزیابی آنان از خود دقیقتر است. پژوهشهای لونتال<sup>۱</sup>، براون<sup>۲</sup>، شاجام<sup>۳</sup> و انگکوئیست<sup>۴</sup> ۱۹۷۹ و جانسون<sup>۵</sup> ۱۹۷۳ (نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵) نیز نشان دادند افرادی که فعالانه بر احساساتشان نظارت داشتند، در حین انجام تحریکات ناخوشایند از قبیل فشار، آزمایشهای آندوسکوپي و غیره ناراحتی و دردشان کاهش یافت، در حالی که در افراد فاقد چنین نظارتی، کاهش علائم دیده نشد. این یافته‌ها مبین آن است که توجه افراد نسبت به خود موجب می‌شود تا در برابر عوامل تنیدگی‌زا مقاومت بیشتری نشان دهند. گواه مستقیم‌تر توسط سالز، فلتچر و مولن<sup>۶</sup> (۱۹۷۸)، ۱۹۸۲ نقل از سالز و فلتچر، (۱۹۷۸) در مطالعات پیش‌بین به دست آمده است. یافته‌های این پژوهشها نشان دادند افرادی که از خودهشیاری شخصی بالاتری برخوردار بودند - با وجود تجربه وقایع تنیدگی‌زای مشابه میزان بیماری کمتری را گزارش کردند. نتایج پژوهش حاضر هم در راستای پژوهشهای گذشته بوده است و با پژوهشها و نظریه‌های پیشین همخوانی دارد و این فرضیه را که خودشناسی اثر رویدادهای تنیدگی‌زا بر بیماری را تعدیل می‌کند مورد تأیید قرار می‌دهد و این نکته را آشکار می‌کند که افراد واجد افرادی که خودشناسی بالاتر، تنیدگی و نشانه‌های مرضی کمتری را گزارش می‌کنند.

1. Leventhal, H.  
2. Brown, D.  
3. Shacham, S.  
4. Engquist, G.

5. Johnson, J. E.  
6. Mullen, B.  
7. Nerenz, D. R.  
8. Strauss, A.

9. Schwatz, G. E.  
10. Johnson, J. H.  
11. Sarason, I. G.

- Ghorbani, N. Watson, P. J. Bing, M., Davison, H., & Lebreton, D. (2003). Two factors of self-knowledge. *Generic, Social, and General Psychology Monographs*, 129 (3), 238-268.
- Ghorbani, N. Watson, P. J., & Morris, R. (2000). Personality, Stress, and mental health : evidence of relationship in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences*, 28, 647-570.
- Gorski, T. T. (1990). The Cenaps model of relapse prevention basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 125-131.
- Haugli, L. Steen, E. Sandvik, L., & Laerum, E. (1997). Can chronic musculoskeletal pain be reduced by education. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 117, 2772-2775.
- Johnson, A., H. (1997). Death in the picu : Caring for the "Other" families. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 273-277.
- Kaplan, H., Saddock, B., & Grebb, J. (2003). *Synopsis of psychiatr: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (9<sup>th</sup> ed).
- Klagsbrun, J. (2001). Listening and focusing : holistic health care tools for nurses. *The Nursing Clinics of North America*, 36, 115-130.
- Kortte, K., B. Wegener, S., T., & Chwalisz, K. (2002). Anosognosia and Denial. *Rehabilitation Psycholog*, 113, 217-226.
- Kroger, F., Lamprecht, J., Walte, D., & Muller, A. (1996). Coping with stress and self-awareness in idiopathic sudden deafness. *Psychotherapies, Psychosomatic, Medizinische Psychologie*, 46, 298-303.
- Mattews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automatcity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.
- Quil, T. E., & Williamson, P., R. (1990). Health پیامدهای شکست مقاومت و افشای هیجانی، مجله روان‌شناسی، دوره جدید، ۱۲، ۳۶۹-۳۸۹.
- قربانی، ن. (۱۳۸۵). ساخت و بررسی مقدماتی مقیاس خودشناسی انسجامی. طرح پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران.
- Ashford, K. J., Karageorghis, C., & Jackson, R. C. (2005). Modeling the relationship between self-consciousness and competition anxiety. *Personality and Individual Differences*, 38, 747-794.
- Bartone, B. (1995). Stress & Illness among military air disaster. *Journal of Mental & Nervosa Disease*, 55, 310-328.
- Bradizza, C. M. Gulliver, S. B., Stasiewicz, P. R., Torrisi, R., Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (1999). Alcohol cue reactivity and private self-consciousness among male alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24, 543-549.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Budd, K. W. (1993). Self-coherence : Theoretical consideration of a new concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 361-368.
- Cowan, P., & Lovasik, D. A. (1990). American chronic pain association strategies for surviving chronic pain. *Orthopedic Nursing National Association of Orthopedic Nurses*, 9, 47-49.
- Evans, W., & Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse Education Today*, 24, 473-482.
- Ghorbani, N. Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence : Construct similarity and functional dissimilarity of higher order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37, 297-308.

700.

- Stewart, M. (1983).** Supportive group action for women : A self-help strategy. *Canada's Mental Health, 31*, 11-13.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985).** Self-attention, life stress, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47*.
- Viellant, E. E. (2000).** Adaptive mental mechanisms : the role in a positive psychology. *American Psychologists, 55*, 89-98.
- Watson, D., & Pennebaker, J., W. (1989).** Health complaints, stress, and distress : Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.
- Weinstein, A., R. (2001).** Stress, disease and dentistry. *The journal of the Indiana Dental Association, 80*, 180-200.

approaches to physician stress. *Archives of Internal Medicine, 150*, 1858-1861.

- Reff, R. C., Known, P., & Campbell, G. E. (2005).** Disphonic responses to a naturalistic stressor : Interactive effects of hope and defense style. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 620-638.
- Ryan, R., M., & Fredrick, C., M. (1997).** On energy, personality and health : Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality, 65*, 529-565.
- Scupholem, A. (1978).** Who helps? Coping with the unexpected outcome of pregnancy. *Jogn Nursing Journal of obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1*, 36-39.
- Showers, C., J., & Larson, B. E. (1999).** Looking at body image. *Journal of Personality, 67*, 659-