

بررسی نقش ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلیبر^۱

مهسا شاه محمدی کلیبر^۲، اکبر رضایی^۳، علی محمدزاده^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلیبر انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم (پایه های دهم تا سال دوازدهم) مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شهرستان کلیبر بودند. نمونه ای شامل ۲۷۸ نفر بر اساس فرمول کرجسی و مورگان به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه پژوهش انتخاب و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)، پرسشنامه ناگویی هیجانی، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده را تکمیل نمودند. به منظور بررسی فرضیه ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل فرضیه های پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده به میزان ۰/۲۶۰، بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر را پیش بینی می کنند.

واژگان کلیدی: ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی، دانش آموزان نوجوان.

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۶ - تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵

^۲ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، شهرستان کلیبر، محل خدمت عشایراستان آذربایجان شرقی
Mahsashahmohammadi71@gmail.com (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور مرکز تبریز، تبریز، ایران.

^۴ استاد، روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور مرکز تبریز، تبریز، ایران.

Investigating the role of Alexithymia and Perceived Social Support in Predicting the Psychological Well-being of Female Adolescents in Kaleybar

Mahsa Shahmohammadi Kaleybar¹, Akbar Rezaei², Ali Mohammadzadeh³

The purpose of this study aimed to determine the role of Alexithymia and perceived social support in predicting the psychological well-being of female adolescents in Kaleibar. The method of the present study was correlational. The statistical population of the present study included all female high school students (grades 10 to 12) studying in the academic year 2021-2022 in Kaleibar. A sample of 278 people based on Krejcie and Morgan's formula were selected by available sampling method from the research community and completed the Reef Psychological Well-Being Questionnaire (RSPWB), Alexithymia Questionnaire, Perceived Social Support Scale. Pearson correlation coefficient and simultaneous regression analysis were used to test the hypotheses. The results of the analysis of research hypotheses showed that there is a significant relationship between alexithymia and perceived social support with psychological well-being of female adolescents. Also, based on the results, alexithymia and perceived social support of 0.260 predict the psychological well-being of female adolescents.

Keywords: Alexithymia, Perceived Social Support, Psychological well-being, Adolescents.

¹ MA in General Psychology, kaleybar(Corresponding Author)
Mahsashahmohammadi71@gmail.com

² Educational Psychology, Tabriz Payame Noor University, Tabriz, Iran

³ Clinical Psychology, Tabriz Payame Noor University, Tabriz, Iran

مقدمه

نوجوانی^۱ پایه و اساس رشد بزرگسالی است. اساس سلامت روان و یا آسیب شناسی روانی دوران بزرگسالی در این دوره بنا نهاده می شود. انتقال از کودکی به نوجوانی با تغییراتی در زمینه های بیولوژیکی، شناختی، عاطفی و روابط بین فردی همراه است. اگرچه در میان آن ها تفاوت های فردی بسیار است اما چنین تغییراتی نوجوان را نسبت به مشکلات رفتاری و عاطفی آسیب پذیر می کند. به نظر می رسد یکی از راه هایی که از طریق آن بتوان جلوی بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری و عاطفی در نوجوانان را گرفت بهزیستی روانشناختی^۲ باشد. از زمان های بسیار دور، همیشه این سؤال مطرح بوده که چه چیزی باعث خوشبختی^۳ و بهزیستی^۴ می شود. در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند، رویکردهای جدید بر "بد یا بیمار بودن" به جای "خوب بودن"، تأکید می کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه های بیماری های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست نشان دهنده ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت های خود است. گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامت روانی از بهزیستی روان شناختی استفاده کرده اند، زیرا معتقدند این واژه ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند (میکائیلی منیع، ۱۳۸۹). بهزیستی روانشناختی به افراد، گروه ها و ملت ها اجازه می دهد به رشد و شکوفایی برسند و با شادی، رضایت، همدلی، انگیزش، علاقه و نشاط فیزیکی، و رضایت از ارتباطات اجتماعی و تاب آوری تعریف می شود.

ریف^۵ (۲۰۱۴) بهزیستی روانشناختی را به عنوان احساس سلامتی و تندرستی در نظر می گیرد که آگاهی از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه های وجود است. به عبارت دیگر، بهزیستی روانشناختی به عنوان رویکرد مثبت ذهنی شناخته شده است و از شش بعد یا مولفه تشکیل شده است: پذیرش خود(توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رابطه مثبت بادیگران(داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، استقلال یا

¹ Yuoth

² Psychological well-being

³ Happiness

⁴ Rehabilitation

⁵ Ryff

خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواسته ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد)، زندگی هدفمند (داشتن غایت ها و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا میبخشد)، رشد شخصی (به این معنا که استعدادها و توانایی های بالقوه فرد طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) (گارسیا، ساگونه، کارولی و نیما، ۲۰۱۷). بهزیستی روانشناختی بالا به عنوان احساسات و افکار مثبت فرد نسبت به زندگی بوده و نشان دهنده سالم بودن و یا عدم بیماری روانی در افراد می باشد (ریف و همکاران، ۲۰۰۶) و با ایجاد احساسات مثبت و افزایش اعتماد به نفس توانسته به افراد در بالا بردن مولفه های روانشناختی کمک بسزایی کند (قوامی، فینگرهات، پیلایو، گرت و ویتینگ، ۲۰۱۱).

یکی از عواملی که بهزیستی روانشناختی را متاثر می سازد، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی^۳ یک آسیب شخصیتی^۴ است که شامل دشواری در شناسایی احساسات^۵، دشواری در توصیف احساسات^۶ و تفکر عینی^۷ بوده و به عنوان مشکل در فرآیند تنظیم هیجان، عدم وجود کلمات برای هیجانها و احساسات، فقدان توانایی برای برقراری ارتباط با احساسات توصیف شده است. به عبارتی دیگر، ناگویی هیجانی به عنوان اختلال در مکانیزم های تنظیم هیجان که شامل پاسخ های افتراقی هیجانی و جسمانی به رویدادهای زندگی افراد می باشد مفهوم سازی شده است (چیمنتی، فونتی، کونیکلیارو، هیتاج، تریگیانس، تئولی و پریسو، ۲۰۱۹). افرادی که ناگویی هیجانی دارند، قادر به تشخیص و تمیز دادن هیجان های خود نیستند و نمی توانند افکار و احساسات خود را درک و توصیف کنند (بابای خاکیان، کرمی و رشیدی، ۱۳۹۴). ناگویی هیجانی نقش مهمی در قضاوت های همدلانه افراد دارد، کسانی که ناگویی هیجانی بالایی دارند در همدلی با دیگران دچار ضعف هستند (هافمن، بانزاف، کانسکه، گراتر، برمپوهل و سینگر^۹، ۲۰۱۶). هلدر^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که میزان

¹ Garcia, Sagone, Caroli & Nima

² Ghavami, Fingerhut, Peplau, Grant & Wittig

³ Alexithymia

⁴ Personality injury

⁵ Difficulty identifying emotions

⁶ Difficulty describing feelings

⁷ Objective thinking

⁸ Chimenti, Fonti, Conigliaro, Hitaj, Triggianese, Teoli & Perricone

⁹ Hoffmann, Banzhaf, Kanske, Gärtner, Bermpohl & Singer

¹⁰ Holder

بالای ناگویی هیجانی با سطوح بالای افسردگی و عاطفه منفی و با سطوح پایین رضایت از زندگی که بعد شناختی بهزیستی روانشناختی می باشد همراه است. نتایج تحقیقات اسکندری (۱۳۹۸) نیز نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی و ناگویی هیجانی رابطه منفی و معنادار وجود دارد و هر چه ناگویی هیجانی افراد کمتر باشد، به همان میزان سلامت روان و بهزیستی روانشناختی آنان کمتر می شود.

باور دیگر این است که داشتن حمایت اجتماعی می تواند بر چگونگی مقابله با تجربه های روانشناختی منفی تاثیر گذار باشد. به عبارت دیگر، یکی از پیش بینی کننده های سلامت روان و بهزیستی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده^۱ به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این موضوع اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شود به بیان دیگر منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر اینکه فرد آن را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند، گاهی کمک هایی که به فرد می شود نامناسب و بد موقع است یا این که خلاف میل خود فرد است، لذا نه خود حمایت که بیشتر ادراک فرد از حمایت است که مهم است (ایستریتر و فرانکلین^۲، ۱۹۹۲).

کوب^۳ (۱۹۷۶؛ به نقل از مالکی و دیمیری^۴، ۲۰۱۲) در تعریف کلاسیک خود به سه جزء اصلی حمایت اجتماعی تحت عنوان: احساس عشق، احساس ارزش یا عزت و تعلق به یک شبکه اجتماعی اشاره نموده است. حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس توان مقابله فرد را تقویت می کند و در نتیجه باعث تقویت احساس عزت نفس، اعتماد به نفس و سازگاری روان شناختی افرادی که با استرس های عمده سلامتی مواجه می شوند، می گردد (آکر^۵، ۲۰۰۷). در واقع، به همراه راهبردهای مقابله ای موثر، حمایت اجتماعی ادراک شده مناسب، یک منبع بسیار مهم برای فرد است تا بتواند در شرایط سخت و دشوار همچون افسردگی، بر آن تکیه و حساب کند (تلا^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). رابطه حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مورد

¹ Perceived Social Support

² Streeter & Franklin

³ Cobb

⁴ Malecki & Demaray

⁵ Aker

⁶ Tella

تاکید نظریه پردازان و پژوهشگران است. به عنوان مثال گالاگر و ولابرودریج^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان رابطه حمایت اجتماعی و هوش عاطفی با بهزیستی ذهنی به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی و هوش عاطفی می توانند بهزیستی ذهنی را پیش بینی کنند. همچنین، کالپانا^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی که با عنوان حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی در هند انجام داده است نشان داد در افرادی که حمایت اجتماعی ادراک شده بالایی وجود دارد، از بهزیستی روانشناختی بیشتری برخوردارند. کاروکیوی (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که ناگویی هیجانی به طور معناداری با سطح پایینی از حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط دارد. می توان گفت که نوجوانانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، ممکن است از هیجانات خود ارزیابی منفی تری داشته باشند. مثلاً برخی از هیجانات خود را خطرناک قلمداد کنند و به تبع آن زمینه پردازش و بیان آن هیجان فراهم نشود. از سوی دیگر نوجوانان دارای حمایت اجتماعی ادراک شده ی بیشتر احتمالاً درگیری کمتری با محیط و افراد زندگی خود دارند. همچنین ممکن است میل به کناره گیری از ارتباط و انزوا در آنها بیشتر باشد. نوجوانان دارای حمایت اجتماعی کمتر، به سبب محرومیت از صحبت صمیمانه و بیان مشکلات و آشفتگی های خود، متعاقباً از بازخوردهای مربوط به آن مثل تصدیق هیجانات و یا جرح و تعدیل آنها، محروم می شوند. این هیجانت گفته نشده و درک نشده، پتانسیل لازم برای رشد یا انحطاط بیمارگونه را پیدا می کنند و می توانند سلامت هیجانی و به دنبال آن بهزیستی روانشناختی را به خطر بیندازند. علاوه بر این محققان دیگری از جمله، مرزبانی و بستان (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی معلمان زن به این نتیجه دست یافتند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پیش بینی بهزیستی روانشناختی معلمان زن، رابطه معناداری وجود دارد. لذا حمایت اجتماعی ادراک شده توان پیش بینی بهزیستی روانشناختی را به صورت معناداری دارد. ثاقبی سعیدی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با عنوان نقش حس انسجام، ناگویی هیجانی و خوددلسوزی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان متوسطه دوم، به این نتیجه دست یافتند که ناگویی هیجانی به طور معناداری پیش بینی کننده بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان دختر نوجوان می باشد.

¹ Gallagher & Vella-Brodrick

² Kalpana

از آنجایی که بهبود و افزایش بهزیستی روانشناختی به ویژه نوجوانان امری ضروری به نظر می رسد لذا شناسایی عوامل پیش بینی کننده و زمینه ساز آن از جمله ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده، گام مهمی در جهت بهبود بهزیستی روانشناختی نوجوانان خواهد بود. لذا با توجه به آنچه که ذکر شد، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال می باشد، سهم هر کدام از متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلبر چقدر است؟

بر این اساس فرضیات پژوهش عبارت بودند از:

بین ناگویی هیجانی با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر رابطه وجود دارد.

بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر رابطه وجود دارد

روش پژوهش

تحقیق حاضر، به دلیل اینکه به بررسی نقش ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلبر می پردازد، لذا یک تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. در این پژوهش، جهت گردآوری اطلاعات، از روش میدانی استفاده گردید. بدین صورت که، پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و معرفی به اداره آموزش و پرورش شهرستان کلبر جهت اجرای پژوهش، از بین جامعه آماری پژوهش که شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه پایه های نهم تا دوازدهم (مجموعاً ۱۰۰۰ نفر) در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شهرستان کلبر بودند، نمونه ای شامل ۲۷۸ نفر بر طبق جدول مورگان و به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه پژوهش انتخاب شدند و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)، پرسشنامه ناگویی هیجانی و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری داده ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)، پرسشنامه ناگویی هیجانی و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد.

۱. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)^۱: پرسشنامه بهزیستی روان شناختی در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی گردید و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می سنجد، ضمن اینکه از مجموع نمرات این ۶ خرده مقیاس، نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه میشود. در این فرم هر عامل از ۱۴ سوال تشکیل می شود و پاسخ ها بر روی یک طیف شش درجه ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) مشخص می گردد که نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است (شقاقی، ۲۰۱۰). اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهش های متعدد گزارش شده است. ضرایب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه سازی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مولفه ها بین ۰/۷۳-۰/۶۷ می باشد (طبسی زنجانی، ۲۰۰۴). دایرنودک^۲، ضریب اعتبار خرده مقیاس ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است (دایرنودک^۳، ۲۰۰۵). در پژوهش شقاقی و همکاران نیز ضریب آلفا کرونباخ به دست آمده برای زیر مؤلفه های این مقیاس شامل ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است (شقاقی، ۲۰۱۰).

۲. پرسشنامه ناگویی هیجانی: پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی، پارکر و تیپلور^۴ (۱۹۹۳) تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد و سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ و تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه گیری می کند (تورس، گئورا، میلر، کاستا، کروز و ویرا و روچا^۵، ۲۰۱۹). نمره گذاری آن در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره، را در بر می گیرد (چیمنتی، فونتی، کونیکلیارو،

¹ Ryff Psychological Wellbeing Test

² Dierendonck

³ Dierendonck

⁴ Parker, Tupling

⁵ Torres, Guerra, Miller, Costa, Cruz, Vieira & Rocha

هیتاج، تریگیانس، ثنولی و پریسونه^۱، ۲۰۱۹). سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. به این صورت کاملاً مخالفم نمره ۵، مخالفم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم ۱ نمره داده می شود (کافتسیوس و هیس^۲، ۲۰۱۹). نمره بالاتر از ۵ به عنوان نقطه برش پرسشنامه در نظر گرفته شده است (کینایرد، استورات و تچانتوریا^۳، ۲۰۱۹). در ایران برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است و روایی همگرایی پرسشنامه ناگویی با پرسشنامه دلدزگی زناشویی پاینز^۴ (۲۰۰۳) ضریب همبستگی ۰/۵۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (ذاکری، صفاریان طوسی و نجات، ۱۳۹۸). روایی همگرایی با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف^۵ (۱۹۸۹) ضریب همبستگی ۰/۶۹- و معنی دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). در خارج از کشور آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به دست آمده است (گادوا و کرزولک^۶، ۲۰۱۹). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآرایی ۰/۷۷ (معنادار در سطح ۰/۰۱) گزارش شده است که نشان دهنده پایایی بسیار خوب پرسشنامه ناگویی هیجانی است (مارچی، مارزتی، اورو، لمتی، میکولی، سیاجینی و کونورسانو^۷، ۲۰۱۹).

۳. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. دارای ۱۲ گویه است و ۳ مولفه حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت دیگران را بررسی می کند. پاسخگویی به سوالات در یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً موافقم ۵، تا کاملاً مخالفم ۱) تنظیم شده است. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) قابلیت اعتماد پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (نقل از محمدی، تنها و رحمانی، ۱۳۹۴). میزان پایایی این پرسشنامه در نمونه های غیربالیینی ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ و در نمونه های بالینی ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (یاداو^۸، ۲۰۱۸). در ایران، پرسشنامه توسط سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸)، ترجمه و هنجاریابی شده و مقدار KMO برابر ۰/۸۷ می باشد.

¹ Chimenti, Fonti, Conigliaro, Hitaj, Triggianese, Teoli & Perricone

² Kafetsios & Hess

³ Kinnaird, Stewart & Tchanturia

⁴ Pines

⁵ Ryff

⁶ Gawdda & Krzżolek

⁷ Marchi, Marzetti, Orrù, Lemmetti, Miccoli, Ciacchini & Conversano

⁸ Yadav

یافته ها

متغیرهای بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر ملاک تحقیق با استفاده از ۸۴ سوال عملیاتی شده اند. ناگویی هیجانی (۲۰ سوال)، حمایت اجتماعی ادراک شده (۱۲ سوال) مورد سنجش قرار گرفته اند که در جدول زیر وضعیت توصیفی متغیرها آورده شده است.

جدول شماره ۱: توصیف آماری متغیرهای پژوهش

متغیرهای پیش بین	کمترین	بیشترین	میانگین نظری	انحراف استاندارد
ناگویی هیجانی	۴۸	۹۲	۶۶/۹۷	۶/۸۴
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۴	۳۷	۳۶/۱۹	۵/۳۶
بهزیستی روانشناختی	۲۲۲	۳۴۲	۲۷۲/۳۱	۲۰/۱۱

با توجه به نتایج جدول فوق، میانگین نظرات پاسخگویان در متغیرهای ناگویی هیجانی (۶۶/۹۷)، حمایت اجتماعی ادراک شده (۳۶/۱۹) و بهزیستی روانشناختی (۲۷۲/۳۱) بدست آمده است که در هر سه متغیر میانگین بدست آمده از میانگین اصلی بیشتر می باشد. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون غیر پارامتریک کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است.

جدول شماره ۲: بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در متغیرهای تحقیق

متغیرها	مقدار کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	۰/۰۶۰	۰/۲۱۱
حمایت اجتماعی	۰/۷۷۴	۰/۶۱۴
بهزیستی روانشناختی	۰/۸۸۴	۰/۴۱۵

براساس نتایج جدول ۲، چون سطح معناداری در متغیرهای تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین توزیع داده‌های تحقیق در همه متغیرها نرمال می باشد.

باتوجه به نرمال بودن توزیع داده ها، برای بررسی همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳
۱. ناگویی هیجانی	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۱
۲. حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۳	۱	۰/۰۰۶
۳. بهزیستی روانشناختی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۱

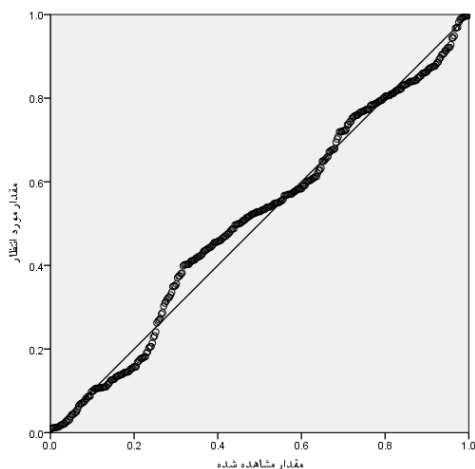
در این پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده میشود. بر طبق نتایج جدول ۳، بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده ($r=0/03$ ، $p<0/05$)، بین بهزیستی روانشناختی و ناگویی هیجانی ($r=0/001$ ، $p<0/05$) همچنین بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی ($r=0/006$ ، $p<0/05$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

برای پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده از روش آماری تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد. در مدل‌های آماری، تحلیل رگرسیون یک فرایند آماری برای بررسی روابط بین متغیرها می‌باشد. تجزیه و تحلیل رگرسیون زمانی به کار برده می‌شود که تمرکز مطالعه روی روابط بین متغیر وابسته و یک یا چند متغیر مستقل باشد. برای استفاده از این روش آماری ابتدا پیش فرض‌های این آزمون بررسی شد.

پیش فرض‌های رگرسیون چندگانه به شرح زیر می‌باشند:

۱. متغیرها در سطح فاصله‌ای هستند، بنابراین این پیش فرض رعایت شده است.
۲. رابطه بین متغیرها خطی باشد. خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار P-P استخراج شد که در ادامه نمایش داده شده است.
۳. باقیمانده‌های همجوار با هم همبستگی ندارند.

نمودار ۱: بررسی خطی بودن رابطه متغیرهای پیش‌بین با متغیر وابسته



جدول شماره ۴: بررسی همخطی متغیرها

متغیر	VIF	شاخص تحمل
بهبودی روانشناختی	۱/۰۲	۰/۹۸
ناگوی هیجانی	۰/۰۸	۰/۹۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱/۰۷	۰/۹۴

بر اساس مفروضات فوق الذکر در این پژوهش متغیرهای مستقل و نیز متغیر وابسته همه کمی هستند. متغیرهای مستقل (پیش‌بین)، به صورت خطی مستقل از هم هستند (نبود همخطی). یکی از مفروضه های تحلیل رگرسیون، عدم همخطی متغیرهای پیش بین می باشد. که برای بررسی این فرض از شاخص VIF و Tolerance (شاخص تحمل و تورم واریانس) استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش مستقل از یکدیگر هستند چرا که شاخص VIF نزدیک به یک است و شاخص تحمل نیز نزدیک به یک است. ضرایب تحمل باید به ۱ نزدیک بوده و ضرایب تورم واریانس نباید بیشتر از ۱۰ باشند (در علوم رفتاری بهتر است این مقدار در بازه ۲ حداکثر باشد). نتایج حاکی از عدم همخطی است.

جدول شماره ۵: محاسبه ضرایب پیش بینی معادله رگرسیونی

مدل	ضریب تبیین	مجذور ضریب تبیین	تعدیل مجذور ضریب تبیین	تخمین خطای استاندارد	دوربین واتسون
۱	۰/۲۶۰	۰/۰۶۸	۰/۰۵۷	۱۹/۵۳۴	۱/۶۸

با توجه به جدول شماره ۵، هریک از متغیرهای مستقل نیز با متغیر وابسته داری رابطه خطی هستند. برای بررسی استقلال باقیمانده ها (عدم وجود همبستگی بین باقیمانده ها یا خطاها) از آزمون دوربین واتسون استفاده شد. مقدار این آزمون بین ۰-۴ نوسان دارد. مقادیر بین ۱/۵- ۲/۵ نشان از استقلال باقیمانده ها دارد و نشان می دهد که مشکلی در اجرای رگرسیون وجود ندارد. شاخص دوربین واتسون نیز ۱/۶۸ به دست آمد که نشان از برقراری مفروضه استقلال دارد. که بالاتر از ۱/۵ و نیز نزدیک به دو است و این نشان دهنده عدم همبستگی باقیمانده های همجوار با هم و استقلال خطاهاست. همچنین با توجه به میزان R^2 تصحیح شده برای این معادله رگرسیونی می توان گفت که متغیرهای مستقل (ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده) به میزان ۰/۲۶۰ بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر را پیش بینی می کنند.

در ادامه به بررسی همبستگی همزمان متغیرهای ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر پرداخته می شود تا سهم هر یک از متغیرها در بهزیستی روانشناختی مشخص شود. برای بررسی رگرسیون چندگانه در پژوهش حاضر از روش همزمان استفاده شده است.

جدول شماره ۶: محاسبه معنی داری مدل رگرسیونی

مدل	مربعات مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربع	F مقدار	معنی داری
۱	۷۵۷۵/۲۰۴	۲	۲۵۲۵/۰۶۸	۶/۶۱۷	۰/۰۰۱
	۱۰۴۵۵۴/۵۶۹	۲۷۴	۳۸۱/۵۸۶		
	۱۱۲۱۲۹/۷۷۳	۲۷۷			

نتایج پژوهش در جدول ۶، رگرسیون با روش همزمان نشان می دهد که ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده در مدل باقی ماندند و مدل معناداری به دست آمد ($P < 0/001$). بنابراین متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده می توانند بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر را پیش بینی کنند.

جدول شماره ۷: ضرایب استاندارد و غیراستاندار محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین

معنی داری	t	ضرایب			متغیرها
		ضرایب استاندارد شده	غیراستاندارد شده		
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۱	۱۶/۰۱۶		۱۴/۵۱۱	۲۳۲/۴۱۰	ضریب ثابت
۰/۰۰۱	۳/۳۳۸	۰/۱۹۷	۰/۱۷۳	۰/۵۷۸	ناگویی هیجانی
۰/۰۱۶	۲/۴۲۲	۰/۱۴۸	۰/۲۲۹	۰/۵۵۴	حمایت اجتماعی ادراک شده

براساس نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون، بررسی سهم هر کدام از متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر کلیبر نشان داد که مقدار بتا استاندارد شده مولفه های ناگویی هیجانی ($p < 0/001$, $t=3/338$, $Beta=0/197$) و حمایت اجتماعی ادراک شده ($p < 0/016$, $t=2/422$, $Beta=0/148$) معنی دار بوده و هر کدام به ترتیب تقریباً ۲۰ و ۱۵ درصد در پیش بینی بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان کلیبر تاثیر گذار بوده ولی مولفه راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی هم منفی بوده و هم سطح معنی داری بالای ۰/۰۵ بدست آمده و نقش کمتری در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر کلیبر دارند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلیبر انجام شد. نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه اول تحقیق که به بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهر کلیبر می پرداخت، نشان داد، که بین ناگویی هیجانی با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر رابطه معنی دار وجود دارد. نتیجه بدست آمده با نتیجه تحقیق، دهقان پور و سراج خرمی (۱۳۹۶)؛ سدید و یمینی (۱۳۹۷)؛ ثاقبی سعیدی و همکاران (۱۳۹۷)؛ دوامی و همکاران (۱۳۹۸)؛ اسکندری (۱۳۹۸)؛ عبدی زرین و نیکخواه سیروی (۱۴۰۰)؛ صف آرا و سلم آبادی (۱۴۰۰)؛ کاروکیوی (۲۰۱۵)؛ نیکولو و همکاران (۲۰۱۶)؛ هلدر و همکاران (۲۰۱۷) هماهنگ و همسو بودند.

در تبیین این یافته تحقیق می توان گفت افرادی که ناگویی هیجانی بالایی داشته باشند از بهزیستی روانشناختی پایینی برخوردار خواهند بود. در واقع نتایج پژوهش حاکی از آن است

که ناگویی هیجانی پیش بین قوی تری برای بهزیستی روانشناختی می باشد. بر اساس این پژوهش، افرادی که هنوز توانایی بیان و تشخیص هیجانات و عواطف (ناگویی هیجانی) را کسب نکرده اند، بنابراین ممکن است در نوجوانی (که نمونه پژوهش حاضر نیز در محدوده سنی نوجوانان بود) نتوانند به بهزیستی روانشناختی دست یابند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس زا دارند که این ممکن است با میزان بالایی از پریشانی روانی و تشدید برانگیختگی جزء روانشناختی سیستم های ابراز هیجان همراه شود. به نظر می رسد که وقتی افراد دچار ناگویی هیجانی در معرض یک رویداد استرس زا قرار می گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود، دچار آشفتگی هیجانی شده و این امر باعث کاهش احساس خوب بودن و رضایتمندی در فرد می گردد (نیکولو و همکاران، ۲۰۱۶). نوجوانان مبتلا به ناگویی هیجانی، به دلیل ناتوانی در بیان، توصیف و مدیریت احساسات خود، به محض روبه رو شدن با شرایط استرس زا دچار آشفتگی هیجانی می شوند. سرکوب کردن احساسات و عدم ابراز آن نیز، بهزیستی روانشناختی فرد را کاهش می دهد. نارسایی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها است. وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می گردد. و به دنبال آن این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت های فرد را مختل می سازد. کاهش شاخص های بهزیستی روانشناختی و افزایش شاخص های درماندگی روانشناختی، محصول این اختلال محسوب می شود. نقش ناگویی هیجانی در مکانیسم های ایجاد و تداوم آسیب های روانی روز به روز توجه بیشتری را به خود جلب می کند، به خصوص که ویژگی های افراد دچار ناگویی هیجانی عوامل خطر ساز مهمی برای اختلالات روان تنی و اختلالات خلقی هستند. چرا که این افراد در تنظیم احساسات خود ناتوان اند (کارو کیوی ۲۰۱۵). دوران نوجوانی و جوانی دورانی سرشار از تغییرات و چالش ها میباشد که می توان با آگاهی دادن و آموزش های مناسب آن را به دورانی برای پیشرفت تبدیل کرد. با توجه به رشد سریع در دوره نوجوانی، این دوره به عنوان یک دوره پرخطر برای افراد شناخته شده است، تعداد زیادی از نوجوانان قبل از اتمام دبیرستان ترک تحصیل میکنند (بستگی به گروههای قومی دارد)؛ و مصرف منظم الکل و داروهای دیگر را دارند. نوجوانی یک دوره رشد منحصر به فرد است که در طی این دوره افزایش شدید اطلاعات اجتماعی و هیجانی میتواند باعث حساسیت به هیجانات دیگران شود. افسردگی اغتشاش در خلق است که با درجات متفاوتی از یأس، ناامیدی، تنهایی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می شود. از

افسردگی به عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود. احتمال وقوع رفتار آسیب به خود در این نوجوانان وجود دارد. قرار گرفتن نوجوان در گروه همسالانی که در آنها واکنش‌های ناسازگارانه نسبت به هیجانات منفی زیاد است، باعث افزایش خطر ابتلا به خودآسیبی عمدی غیرخودکشی گرا در سایر اعضا می‌شود (دوامی و همکاران، ۱۳۹۸). افرادی که با دوستان و والدین خود رابطه مثبتی برقرار میکنند، قادر به مقابله با هیجانات منفی خود هستند و آنها احتمالاً در برابر علائم افسردگی، کمتر از رفتارهای خودآسیبی استفاده می‌کنند. هیجانات منفی از قبیل افسردگی و استرس در نوجوانان و جوانان باعث رفتارهای مخربی چون آسیب به خود میشوند ولی همه نوجوانان که هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند، رفتار آسیب به خود را نشان نمی‌دهند.

نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه دوم تحقیق که به بررسی رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهر کلیبر می‌پردازد، نشان داد، که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر رابطه معناداری وجود دارد. به این معنا که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی نیز افزایش می‌یابد. نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیق، عمادپور و همکاران (۱۳۹۴)؛ مرزبانی و بستان (۱۳۹۵)؛ سهراب بیگ و ارجمندنیا (۱۳۹۵)؛ زائری و همکاران (۱۳۹۵)؛ ابوطالبی و همکاران (۱۳۹۷)؛ عسگری دوست و جهانگیری (۱۳۹۸)؛ رضائی ورمزیار (۱۳۹۹)؛ پروندی و عارفی (۱۳۹۹)؛ کاتی و سیسیلیا (۲۰۱۶)؛ چان و همکاران (۲۰۱۸)؛ گالاگر و ولاپرودریج (۲۰۱۸)؛ کالپانا (۲۰۱۹) هماهنگ و همسو بودند.

در تبیین این یافته تحقیق می‌توان گفت حمایت اجتماعی یکی از مولفه‌های مرتبط با سلامت روان و پیش بینی‌کننده مشکلات روانشناختی است. افرادی که نمرات بالایی در حمایت اجتماعی به دست می‌آورند، به احتمال زیاد بهتر با عوامل استرس‌زای روانی کنار می‌آیند. رایج‌ترین تعریف حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در مواقع مورد نیاز منابع حمایتی را فراهم میکنند، تاکید دارد. منابع حمایتی موجب میشود که فرد احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس کند که بخشی از شبکه وسیع ارتباطی است. بهزیستی روانشناختی به عنوان یک سپر دفاعی، نقش مهمی در حفاظت از افراد در برابر عوامل آسیب‌زا و افزایش کیفیت زندگی ایفاء می‌کند و افراد با بهزیستی روانشناختی بالا، احساس شادی، توانمندی، ادراک حمایت خوب، رضایت از زندگی و سلامت جسمانی خوب را گزارش می‌دهند. می‌توان گفت کسانی که از حمایت

اجتماعی برخوردارند احساس می کنند که کسی دوستشان دارد، به آنها اهمیت داده می شود، دیگران آنها را افراد محترم، با ارزش و با عزت به شمار می آورند. و خود را بخشی از شبکه اجتماعی نظیر خانواده یا سازمان اجتماعی می دانند که می تواند منبع کمک های مادی و معنوی و خدمات دو جانبه به هنگام نیاز باشد (کالیانا، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی نه تنها هنگام فشار روانی بسیار یاری کننده است، بلکه به هنگام آرامش نسبی نیز مفید واقع می شود. حمایت اجتماعی به فرد احساس امتیاز و اعتماد بنفس می دهد تا رویکردهای جدید را بسنجد و مهارت های مقابله ای بیشتری را کسب کند. وکونیشی، "آوکیس" و پوزنکا (۱۹۹۷)، ۴۷ بیمار مبتلا به بیماری قلبی - عروقی را مورد بررسی قرار دادند و پس از مصاحبه ساختار یافته بالینی، چهار آزمون روانشناختی (آزمون افسردگی زونگ، مقیاس افسردگی هامیلتون، نیمرخ حالات خلقی و مقیاس حمایت اجتماعی) را اجرا کردند و دریافتند که بیماران قلبی - عروقی در مقایسه با افراد سالم (گروه گواه) اختلال های روانپزشکی بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری دارند و نیز شدت افسردگی به طور معنی داری با حمایت اجتماعی ضعیف در ارتباط است. فلاهرتی، تی تیان" و بلک (۱۹۸۳) نیز وجود رابطه میان حمایت اجتماعی، رویدادهای زندگی و سازگاری اجتماعی را مورد تأکید قرار داده اند. جینا پیستولکا، هائ - راهان" و هیون چونگ پارک (۲۰۰۲) براین باورند که حمایت اجتماعی ممکن است بین استرس و بهزیستی روانشناختی مانند یک سپر محافظ عمل کند. آنها در پژوهشی بر روی مهاجرین کره ای در مریلند، وضعیت استرس، حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی را در افراد ۹۰-۸۹ ساله مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که حمایت اجتماعی رابطه معنی داری با بهزیستی روانشناختی دارند.

بررسی سوال تحقیق نشان داد که متغیرهای ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده سهم بیشتری در پیش بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر شهرستان کلیبر دارند. در این راستا می توان گفت بهزیستی روان شناختی وجود و حضور شرایط خوب و رضایت بخش همراه با حضور سلامت، شادمانی و کامیابی است. افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت دارند. درحالیکه افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و وقایع زندگی شان را نامطلوب ارزیابی نموده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه میکنند دانش آموز با بهزیستی روانشناختی پایین احساس فرسودگی تحصیلی و هراس اجتماعی می کند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افرادی که از زندگی شان رضایت دارند و هیجانات مثبت را تجربه می کنند دارای سطح بالایی از بهزیستی روانشناختی می باشند. بهزیستی روانشناختی

نه تنها منجر به افزایش احساس خوب، بلکه همچنین هراس اجتماعی را نیز کاهش می دهد. ایجاد فرصت برای شکوفایی استعدادها، توانایی ها و کنار آمدن با خود و دیگران یکی از اهداف مهم و اساسی بهزیستی روان شناختی است. دانش آموز تجارب مختلفی کسب می کند، واکنش های گوناگونی را از معلمان در مدرسه و از والدین در خانه دریافت می کند و در مقابل قضاوت های مختلف دیگران نسبت به خود و برداشت های خود از واکنش های خود از دیگران به تصور ثابتی درباره خودش می رسد (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۷).

بهزیستی روانشناختی به دانش آموزان کمک می کند که با ایجاد روش های صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری حاصل نموده و برای مشکلات از راههای مطلوب اقدام نمایند. بنابراین انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می شود که بر اساس کیفیات تأثیر و تأثر متقابل عمل می کند. در حقیقت موفقیت در تحصیل آنچنان مربوط به استعدادهای فوق العاده دانش آموز نیست بلکه موفقیت وی منوط به این است که چگونه مراحل دانش آموزی را از نظر عاطفی و روانی به طور طبیعی گذرانده باشد. اغلب مشاهده شده دانش آموزانی که سطوح بالایی از آسیب شناسی روانی را تجربه می کنند توانایی کمتری برای انجام تکالیف خود دارند. عواطف منفی در بهزیستی روانشناختی همچون اضطراب یا خشم، سبب می شوند ذهن فرد فقط به تولید واکنش دفاعی در برابر موضوعات ایجاد کننده این عواطف منفی، محدود شود در صورتی که عواطف مثبت، سبب می شود که ذهن فرد بر روی محرک ها باز باشد و این مسئله به نوبه خود فرصت هایی را برای توجه گسترده به محیط، ایجاد کرده و در نتیجه موجب کاهش احساس تعلق به مدرسه می شود (گالاگر و ولابرودریج، ۲۰۱۸).

محدودیت: این پژوهش نیز همانند سایر تحقیقات با کاستی هایی مواجه بود، از جمله می توان به جامعه آماری پژوهش اشاره کرد که شامل دانش آموزان دختر دبیرستانهای شهرستان کلیبر بودند و با توجه به نوع پژوهش که همبستگی می باشد، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیر و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی ایجاد می کند. لذا پیشنهاد می شود برای انجام پژوهش هایی با قدرت تعمیم بالاتر و تدوین برنامه های کلی، پژوهشگران آتی طرح پژوهشی خود را برای جامعه های گوناگون به اجرا در آورند. تعصبات، ملاحظات اخلاقی و محافظه کاری برخی از پاسخ دهندگان به گویه های پرسشنامه ها، ممکن است در نتایج پژوهش تاثیر داشته باشد. محدودیت دیگر به ابزار گرد آوری داده ها بر می گردد که در این تحقیق محدود به پرسشنامه بود. بنابراین پیشنهاد می گردد جهت دستیابی به اطلاعات

جامع تر از ابزارهای دیگری هم چون مصاحبه و مشاهده نیز در پژوهش های بعدی استفاده شود. همچنین به منظور میزان تاثیر دو متغیر بررسی شده در این تحقیق بر روی بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان، با حجم نمونه محدود از تحقیقات شبه آزمایشی نیز استفاده گردد. همچنین به پژوهشگران توصیه می شود، عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی را بصورت مقایسه ای بین دختران دارای مشکلات رفتاری و عادی انجام داده و مورد مقایسه قرار دهند. در راستای نتیجه فرضیه اول و وجود ارتباط بین ناگویی هیجانی و بهزیستی روانشناختی و با توجه به این امر که امروزه بیشتر نوجوانان در پاسخ گویی به هیجانات خود در بیشتر مواقع با شکست مواجه می شوند، پیشنهاد می شود که دانش آموزان را با هیجانات دوره نوجوانی آشنا ساخته و اقدامات عملی در خصوص واکنشها به هیجان و برخورد با این قضایا بصورت واقعی آموزش داده شود و دانش آموزانی که از ناگویی هیجانی رنج می برند که منجر به افسردگی می شود شناسایی و درمان شوند.

در راستای نتایج فرضیه دوم با توجه به اینکه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان رابطه وجود دارد مشاورین و مدیریت مدارس دخترانه، دانش آموزان دچار مشکلات روحی و روانی را شناسایی کرده و بصورت کامل مورد حمایت خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه دست اندرکاران به ویژه از تمامی معلمان و دانش آموزانی که با وجود سختی کار با صبر و بردباری خود ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه نهایت تشکر و قدر دانی را دارند.

منابع و ماخذ

ابوطالبی، فاطمه؛ خامسان، احمد و راستگو مقدم، میترا. (۱۳۹۷). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی ذهنی و پیشرفت تحصیلی دختران پیش دانشگاهی. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، سال چهاردهم، شماره ۴۸، صص ۱۶۶-۱۴۷.

- اسکندری، آرزو. (۱۳۹۸). رابطه بهزیستی روانشناختی و ناگویی هیجانی در زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه دانش انتظامی اصفهان*، دوره ۵، شماره ۱۲، صص ۶۴-۷۶.
- پروندی، علی و عارفی، مختار. (۱۳۹۹). پیش بینی بهزیستی روانشناختی براساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان سرپرست خانوار. *مطالعات زن و خانواده*، پژوهشکده زنان دانشگاه الزهراء، دوره ۷، شماره ۲، صص ۸۹-۱۱۴.
- ثاقبی سعیدی، کرامه؛ ابوالقاسمی، عباس و اکبری، بهمن. (۱۳۹۷). نقش حس انسجام، ناگویی هیجانی و خوددلسوزی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی دختران دارای دیسمنوره اولیه. *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره ۲۵، شماره ۸، صص ۳۳-۴۲.
- دوامی، محبوبه؛ عبدخدایی، محمد سعید و غنایی چمن آباد، علی. (۱۳۹۸). بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه باورهای فراشناختی و احساس انسجام روانی با بهزیستی روانشناختی. *پنجمین کنفرانس بین المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران.
- دهقان پور، مصطفی و سراج خرامی، ناصر. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی خلقی و هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی در پرستاران بیمارستان یک سازمان نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، دوره ۸، شماره ۳۰، صص ۳۹-۵۰.
- ذاکری، فاطمه؛ صفاریان طوسی، محمدرضا و نجات، حمید. (۱۳۹۸). بررسی نقش تعدیل کننده شفقت خود در رابطه ناگویی هیجانی با دلزدگی زناشویی در زنان ناسازگار. *فصلنامه آموزش، مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۹)، ۵۲-۶۴.
- رضائی ورمزیار، مرادعلی. (۱۳۹۹). رابطه بین حمایت های اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی: نقش واسطه ای سرمایه های تحولی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، سال پانزدهم، شماره ۵۸، ۱۷۵-۱۸۹.
- زائری، سمیه، خواجه، نجمه و تمیمی، مهدی. (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با مولفه های بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانوار. *ششمین همایش پژوهش های نوین در علوم و فناوری*، کرمان.
- سدید، محسن و یمینی، محمد. (۱۳۹۷). پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای مقابله ای و ناگویی هیجانی. *فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲)، ۱۲۵-۱۴۱.

- سلیمی، عظیمه؛ جوکار، بهرام و نیکپور، روشنگر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روانشناختی*، ۵(۳)، ۱۰۲-۸۱.
 - سهراب بیگ، آذر و ارجمندنی، علی اکبر. (۱۳۹۵). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس های بهزیستی ذهنی در بین مادران دارای کودکان استثنایی و عادی. *دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد*.
 - صف آرا، مریم و سلم آبادی، مجتبی. (۱۴۰۰). بهزیستی روانشناختی در سالمندان: نقش خودشفقتی و ناگویی هیجانی. *روانشناسی پیری*، ۷(۱)، صص ۹۲-۸۳.
 - عبدی زرین، سهراب و نیکخواه سیروی، زهرا. (۱۴۰۰). بهزیستی روانشناختی: نقش تمایز یافتگی، ناگویی هیجان و قدرت من. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، سال هشتم، شماره ۳، ۲۴-۱۳.
 - عمادپور، لیلا؛ غلامعلی لوانسانی، مسعود، خلیلی، شیوا و فرجی، ندا. (۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان: نقش واسطه ای انگیزش تحصیلی. *روانشناسی معاصر*، شماره ۱۰، صص ۱۰۹۸-۱۰۹۵.
 - عسگری دوست، لیلا و جهانگیری، محمد مهدی. (۱۳۹۸). پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش واسطه ای تاب آوری در زنان نابارور. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، سال ۶۲، شماره ۴، صص ۱۶۹۲-۱۶۸۵.
 - محمدی، لیلا؛ تنها، زهرا و رحمانی، سوده. (۱۳۹۴). رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده. *پژوهش های نوین روانشناختی*، ۳۹، ۱۸۳-۱۵۷.
 - مرزبانی، فریبا و بستان، نبی. (۱۳۹۵). تعیین نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روان شناختی معلمان زن، *مجله اصول بهداشت روانی*، ویژه نامه سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی، ۵۴۱-۵۳۷.
 - میکائیلی منیع، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی دانشجویان دوره ی کارشناسی دانشگاه ارومیه. *افق دانش؛ فصلنامه ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۱۶(۴).
- o Catie, CW, Lai., & Cecilia, MS. Ma. (2016). The mediating role of social support in the relationship between psychological well-being and health-risk behaviors among Chinese university students. *Health Psychol Open*; 3(2).

- Chan, C.W., Molassiotis, A., Yam, B.M., Chang, S.J., & Lam, C.S. (2018). Traveling through the cancer trajectory: Social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5), 387-394.
- Chimenti, M. S., Fonti, G. L., Conigliaro, P., Hitaj, J., Triggianese, P., Teoli, M., & Perricone, R. (2019). Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. *Medicine*, 98(4).
- Cobb, S. (1976). Physiologic changes in men whose jobs were abolished. *Journal of psychosomatic research*.
- Dierendonck D. (2005). The construct validity of Ryff scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*. 36: 629- 643.
- Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2018). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and individual differences*, 44(7), 1551-1561.
- Garcia D, Sagone E, De Caroli ME, Al Nima, A. (2017). Italian and Swedish adolescents: differences and associations in subjective well-being and psychological well-being. *Peer J*. 5: e2868.
- Gawronski, A., & Krzżolek, .. (1999). Cognitive mechanisms of alexithymia in schizophrenia: Investigating the role of basic neurocognitive functioning and cognitive biases. *Psychiatry research*, 271, 573-580.
- Ghavami N, Fingerhut A, Peplau LA, Grant SK, Wittig MA. (2011). Testing a model of minority identity achievement, identity affirmation, and psychological well-being among ethnic minority and sexual minority individuals. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 17(1): 79.
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Compr Psychiatry*; 43: 448-55.
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of affective disorders*, 199, 23-29.
- Holder, MD., Love, A., & Timony, L. (2017). The poor subjective well-being associated with alexithymia is mediated by romantic relationships. *J Happi Stud*. 16: 117-133.
- Kalpana, R. E. (2019). Perceived Social Support and Psychological Well-Being: Testing the Unique Association and Gender Differences among Young Working Adults. *Indian psychology*, 3(2),4.
- Karukivi, M. (2015). *Associations between alexithymia and mental well-being in adolscents*. Finland: Annales Universitatis Turkuensis.

- Kafetsios, K., & Hess, U. (2019). Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and Individual Differences*, 137, 80-85.
- o Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 80-89.
- o Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2012). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (CASSS). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18.
- o Marchi, L., Marzetti, F., Orrù, G., Lemmetti, S., Miccoli, M., Ciacchini, R., & Conversano, C. (2019). Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease. *Frontiers in psychology*, 10.
- o Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., & Carcione, A. (2016). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, 190(1), 37-42.
- o Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B. (1993). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- o Pines, A.M. (2003). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, 1(2), 170-180.
- o Ryff, CD. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83 (1): 10-28.
- o Ryff CD, Love GD, Urry HL, Muller D, Rosenkranz MA, Friedman EM, et al. (2006). Psychological wellbeing and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychother Psychosom*.75: 85-95.
- o Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1069.
- o Streeter, C.L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research on Social Work Practice* , 2(1), 81-98.
- o Shaghghi F., & Rezaei-Kargar F. (2010). The impact of critical and creative thinking skills on wellbeing of adolescents. *Psychological Research*. 2, 5:49-66. [Persian].

- Tabassi- Zanjani R. (2004). *Construction and standardization of psychological well-being pilot test*, master's thesis in General Psychology, Tehran University. [Persian].
- Tella, M. D., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Pain experience in Fibromyalgia syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of affective disorders*, 201, 1-20.
- Torres, S., Guerra, M. P., Miller, K., Costa, P., Cruz, I., Vieira, F. M., & Rocha, M. (2019). Factorial Validity of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Clinical Samples: A Critical Examination of the Literature and a Psychometric Study in Anorexia Nervosa. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26(1), 33-46.
- Van den Akker, O. B. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human reproduction update*, 13(1), 53-62..
- Yadav, E. & Chanana, S. (2018). Emotional Regulation and Well-Being among Elderly. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 8(2): 196-200.
- 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.

