

پیش بینی شکایت روانی - فیزیولوژیکی براساس درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو در جمعیت غیربالینی

Predicting Psychophysiological Compliant based on Thought Fusion and Trauma with mediating role Ego Strength and Cognitive Flexibility in Non-Clinical individuals

Shiva Jafari, MSc

Asgar Jafari, PhD✉

شیوا جعفری^۱

اصغر جعفری^۲

Abstract

The present study aimed to predict psychophysiological compliant based on thought fusion and trauma, with mediating role ego strength in non-clinical individuals. Method was descriptive- correlation. Population was nursing students in medical sciences of Bushehr in second 6 months on 2024. 205 participants selected by one cluster sampling. data were collected by questionnaires of Takata & Sakata, s (2003) psychophysiological compliant, Wells & et al, s (2001) thought fusion, Bernstein & et al, s (2003) trauma and Markstrom & et al, s (1997) ego strength and analyzed by Pearson's correlation, hierarchy regression and SEM. The results showed that there is a negative and significant relationship between thought fusion and trauma with psychophysiological compliant and there is a positive and significant relationship between ego strength and psychophysiological compliant ($p < 0.01$). The results of SEM indicated that ego strength and cognitive flexibility mediate the relationship between thought fusion and trauma with psychophysiological complaints ($p < 0.01$). The results showed evidence that thought fusion and trauma effect psychophysiological compliant of nursing students and ego strength indirectly reduce the effect of thought fusion and trauma on psychophysiological compliant.

Keywords: Psychophysiological, Thought Fusion, Trauma, Ego strength

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی شکایت روانی - فیزیولوژیکی براساس درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو انجام شد. روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در ۶ ماه دوم ۱۴۰۲ بودند. ۲۰۵ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های شکایت روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۳)، درآمیختگی افکار ولز و همکاران (۲۰۰۱)، آسیب‌های دوره کودکی برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) و توان‌مندی ایگو مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) جمع‌آوری و به‌وسیله آزمون‌های همبستگی پیرسون، رگرسیون سلسله مراتبی و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایات روانی - فیزیولوژیکی رابطه مثبت و معنادار و توان‌مندی ایگو با شکایات روانی - فیزیولوژیکی رابطه منفی و معنادار دارند ($p < 0.01$). نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که توان‌مندی ایگو روی رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایات روانی - فیزیولوژیکی نقش واسطه‌ای دارد ($p < 0.01$). نتایج شواهدی را نشان داد که درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی روی شکایات روانی - فیزیولوژیکی تأثیر دارد و توان‌مندی ایگو تأثیر درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی را روی شکایات روانی - فیزیولوژیکی کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: روانی - فیزیولوژیکی، درآمیختگی افکار، آسیب دوره کودکی، توان‌مندی ایگو

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۶/۱۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

در چند دهه اخیر، اختلالات روانی- فیزیولوژیکی (psychophysiological) شایع شده‌اند. عوامل هیجانی و روانی در بروز اختلال‌های روانی- فیزیولوژیکی نقش اساسی دارند (کوکسل و همکاران، ۲۰۲۲). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مفاهیم طب روان‌تنی در طبقه "اختلال‌های جسمی و اختلال‌های مرتبط" منظور شده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۹). تشخیص اختلال روانی- فیزیولوژیکی، زمانی است که یک مشکل جسمانی آشکار شود، اما عوامل روان‌شناختی در شروع و شدت آن نقش اساسی دارند (برانیمیر و همکاران، ۲۰۲۱).

شکایات روانی- فیزیولوژیکی مشکلاتی هستند که در آنها فشارهای روانی تأثیر چشم‌گیری روی فعالیت‌های فیزیولوژیکی دارند. این شکایات که به‌عنوان اختلال در عملکرد یا آسیب ساختاری در اندام‌های بدن توصیف می‌شوند، ناشی از فعال‌سازی نامناسب سیستم عصبی خودمختار و غدد درون‌ریز هستند، اما در حقیقت منشأ روان‌شناختی دارند و تا زمانی که این عوامل درمان نشوند، شکایت ادامه دارد (بدرخانی و همکاران، ۱۴۰۲). امروزه ۷۵ درصد بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی و داخلی دچار واکنش‌های روانی- فیزیولوژیکی هستند (کوکسل و همکاران، ۲۰۲۲). عوامل شناختی و عاطفی در بروز شکایات روانی- فیزیولوژیکی نقش دارند. یکی از متغیرهای شناختی که به‌نظر می‌رسد در بروز شکایات روانی- فیزیولوژیکی نقش دارد، درآمیختگی افکار (thought fusion) است. در افراد با مشکل درآمیختگی افکار، مرز بین فکر و رویدادها و فکر و عمل از بین می‌رود. آنها اعتقاد دارند که افکار غیرقابل قبول و ناخوشایند می‌توانند حوادث بیرونی را تحت تأثیر قرار دهند (فرگوس و همکاران، ۲۰۱۵). درآمیختگی افکار موجب بروز افکار مزاحم و ناخواننده و احساس نگرانی و اضطراب شدید در افراد می‌شود. درآمیختگی افکار دارای ابعاد آمیختگی فکر- رویداد، آمیختگی فکر- عمل و آمیختگی فکر- شیء است (میرز و همکاران، ۲۰۰۹). هرچه شدت درآمیختگی افکار بالاتر باشد افراد در ابعاد فکر- عمل، فکر- رویداد و فکر- شیء بیشتر دچار مشکل می‌شوند و طبق این باورهای شناختی، مرز بین فکر و رویدادها و فکر و عمل از بین می‌رود. معمولاً افراد را مضطرب و نگران می‌کند و به‌صورت علائم جسمانی و روانی در فرد تظاهر پیدا می‌کند (موریلو و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجایی که دانشجویان رشته پرستاری در محیط کار با بیماران گوناگونی سر و کار دارند و معمولاً فشار روانی و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند (کریمی و جعفری، ۱۴۰۰)، آنها بیشتر مستعد ابتلا به استرس شغلی و مشکلات سلامتی هستند. فشار روانی مرتبط با شغل پرستاری زمینه بروز افکار نگران‌کننده و ناکارآمد را در آنان ایجاد می‌کند که بعد از مدتی مرز بین فکر و عمل از بین می‌رود و افکار مربوط به بیماری‌ها را در بدن خود تصور می‌کند که معمولاً در قالب مشکلات روانی- فیزیولوژیکی بروز می‌کند (کایا و همکاران، ۲۰۱۷)، محیط پرسترس پرستاری، سلامت روانی افراد را کاهش می‌دهد و فرد دچار عدم تعادل روانی می‌شود (دانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

آسیب‌های دوره کودکی هم با تأثیرگذاری روی ابعاد عاطفی و هیجانی می‌تواند روی سلامت و آسیب‌پذیری فرد در بزرگسالی تأثیر بگذارد (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). آسیب‌های دوره کودکی و ضربه‌های روانی ناشی از آن معمولاً باعث می‌شوند افراد از نزدیکی با دیگران خودداری کنند. به‌ویژه زمانی که آسیب دوره کودکی ناشی از روابط کلیدی کودک با والدین و سایر افراد نزدیک باشد، یادآوری و خاطرات و مناسبات گذشته موجب می‌شود فرد جهت مدیریت احساسات و تجربیات آن دوران، از خود و ارتباط با دیگران فرار کند (بروتز و همکاران، ۲۰۲۱). آسیب‌های دوره کودکی شامل غفلت عاطفی، آزار جسمی و جنسی، خشونت خانوادگی و محرومیت‌های احساسی می‌شود. چون افراد در دوره کودکی ادراک کامل و صحیح از دنیای پیرامون خود ندارند. آسیب‌پذیرتر هستند (لويس و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که در دوره کودکی، مورد پرخاشگری عاطفی قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی، عاطفه منفی بیشتر و بهزیستی روان‌شناختی کمتری دارند. این افراد یاد نمی‌گیرند که احساسات و هیجانات خود را ابراز کنند. نبود پردازش هیجان‌ها روی تحول مثبت و سلامت روانی آنان تأثیر می‌گذارد (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰). آسیب‌های دوره کودکی عواقب مخرب پایداری روی سلامت عاطفی و واکنش‌پذیری فرد نسبت به استرس دارد (عباسی‌راد و همکاران، ۱۴۰۰؛ بیلهارز و همکاران، ۲۰۲۰). طبق نتایج پژوهش‌های قبلی بین درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با مشکلات روانی- فیزیولوژیکی افراد در بزرگسالی رابطه وجود دارد. اما به‌نظر می‌رسد متغیر دیگری روی رابطه این متغیرها تأثیر می‌گذارد. توان‌مندی ایگو (ego strength) یکی از متغیرهایی است که می‌تواند روی رابطه

در آمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی - فیزیولوژیکی تأثیر بگذارد. از آنجایی که "خود" سازمان روانی را مدیریت می‌کند، بیشتر مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که خود نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. توان‌مندی خود نشان‌دهنده ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه اضطراب فلج‌کننده است (کیم و پارک، ۲۰۱۶). توان‌مندی ایگو، توانایی خود در مقابله مؤثر با خواست‌های رقابت‌آمیز و موقعیت‌های توان‌فرسا به‌رغم خواست‌ها و توقعات نیروهای متعارض است. وجود یک خود توانمند موجب می‌شود افراد در برابر شرایط پراسترس زندگی تحمل و ظرفیت کافی داشته باشند و کمتر دچار آسیب‌روانی شوند (جراره و سیفوری، ۱۴۰۲). یک ایگوی قوی در برخورد با تنیدگی محیطی از ظرفیت‌های حل‌مساله سازگارانه استفاده می‌کند (چوی و همکاران، ۲۰۲۰؛ موسوی و همکاران، ۱۴۰۲). زمانی که ایگوی شخصیت توان‌مندی بیشتری دارد، به شیوه‌ای کارآمدتر می‌تواند سازمان روانی فرد را در ابعاد شناختی، عاطفی و اجتماعی متعادل‌سازی کند و زمینه را برای ادراک‌ها، نگرش‌ها و تجربه عواطف مثبت و کارآمدتر و کسب تجربه مطلوب‌تر در موقعیت‌های اجتماعی فراهم سازد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به این‌که افراد دچار اختلالات روانی - فیزیولوژیکی نگرانی زیادی درباره علائم بیماری تجربه می‌کنند و به دنبال دریافت خدمات پزشکی افراطی هستند و در بیشتر مواقع ارزیابی و درمان پزشکی را نادرست می‌دانند، مشکلات روان‌شناختی نقش زیادی را تجربه می‌کنند و عملکرد فرد را در حیطه‌های گوناگون زندگی مختل می‌کنند (مولایی‌پارده و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به نقش در آمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی در پیش‌بینی شکایات روانی - فیزیولوژیکی و توان‌مندی ایگو به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای مثبت که می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری و ارتقاء سلامت‌روان منجر شود (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲) و همچنین خلاء پژوهشی موجود، ضرورت انجام پژوهش حاضر وجود داشت. از این‌رو نتایج مطالعه حاضر بسیار حائز اهمیت است چون می‌تواند در حوزه پیشگیری و درمان شکایات روانی - فیزیولوژیکی رهنمودهای موثری را ارائه کند و نقش متغیر واسطه‌ای توان‌مندی ایگو به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار در فرآیند پیشگیری و درمان تأکید شود. لذا با توجه به اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر، این سؤال مطرح شد که نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو روی رابطه در آمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی - فیزیولوژیکی چگونه است؟



شکل ۱. الگوی مفهومی پژوهش

• روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و تحلیل مسیر بود. با توجه به این‌که معمولاً افراد در محیط شغلی پرستاری فشار روانی و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند، آنها بیشتر مستعد ابتلا به مشکلات سلامتی هستند (کریمی و جعفری، ۱۴۰۰)، بر این اساس جامعه آماری پژوهش حاضر، دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در ۶ ماه دوم سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که ۲۳۰ نفر دوره کارشناسی و ۱۱ نفر هم، دوره کارشناسی ارشد بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای و طبق فرمول کلاین (۲۰۱۰)، ۲۰۵ شرکت‌کننده انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌گیری تک‌مرحله‌ای و برحسب تعداد کلاس‌های رشته پرستاری، ۲۰۰ نفر و ۱۰ نفر هم با احتساب افت آزمودنی انتخاب شدند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با حذف ۵ پرسشنامه مخدوش، در نهایت داده‌های مربوط به ۲۰۵ شرکت‌کننده تحلیل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت آگاهانه و تمایل برای همکاری با پژوهش، نداشتن بیماری جسمانی یا اختلال روانی، دانشجوی دوره کارشناسی پرستاری سال دوم به‌بعد باشد و ملاک‌های خروج؛ نبود تمایل به همکاری، داشتن بیماری جسمانی زمینه‌ای، مصرف روزانه دارو و داشتن رژیم تغذیه بودند. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان اخذ شد، آگاهی از اهداف پژوهش و امکان خروج از پژوهش بدون داشتن هیچ پیامد منفی برای شرکت‌کنندگان وجود داشت. بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه‌بودن اطلاعات تأکید شد و همه

شرکت‌کنندگان در صورت تمایل توانستند از نتایج پژوهش بهره‌مند شوند. همچنین پژوهش حاضر تحت کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1403.106 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون سلسله مراتبی، تحلیل مسیر و بوت استرپ و نرم‌افزارهای SPSS-23 و AMOS-26 تحلیل شدند.

• ابزارها

الف) مقیاس شکایات روان‌تنی (psychophysiological complaints scale- PSC): این مقیاس توسط تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) ساخته شد. ۳۰ ماده دارد و پاسخ‌دهی براساس گزینه‌های هرگز (نمره ۰) تا به‌طور مکرر (نمره ۳) انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۹۰ است و نمره بالا نشان‌دهنده شدت اختلال روان-تنی است. آلفای کرونباخ در سه بار تکرار بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به‌دست آمد. برای روایی سازه ساختار تک عاملی در سه بار تکرار ۳۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد واریانس را تبیین کرد (تاکاتا، ساکاتا، ۲۰۰۴). در ایران حاجلو (۱۳۹۱)، روایی هم‌زمان (۰/۶۸) و روایی سازه و اعتبار آن را به‌روش بازآزمایی ۰/۸۳ و روش همسانی درونی ۰/۸۵ به‌دست آورد. در پژوهش حاضر اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

ب) ابزار درآمیختگی افکار (thought fusion instrument- TFI): این ابزار توسط ولز و همکاران (۲۰۰۱)، ساخته شد. دارای ۱۴ ماده و سه مؤلفه درآمیختگی فکر-عمل، درآمیختگی فکر-رویداد و درآمیختگی فکر-شیء است. پاسخ‌ها روی یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای از هیچ اعتقادی ندارم (نمره صفر) تا کاملاً معتقدم (نمره ۱۰۰) به‌صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی مجموع نمرات است. ضریب اعتبار کلی از طریق همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد (ولز و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین مایرز و همکاران (۲۰۰۹)، ضریب اعتبار را با استفاده از روش بازآزمون ۰/۶۹ گزارش نمودند. در ایران میزان اعتبار به دو روش همسانی درونی و دو نیمه‌کردن ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند (خرمدل و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب اعتبار درآمیختگی افکار به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

ج) پرسشنامه آسیب دوره کودکی (childhood trauma questionnaire- CTQ): این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شد. دارای ۲۸ ماده و خرده‌مقیاس‌های سوءاستفاده جنسی (ماده‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸)، جسمی (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷)، عاطفی (۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵)، و غفلت عاطفی (۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و غفلت جسمی (۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶) است. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ در ابعاد سوءاستفاده عاطفی، جسمی، جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲)، آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱-۰/۹۸ برآورد کردند. در پژوهش حاضر اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

د) سیاهه توان‌مندی ایگو (inventory of ego strength- IES): این سیاهه توسط مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شد. دارای ۶۴ ماده و ۸ نقطه توان‌مندی خود شامل امید (ماده‌های ۸، ۱۵، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۵۸)، خواست (۲، ۴، ۱۹، ۲۷، ۳۳، ۳۶، ۵۴، ۶۳)، هدف (۱۶، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۸، ۴۰، ۴۵، ۵۱، ۶۲)، شایستگی (۳، ۱۱، ۱۳، ۲۹، ۳۵، ۵۹، ۶۱، ۶۴)، وفاداری (۶، ۱۰، ۱۸، ۲۰، ۳۷، ۴۱، ۴۸، ۵۳)، عشق (۱، ۷، ۱۴، ۲۳، ۳۸، ۵۷، ۶۰)، مراقبت (۹، ۱۷، ۲۱، ۳۰، ۴۶، ۴۷، ۵۲، ۵۵) و خرد (۵، ۱۲، ۲۲، ۳۱، ۴۳، ۵۰، ۵۶) است. براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به‌صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱. نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌دهی ماده‌های (۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۵، ۵۸، ۶۱، ۶۴) به‌صورت معکوس است. بالاترین نمره ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. نمره بالا یعنی قدرت خود بالا و نمره کل از جمع نمرات به‌دست می‌آید. مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷)، روایی صوری، محتوا و سازه آن را تأیید کردند و اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد. شکری و همکاران (۱۴۰۰)، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر اعتبار آن به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

• یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های ۲۰۵ شرکت‌کننده تحلیل شد که ۹۴/۶۳ درصد (۱۹۴ نفر) در دوره کارشناسی و ۱۵/۸۲ درصد (۱۱ نفر) در دوره کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. ۷۳/۶۵ درصد (۱۵۱ نفر) زن و ۲۶/۳۴ درصد (۵۴ نفر) مرد بودند. ۸۱/۴۶ درصد (۱۶۷ نفر) مجرد و ۱۸/۵۳ درصد (۳۸ نفر) متأهل بودند. به لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی ۲۲/۴۳ درصد (۴۶ نفر) در طبقه بالا، ۵۷/۵۶ درصد (۱۱۸ نفر) متوسط و ۲۰ درصد (۴۱ نفر) پایین بودند. در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی بین نمرات شرکت‌کنندگان گزارش شده است.

طبق نتایج جدول ۱، درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی رابطه مثبت و معنادار و توان‌مندی ایگو با شکایات روانی-فیزیولوژیکی رابطه منفی و معنادار دارند ($p < 0/01$). در بررسی مفروضه‌ها، مقادیر کجی و کشیدگی داده‌ها بین $+2$ و -2 بودند، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف، ضریب تحمل و عامل تورم واریانس، مفروضه‌های نرمال بودن، و همخطی بودن متغیرها و نتایج دوربین واتسون برقراری مفروضه استقلال خطاها را تأیید کردند ($DW=2/34$). طبق نتایج آزمون بارتلت $Chi-Square=756.42$ و $p < 0/01$ بین متغیرها رابطه وجود دارد.

با توجه به برقراری مفروضه‌ها، برای بررسی رابطه درآمیختگی افکار و آسیب دوره کودکی با شکایات روانی-فیزیولوژیکی، رگرسیون چندمتغیری سلسله مراتبی اجرا شد. طبق نتایج جدول ۲ در گام اول، درآمیختگی افکار ۳۱ درصد و در گام دوم با ورود آسیب‌های دوره کودکی در مدل ۳۷ درصد از شکایات روانی-فیزیولوژیکی را تبیین می‌کنند ($p < 0/01$).

در جدول ۳، ضرایب مستقیم درآمیختگی افکار و آسیب دوره کودکی در پیش‌بینی شکایات روانی-فیزیولوژیکی ارائه شده است. طبق نتایج جدول ۳، درآمیختگی افکار با ضریب $0/421$ و آسیب دوره کودکی با ضریب $0/427$ شکایات روانی-فیزیولوژیکی را به‌طور مستقیم پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
شکایات روان-فیزیولوژیکی	۷۴/۳۳	۱۶/۵۶	-				
درآمیختگی افکار	۶۹/۱۶	۱۱۹/۷۲	۰/۵۱**				
آسیب‌های دوره کودکی	۷۱/۲۱	۱۴/۱۸	۰/۵۶**	۰/۶۱**			
توان‌مندی ایگو	۱۸۹/۲۹	۳۳/۱۲	-۰/۵۸**	-۰/۶۱**	-۰/۴۸**		
انعطاف‌پذیری شناختی	۷۳/۳۲	۲۱/۲۷	-۰/۶۱**	-۰/۶۴**	-۰/۵۵**	۰/۴۹**	-

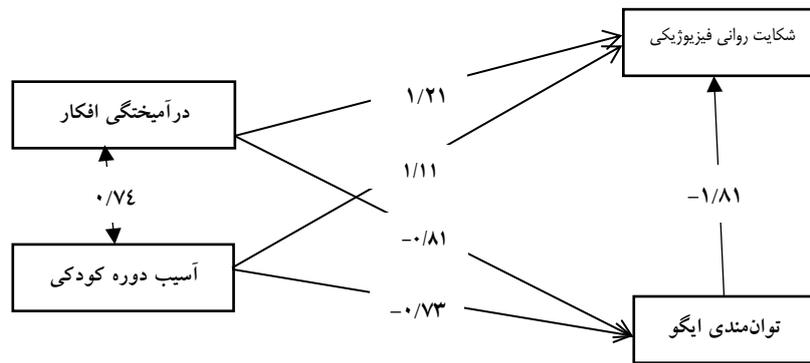
جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی

گام	متغیر	مدل	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	R	R2
اول	رگرسیون	۲۶۸۱/۵۹	۱	۲۶۸۱/۵۹	۹۴/۰۲	$p < 0/01$	۰/۵۶	۰/۳۱	
	باقیمانده	۵۷۹۱/۳۱	۲۰۳	۲۸/۵۲					
	کل	۳۲۷۶۹/۲۱	۲۰۴						
دوم	رگرسیون	۶۶۵۸/۳۵	۲	۳۳۲۹/۱۷	۴۰/۶۰	$p < 0/01$	۰/۶۱	۰/۳۷	
	باقیمانده	۸۲۰۲/۶۴	۲۰۲	۸۱/۹۹					
	کل	۳۶۷۴۱/۳۷	۲۰۴						

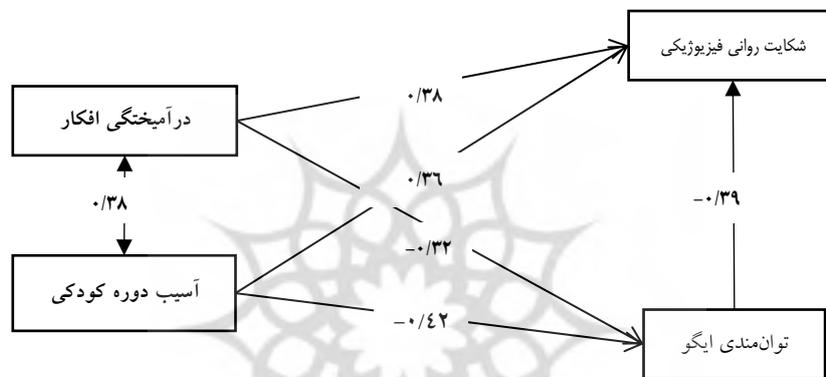
جدول ۳. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین

ضرایب غیراستاندارد ضرایب استاندارد					
متغیر	B	SE	β	T	سطح معناداری
درآمیختگی افکار	۰/۸۷۳	۰/۱۲۵	۰/۴۲۱	۹/۸۶۲	$p < 0/01$
آسیب‌های دوره کودکی	۰/۹۹۷	۰/۱۶۷	۰/۴۷۸	۱۱/۵۳۷	$p < 0/01$

برای بررسی نقش میانجی توان‌مندی ایگو در رابطه درآمیختگی افکار و آسیب دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی از روش تحلیل مسیر در معادلات ساختاری استفاده شد. روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش و ضرایب رگرسیون در شکل‌های ۲ و ۳ قابل مشاهده هستند.



شکل ۲. مسیر روابط بین متغیرهای پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده



شکل ۳. مسیر روابط بین متغیرهای پژوهش بر حسب ضرایب استاندارد شده

شکل ۳ نشان می‌دهد که با توجه به کارآمدی و مثبت بودن متغیر توان‌مندی ایگو، درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی از مسیر توان‌مندی ایگو تأثیر کمتری روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی دارند. توان‌مندی ایگو اثر درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی را کاهش می‌دهد.

در معادلات ساختاری چندین شاخص آماری جهت بررسی برازش مدل وجود دارد. برازش مدل تعیین‌کننده درجه‌ای است که داده‌های واریانس- کواریانس نمونه مدل معادلات ساختاری را حمایت می‌کند. یکی از شاخص‌های بسیار مهم نسبت خبی دو به درجه آزادی (chi-square/ degree of freedom) است که غالباً مقدار ۱ تا ۳ به‌عنوان مقدار مورد قبول است. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (root mean square error of approximation) جهت بررسی مناسب بودن مدل استفاده کرد. در سخت‌گیرانه‌ترین حالت مقدار بین ۰ تا ۰/۰۸ به‌عنوان دامنه پذیرش برازش خوب مدل در نظر گرفته می‌شود. شاخص‌های برازندگی تطبیقی (comparative fit index)، برازندگی نرم‌شده (comparative fit index)، شاخص برازندگی افزایشی (incremental fit index)، شاخص نیکویی برازندگی (goodness of fit index) که مقدار مجاز این شاخص‌ها باید بیش از ۰/۹ باشد تا مدل نهایی پذیرفته شود. نتایج مدل ساختاری شکایات روانی- فیزیولوژیکی براساس درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی و با نقش میانجی توان‌مندی ایگو در جدول ۴ گزارش شده است.

هریک از شاخص‌ها به‌تنهایی دلیل بر برازندگی یا عدم برازندگی الگو نیست و این شاخص‌ها در کنار هم تفسیر می‌شوند. با توجه به شاخص RMSEA مدل پژوهش برازش خوبی دارد و شاخص IFI که از ۰/۹ بزرگ‌تر است با توجه به حجم جامعه آماری پژوهش حاضر، نشان‌دهنده برازش مدل پژوهش است. به‌طور کلی شاخص‌های برازش نشان می‌دهند که الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است و بنابراین نقش میانجی توان‌مندی ایگو در رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی احراز می‌شود.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص برازش
IFI	> ۰/۹	۰/۹۸۵	مناسب
GFI	> ۰/۹	۰/۹۶۴	مناسب
RMSEA	< ۰/۰۸	۰/۰۶۲	مناسب
SRMR	< ۰/۰۸	۰/۰۶۶	مناسب
CFI	> ۰/۹	۰/۹۴۸	مناسب
NFI	> ۰/۹	۰/۹۴۱	مناسب

طبق نتایج جدول ۵، اثرات مستقیم و غیرمستقیم درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی از طریق متغیر واسطه‌ای توان‌مندی ایگو معنادار هستند ($P < ۰/۰۰۱$). از این رو فرضیه پژوهش مبنی بر نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو در رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی تأیید شد. به عبارتی دیگر زمانی که درآمیختگی افکار و آسیب دوره کودکی از مسیر توان‌مندی ایگو می‌گذرند، تأثیر کمتری روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی دارند. در واقع با افزایش سطح توان‌مندی ایگو می‌توان تأثیر درآمیختگی افکار و آسیب دوره کودکی را کاهش داد. به منظور بررسی نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو در رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی از روش بوت استرپ (Bootstrap) استفاده شد.

جدول ۵. ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین

مسیرها	متغیرها	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	مقدار آماره P
اثر مستقیم	درآمیختگی افکار ← شکایت روانی فیزیولوژیکی	۱/۲۱	۰/۳۸۱	< ۰/۰۰۱
	آسیب دوره کودکی ← شکایت روانی فیزیولوژیکی	۱/۱۱	۰/۳۶۴	< ۰/۰۰۱
	توان‌مندی ایگو ← شکایت روانی فیزیولوژیکی	-۱/۸۱	-۰/۳۹	< ۰/۰۰۱
اثر غیرمستقیم	درآمیختگی افکار ← توان‌مندی ایگو ← شکایت روان فیزیولوژیکی	۰/۷۳۳	۰/۲۹۵	< ۰/۰۰۱
	آسیب دوره کودکی ← توان‌مندی ایگو ← شکایت روان فیزیولوژیکی	۰/۸۹۱	۰/۲۶۷	< ۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۶، فاصله‌های اطمینان حد پایین و حد بالا حاکی از قرار نگرفتن صفر در این فاصله‌ها و معناداری مسیرهای غیرمستقیم با نقش واسطه‌ای توان‌مندی ایگو است. به این معنا که توان‌مندی ایگو از طریق درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی اثر غیرمستقیم روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۶. نتایج بوت استرپ برای مسیر غیرمستقیم توان‌مندی ایگو

مسیر	بوت استرپ	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار P
درآمیختگی افکار ← توان‌مندی ایگو ← شکایت روانی- فیزیولوژیکی	۰/۲۱۵	۰/۱۱۷	۰/۱۳۷	۰/۳۴۱	< ۰/۰۰۱
آسیب دوره کودکی ← توان‌مندی ایگو ← شکایت روانی- فیزیولوژیکی	۰/۲۶۳	۰/۱۰۹	۰/۱۶۵	۰/۳۸۹	< ۰/۰۰۱

به‌طور کلی نتایج نشان داد که توان‌مندی ایگو به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای کارآمد و مثبت می‌تواند تأثیر آسیب‌زای درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی را روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی کاهش دهد.

• بحث

نتایج حاکی از آن بود که بین درآمیختگی افکار با شکایت روانی- فیزیولوژیکی رابطه وجود دارد. از آنجایی که افراد دچار مشکل درآمیختگی افکار به یک‌سری افکار خاص و مزاحم اعتقاد دارند، مانند اینکه افکار بد به حادثه‌های بد منجر می‌شوند، احساسات و افکار مزاحم به اشیاء منتقل می‌شوند و آلودگی از راه اشیاء آلوده به اشیاء و افراد منتقل می‌شود و اشیاء، می‌توانند از طریق افکار کثیف شوند، یکسان فرض کردن افکار با کنش‌ها مثلاً اگر فکر کنم که به کسی آسیب می‌رسانم به این معنا است که این کار را انجام خواهم داد یا اگر به یک بیماری درباره خودم فکر کنم یعنی من به آن بیماری مبتلا خواهم شد. بر این اساس بعد از مدتی فرد به این باور می‌رسد که برای

جلوگیری از وقوع این اعمال و افکار باید کاری انجام دهد و در نتیجه بیشتر روی افکار مربوط به وقوع بیماری متمرکز می‌شوند (فرگوس و همکاران، ۲۰۱۵). هرچه شدت درآمیختگی افکار در افراد بالا باشد افراد در ابعاد فکر-عمل، فکر-رویداد و فکر-شیء بیشتر دچار مشکل می‌شوند و طبق این باورهای شناختی، مرز بین فکر و رویدادها و فکر و عمل از بین می‌رود. اعتقاد دارند که این افکار غیرقابل قبول و ناخوشایند آنها می‌تواند حوادث بیرونی مرتبط با زندگی خودش و جهان را تحت تأثیر قرار دهد. بر این اساس افراد با درآمیختگی افکار، باورهای خاصی را دنبال می‌کنند که معمولاً آنان را دچار اضطراب و نگرانی شدید می‌کند. این ارزیابی‌ها به تشدید هیجان‌های منفی از جمله اضطراب منجر می‌شوند و فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (موریلو و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجایی که دانشجویان رشته پرستاری در محیط کار با بیماران گوناگونی سر و کار دارند و معمولاً فشار روانی و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند و آنها مستعد ابتلا به استرس شغلی و مشکلات سلامتی عیدیه‌ای هستند (کایا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ فشار روانی و اضطراب شدید مرتبط با شغل پرستاری زمینه بروز افکار نگران‌کننده و ناکارآمد را در آنان ایجاد می‌کند که بعد از مدتی مرز بین فکر و عمل از بین می‌رود و افکار مربوط به بیماری‌ها را در بدن خود تصور می‌کند که معمولاً در قالب مشکلات روانی-فیزیولوژیکی بروز می‌کنند.

بین درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی-فیزیولوژیکی رابطه وجود دارد. در تبیین نقش آسیب‌های دوره کودکی در پیش‌بینی شکایات روانی-فیزیولوژیکی می‌توان گفت فردی که در دوران کودکی صمیمیت را در رابطه با مادر تجربه نکرده باشد، دچار دل‌بستگی نایمن می‌شود و تأثیر دل‌بستگی نایمن در روابط بین‌فردی در بزرگسالی نمود پیدا می‌کند. از این رو رویدادهای آسیب‌زای روانی در دوره کودکی، پیش‌بینی‌کننده بسیار قدرت‌مندی برای سازگاری روانی و سلامت روانی فرد محسوب می‌شوند (خمیس، ۲۰۲۱). از آنجایی که بی‌توجهی عاطفی در مقایسه با سایر اشکال آسیب‌های دوره کودکی نقش مهم‌تری در تضعیف تاب‌آوری روان‌شناختی فرد دارد، روی روابط بین‌فردی در بزرگسالی تأثیر منفی شدیدی می‌گذارد و سبک‌های مقابله‌ای فرد را ناکارآمد می‌سازد. بر این اساس قرار گرفتن در محیط‌های پرتنش مانند محیط‌های شغلی پر استرس، سلامتی روانی فرد را کاهش می‌دهد و دچار نبود تعادل روانی می‌شود (دانگ و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که در دوره کودکی، مورد پرخاشگری عاطفی قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی عاطفه منفی بیشتر و بهزیستی روان‌شناختی کمتری دارند. این افراد یاد نمی‌گیرند که چگونه احساسات و هیجان‌ها خود را ابراز کنند. پردازش هیجان‌ها در تحول مثبت و تعادل روانی نقش اساسی دارند، در نتیجه روی سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد (سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش بیلهارز و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد آسیب‌های دوره کودکی زمینه آسیب‌پذیری فرد را ایجاد می‌کند که در بزرگسالی سلامت جسمانی و روانی فرد را تضعیف می‌کند. بر این اساس منطقی به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوره کودکی می‌توانند شکایت روانی-فیزیولوژیکی دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند.

همچنین در این پژوهش نتیجه گرفته شد که توان‌مندی ایگو روی رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی-فیزیولوژیکی در جمعیت غیربالینی نقش واسطه‌ای دارد که با نتایج پژوهش‌های قره داغی (۱۴۰۱)، نیکوصفت و قره‌باغی (۱۳۹۹)، چووی و همکاران (۲۰۲۰) و لی و همکاران (۲۰۲۱) مطابقت داشت. داشتن رابطه شفاف و مثبت والدین با فرزندان، توان‌مندی ایگو آنها را افزایش می‌دهد. حضور والدین زمینه را برای سازگاری روان‌شناختی و تحول شناختی، عاطفی، اجتماعی و عزت‌نفس در فرزندان فراهم می‌کند. یکی از دلایل تأثیرگذاری ایگوی توانمند این است که شخصیت از نظر شناختی، عاطفی و رفتاری با کفایت عمل می‌کند و از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و بالغ‌تر استفاده می‌کند (قره‌داغی، ۱۴۰۱).

فرآیند تحول روانی فرد از دوره کودکی در پی تعامل و ارتباط با دیگران انجام می‌شود. بازنمایی‌هایی که از این تجربیات در درون فرد شکل می‌گیرد به‌طور جدی روی ساختارهای نهاد، خود و فراخود به شدت تأثیر می‌گذارد. ایگو در مواجهه با تهدیدات درونی و بیرونی ساز و کارهای دفاعی راه می‌اندازد. در واقع این ساز و کارها، واکنش ناخودآگاه ایگو به‌منظور کاهش اضطراب فرد هستند که از طریق تغییر مسیر در درک واقعیت انجام می‌شوند. بر این اساس سلامت و بیماری فرد تابعی از توان‌مندی ایگوی فرد است که به‌منظور کنترل و مدیریت مناسب و کارآمد فشارها و اضطراب‌های امیال فرد صورت می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که در تضاد شدید با محدودیت‌های دنیای واقعی و فراخود نباشد. توان‌مندی ایگو با آسیب‌پذیری و بیماری کمتر و یافتن راهکارهای سازش‌یافته‌تر و موثرتر در ارتباط است.

توانمندی ایگو در تعدیل اثرات منفی و همچنین بازدارندگی آسیب‌پذیری‌های ناشی از تجارب ناکارآمد و روابط نامطلوب در دوران کودکی نقش بسیار اساسی دارد (نیکوصفت و قره باغی، ۱۳۹۹).

بنابراین وجود یک ایگوی قدرتمند باعث می‌شود که افراد نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی کمتری از خود نشان دهند و در برابر تنش‌های ناشی از موقعیت‌های پر استرس زندگی، تحمل و ظرفیت بیشتری داشته باشند. از طرفی دیگر ایگوی قوی فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم وجود شرایط ناگوار و پر استرس بتواند به رشد سازگارانه خود ادامه دهد و سلامت روانی خود را حفظ کند (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). بر این اساس ایگوی توانمند می‌تواند تأثیر آسیب‌های ناشی از دوره کودکی فرد را در دوره بزرگسالی در موقعیت‌های پر تنش و پر استرس مانند موقعیت پر استرس شغلی کاهش دهد. همچنین ایگوی توانمند در تعامل سازنده‌تر و مؤثرتر فرد با دیگران و به‌طور کلی با اجتماع نقش دارد و زمینه انجام رفتارها و تعاملات اجتماعی سازش‌یافته‌تر، مسئولانه‌تر و متعادل‌تری را در موقعیت‌های گوناگون زندگی فراهم می‌کند. از آنجایی که بعد ایگوی شخصیت در افزایش کیفیت تحول روانی فرد در دوره کودکی نقش اساسی دارد، در مراحل بعد زندگی، سازمان روانی فرد را متعادل‌سازی می‌کند. زمانی که ایگوی شخصیت توان‌مندی بیشتری دارد، به‌شیوه‌ای کارآمدتر و قوی‌تر می‌تواند سازمان روانی فرد را در ابعاد شناختی، عاطفی و اجتماعی متعادل‌سازی کند و زمینه را برای ادراک‌ها، نگرش‌ها و تجربه عواطف مثبت و کارآمدتر و کسب تجربه مطلوب‌تر در موقعیت‌های اجتماعی فراهم می‌سازد (لی و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، وجود یک ایگو قدرتمند باعث می‌شود که افراد نشانه‌های آسیب‌پذیری روانی کمتری در ابعاد شناختی و عاطفی از خود نشان دهند و در برابر فشارهای روانی زندگی تحمل و ظرفیت کافی دارند (چوی و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو می‌توان گفت چون افراد دارای درآمیختگی افکار، باورهای شناختی دارند که در آن حالت، مرز بین فکر و رویدادها و فکر و عمل از بین می‌رود، توان‌مندی ایگو با تأثیرگذاری روی ابعاد شناختی و عاطفی و متعادل‌سازی ادراک‌ها، نگرش‌ها و تجربه عواطف مثبت و کارآمدتر و کسب تجربه سازنده‌تر می‌تواند تأثیر درآمیختگی افکار روی مشکلات جسمانی و روانی کاهش دهد. بر این اساس، منطقی به نظر می‌رسد که توان‌مندی ایگو می‌تواند در رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی در جمعیت غیربالینی نقش واسطه‌ای ایفا کند.

• نتیجه‌گیری

در این پژوهش نتیجه گرفته شد که توان‌مندی ایگو روی رابطه درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی با شکایت روانی- فیزیولوژیکی در دانشجویان پرستاری اثر غیرمستقیم دارد. به‌عبارتی دیگر، زمانی که درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی از مسیر توان‌مندی ایگو می‌گذرند، تأثیر کمتری روی شکایت روانی- فیزیولوژیکی دارند. این پژوهش روی دانشجویان رشته پرستاری در ایران انجام شده است، بر این اساس نتایج ممکن است تحت تأثیر سبک زندگی، مسایل تحصیلی و عوامل خانوادگی شرکت‌کنندگان باشد. لذا محدودیت‌هایی در نتیجه‌گیری، تبیین و تعمیم نتایج ایجاد می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی و در طراحی برنامه‌های درمانی برای مشکلات روانی- فیزیولوژیکی به نقش این متغیرها توجه شود. از این رو، نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان یک مبنای علمی مهم برای پژوهش‌های آتی و توسعه روش‌های پیشگیری و درمانی شکایات روانی- فیزیولوژیکی در جامعه ایران مورد بهره‌وری قرار گیرند. با توجه به تأثیر کارآمد و مثبت توان‌مندی ایگو به روان‌شناسان فعال در حوزه درمان شکایت روانی- فیزیولوژیکی پیشنهاد می‌شود علاوه بر توجه به نقش درآمیختگی افکار و آسیب‌های دوره کودکی، با هدف پیشگیری، دوره‌های روانی- آموزشی مناسبی در راستای بهبود توان‌مندی ایگو اجرا کنند.

• تعارض منافع

به اظهار نویسندگان در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض و منافعی وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند که از همکاری گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و همچنین از دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی کند.

• منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوره کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. نسخه پنجم. ترجمه مهدی گنجی (۱۳۹۷). تهران: ساوالان.
- بدرخانی، محمد، زنگنه مطلق، فیروزه، و پیرانی، ذبیح. (۱۴۰۲). مقایسه اثر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا. *علوم روان‌شناختی*، ۲۲(۱۲۴)، ۷۷۷-۷۹۰.
- بیانی، بیتا؛ جعفری، اصغر، شفیع‌آبادی و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی براساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توان‌مندی خود در زوج‌های متعارض. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۵)، ۲۰-۱.
- جراره، جمشید و سیفوری، امید. (۱۴۰۲). پیش‌بینی اختلال شخصیت براساس ترومای پیچیده و روابط موضوعی با میانجی‌گری توان‌مندی ایگو در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۱): ۵۹-۶۹.
- حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۱۲-۲۰۴.
- خرم‌دل، کاظم؛ ربیعی، مهدی؛ مولوی، حسین و طاهر نشاط‌دوست، حمید. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی «آزمون درآمیختگی افکار» در دانشجویان. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۶(۱)، ۷۴-۷۸.
- سلیمانی، علی؛ لشکری، آرزو و ترابی، یگانه. (۱۴۰۰). ارتباط تروما و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای ترس از شادی و ناگویی خلقی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۱۱۶-۱۲۷.
- شکری، آرزو؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و دوکانه‌ای‌فرد، فریده. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری قدرت ایگو با موفقیت شغلی و میانجی‌گری رضایت زناشویی و عزت نفس. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۵)، ۲۳۸-۲۱۳.
- عباسی‌راد، بهناز؛ منیرپور، نادر و میرزاحسینی، حسن. (۱۴۰۰). ارتباط نگرش فرزند نسبت به مادر و ساختار شخصیت مرزی: نقش واسطه‌ای روابط موضوعی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۵(۱)، ۱۵۷-۱۵۱.
- قره‌داغی، علی. (۱۴۰۱). مدل‌سازی معادله ساختاری تعیین‌گرهای خردمندی براساس ادراک از والدگری پدر با نقش میانجی قدرت ایگو در دانشجویان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۳(۴۹)، ۲۱۸-۱۹۳.
- کریمی، لاله و جعفری، اصغر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی براساس عواطف مثبت و منفی با نقش میانجی شفقت خود و انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران بیماران کووید-۱۹. *مدیریت پرستاری*، ۴(۴)، ۷۴-۶۱.
- موسوی، اشرف‌سادات؛ آزاد فلاح، پرویز و فراهانی، حجت‌الله. (۱۴۰۲). گسترش مدل خودتخریب‌گری با تأکید بر تحول‌یافتگی من. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۳)، ۲۴۱-۲۳۳.
- مولایی‌پارده، علی، کرمی، جهانگیر و مرادی، آسیه. (۱۴۰۱). نقش اجتناب تجربه‌ای و آلکسی‌تیمیا در بینی اختلال روان‌تنی کارکنان شرکت ملی مناطق نفت‌خیز جنوب. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳۰(۲)، ۷۰-۶۳.
- نیکوصفت، زهرا و قره‌باغی، فاطمه. (۱۳۹۹). نقش تعدیل‌کننده واسطه‌ای توان‌مندی ایگو در رابطه بین روابط موضوعی و حالات هویت در دانشجویان. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۸(۲)، ۱۱۸-۱۰۹.
- Beilharz, E., Paterson, M. S., Wilson, C., Burton, A., Cvejic, E. & Vollmer-Conna, U. (2020). The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in a non-clinical community sample of young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(2), 185-194.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Bervoets E, Meurs, P., Luyten, P., Tang, E., & vliegen, N. (2021). Walking the tightrope: ego support and exploration with a child with complex trauma. *Journal of child psychotherapy*, 47(3), 415-432.
- Branimir, M., Peraica, T., Stojanovic, K., & Ivanec, D. (2021). Predictors of emotional distress during the COVID-19 pandemic: A croatian study. *Personality and Individual Differences*, 175, 1-8.
- Chwy, C., Chen, P., & Zaki, J. (2020). Beliefs about Self-Compassion: Implications for Coping and Self-Improvement. *Personality and social psychology bulletin*, 9(2), 742-750.
- Dong, C., Xu, R., & Xu, L. (2020). Relationship of childhood trauma, psychological resilience and family resilience among undergraduates nursing student: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 852-859.
- Fergus, T. A. (2015). I really believe I suffer from health problem: examining an association between cognitive fusion and healthy anxiety. *Journal of Clinical psychology*, 71(9), 920-934.

- Kaya, H., Senyuva, E., & Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students: a longitudinal research. *Journal of Nurse Educational Today*, 48 (1), 72-77.
- Khamis, V. (2021). Impact of pre-trauma, trauma-specific and post –trauma variables on psychosocial adjustment of Syrian refugee school- age children. *Journal of Health Psychology*, 26(11),1780-1790.
- Kim, K. H., & Park, S. Y. (2016). The Effects of Young Children Teachers' Ego-strength and Self-efficacy on Problem Solving. *The Journal of the Korea Contents Association*, 16(3), 638-648.
- Kocsel, N., Koteles, F., Galambos, A., & Kokonyei, G. (2022). The interplay of self-critical rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152(1), 1-11.
- Lee, J.Y., Lee, Y.A., & Yoo, M.S. (2021). Development of the child's ego strength scale: an observation-based assessment of the board game behaviors in play therapy in Korea. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 17, (1), 15- 20.
- Lewis, S. J., Koenen, K. C., Ambler, A., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., & Danese, A. (2021). Unravelling the contribution of complex trauma to psychopathology and cognitive deficits: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 448-455.
- Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B. J., & Berman, R. C. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, 26(6), 705-732.
- Morillo C, Belloch A, Garcia-Soriano G. (2018). Clinical obsessions in obsessive compulsive patients and obsession relevant intrusive thoughts in non-clinical. *Behavior Research and Therapy*, 45(2), 1319-33.
- Myers SG, Fisher PL, Wells A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4),436-42.
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58(1). 3-7.
- Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. (2001). *The thought fusion instrument*. Manchester: University of Manchester.

