



Research paper

## The Relationship Between Self-Perception and Alexithymia with Mental Health Status in Housewives: The Mediating Role of Co-dependency

Mahnaz Einollahzade <sup>1</sup>; Alireza Kakavand <sup>\*2</sup>; Somayeh Keshavarz <sup>3</sup>

### Abstract

This study aimed to investigate the relationship between self-perception and emotional dyslexia (alexithymia) and the mental health status of housewives, with a focus on the mediating role of co-dependency. Employing a correlation research design and structural equation modelling (SEM), the research sampled 250 housewives who attended five health centres in Tehran province. Data were collected using the Goldberg Mental Health Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale, the Span and Fisher Co-dependency Questionnaire, and the Beck Self-Concept Test. The results showed that the research model had a good fit. According to the results indicated an inverse and significant relationship between emotional dyslexia and co-dependency with mental health among housewives and there was a positive and significant relationship between self-perception and mental health. Furthermore, the mediating role of co-dependency in the relationship between self-perception and mental health status of housewives was confirmed. However, the mediating role of co-dependency in the relationship between emotional dyslexia and mental health status was not supported. According to the results, special attention can be paid to the role of self-perception, alexithymia and co-dependency variables in increasing the mental health of housewives.

**Keywords:** Alexithymia, co-dependency, mental health, self-perception

<sup>1</sup> M.A Student in General Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran [ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir](mailto:ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

## ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار از طریق نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی

مهناز عین‌اله‌زاده<sup>۱</sup> ID، علیرضا کاکاوند<sup>۲</sup> ID\*، سمیه کشاورز<sup>۳</sup> ID

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار با واسطه‌گری هم‌وابستگی انجام گرفت. روش پژوهش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به پنج پایگاه پایگاه‌های سلامت شهر تهران بود که از این بین ۲۵۰ نفر به شیوه در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های سلامت روان گلدبرگ، ناگویی هیجانی تورنتو، هم‌وابستگی اسپین و فیشر و تصور از خود بک بود. نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوب برخوردار بود. طبق نتایج بین ناگویی هیجانی و هم‌وابستگی با سلامت روان رابطه معکوس و معنادار و بین ادراک از خود با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه بین ادراک از خود با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار تأیید شد، اما نقش واسطه‌ای متغیر هم‌وابستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار تأیید نشد. با توجه به مدل تأییدشده، می‌توان در زمینه افزایش سلامت روان زنان خانه‌دار به نقش متغیرهای ادراک از خود، ناگویی هیجانی و هم‌وابستگی توجه ویژه داشت.

**کلیدواژه‌ها:** ادراک از خود، سلامت روان، ناگویی هیجانی، هم‌وابستگی.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران. [ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir](mailto:ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir)

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

## مقدمه

سلامت روان<sup>۱</sup> بخش جدایی‌ناپذیر و اساسی از وضعیت عمومی سلامت است که توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) به عنوان حالتی از بهزیستی روانی توصیف شده است که در آن فرد می‌تواند از توانایی‌های روانی خود در راستای مقابله با استرس‌های روزمره استفاده کند. سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی، اتکا و اعتماد به خود، سازگاری با فشارهای عادی زندگی و سهمیم بودن در اجتماع است (حسینیان و همکاران، ۱۴۰۱). عوامل اجتماعی و فرهنگی و همچنین عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی نشانگرهای حیاتی برای سلامت روانی یک فرد هستند. در این راستا، تحلیل تأثیر نقش‌های اجتماعی که یک عامل اجتماعی و فرهنگی هستند، بر سلامت روانی فرد از اهمیت بالایی برخوردار است (کریک‌براید<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، در مطالعات متعدد پیشنهاد شده است که نقش‌های اجتماعی تحمیل‌شده توسط جامعه بر سلامت روانی افراد تأثیر منفی می‌گذارد و به‌ویژه زنان در این زمینه آسیب‌پذیرتر هستند (بری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). خانه داری یکی از اصلی‌ترین نقش‌های جنسیتی است که به زنان تحمیل می‌شود و ممکن است منجر به مشکلات روانی شود. در حال حاضر خانه‌داری نقش سنگین جنسیتی است که علاوه بر اینکه زنان در محیط بیرون از خانه کار می‌کنند آن را باید انجام دهند. در چارچوب این نقش، جامعه اغلب از زنان انتظار رفتارهای منفعلانه، عاطفی، فرمانبردار و فداکارانه دارد. این انتظارات که از دوران کودکی به بعد در معرض دید قرار می‌گیرند، در طول زمان درونی می‌شوند و بر ادراک از خود زنان در روابط اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارند (دوراک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از متغیرهایی که می‌تواند با سلامت روان زنان خانه‌دار در ارتباط باشد هم‌وابستگی است.

هم‌وابستگی مفهومی چندوجهی است که با تکیه بیش از حد به دیگران برای اعتبار عاطفی و ارزش خود مشخص می‌شود که اغلب بهای آن تمام شدن نیازها و خواسته‌های خود فرد است و به اشکال مختلف مانند رفتارهای توانمندساز، مسائل کنترلی و ترس فراگیر از رها شدن ظاهر می‌شود. این پدیده نه تنها یک موضوع روان‌شناختی فردی است، بلکه عمیقاً با زمینه‌های اجتماعی و خانوادگی گسترده‌تر درهم آمیخته است، در زنان خانه‌دار که با وظایف زندگی چندوجهی سروکار دارند مانند تربیت فرزندان، روابط فرزندان و همسر و نقش متغیر هم‌وابستگی در این گروه برجسته‌تر است (علی و همکاران، ۲۰۲۵). هم‌وابستگی دارای ابعاد ذهنی، عاطفی و معنوی است که شامل رفتارها، احساسات و باورهای آموخته شده و ناشی از تمرکز بیش از حد بر نیازها و رفتارهای دیگران است (لامپیس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این هم‌وابستگی منجر به نادیده گرفتن نیازها و از دست دادن هویت خود می‌شود (بیکن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). پذیرفتن نقش مادری و همسری در زنان خانه‌دار باعث می‌شود که آنها خود را به‌عنوان افرادی که به خانواده‌هایشان وابسته هستند و بیش از حد مسئولیت بر دوش دارند، ارزیابی منفی کنند و باعث افزایش

1. mental health

2. WHO

3. Kirkbride

4. Barry

5. Durak

6. Lampis

7. Bacon

هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار شود. پیشنهاد شده است که اساسی‌ترین عامل ایجاد کننده این ارزیابی منفی ممکن است نقش مراقب باشد. این وظایف مستمر و مشترک، دلایل اولیه‌ای هستند که باعث می‌شوند زنان در طول زمان به افراد وابسته تبدیل شوند (کاپلان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). در واقع هم‌وابستگی نوعی الگوی ناسالم و مشکل عاطفی در برقراری ارتباط متقابل با دیگران است که از خانواده‌ای ناکارآمد نشأت می‌گیرد (امامی، ۱۳۹۹) و بعدها این رفتارهای اجباری در زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد نمایان می‌شود (برادشاو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ تکین و انچل<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). بر اساس دیدگاه سیستمی خانواده و روان‌شناسی "خود"، هم‌وابستگی به عنوان مجموعه‌ای از الگوهای هیجانی، روان‌شناختی و رفتارهای مقابله‌ای شناخته شده معرفی می‌شود که در تماس طولانی مدت با قوانین سخت و طاقت‌فرسا مانع از ابراز و بیان مستقیم احساسات و مشکلات شخصی می‌شود (هپ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین هم‌وابستگی با ادراک خود در ارتباط است. ادراک از خود برای درک اینکه افراد چگونه فکر می‌کنند، رفتار می‌کنند و با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند مهم است. درک از خود شامل آن دسته از مفاهیم آگاهانه و سازمان‌یافته درونی است که فرد در مورد خود دارد (مورینا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). نظریه ادراک از خود بیان می‌کند که افراد با استنباط بخشی از رفتار آشکار خود، نگرش‌ها، احساسات و سایر حالات درونی خود را می‌شناسند. نظریه ادراک از خود پیش‌بینی می‌کند که اگر فردی رفتاری را انجام دهد که افراطی‌تر از آن چیزی است که از نگرش او استنباط می‌شود، نگرش جدیدی رخ خواهد داد (هپ و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از متغیرهایی که با ادراک از خود در ارتباط است ناگویی هیجانی است (متولی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

اصطلاح ناگویی هیجانی در سال ۱۹۷۳ توسط سیف‌نوس<sup>۷</sup> برای توصیف بیماران مبتلا به بیماری‌های روانتی که چندین علامت مشترک داشتند ابداع شد (نورمن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماران در شناسایی احساسات خود، در یافتن کلمات مناسب برای توصیف آنها و در تشخیص احساسات بدنی برانگیختگی مشکل قابل توجهی نشان می‌دهند (ذاکری و همکاران، ۱۳۹۸). علاوه بر این، این بیماران ظرفیت تحلیل کمی داشته و اجتناب بالایی از تمرکز بر تجربیات درونی دارند (پالما-الوارز<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱؛ ارثوگوتسو و کارگین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۲). ناگویی هیجانی یک صفت بالینی است که با مشکلاتی در موارد زیر تعریف می‌شود: شناسایی، توصیف و برقراری ارتباط با احساسات خود؛ تمایز آنها از احساسات بدنی غیرمرتبط از نظر عاطفی، آگاهی عاطفی مرتبط با علائم روان تنی و تخیل، روی‌پردازی و درون‌نگری (پریس و گروس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۳؛ مرلو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به مطالعه و بررسی پژوهش‌های پیشین، تا به امروز تنها در پژوهش کاپلان (۲۰۲۳) همبستگی قوی بین وضعیت روانی زنان خانه‌دار و سطح هم‌وابستگی و ادراک از خود آنها گزارش شده است.

1. Kaplan

2. Bradshaw

3. Tekin & Ançel

4. Happ

5. Mori na

6. Motevalli

7. Sifnenos

8. Norman

9. Palma-Álvarez

10. Ersöğütçü & Kargin

11. Preece & Gross

12. Merlo

۶۲.....ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار...

تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که افراد با ادراک پایین از خود ممکن است بیشتر مستعد ایجاد الگوهای عاطفی ناسازگار، از جمله هم‌وابستگی باشند (کاپلان، ۲۰۲۳). هم‌وابستگی که اغلب با اتکای بیش از حد به دیگران برای اعتبارسنجی عاطفی مشخص می‌شود (هپ و همکاران، ۲۰۲۳)، ممکن است اثرات منفی ناگویی هیجانی و ادراک ضعیف از خود را تشدید کند و سلامت روان را بیشتر به خطر بیندازد (متولی و همکاران، ۲۰۲۴؛ پریس و گروس، ۲۰۲۳). مدل‌های نظری تنظیم عاطفی و دل‌بستگی نشان داده‌اند که تلاقی این عوامل (ناگویی خلقی، ادراک از خود و هم‌وابستگی) می‌تواند چرخه‌ای ایجاد کند که پریشانی عاطفی را تشدید کند (شور و شور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) و نیاز به بررسی عمیق روابط متقابل آنها را برجسته کند. هنگامی که ادبیات فعلی مورد بررسی قرار می‌گیرد، مشاهده می‌شود که رابطه ناگویی هیجانی با متغیرهای مختلف در نمونه‌های مختلف موضوعی است که اغلب مورد مطالعه قرار گرفته است. با این حال، مشخص شده است که مطالعاتی که به بررسی یک نمونه خاص مانند زنان خانه‌دار با دیدگاه گسترده‌ای مانند سلامت روان عمومی می‌پردازند، کافی نیست. در این راستا تعیین اینکه سلامت روان زنان خانه‌دار که از ذی‌نفعان مهم در سلامت روان عمومی هستند تا چه اندازه با ادراک از خود و ناگویی هیجانی در آنها در ارتباط است بسیار مهم است؛ چرا که از این طریق می‌توان به سلامت جامعه و استحکام خانواده و به دنبال آن به رشد و بالندگی کودکان کمک کرد. بنابراین با توجه به مطالب عنوان شده فرضیه‌های پژوهش حاضر شامل موارد زیر بود:

هم‌وابستگی بین ادراک از خود با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

هم‌وابستگی بین ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

بین ادراک از خود با هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار رابطه وجود دارد.

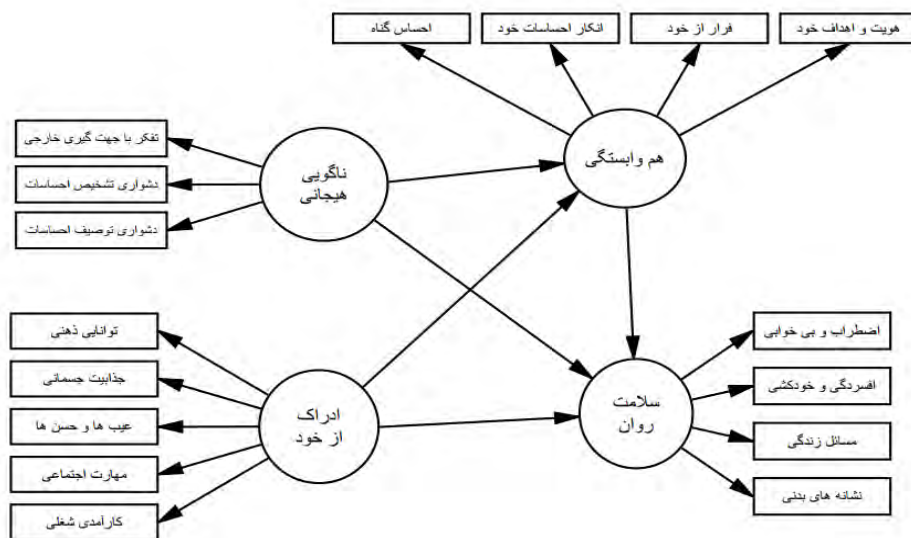
بین ناگویی هیجانی با هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار رابطه وجود دارد.

بین ادراک از خود با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه وجود دارد.

بین ناگویی هیجانی با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه وجود دارد.

بین هم‌وابستگی با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه وجود دارد.

<sup>1</sup>. Schore & Schore



شکل شماره ۱. مدل مفهومی پژوهش

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف پژوهشی بنیادی، از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی - همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان خانه‌دار (زنان بالای ۱۸ سال و متأهل) مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری به این صورت بود با توجه به اینکه شهر تهران به بیست و دو منطقه شهرداری تقسیم شده است، بطور تصادفی پنج منطقه از استان تهران انتخاب شد و به پایگاه‌های سلامت پنج منطقه از استان تهران مراجعه شد. به منظور تعیین حجم نمونه، از قاعده تعداد متغیرهای مشاهده شده استفاده شد. برای این منظور قاعده‌های مختلفی وجود دارد؛ از جمله به ازای هر متغیر آشکار پنج، ده، پانزده یا بیست نفر نمونه در نظر گرفته شده است (کلاین، ۲۰۱۵). با در نظر گرفتن ملاک پانزده نمونه برای هر متغیر آشکار و با توجه به وجود ۱۶ متغیر آشکار در مدل (شکل ۱)، حجم نمونه ۲۵۰ نفر (کمی بالاتر از حد نصاب و پس از حذف داده‌های ۱۳ نفر که به طور ناقص به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند) در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به چهار پرسشنامه پژوهش با دقت پاسخ بدهند. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار PLS (شاخص‌های روایی واگرا و همگرا و آزمون سوبل) استفاده شد.

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ<sup>۱</sup> (GHQ-۲۸): برای بررسی سلامت روانی از پرسشنامه ۲۸ گویه‌ای سلامت روانی گلدبرگ (GHQ-۲۸) استفاده شده است. این آزمون ۲۸ گویه دارد که شامل چهار زیرمقیاس سلامت عمومی<sup>۲</sup>، اضطراب<sup>۳</sup>، افسردگی<sup>۴</sup> و اختلال عملکرد اجتماعی<sup>۵</sup> است. هر زیرمقیاس هفت گویه دارد. سیستم نمره‌گذاری گویه‌های از ۰ تا ۳ را دربرمی‌گیرد. نمره هر فرد در هر زیرمقیاس از ۰ تا ۲۱ متغیر است. نمره کمتر در این پرسشنامه نشانه وضعیت بهتر سلامت روان است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. در نسخه اصلی، همبستگی بین این پرسشنامه و مقیاس فهرست علائم روانی ۰/۷۸ گزارش شده و ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ و برای نمره کل ۰/۷۹ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط نائینیان و همکاران (۱۳۹۳) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل ۰/۹۰ به دست آمده و نتایج ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (۰/۶۴) و با مقیاس بهزیستی شخصی (۰/۴۸-) به دست آمده است. همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ می‌باشد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)<sup>۶</sup>: این مقیاس توسط باگی و همکاران در سال ۱۹۹۴ معرفی شده، یک آزمون ۲۰ گویه‌ای است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق) می‌سنجد. جمع نمره‌های سه زیرمقیاس، یک نمره کل برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. در نسخه اصلی پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، برای بررسی روایی مقیاس از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده که تمامی بارهای عاملی بالاتر از ۰/۴۰ بوده و همچنین ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس نیز ۰/۸۵ محاسبه شده است (باگی و همکاران، ۱۹۹۴). در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است و نتایج ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس هوش هیجانی (۰/۶۸-) و با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (۰/۷۰-) به دست آمده است (ذاکری و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ می‌باشد.

مقیاس هم‌وابستگی اسپن و فیشر (SFCS)<sup>۷</sup> (۱۹۹۰): مقیاس هم‌وابستگی توسط اسپن و فیشر (۱۹۹۰) به منظور سنجش هم‌وابستگی طراحی و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۶ گویه است و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به سنجش

1. General Health Questionnaire

2. General Health

3. Anxiety

4. Depression

5. Social Functioning Disorder

6. Toronto alexithymia scale

7. Spann-Fischer Codependency Scale

هم‌وابستگی می‌پردازد. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این مقیاس بین ۱۶ تا ۹۶ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر هم‌وابستگی خواهد بود و برعکس. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نسخه اصلی مورد بررسی قرار گرفته و در تحلیل عاملی تأییدی بارهای عاملی مؤلفه‌ها بین ۰/۴۰ تا ۰/۵۸ بوده و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط اشرف (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است و نتایج تحلیل عاملی تحقیق او نیز، ۵ عامل به نام‌های انکار احساسات و نیازهای خویشتن (۵ گویه)، فرار از خویشتن (اینجا) و اکنون (۲ گویه)، احساس گناهکاری (۴ گویه)، عامل چهارم و پنجم: هویت و اهداف خود را در رابطه یافتن (۳ گویه) را شناسایی نموده است. در پژوهش اشرف (۱۳۸۹) برای بررسی روایی هم‌گرایی این مقیاس از مقیاس هم‌وابستگی ویلسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) استفاده شده که ضریب همبستگی بین این دو مقیاس ۰/۵۹ گزارش شده و ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس هم ۰/۸۵ به دست آمده است. همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است.

**آزمون تصور از خود بک (BSCT):** این آزمون که در سال ۱۹۸۷ توسط بک و استیر<sup>۲</sup> و بر اساس نظریه شناختی بک تهیه گردیده است و دارای ۲۵ گویه است و ۵ جنبه از ویژگی‌ها را مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار می‌دهد که عبارتند از: جذابیت<sup>۳</sup>، کارآمدی شغلی<sup>۴</sup>، توانایی ذهنی<sup>۵</sup>، عیب‌ها و حسن‌ها<sup>۶</sup>، مهارت‌های اجتماعی جسمانی<sup>۷</sup>، بک و همکاران (۱۹۸۷) ضریب اعتبار ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله‌ی زمانی گزارش نمودند و ضریب همبستگی این آزمون با مقیاس عزت نفس روزنبرگ را (۰/۵۵) گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همسانی درونی برای این آزمون ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران، نجات و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و برای بررسی روایی آزمون از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کرده‌اند که بارهای عاملی تمامی گویه‌ها را بالاتر از ۰/۴۰ محاسبه نموده‌اند. همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

### روش اجرا

روش اجرا بدین گونه بود که پس از مراجعه به پایگاه‌های سلامت استان تهران اطلاعات لازم در مورد داوطلبان بودن و عدم اجبار در پاسخ‌گویی به ابزار پژوهش، عدم ذکر نام و مشخصات اصلی، محرمانه بودن پاسخ‌ها، نحوه‌ی پاسخ‌گویی به ابزارها، صداقت در پاسخ‌گویی و کمک در راستای انجام یک پژوهش معتبر بیان شد، سپس چهار پرسشنامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش داشتن رضایت آگاهانه زنان خانه‌دار برای شرکت در پژوهش و معیار خروج

1. Wilson Codependency Scale

2. Beck Self- Concept Test (BSCT)

3. Beck and Steer

4. attractiveness

5. job performance

6. mental ability

7. strengths and weaknesses

8. social and physical skills

۶۶..... ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار...

از پژوهش نیز بی‌انگیزگی گروه نمونه برای پاسخدهی به گویه‌ها و ناقص بودن پرسشنامه‌های ارائه شده بود. ملاحظات اخلاقی از جمله اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی در این پژوهش کاملاً رعایت شده است.

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۲۵۰ نفر بودند که ۲۰/۸٪ آنها بین ۲۱ تا ۳۰ سال سن، ۴۶/۸٪ بین ۳۱ تا ۴۰ سال سن، ۲۲٪ بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۰/۴٪ نیز بالای ۵۰ سال سن داشتند. ۲۷/۲٪ از گروه نمونه بدون فرزند، ۲۳/۲٪ دارای یک فرزند، ۳۶/۴٪ دارای دو فرزند، ۱۲٪ دارای سه فرزند و ۱/۲٪ نیز دارای چهار فرزند بودند. به لحاظ تحصیلات، ۱۴/۸٪ از گروه نمونه مدرک تحصیلی زیردیپلم، ۳۰/۴٪ مدرک دیپلم، ۴۱/۶٪ مدرک لیسانس و ۱۳/۲٪ نیز مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند. در جدول شماره ۱ (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است. همچنین مقادیر چولگی و کشیدگی نشان می‌دهند که متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سلامت روان	۵۱/۹۸	۱۳/۰۲	-۰/۲۰	۰/۴۴
ناگویی هیجانی	۵۷/۶۹	۱۴/۷۶	-۰/۸۹	-۰/۲۶
هم‌وابستگی	۴۴/۷۰	۱۲/۰۹	۰/۱۳	-۰/۶۶
ادراک از خود	۶۶/۶۹	۷/۳۶	۰/۹۱	-۰/۷۳

برای بررسی برازش مدل، از برازش مدل اندازه‌گیری (روایی و پایایی) و برازش مدل ساختاری و برازش کلی مدل استفاده می‌شود. به منظور بررسی پایایی مدل اندازه‌گیری تحقیق به بررسی ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شد.

جدول شماره ۲. روایی و پایایی متغیرهای پژوهش

متغیرها	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE	سلامت روان	ناگویی هیجانی	هم‌وابستگی	ادراک از خود
سلامت روان	۰/۷۷	۰/۹۱	۰/۸۵	۰/۸۵			
ناگویی هیجانی	۰/۶۶	۰/۸۵	۰/۷۸	۰/۶۰	۰/۸۱		
هم‌وابستگی	۰/۶۱	۰/۸۶	۰/۷۹	-۰/۵۰	۰/۲۳	۰/۷۸	
ادراک از خود	۰/۶۶	۰/۸۵	۰/۷۵	۰/۶۳	-۰/۱۵	-۰/۴۱	۰/۸۳

اولین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری در یک پژوهش ضرایب  $R^2$  مربوط به متغیرهای پنهان درون‌زای (وابسته) مدل است.  $R^2$  معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا را دارد و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان

مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی  $R^2$  در نظر گرفته می‌شود (داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). مطابق با جدول شماره (۳)، مقدار  $R^2$  برای سازه‌های درون‌زای پژوهش محاسبه شده است که با توجه به سه مقدار ملاک مناسب بودن برازش مدل ساختاری را تأیید می‌سازد. در صورتی که مقدار  $Q^2$  در مورد یک سازه درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی مناسب مدل در خصوص سازه‌های درون‌زای پژوهش و برازش مناسب مدل ساختاری را تأیید می‌سازد (داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). مقدار  $Q^2$  برای سازه‌های درون‌زای پژوهش محاسبه شده است که با توجه به سه مقدار ملاک مناسب بودن برازش مدل ساختاری را تأیید می‌سازد. مدل کلی هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری را شامل می‌شود و با تأیید برازش آن، بررسی برازش در یک مدل کامل می‌شود. برای این امر از معیاری به نام  $GOF^1$  استفاده می‌شود. از این شاخص می‌توان برای بررسی اعتبار و کیفیت مدل به صورت کلی استفاده کرد و مقدار آن باید بین صفر و یک باشد و مقادیر نزدیک به یک نشانگر کیفیت مناسب مدل است. در واقع سه مقدار ملاک آن ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای  $GOF$  معرفی شده‌اند.

جدول شماره ۳. ضریب تعیین ( $R^2$ ) و ( $Q^2$ )

مقیاس	$R^2$	معیار اندازه تأثیر	$Q^2$	معیار اندازه تأثیر
سلامت روان	۰/۶۶	قوی	۰/۳۶۵	قوی
هم‌وابستگی	۰/۲۰	متوسط	۰/۱۰۵	متوسط

در تعیین شاخص مطلوبیت مدل کلی، متوسط مقادیر اشتراکی ۰/۴۷، متوسط ضرایب تعیین ۰/۵۷ و شاخص  $GOF$  برابر با ۰/۲۷ به دست آمده که نشان از برازش نسبتاً قوی مدل است.

برای تعیین نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه بین ادراک از خود با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار از آزمون سوبل استفاده شد. که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول شماره ۴ می‌توان گفت، آماره آزمون سوبل در بازه  $(+۱/۹۶ و -۱/۹۶)$  قرار ندارد، لذا متغیر هم‌وابستگی نقش واسطه‌ای را در رابطه بین ادراک از خود با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار ایفا کرد. همچنین برای تعیین نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول شماره (۴) می‌توان گفت متغیر هم‌وابستگی نقش واسطه‌ای را در رابطه بین ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار ایفا نکرد.

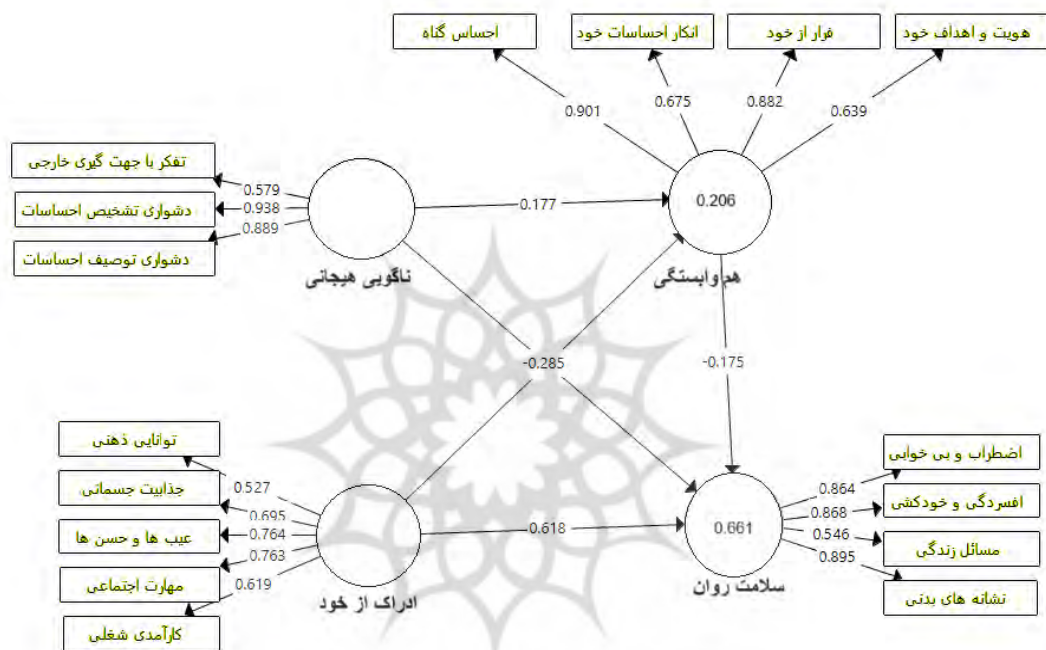
جدول شماره ۴. نتایج مربوط به نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان

تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته	نوع اثر	ضریب مسیر	انحراف معیار	مقدار تی	سطح معناداری
ادراک از خود -> سلامت روان	مستقیم	۰/۶۱۸	۰/۰۴۵	۱۳/۷۱۷	۰/۰۰۱
ادراک از خود -> سلامت روان	غیر مستقیم	۰/۰۶۹	۰/۰۱۹	۳/۵۱۸	۰/۰۰۱

<sup>1</sup>. goodness of fit

۶۸ ..... ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار...

۰/۰۰۱	۴/۱۸۲	۰/۰۴۲	-۰/۱۷۵	مستقیم	هم‌وابستگی - سلامت روان
۰/۰۰۱	۳/۵۵۷	-	-	-	نتایج آزمون سوبل
۰/۰۰۴	۲/۸۷۱	۰/۰۹۹	-۰/۲۸۵	مستقیم	ناگویی هیجانی - سلامت روان
۰/۰۴۹	۱/۹۷۱	۰/۰۱۶	-۰/۰۳۱	غیر مستقیم	ناگویی هیجانی - سلامت روان
۰/۰۵۷	۱/۹۰۰	-	-	-	نتایج آزمون سوبل



شکل ۱. الگوی پژوهش در حالت ضرایب استاندارد شده

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با سلامت روان با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار بود، که نتایج آماری نشان داد که هم‌وابستگی نقش واسطه‌ای در ارتباط با ادراک از خود و سلامت روان ایفا می‌کند اما در رابطه بین ناگویی هیجانی با سلامت روان زنان خانه‌دار نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی معنادار نبود. این نتایج با پژوهش‌های انجام شده توسط کاپلان (۲۰۲۳) و متولی و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. زنانی که ادراک کمتری از خود دارند، تمایل به نشان دادن سطوح بالاتری از هم‌وابستگی دارند که به نوبه خود بر سلامت روان آنها تأثیر منفی می‌گذارد (تکین و انچل، ۲۰۲۳). این نشان می‌دهد که زنانی که با ادراک ضعیف از خود دست و پنجه نرم می‌کنند ممکن است بیشتر درگیر رفتارهای وابسته باشند، جایی که احساس ارزشمندی آنها به شدت به دیگران وابسته است و اغلب منجر به پریشانی عاطفی،

اضطراب و افسردگی می‌شود. همبستگی ممکن است این تأثیرات را با تقویت الگوهای ایثار و غفلت از نیازهای شخصی که بهزیستی روانی را بدتر می‌کند، تقویت کند.

طبق نتایج بین‌ناگویی هیجانی و سلامت روان با نقش میانجی هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار رابطه وجود نداشت. یکی از تفسیرهای احتمالی از نبودن معناداری در این ارتباط این است که اگر زنان قادر به حفظ درجاتی از خودکفایی عاطفی با وجود چالش‌های ناشی از ناگویی هیجانی باشند، هم‌وابستگی (که معمولاً شامل اولویت دادن به نیازهای دیگران بر نیازهای خود است) ممکن است لزوماً به‌عنوان یک میانجی عمل نکند. افزون بر این، رابطه بین هم‌وابستگی و سلامت روان ممکن است بیشتر از آنچه پیش‌بینی می‌شد وابسته به زمینه باشد. هم‌وابستگی می‌تواند در خانواده‌هایی که زنان دارای استقلال، حمایت اجتماعی یا استراتژی‌های مقابله‌ای هستند که تأثیر اختلالات عاطفی را خنثی می‌کند، کمتر تأثیرگذار باشد. این نشان می‌دهد که نقش هم‌وابستگی در پیامدهای سلامت روان ممکن است بیشتر به عوامل موقعیتی خاص، مانند شدت مسئولیت‌های مراقبتی یا کیفیت روابط بین فردی بستگی داشته باشد.

همان‌طور که نتایج نشان داد، ادراک از خود با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه معنادار دارد، بدین صورت که هر چه قدر فرد از خود ادراک مثبت‌تری داشته باشد، وضعیت سلامت روان وی در وضعیت بهتری خواهد بود. این نتایج با پژوهش‌های هپ و همکاران (۲۰۲۲) همسوست. در واقع ادراک یک زن خانه‌دار از خود عمیقاً با وضعیت سلامت روان او درهم‌تنیده است. ادراک اجتماعی از کار خانگی به‌عنوان کار کم ارزش در مقایسه با کار با دستمزد می‌تواند بر نحوه نگاه زنان خانه‌دار به خود تأثیر بگذارد. اگر آنها این پیام‌های اجتماعی را درونی کنند، ممکن است منجر به احساس بی‌کفایتی، کم‌ارزشی و حتی افسردگی یا اضطراب شود. همچنین ادراک از خود با هم‌وابستگی ارتباط منفی معنادار داشت. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش کاپلان (۲۰۲۲) و هاپ و همکاران (۲۰۲۲) که بیان کردند بین ادراک از خود و هم‌وابستگی رابطه منفی برقرار است، همسو می‌باشد. سطوح بالاتر هم‌وابستگی با کاهش ادراک از خود مرتبط است. این یافته بار روانی بالقوه هم‌وابستگی را برجسته می‌کند، جایی که اتکای بیش از حد به دیگران برای تأیید و تمرکز در دیگران برای برآوردن نیازهای دیگران ممکن است توانایی فرد را برای ایجاد و حفظ یک خودپنداره مثبت تضعیف کند. این نتایج بر اهمیت پرداختن به هم‌وابستگی در مداخلات درمانی و حمایتی با هدف افزایش ادراک از خود و تقویت بهزیستی روان‌شناختی در این جمعیت تأکید می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ادراک از خود پایین در زنان خانه‌دار باعث هم‌وابستگی بالا می‌شود و همین هم‌وابستگی مشکلاتی در سلامت روان برای زنان خانه‌دار ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین ناگویی هیجانی با هم‌وابستگی و همچنین سلامت روان در زنان خانه‌دار همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. نتایج این یافته همسو و هماهنگ با نتایج مطالعات امامی (۱۳۹۹) است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت ناگویی هیجانی باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات هیجانی تمایل به تجربه هیجان‌های منفی خود به‌صورت غیرقابل کنترل دارند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم هیجانی شدید هستند. در این بین یک عامل اساسی در آغازگری ارزیابی و سازماندهی سازگارانه همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی رفتارهای ناسازگارانه، تنظیم هیجان است. به عبارت دیگر، تنظیم هیجان‌ها شیوه مؤثر برای درک و کنترل

۷۰.....ارتباط بین ادراک از خود و ناگویی هیجانی با وضعیت سلامت روان زنان خانه‌دار..

هیجان‌ها فراهم می‌کند و فقدان مهارت تنظیم هیجان به عنوان یکی از ویژگی‌های هسته‌ای مشکلات عاطفی و ناسازگاری تلقی می‌شود که طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی را در بر دارد. بنابراین می‌توان گفت این مسئله باعث بروز مشکلات فراوانی از جمله هم‌وابستگی در زنان خانه‌دار می‌شود. زنانی که دچار اختلال هم‌وابستگی می‌شوند بدون توجه به سلامت و نیازهای اساسی خود به‌طور مسئولانه‌ای تنها به کنترل رفتار فرد دیگر و مراقبت از او مشغول می‌شوند بر روی احساسات خود سرپوش می‌گذارند و خواست‌های خود را مطرح نمی‌کنند، زیرا تنها به احساس و خواست‌های فرد دیگر توجه دارند. در تبیین ارتباط ناگویی هیجانی و سلامت روان زنان خانه‌دار می‌توان گفت یکی از روش‌های کنترل تنش، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است، در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگردد و فرد نتواند احساسات منفی خود را به‌صورت کلامی بیان کند، اجرای روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. زنانی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به‌گونه‌ای مؤثر ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند و در نتیجه این زنان از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود.

در نهایت، نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن بود که بین هم‌وابستگی با سلامت روان در زنان خانه‌دار رابطه معکوس و معناداری وجود داشت. در این زمینه پژوهش همسو یافت نشد، ولی در تبیین این رابطه معنادار باید گفت یکی از مؤلفه‌های هم‌وابستگی، نادیده گرفتن خود است به‌گونه‌ای که فرد خود را به‌صورت کامل صرف دیگران کرده و به شکل اعتیادگونه‌ای حاضر به تحمل رابطه با دیگران می‌شود، حتی اگر بداند که این رابطه نه تنها تأمین‌کننده منافع او نخواهد بود، بلکه ممکن است برای او خطرآفرین هم باشد. این مسئله موجب می‌شود که فرد از نظر جسمی و روانی آسیب ببیند. بنابراین زنانی که هم‌وابستگی در آنها زیاد است از سلامت روانی کمتری برخوردار خواهند بود. نتایج این پژوهش بر اهمیت پرداختن به ادراک از خود و هم‌وابستگی در مداخلات با هدف بهبود پیامدهای سلامت روان برای زنان خانگی تأکید می‌کند. فقدان یک اثر میانجی معنادار از هم‌وابستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و سلامت روان در میان زنان خانه‌دار، کاوش بیشتر در مورد تعامل پیچیده این متغیرها را پیشنهاد می‌کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه اتکای آن به داده‌های مقطعی است که توانایی نتیجه‌گیری در مورد روابط علی را محدود می‌کند. بر اساس یافته‌های پژوهش لازم است که در رابطه با عوامل تأثیرگذار مانند ناگویی هیجانی و هم‌وابستگی که موجب اثرگذاری بر سلامت روان زنان خانه‌دار می‌شود مداخله صورت گیرد تا نسبت به ارتقای سلامت روان زنان خانه‌دار اقدام شود.

**حامی مالی:** این پژوهش بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

**تضاد منافع:** انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ تضاد منافی به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- بنکدار مازندرانی، نازنین؛ باقری؛ فریرز. (۱۴۰۰). بررسی رابطه سلامت روان، خودپنداره جنسی و نقش الگوهای ارتباطی با بی‌ثباتی ازدواج در زوجین. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*. ۹(۱۳)، ۱-۱۸. <http://jnip.ir/article-1-517-fa.html>
- حسین لو، عقیل؛ پور نقاش تهرانی، سید سعید؛ جعفری روشن، فریبا؛ چهره سا، علیرضا؛ دارابی، مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان، پس از خیانت همسر، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۱۰۳)، ۹۹-۱۰۱۴. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.103.999>
- رجائی منش، مهزاد؛ نظام‌دوست، مهکامه؛ بسیطی، سمانه؛ شانه‌ای، امین؛ علیخانی، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان؛ ترس از صمیمیت و افسردگی زنان آسیب‌دیده از خیانت. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۱۷(۱)، ۹۱-۱۰۶. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4420-fa.html>
- زارعی محمودآبادی، حسن؛ زارعی، فاطمه. (۱۴۰۰). علل و پیامدهای ازدواج زودهنگام و وقوع کودک همسری در دانش‌آموزان دختر استان یزد (طلاق دانش‌آموزی): مطالعه داده بنیاد. *طلوع بهداشت*، ۲۰(۳)، ۲۷-۱۲. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3180-fa.html>
- سیفی قوزلو، سید جواد؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ رضایی شریف، علی؛ شیخ‌الاسلامی، علی. (۱۴۰۲). واکاوی مشکلات روان‌شناختی زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۲)، ۲۴۳-۲۱۷. <https://doi.org/10.48308/apsy.2022.226999.1310>
- صالحی مبارکه، سمانه؛ فلاح یخدانی، محمدحسین؛ وزیر یزدی، سعید؛ چابکی نژاد، زهرا. (۱۴۰۰). طراحی مشاوره پیش از ازدواج بر اساس تجارب زیسته زنان با انتخاب ناموفق: ارزیابی اثربخشی آن بر ملاک‌های انتخاب همسر دانشجویان دختر، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)، ۴۴۲۰-۴۴۰۸. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20156>
- مصباح، ایمان؛ رضایی شریف، علی. (۱۴۰۲). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس ارزیابی شادی در زنان میانسال. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۶۳(۲)، ۲۹۰-۲۶۹. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.26454955.1402.18.63.10.6>
- مصباح، ایمان. (در دست چاپ). *آسیب شناسی ازدواج اجباری در زنان، تدوین بسته روانی آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها و تعیین اثربخشی آن بر بهبود مشکلات آنان*. پایان‌نامه دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی. ایران.
- Baraka, J., Lawson, D. W., Schaffnit, S. B., Wamoyi, J., & Urassa, M. (2022). Why marry early? Parental influence, agency and gendered conflict in Tanzanian marriages. *Evolutionary human sciences*, 4(49), 1-18. <http://dx.doi.org/10.1017/ehs.2022.46>
- Byrne, G., & Cullen, C. (2024). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: a systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 935-946. <https://doi.org/10.1177/15248380231167393>
- Bonakdar Mazandarani, N., & Bagheri, F. (2021). Investigating the relationship between mental health, sexual self-concept and the role of communication. *JNIP*, 9(13), 1-18 <http://jnip.ir/article-1-517-fa.htm>
- Cohen, T. F., & Strong, B. (2020). The marriage and family experience: Intimate relationships in a changing society. *Cengage learning*. <https://digitalcommons.owu.edu/soanbooks/14/>
- Congdon, S., Gesualdi, S., & Jennings, J. (2022). Forced marriage: How the faults of our social hierarchy contribute to a worldwide human rights violation. *McMaster Undergraduate Journal of Social Psychology*, 3(1), 169-169. <https://journals.mcmaster.ca/mujsp/article/view/3172>

- Howard, S., Houghton, C. M. G., White, R., Fallon, V., & Slade, P. (2023). The feasibility and acceptability of a single-session acceptance and commitment therapy (ACT) intervention to support women self-reporting fear of childbirth in a first pregnancy. *Psychology & Health*, 38(11), 1460-1481. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2024190>
- Hosseini, A., Pournaghash Tehrani, S. S., Jafari Roshan, F., Chehrehsa, A., & Darabi, M. (2021). The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depressive symptoms and rumination in women after infidelity. *Journal of Psychological Science*, 20(103), 999-1014. <http://psychologicalscience.ir/10.52547/JPS.20.103.999>
- Josephine, B. M. B., & Goodluck, D. A. (2022). The causes of early marriage in the different States of the Niger-Delta Region. *Global Academic Journal of Humanities and Social Sciences*, 4(3), 109-117. <https://doi.org/10.36348/gajhss.2022.v04i03.003>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Liu, Y., Ge, T., & Jiang, Q. (2020). Changing family relationships and mental health of Chinese adolescents: the role of living arrangements. *Public Health*, 186, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.026>
- Mesbah, I., & Rezaei sharif, A. (2023). Confirmatory Factor analysis of the happiness assessment scale for middle-aged women. *The Women and Families Cultural-Educational*, 18(63), 265-286. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.26454955.1402.18.63.10.6>
- Mesbah, I. (in press). *Pathology of forced marriage of women; Designing the psycho-educational package based on mindfulness, acceptance and awareness of schemas and determining its effectiveness on improving their problems*, Counseling Doctoral Dissertation, University of Mohaghegh Ardabili, Iran
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. New Harbinger Publications.
- Mohammadzadeh, M., Mami, S., Ahmadi, V., & Rashidian, T. (2024). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) and acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and death anxiety in pregnant women. *Psychology of Woman Journal*, 5(2), 66-75. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.2.10>
- Nhampoca, J. M., & Maritz, J. E. (2024). Early marriage, education and mental health: experiences of adolescent girls in Mozambique. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, 1278934. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1278934>
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 142-149. <https://doi.org/10.1002/cpp.430>
- Nikparvar, F., Sasanian, F., Spencer, C., & Stith, S. (2023). Effectiveness of compassion-based acceptance therapy and schema therapy on intimate partner violence victims' psychological health. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(17-18), 9845-9868. <https://doi.org/10.1177/08862605231169736>
- Razmkhah, N., Jafar Tabatabaei, S. S., Nasri, M., & Shahabizadeh, F. (2024). Efficacy of acceptance and commitment therapy on alexithymia, psychological capital, and subjective vitality in mothers with COVID-19 and autistic children. *Health Nexus*, 2(1), 141-152. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.15>
- Rajaeimanesh, M., Nezamdoost, M., Basiti, S., Shaneii, A., Alikhani, Z. (2023). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion, fear of

- intimacy and depression of women affected by betrayal. *Journal of Research in Psychological Health*, 17(1), 91-106. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4420-fa.html>
- Saavedra, K. (2008). Toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low-income minorities in substance abuse recovery: A randomized controlled experiment. PsyD dissertation, Wright Institute, Berkeley, CA
- Salehi mobarakeh, S., Fallah Ayakhdani, M. H., Vaziri Yazdi, S., & Chaboki Nejad, Z. (2022). Designing a pre-marriage consultation according to the lived experiences of the women with unsuccessful choice: Evaluating its efficacy on criteria for choosing a spouse of female students. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 4408-4420. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20156>
- Seifi Ghozlu, S. J., Sadri Damirchi, E., Rezaei Sharif, A., & Sheykholeslami, A. (2000). Investigating psychological marital problems of women who filed for a divorce and examining the effectiveness of affective-reconstructive therapy on it. *Applied Psychology*, 17(2), 217-243. <https://doi.org/10.48308/apsy.2022.226999.1310>
- Tan, S. J., & Vidal, L. (2023). Forced marriage as a form of family violence in victoria. Monash gender and family violence prevention centre, *Monash U niversity*. <https://doi.org/10.261180/22057280>
- Waltz, C. F., & Bausell, R. B. (1981). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. FA Davis company. [https://books.google.com/books/about/Nursing\\_Research.html?id=cyJtAAAAMAAJ](https://books.google.com/books/about/Nursing_Research.html?id=cyJtAAAAMAAJ)
- Zareei, H., & Zarei, F. (2021). Causes and Consequences of Early marriage and the Occurrence of Child Marriage in Female Students in Yazd Province: Grounded Theory Study. *Journal of Toloo-e-Behdasht*, 20(3), 12-27. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3180-fa.html>



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی