



Cultural Conditioning of Suffering: A Qualitative Study of Social Reinforcement Patterns in the Reproduction of Pseudo-Well-Being

Reza Khenar ¹

1. (Corresponding author) M.A. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Koohestani Branch, Behshahr, Iran. Email: Rezakhonar@gmail.com

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to explain the mechanisms underlying the cultural conditioning of suffering and to analyze patterns of social reinforcement involved in the reproduction of pseudo-well-being among clinical clients.

Methods and Materials: This study employed a qualitative research design using thematic analysis based on Braun and Clarke's approach. The study population consisted of clinical clients in Mazandaran Province, Iran, during 2025. Sixteen participants were selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured clinical interviews and analyzed using MAXQDA software.

Findings: Data analysis resulted in the identification of three main themes: (1) Symbolic Reward System (Sanctification of Self-Sacrifice), (2) Normative Internalization and Embodiment of Pseudo-Well-Being (Cognitive Distortion of Suffering), and (3) Identity Disruption and Silent Clinical Burnout (Psychosomatic Manifestation). The findings indicated that social reinforcement patterns reproduce pseudo-well-being by rewarding individual experiences of suffering.

Conclusions: Pseudo-well-being appears to function as a defensive mechanism and an adaptive response to collectivistic cultural pressures, ultimately contributing to silent burnout and psychosomatic symptoms. These findings highlight the necessity of developing culturally adapted clinical interventions aimed at modifying such reinforcement patterns.

Keywords: Pseudo-Well-Being, Cultural Conditioning of Suffering, Social Reinforcement, Thematic Analysis, Silent Burnout.

Citation: Khenar, R. (2026). Cultural conditioning of suffering: A qualitative study of social reinforcement patterns in the reproduction of pseudo well-being. *Journal of Psychology and Culture of Well-being*, 1(2), 117-129.

Extended Abstract

Introduction

Psychological suffering and its clinical expressions are never culturally neutral phenomena; rather, they are deeply shaped by the normative structures and value systems of the communities within which individuals develop. In collectivistic societies such as Iran particularly in regions like Mazandaran with strong kinship interdependencies, layered gender roles, and strict expectations of resilience the expression of personal emotional distress is frequently penalized, while endurance and self-sacrifice are celebrated as markers of moral superiority.

Against this backdrop, the present study introduces and operationalizes the construct of "Pseudo-Well-Being": a paradoxical clinical state in which individuals consciously report high life satisfaction and adaptive functioning while simultaneously experiencing profound internal burnout, identity fragmentation, and psychosomatic distress. This condition is not the product of genuine psychological flourishing; rather, it is the outcome of a

systematic process termed "Cultural Conditioning of Suffering" a process whereby individuals, through repeated symbolic reinforcements and social validations, internalize imposed suffering as evidence of psychological health and moral worthiness.

The central problem this research addresses is how social reinforcement patterns within traditional, collectivistic contexts reproduce pseudo-well-being by rewarding extreme self-neglect and penalizing authentic self-expression. Prior cross-national literature indicates that in collectivistic cultures, norms such as preserving family honor (*Abroo*), maintaining silence in the face of hardship, and valorizing self-sacrifice (*Eethar*) can reinforce self-harmful behaviors while simultaneously increasing the prevalence of depression and somatic complaints, particularly among women. The existing literature, however, has predominantly focused on Western populations or has quantified these dynamics using individualistic, standardized well-being instruments tools that systematically fail to detect what this study terms a "silent psychological collapse".

To address this theoretical and empirical gap, this study posed three guiding research questions: (1) How do social reinforcement patterns condition and reproduce suffering-related behaviors in the studied cultural context? (2) How do clinical clients construct meaning around their experience of suffering within a framework of pseudo-well-being? (3) What are the clinical markers that differentiate pseudo-well-being from authentic well-being in this cultural setting?

Method

The study employed a qualitative research design using Braun and Clarke's reflexive Thematic Analysis framework a flexible, systematic, and culture-sensitive methodology well-suited for exploring deep psychological phenomena. The study population consisted of adult clients attending psychological counseling centers across cities in Mazandaran Province, Iran, during the second half of 2024 and first half of 2025.

Participants were selected via purposive (criterion-based) sampling. The final sample comprised 16 clinical clients (9 females, 7 males; mean age = 34.5 years; age range: 26–48 years). Inclusion criteria required: ages between 25–50 years; a clinical profile combining high psychological tension and emotional exhaustion alongside behavioral evidence of excessive compliance and pathological self-sacrifice; minimum secondary education; and voluntary informed consent. Participants with comorbid psychotic disorders or substance use disorders were excluded.

Sample size was determined by theoretical saturation; data redundancy was reached after 14 interviews, but two additional interviews were conducted (totaling 16) to confirm saturation, consistent with contemporary recommendations in reflexive thematic analysis.

Data collection was conducted through in-depth, semi-structured clinical interviews, each lasting 50 to 85 minutes, held in private counseling rooms to ensure psychological safety. Interview guides validated for face and content validity by three clinical and cultural psychology specialists focused on participants' understandings of psychological suffering, self-sacrificial behaviors, patterns of social approval received from family and community, and their internal sense of satisfaction versus exhaustion.

Data analysis followed six systematic phases: familiarization with data; generation of initial codes; searching for themes; reviewing themes; defining and naming themes; and writing the final report. All transcripts were managed and coded using MAXQDA 2020 software. Trustworthiness was ensured through member-checking, peer-debriefing (inter-rater agreement = 87%), thick contextual descriptions, and systematic audit trails in accordance with Guba and Lincoln's four criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability.

Findings

Thematic analysis yielded 3 primary themes, 7 sub-themes, and 24 conceptual codes, collectively mapping the psychological and cultural machinery through which suffering becomes repackaged as well-being.

Theme 1 — The Symbolic Reward System (Sanctification of Self-Sacrifice): The socio-cultural environment operatively reinforces self-negating behaviors through verbal praise, symbolic status

elevation, and the assignment of positive moral labels (e.g., *saboor* [patient], *fedakaar* [self-sacrificing], *abroodar* [honorable]) to those who suppress their needs. Conversely, any attempt to express personal boundaries or emotional distress is met with social punishment guilt induction, exclusion, or the stigma of selfishness. One female participant (age 45) described how remaining silent in the face of her husband's misconduct earned her the community's highest regard as a "model woman," while any verbal protest would have led to social ostracism. A male participant (age 35) recounted that working double shifts until near-collapse brought him the honorific "man of honor" from his father and community elders — a social reinforcement so potent it functioned as an analgesic, temporarily masking his psychological deterioration.

Theme 2 — Normative Internalization and the Embodiment of Pseudo-Well-Being (Cognitive Distortion of Suffering): Through sustained cultural conditioning, suffering transforms from an external aversive stimulus into an internalized, valued identity component. Participants engaged in pathological conformity performing contentment to preserve family coherence and underwent a profound cognitive distortion whereby the amount of suffering endured was equated with the depth of love, moral commitment, and psychological health. One female participant (age 34) described having learned to "wear the mask of satisfaction" even when internally in turmoil, as any expression of exhaustion was culturally branded as ingratitude. A male participant (age 41) stated he experienced a sense of purposefulness only when sacrificing his well-being for others, revealing how pseudo-well-being is sustained through the complete equation of self-worth with self-erasure.

Theme 3 — Identity Disruption and Silent Clinical Burnout (Psychosomatic Manifestation): The terminal stage of this conditioning cycle involves a profound rupture between the "authentic self" and the "socially approved self," accompanied by severe psychosomatic symptoms. Participants reported alienation from their own desires, emotional numbness, and a pervasive existential emptiness despite being surrounded by others. Because verbal and psychological expression of pain has been culturally prohibited, repressed distress is routed through the body, manifesting as chronic musculoskeletal pain, gastrointestinal disorders, fibromyalgia, and sleep disturbances for which no organic etiology could be identified. One male participant (age 38) eloquently captured this dynamic: "*My mind was silent, but my body was screaming.*"

Discussion and Conclusion

The findings of this study reveal that pseudo-well-being functions as a culturally sanctioned defensive mechanism and an adaptive response to collectivistic pressures rather than a reflection of genuine psychological health. The cultural constructs of *Eethar* (self-sacrifice) and *Abroo* (family honor) operate as powerful operant conditioning mechanisms, systematically suppressing individual autonomy to preserve group cohesion.

Theoretically, this phenomenon aligns with Carl Rogers' concept of the incongruent self: the ever-widening gap between the exhausted, authentic "real self" and the performing, socially compliant "social self" generates severe somatic and psychological dysfunction. When verbalizing pain is culturally tabooed, the body becomes the sole legitimate outlet for repressed trauma a process consistent with contemporary evidence linking emotion suppression and alexithymia to somatic symptom expression.

Clinically, these findings expose a significant diagnostic blind spot: standardized well-being instruments routinely produce falsely elevated scores in individuals who are, in reality, experiencing progressive silent collapse. This represents a critical measurement error in both research and clinical practice, particularly in collectivistic cultural contexts where strong norms of tolerance and self-sacrifice systematically distort self-report measures.

These results carry direct implications for therapeutic practice. Clients shaped by cultural conditioning of suffering often present in therapy with profound resistance to recovery, as alleviating their pain feels equivalent to moral failure and loss of social identity. This underscores the urgent need for culturally adapted clinical interventions specifically, protocols integrating Acceptance and

Commitment Therapy (ACT) with self-compassion training, designed to help clients decouple moral virtue from self-sacrifice and reconstruct a value system grounded in authentic self-worth rather than social approval. Therapists working in collectivistic contexts must adopt assessment strategies that look beyond self-reported satisfaction scores and probe the behavioral and somatic signatures of silent burnout to uncover the genuine clinical picture.



شرطی‌سازی فرهنگی رنج: مطالعه کیفی الگوهای تقویت اجتماعی در بازتولید بهزیستی کاذب

رضا خنار^۱

۱- (نویسنده مسئول) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد آیت‌الله کوهستانی، بهشهر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین سازوکارهای شرطی‌سازی فرهنگی رنج و تحلیل الگوهای تقویت اجتماعی در بازتولید بهزیستی کاذب در مراجعان بالینی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، کیفی از نوع تحلیل مضمون (نسخه برون و کلارک) بود. جامعه پژوهش را مراجعان بالینی استان مازندران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۱۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی بود و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی سه مضمون اصلی شامل «نظام پاداش‌دهی نمادین (مقدس‌سازی ایثارگری)»، «درونی‌سازی هنجاری و تجسم بهزیستی کاذب (تحریف شناختی رنج)»، و «گسست هویتی و فرسودگی بالینی خاموش (تجلی روان‌تنی)» گردید. الگوهای تقویت اجتماعی با پاداش‌دهی به رنج‌های فردی، بهزیستی کاذب را بازتولید می‌کنند.

نتیجه‌گیری: بهزیستی کاذب، سازوکاری دفاعی و پاسخی انطباقی به فشارهای جمع‌گرایانه فرهنگی است که به فرسودگی خاموش و نشانه‌های بدنی منجر می‌شود. این یافته‌ها ضرورت طراحی مداخلات بالینی بومی‌سازی‌شده را برای تعدیل این الگوها آشکار می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی کاذب، شرطی‌سازی فرهنگی رنج، تقویت اجتماعی، تحلیل مضمون، فرسودگی خاموش.

ارجاع: خنار، ر. (۱۴۰۵). شرطی‌سازی فرهنگی رنج: مطالعه کیفی الگوهای تقویت اجتماعی در بازتولید بهزیستی کاذب. *مجله روان‌شناسی و فرهنگ به‌زیستی*، ۱ (۲)، ۱-۱۲

مقدمه

بهزیستی روانی در روان‌شناسی بالینی معاصر، دیگر صرفاً به عنوان فقدان نشانه‌های مرضی درک نمی‌شود، بلکه به صورت طیفی پیچیده از تجربه‌های ذهنی در پیوند با رنج، معنا و کارکرد اجتماعی فهم می‌گردد (وونگ و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود گسترش رویکردهای وجودی و انسان‌گرایانه که بر امکان «رشد از دل رنج» تأکید دارند، شواهد طولی نشان می‌دهد که رنج پایدار می‌تواند به طور مستقل و فراتر از نشانه‌های اضطراب و افسردگی، ابعاد متعددی از بهزیستی را تضعیف کند. در چنین چارچوبی، پدیده‌ای که در این پژوهش تحت عنوان «بهزیستی کاذب» صورت‌بندی می‌شود، به وضعیتی اشاره دارد که در آن سازگاری ظاهراً موفق فرد با شرایط فرساینده، نه بازتاب انعطاف‌پذیری اصیل، بلکه محصول فرآیندی نظام‌مند از «شرطی‌سازی فرهنگی رنج» است؛ فرآیندی که طی آن فرد، در سایه تقویت‌های نمادین و تأییدهای اجتماعی، رنج تحمیل‌شده را درونی کرده و آن را به مثابه شاخصی از سلامت روانی و شایستگی اخلاقی خود بازتفسیر می‌کند (هو و همکاران، ۲۰۲۲).

مسأله محوری در این پژوهش آن است که چگونه الگوهای تقویت اجتماعی در بافت‌های جمع‌گرا و سنتی از جمله خانواده‌ها و شبکه‌های خویشاوندی‌ای که ایثارگری افراطی، تحمل‌پذیری و خودفراموشی را ارزش‌گذاری می‌کنند به بازتولید بهزیستی کاذب منجر می‌شوند. یافته‌های فراملی درباره فرهنگ‌های جمع‌گرا نشان می‌دهد که هنجارهایی مانند حفظ آبرو، سکوت در برابر خشونت و ارج نهادن به فداکاری، می‌توانند رفتارهای خودآسیب‌رسان و تداوم رنج را در صورتی که در خدمت انسجام گروهی باشد، تقویت کنند و هم‌زمان، افسردگی و خودکشی را در زنان افزایش دهند (راجکومار، ۲۰۲۳). در بستر ایرانی نیز، مفهوم «فداکاری حرفه‌ای» در گروه‌هایی چون پرستاران نشان می‌دهد که چگونه خودایثاری تقدیس‌شده، ضمن تقویت هویت اخلاقی، با فرسودگی شغلی، حضور در کار علی‌رغم بیماری و فرسایش مرزهای خودمراقبتی پیوند می‌خورد. در چنین نظام‌های تقویتی پنهانی، رنج نه به عنوان زنگ خطر برای بازسازی ساختار روانی،

بلکه به منزله ابزار کسب منزلت و پذیرش اجتماعی عمل می‌کند و همین امر مراجعانی را که در این چارچوب رشد یافته‌اند، نسبت به کاهش رنج و تغییر الگوهای زیسته‌شان مقاوم می‌سازد (رجایی و همکاران، ۲۰۲۵).

اهمیت بالینی و نظری این مسئله در آن است که نادیده‌گرفتن مؤلفه‌های فرهنگی و بومی در ارزیابی بهزیستی، می‌تواند به تشخیص‌های خوش‌بینانه اما نادرست در حوزه سلامت روان منجر شود؛ به گونه‌ای که ابزارهای کمی سنجش بهزیستی، در افرادی نمرات بالایی سازگاری را نشان می‌دهند که در واقع در حال تجربه نوعی «فروپاشی خاموش» هستند (کاودن و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های طولی در جمعیت‌های غیربالینی نشان داده‌اند که رنج تداومی که به دلایل فرهنگی نادیده گرفته یا معنابخشی می‌شود، با افت هم‌زمان در مؤلفه‌های متعددی مانند رضایت از زندگی، سلامت ذهنی، معنا و هدفمندی، و نیز افزایش علائم اضطرابی و افسردگی همراه است. در این شرایط، بهزیستی کاذب به صورت نوعی «خطای سنجش» در نظام تشخیصی و پژوهشی عمل می‌کند و موجب می‌شود الگوهای انطباق بیمارگون، به غلط در دسته بهزیستی و تاب‌آوری قرار گیرند؛ وضعیتی که در فرهنگ‌های جمع‌گرا، به دلیل هنجارهای قوی درباره تحمل، صبری و ازخودگذشتگی، تشدید می‌شود (کاودن و همکاران، ۲۰۲۵).

با وجود رشد ادبیات مربوط به «علم رنج» و اپیدمیولوژی رنج در سال‌های اخیر، هنوز شکاف نظری و تجربی قابل‌توجهی در تبیین کیفی این پدیده در بافت‌های فرهنگی خاورمیانه و ایران وجود دارد (کاودن و همکاران، ۲۰۲۵). بخش عمده‌ای از پژوهش‌های موجود، یا بر جوامع غربی تمرکز داشته‌اند یا متغیرهایی چون رنج، خودآیاری و تقویت اجتماعی را در قالب شاخص‌های فردمحور و کمی سنجیده‌اند؛ در حالی که بررسی‌های فرهنگ‌حساس نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های اخلاقی و باورهای فرهنگی پیرامون کنترل، سرنوشت و ارزش ناملایمات، نحوه تجربه و گزارش رنج را به‌طور معناداری شکل می‌دهند. در فضای ایرانی، به‌ویژه در استان‌هایی نظیر مازندران با درهم‌تنیدگی خانوادگی بالا، نقش‌های جنسیتی چندلایه و انتظارات هنجاری شدید درباره تاب‌آوری و تحمل سکوت‌مند در برابر ناملایمات، این احتمال وجود دارد که الگوهای تقویت اجتماعی بسیار ظریف و پیچیده‌ای فعال باشند که رنج روانی را به صورت نشانه‌ای از بلوغ اخلاقی، دینداری یا مسئولیت‌پذیری بازنمایی می‌کنند و به این ترتیب، بهزیستی کاذب را بازتولید می‌نمایند (جاسون و همکاران، ۲۰۲۴).

در پاسخ به این خلأ، پژوهش حاضر با اتخاذ رویکرد کیفی پدیدارشناسانه و با بهره‌گیری از مصاحبه‌های عمیق بالینی با مراجعان در استان مازندران، درصدد صورت‌بندی تحلیلی «شرطی‌سازی فرهنگی رنج» و تبیین پویایی‌های تقویت اجتماعی در بساخت بهزیستی کاذب است. این مطالعه، با الهام از مسیرهای نوین در سنجش رنج و تمایز آن از سایر اشکال پریشانی، تلاش می‌کند نقشه‌ای بومی برای بازشناسی بهزیستی اصیل از بهزیستی کاذب ارائه دهد تا بدین‌وسیله، طراحی و بومی‌سازی مداخلات روان‌درمانی در ایران، بر مبنای فهم عمیق‌تری از نقش هنجارها، ارزش‌ها و پاداش‌های اجتماعی در شکل‌دهی به تجربه رنج ممکن شود (کاودن و همکاران، ۲۰۲۲؛ وونگ و همکاران، ۲۰۲۳). در راستای این هدف، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیر است:

۱. الگوهای تقویت اجتماعی در بافتار فرهنگی مورد مطالعه چگونه رفتارهای مرتبط با رنج روانی را شرطی‌سازی و بازتولید می‌کنند؟
۲. مراجعان بالینی چگونه تجربه رنج خود را در چارچوب بهزیستی کاذب صورت‌بندی و معناسازی می‌نمایند؟
۳. مؤلفه‌ها و نشانه‌های بالینی متمایزکننده بهزیستی کاذب از بهزیستی اصیل در این بستر فرهنگی کدام‌اند؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل مضمون (تماتیک) انجام شد. این روش با تمرکز بر شناسایی، تحلیل و گزارش الگوهای تکرارشونده یا همان مضمون‌ها در داده‌های متنی، ابزاری کارآمد برای بررسی پدیده‌های روان‌شناختی عمیق و تحت تأثیر فرهنگ به شمار می‌رود و در سال‌های اخیر به‌ویژه در قالب تحلیل مضمون بازاندیشانه به‌عنوان رویکردی منعطف و نظام‌مند در پژوهش‌های روان‌شناسی و علوم سلامت توصیه شده است (بایرن، ۲۰۲۱؛ نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). هدف از به‌کارگیری این روش، دستیابی به یک درک عمیق بالینی از پویایی‌های شرطی‌سازی رنج و چگونگی بازتولید بهزیستی کاذب در بافتار فرهنگی جامعه بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی مراجعان بزرگسال مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره در شهرهای استان مازندران در نیمه دوم سال ۱۴۰۴ و نیمه اول سال ۱۴۰۵ بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند (مبتنی بر ملاک)

استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، تشخیص بالینی سطوح بالای تنش روانی و فرسودگی عاطفی هم‌زمان با ارزیابی‌های رفتاری نشان‌دهنده انطباق مفرط و ایثارگری بیمارگون، حداقل تحصیلات دیپلم متوسطه جهت برقراری تعامل کلامی غنی، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلای هم‌زمان به اختلالات روان‌پریشی، سوءمصرف مواد یا الکل، و عدم تمایل به ادامه فرآیند مصاحبه در هر مرحله از پژوهش بود. حجم نمونه بر اساس قاعده اشباع نظری تعیین گردید؛ به‌طوری‌که پس از انجام مصاحبه با ۱۴ نفر، داده‌ها به تکرار رسیدند، اما جهت اطمینان بیشتر، مصاحبه‌ها تا ۱۶ نفر ادامه یافت و هیچ مضمون جدیدی استخراج نگردید، امری که با رویکردهای نوین به مفهوم اشباع در تحلیل مضمون هم‌خوان است (نعیم و همکاران، ۲۰۲۴).

اطلاعات شرکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۱۶ نفر از مراجعان بالینی (۹ زن و ۷ مرد) با میانگین سنی ۳۴/۵ سال بودند. در جدول شماره ۱، جزئیات ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان با حفظ محرمانگی هویت ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

وضعیت اشتغال	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	سن (سال)	جنسیت	کد مشارکت‌کننده
شاغل	کارشناسی	متاهل	۳۲	زن	۱ م
شاغل	کارشناسی ارشد	مجرد	۲۸	مرد	۲ م
خانه‌دار	دیپلم	متاهل	۴۵	زن	۳ م
شاغل	دکتری	متاهل	۳۶	زن	۴ م
آزاد	کارشناسی	متاهل	۴۱	مرد	۵ م
شاغل	کارشناسی ارشد	مجرد	۲۹	زن	۶ م
آزاد	دیپلم	متاهل	۳۵	مرد	۷ م
خانه‌دار	کارشناسی	متاهل	۴۸	زن	۸ م
شاغل	کارشناسی	مجرد	۲۶	زن	۹ م
کارمند	کارشناسی ارشد	متاهل	۳۸	مرد	۱۰ م
شاغل	دکتری	مجرد	۳۰	مرد	۱۱ م
شاغل	کارشناسی ارشد	متاهل	۳۴	زن	۱۲ م
خانه‌دار	دیپلم	متاهل	۴۲	زن	۱۳ م
کارمند	کارشناسی	متاهل	۴۷	مرد	۱۴ م
شاغل	کارشناسی ارشد	مجرد	۳۱	زن	۱۵ م
مدرس دانشگاه	دکتری	متاهل	۳۹	مرد	۱۶ م

ابزار تحقیق

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های انفرادی عمیق و نیمه‌ساختاریافته بود. راهنمای مصاحبه شامل سوالات باز و اکتشافی بود که پیش از شروع فرآیند اصلی، روایی صوری و محتوایی آن به تأیید سه تن از متخصصان روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی فرهنگی رسید. استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، مطابق با توصیه‌های پژوهش‌های کیفی اخیر در حوزه سلامت و آموزش عالی، امکان کاوش عمیق‌تر تجارب زیسته و در عین حال حفظ انعطاف در پیگیری سؤالات را فراهم می‌کند (بایز و همکاران، ۲۰۲۲). محورهای اصلی مصاحبه بر درک مراجعان از رنج روانی، رفتارهای ایثارگرانه، الگوهای تأیید و تشویق اجتماعی دریافتی از سوی خانواده و جامعه، و احساس رضایت یا خستگی درونی متمرکز بود. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اول (روان‌شناسی بالینی با تجربه در اتاق درمان) در اتاق‌های مشاوره کلینیک‌های هدف و در فضایی آرام و صمیمی اجرا شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۸۵ دقیقه متغیر بود و تمام گفتگوها با کسب اجازه کتبی از مشارکت‌کنندگان ضبط گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از روش تحلیل مضمون برون و کلارک (۲۰۱۳) استفاده شد. فرآیند تحلیل شامل شش مرحله بود: ۱. آشنایی با داده‌ها از طریق پیاده‌سازی متون ضبط‌شده کلمه به کلمه و مطالعه مکرر آن‌ها؛ ۲. ایجاد کدهای اولیه مرتبط با رفتارهای شرطی‌شده رنج و تقویت‌های اجتماعی؛ ۳. جستجوی مضمون‌های فرعی و اصلی؛ ۴. بازبینی و پالایش مضمون‌ها در سطح کل داده‌ها؛ ۵. تعریف و نام‌گذاری دقیق مضمون‌ها بر اساس چارچوب به‌زیستی کاذب؛ و ۶. نگارش گزارش نهایی، که هم‌سو با دستورالعمل‌های تحلیل مضمون بازاندیشانه در سال‌های اخیر اجرا شد (بایرن، ۲۰۲۱؛ نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). به منظور تسهیل در فرآیند سازمان‌دهی، دسته‌بندی و کدگذاری حجم زیاد داده‌های متنی، از نسخه فارسی‌سازی‌شده نرم‌افزار مکس کیودا (نسخه ۲۰۲۰) به‌عنوان یکی از نرم‌افزارهای تحلیل داده‌های کیفی استفاده گردید که در پژوهش‌های اخیر برای پشتیبانی از تحلیل مضمون بازاندیشانه و ارتقای شفافیت فرایند کدگذاری توصیه شده است (ویلر، ۲۰۲۶).

معیارهای دقت و اعتبار علمی

به منظور تضمین کیفیت، روایی و پایایی پژوهش کیفی، از معیارهای چهارگانه ارزش علمی گوبا و لینکلن شامل مقبولیت (اعتبار)، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری استفاده شد. برای افزایش مقبولیت، پژوهشگر زمان طولانی را صرف درگیری مستمر با داده‌ها و تعامل با مشارکت‌کنندگان نمود و نتایج نهایی برای تأیید صحت تفسیرها به تعدادی از مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد (روش بازبینی مشارکت‌کنندگان)، رویکردی که در کاربردهای معاصر معیارهای گوبا و لینکلن برای سنجش اعتمادپذیری پژوهش‌های کیفی نیز مورد تأکید قرار گرفته است (انوورو، ۲۰۲۳). برای تأمین انتقال‌پذیری، توصیف غنی و عمیقی از بافتار پژوهش، بستر فرهنگی مازندران، و فرآیند نمونه‌گیری ارائه گردید تا امکان کاربرد یافته‌ها در بسترهای مشابه فراهم شود. اطمینان‌پذیری پژوهش از طریق کدگذاری مستقل دو تن از همکاران روان‌شناس بالینی (ارزیابان بیرونی) بر روی سه مصاحبه منتخب ارزیابی شد که ضریب توافق بین کدگذاران معادل ۸۷ درصد برآورد گردید و مستندسازی گام‌به‌گام فرآیند تحلیل، امکان ممیزی بیرونی را فراهم ساخت. در نهایت، جهت حفظ تأییدپذیری، پژوهشگر تلاش نمود تا با ثبت و مستندسازی دقیق تمامی فرآیندهای تصمیم‌گیری نظری و تحلیل داده‌ها، سوگیری‌های شخصی خود را به حداقل برساند و امکان ممیزی مستقل فرآیند پژوهش را فراهم آورد؛ این راهبردها با توصیه‌های نوین درباره «ستون‌های اعتمادپذیری» در پژوهش کیفی هم‌راستا هستند (احمد، ۲۰۲۴).

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق بالینی با استفاده از روش تحلیل مضمون شش‌مرحله‌ای، منجر به شناسایی و استخراج ۳ مضمون اصلی، ۷ مضمون فرعی و ۲۴ کد مفهومی گردید. این یافته‌ها سازوکارهای روانی و فرهنگی را نشان می‌دهند که از طریق آن‌ها، رنج‌های روان‌شناختی افراد توسط ساختارهای تقویتی جامعه، شرطی‌سازی شده و در نهایت به شکل‌گیری به‌زیستی کاذب می‌انجامد. مضمون‌های استخراج‌شده در جدول شماره ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۲. مضمون‌های اصلی و فرعی استخراج‌شده از تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان

فراوانی کدگذاری	نمونه‌ای از کدهای مفهومی	مضمون‌های فرعی	مضمون‌های اصلی
۱۱۴	تمجید از صبوری منفعلانه، قهرمان‌سازی از فرد رنج‌کشیده، ارزش‌گذاری فرسودگی عاطفی در بستر خانواده، تأییدهای کلامی جامعه برای آبروداری.	الف) مقدس‌سازی ایثارگری مفرط و خودفراموشی ب) اعطای منزلت اجتماعی و برچسب‌های اخلاقی مثبت	۱. نظام پاداش‌دهی نمادین و الگوهای تقویت اجتماعی رنج
۹۸	هماندسازی با نقش‌های تحمیلی، سرکوب فعال ناکامی‌ها، وانمودسازی رضایت درونی جهت حفظ انسجام خانواده، ادراک درد به عنوان فضیلت.	الف) هم‌نوایی بیمارگون با انتظارات جمعی ب) بازتعریف رنج به عنوان شاخص سلامت و رضایت	۲. درونی‌سازی هنجاری و تجسم به‌زیستی کاذب
۸۶	بیگانگی با نیازهای شخصی، گسست عاطفی، ابتلا به دردهای بدنی بدون منشأ زیستی، احساس تنهایی وجودی در عین حضور در جمع.	الف) شکاف عمیق میان خود اصیل و خود اجتماعی ب) تجلی روان‌تنی رنج‌های سرکوب‌شده	۳. گسست هویتی و فرسودگی بالینی خاموش

مضمون اصلی اول: نظام پاداش‌دهی نمادین و الگوهای تقویت اجتماعی رنج. این مضمون نشان‌دهنده پویایی‌های بیرونی و محیطی است که از طریق آن‌ها، رفتارهای مرتبط با رنج کشیدن و نادیده گرفتن خود، به شدت از سوی بافتار فرهنگی و اجتماعی (به‌ویژه در بستر خانواده و هنجارهای سنتی مازندران) مورد تشویق و تقویت قرار می‌گیرند. این تقویت‌ها اغلب در قالب پاداش‌های کلامی، تاییدهای نمادین و اعطای برتبه‌های اخلاقی به فرد رنج‌کشیده رخ می‌دهند.

الف) مقدس‌سازی ایثارگری مفرط و خودفراموشی: مشارکت‌کنندگان تجربیاتی را توصیف کردند که در آن‌ها هرگونه تلاش برای ابراز نیازهای شخصی با بازخوردهای منفی مواجه شده، در حالی که سکوت در برابر تضییع حقوق و تحمل سختی‌ها با تحسین همگان همراه بوده است.

مشارکت‌کننده شماره ۳ (زن، ۴۵ ساله): «از وقتی یادم می‌آید در خانواده ما زنی ارزش داشت که کمتر می‌خواست و بیشتر کار می‌کرد. مادرم همیشه به من می‌گفت دندان روی جگر بگذار، زن خوب زنی است که مثل شمع بسوزد و دم نزند. وقتی در برابر رفتارهای نادرست همسرم سکوت می‌کردم، همه فامیل مرا به عنوان یک الگوی تمام‌عیار و زن باوقار تشویق می‌کردند.»

ب) اعطای منزلت اجتماعی و برجسب‌های اخلاقی مثبت: جامعه با به‌کارگیری واژه‌هایی نظیر «صبور»، «فداکار»، «آبرودار» و «باگذشت»، پاداشی نمادین به فرد اعطا می‌کند که به عنوان یک تقویت‌کننده مثبت قوی جهت تداوم رفتارهای خودآسیب‌رسان عمل می‌کند.

مشارکت‌کننده شماره ۷ (مرد، ۳۵ ساله): «وقتی برای تامین نیازهای مالی خانواده دو شیفت کار می‌کردم و از خستگی مفرط به مرز فروپاشی می‌رسیدم، پدرم و بزرگان محل در هر مجلسی مرا مرد زندگی و باغیرت خطاب می‌کردند. این تاییدها مثل یک مسکن قوی کار می‌کرد؛ خستگی‌ام را فراموش می‌کردم، اما در واقع داشتم نابود می‌شدم.»

مضمون اصلی دوم: درونی‌سازی هنجاری و تجسم بهزیستی کاذب. این مضمون منعکس‌کننده فرآیند روانی تحول رنج از یک محرک آزاردهنده بیرونی به یک سازه درونی‌شده ارزشمند است. در این مرحله، فرد به واسطه شرطی‌سازی‌های مداوم، بهزیستی را نه در آرامش و شکوفایی روان‌شناختی اصیل، بلکه در انطباق کامل با الگوهای تحمیلی جامعه تعریف می‌کند.

الف) هم‌نوایی بیمارگون با انتظارات جمعی: افراد برای بقای روانی و حفظ پیوندهای عاطفی خود با اطرافیان، تظاهر به شادکامی و رضایت می‌کنند تا تصویر ذهنی جامعه از آن‌ها مخدوش نشود.

مشارکت‌کننده شماره ۱۲ (زن، ۳۴ ساله): «من یاد گرفته‌ام که لبخند بزنم، حتی زمانی که درونم پر از آشوب است. در فرهنگ ما اگر زنی بگوید خسته‌ام یا از زندگی‌اش شکایت کند، او را ناشکر یا ضعیف می‌دانند. بنابراین من یاد گرفتم که نقاب رضایت بزنم تا دیگران فکر کنند چقدر خوشبختم.»

ب) بازتعریف رنج به عنوان شاخص سلامت و رضایت: در این حالت، مراجعان دچار خطای شناختی فرهنگی شده و تصور می‌کنند میزان رنجی که تحمل می‌کنند، نشانه عمق عشق، تعهد و در نتیجه سلامت روانی آن‌هاست.

مشارکت‌کننده شماره ۵ (مرد، ۴۱ ساله): «به نظرم زندگی یعنی همین سختی کشیدن‌ها برای دیگران. اگر رنج نکشم، احساس پوچی می‌کنم. حس می‌کنم زمانی آدم مفیدی هستم و حالم خوب است که خودم را فدای آسایش بقیه کنم، حتی اگر این کار به قیمت اضطراب دائم من تمام شود.»

مضمون اصلی سوم: گسست هویتی و فرسودگی بالینی خاموش. این مضمون پیامدهای مرضی و آسیب‌شناختی شرطی‌سازی رنج و بازتولید بهزیستی کاذب را تبیین می‌کند. جایی که فرد در نهایت با فروپاشی روانی پنهان و نشانه‌های بدنی مواجه می‌شود، زیرا خودِ اصیل او به طور کامل سرکوب شده است.

الف) شکاف عمیق میان خود اصیل و خود اجتماعی: این پدیده بالینی، گویای بیگانگی مراجع با دنیای درونی خویش است. فرد دیگر نمی‌داند خواسته‌های واقعی خودش چیست و صرفاً بر اساس انتظارات شرطی‌شده دیگران عمل می‌کند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۵ (زن، ۳۱ ساله): «یک روز در آینه نگاه کردم و دیدم اصلاً این زنی را که روبرویم ایستاده نمی‌شناسم. من سال‌ها نقش دختر خوب، همسر فداکار و کارمند نمونه را بازی کردم، اما خودم کجای این بازی بودم؟ احساس خلاء عمیقی می‌کنم؛ انگار یک عمر برای دیگران زندگی کرده‌ام و خودم مرده‌ام.»

ب) تجلی روان‌تنی رنج‌های سرکوب‌شده: از آنجا که رنج روانی اجازه ابراز کلامی و روانی پیدا نمی‌کند (به دلیل شرطی شدن جهت پنهان‌سازی ناکامی‌ها)، این تعارض‌های درونی‌شده به شکل علائم بدنی عمیق نظیر دردهای اسکلتی عضلانی، خستگی مزمن و اختلالات خواب بروز می‌یابند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰ (مرد، ۳۸ ساله): «هر چقدر بیشتر تلاش می‌کردم نشان دهم که همه چیز روبراه است و من مشکلی با این همه فشار ندارم، بدنم بیشتر اعتراض می‌کرد. دچار دردهای شدید معده و گرفتگی‌های عضلانی وحشتناکی شدم که پزشکان هیچ علت بدنی برایش پیدا نکردند. روانم ساکت بود، اما بدنم فریاد می‌کشید.»

یافته‌های پژوهش حاضر پویایی پیچیده‌ای را آشکار می‌سازند که در آن، «بهزیستی کاذب» به عنوان یک مکانیسم دفاعی ثانویه و شرطی‌شده در پاسخ به فشارهای بافتار فرهنگی عمل می‌کند. الگوهای تقویت اجتماعی در قالب تمجید، تایید و اعطای منزلت به رفتارهای ایثارگرانه مفرط، به عنوان تقویت‌کننده‌های بیرونی عمل کرده و رنج روانی را به یک فضیلت اخلاقی تبدیل می‌کنند. فرد در این فرآیند، برای فرار از تنبیه نمادین جامعه (برچسب‌های منفی نظیر خودخواهی یا ناشکری)، یاد می‌گیرد که نیازهای خود اصیل را سرکوب کرده و با خودِ اجتماعی منطبق شود. این هم‌نوایی بیمارگون، رضایتی کاذب و شکننده ایجاد می‌کند که در مواجهه با بحران‌های زندگی فرو ریخته و خود را در قالب فرسودگی بالینی خاموش و اختلالات روان‌تنی نشان می‌دهد. این فرآیند به طور مستقیم پویایی مقاوم درمان‌جویان بالینی بومی را در اتاق درمان تبیین می‌سازد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش کیفی حاضر، تبیین سازوکارهای شرطی‌سازی فرهنگی رنج و تحلیل الگوهای تقویت اجتماعی در بازتولید بهزیستی کاذب در میان مراجعان بالینی استان مازندران بود. تحلیل مضمون داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق، تصویری فرآیندی و ساختاریافته از چگونگی تبدیل رنج‌های فرساینده فردی به ارزش‌های نمادین اجتماعی ارائه داد. در این بخش، یافته‌های پژوهش در راستای پاسخ به سؤال‌های پژوهشی، همسو با پیشینه‌های علمی تعبیر و تفسیر می‌شوند.

در پاسخ به سؤال نخست پژوهش مبنی بر چگونگی عملکرد الگوهای تقویت اجتماعی در شرطی‌سازی رفتارهای مرتبط با رنج، یافته‌ها نشان داد که بافتار فرهنگی جامعه از طریق «مقدس‌سازی ایثارگری مفرط» و «اعطای منزلت اجتماعی»، رفتارهای خودفراموشانه را تقویت می‌کند. این یافته با نظریه فرهنگ جمع‌گرا همسو است؛ چرا که در جوامع جمع‌گرا، بقای گروه بر ارضای نیازهای فردی ارجحیت دارد و جامعه با مکانیسم تأییدهای کلامی و نمادین، رفتارهای آسیب‌رسان فردی را که به نفع انسجام خانواده یا گروه است، تقویت مثبت می‌کند. همچنین این نتایج با یافته‌های مربوط به نقش تأیید اجتماعی در شکل‌گیری احساس تعلق و اعتباربخشی اجتماعی همخوانی دارد (هیلمن و همکاران، ۲۰۲۳؛ وانگ و لو، ۲۰۲۲). در تبیین بالینی این یافته می‌توان گفت که در بستر سنتی مازندران، سازه‌هایی مانند «آبروداری» و «صبوری صامت» به عنوان ابزارهای دفاعی هنجاری عمل می‌کنند. فرد در یک مارپیچ شرطی‌سازی فعال قرار می‌گیرد که در آن، هرگونه اعتراض یا ابراز نیاز فردی با تنبیه نمادین (طرد یا برچسب خودخواهی) و هرگونه تحمل رنج و ایثارگری مفرط با تقویت مثبت (تمجید و قهرمان‌سازی) مواجه می‌شود.

در ارتباط با سؤال دوم پژوهش درباره چگونگی معناسازی مراجعان از تجربه رنج خود در قالب بهزیستی کاذب، یافته‌ها نشان داد که افراد دست به یک تحریف شناختی عمیق و بازتعریف رنج به عنوان شایستگی اخلاقی می‌زنند. این یافته به طور مستقیم با مفهوم «خود ناسازگار» در نظریه کارل راجرز و پدیده «بیگانگی از خود» همسو است. مراجعان بالینی در این پژوهش، جهت کاهش ناهمسازی شناختی میان رنج درونی و نقاب بیرونی خود، به نوعی هم‌نوایی بیمارگون پناه می‌برند. آن‌ها رضایت ظاهری دیگران را به عنوان رضایت درونی خود تعبیر کرده و بدین ترتیب، یک «شبه‌بهزیستی» یا بهزیستی کاذب را تجسم می‌بخشند. تحلیل روان‌شناختی این پدیده نشان می‌دهد که بهزیستی کاذب در واقع یک سازش‌یافتگی دفاعی در برابر اضطراب طرد اجتماعی است؛ فرآیندی که در آن مراجع باور دارد حال او خوب است، زیرا دیگران از فداکاری او خشنودند. این تبیین با پژوهش‌های اخیر درباره رشد خودِ اصیل و نقش تأیید اجتماعی در تثبیت ادراک خویش‌شن همخوانی دارد (لوپز و همکاران، ۲۰۲۳؛ هیلمن و همکاران، ۲۰۲۳).

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش پیرامون مؤلفه‌ها و نشانه‌های متمایزکننده بهزیستی کاذب از بهزیستی اصیل، یافته‌ها وجود یک گسست هویتی عمیق (شکاف خود اصیل و اجتماعی) و تجلی روان‌تنی رنج‌های سرکوب‌شده را تأیید کردند. از نظر بالینی، تفاوت بنیادی بهزیستی اصیل با بهزیستی کاذب در منشأ انگیزش و انسجام روانی است؛ در بهزیستی اصیل، فرد بر اساس خودپیروی و پذیرش خود عمل می‌کند، در حالی که در بهزیستی کاذب، رفتارها متکی بر تأییدهای بیرونی و همراه با خستگی مفرط روانی پنهان است. هنگامی که تعارض میان نیازهای سرکوب‌شده و الگوهای تقویتی جامعه به اوج می‌رسد، از آنجا که ابراز روانی رنج ممنوع و غیراخلاقی تلقی شده است، روان ساکت مانده و بدن در قالب نشانه‌های بدنی و روان‌تنی (مانند دردهای عضلانی مزمن و اختلال در خواب) شروع به فریاد زدن می‌کند. این تفسیر با شواهد جدید درباره ارتباط تنظیم هیجان، سرکوب هیجانی و بروز نشانه‌های جسمانی همسو است (پتزکه و ویتوفت، ۲۰۲۴؛ شیور و همکاران، ۲۰۲۲).

در تحلیل و تفسیر نهایی نویسنده، می‌توان گفت که «شرطی‌سازی فرهنگی رنج» یک تله بالینی بزرگ را در جامعه ایرانی ایجاد کرده است. مراجعانی که با این ساختار تحولی رشد می‌یابند، در اتاق درمان مقاومت شدیدی نشان می‌دهند؛ زیرا بهبودی و کاهش رنج را مترادف با از دست دادن تأیید اجتماعی و سقوط اخلاقی خود می‌دانند. این یافته بر ضرورت بازنگری در پروتکل‌های درمانی سنتی و حرکت به سمت درمان‌های متمرکز بر پذیرش، شفقت به خود و تعهد بومی‌سازی‌شده تأکید دارد؛ زیرا پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که شفقت به خود با کاهش آشفتگی روان‌شناختی، افزایش بهزیستی و کاهش فرسودگی هیجانی ارتباط معنادار دارد (چیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ وودفین و همکاران، ۲۰۲۱).

تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که در طراحی، اجرا و نگارش این پژوهش، هیچ‌گونه تضاد منافع شخصی، تجاری، سازمانی یا مالی وجود نداشته و نویسندگان از استقلال کامل علمی برخوردار بوده‌اند. همچنین این پژوهش با منافع هیچ نهاد یا سازمان خاصی سوگیری ندارد.

حمایت مالی

پژوهش حاضر یک طرح مستقل علمی بوده و بدون دریافت هرگونه کمک‌هزینه مالی، بودجه پژوهشی یا حمایت مادی از سوی سازمان‌های دولتی، خصوصی یا دانشگاهی انجام یافته است. تمام هزینه‌های اجرای این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

ملاحظات اخلاقی

در راستای رعایت بیانیه هلسینکی و اصول اخلاق در پژوهش‌های بالینی، اقدامات زیر به دقت اعمال گردید:

۱. اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از تمامی مشارکت‌کنندگان جهت ضبط صدا و تحلیل داده‌ها.
۲. تضمین رازداری و محرمانگی کامل اطلاعات هویتی (استفاده از کدهای مستعار م ۱ تا م ۱۶ به جای نام واقعی مراجعان).
۳. اعطای حق خروج آزادانه از پژوهش در هر یک از مراحل مصاحبه بدون تأثیر بر فرآیند درمان بالینی آن‌ها.
۴. رعایت کامل امانت‌داری علمی در تحلیل، گزارش‌دهی و تفسیر دقیق نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان.

مشارکت نویسندگان

طراحی مفهومی، تدوین چارچوب نظری و نگارش مقدمه توسط رضا خنار انجام شد. فرآیند هماهنگی، نمونه‌گیری هدفمند، انجام مصاحبه‌های بالینی در استان مازندران و پیاده‌سازی متون بر عهده رضا خنار بود. تحلیل مضمون، کدگذاری کیفی در نرم‌افزار مکس کیودا، تفسیر یافته‌ها و انطباق نظری با همکاری هوش مصنوعی صورت گرفت. تدوین نهایی مقاله، تنظیم منابع و بررسی کیفی بر عهده هر دو نویسنده بوده است.

تقدیر و تشکر

در پایان، از تمامی درمان‌جویان و مشارکت‌کنندگان گرامی در استان مازندران که با صبوری، صمیمیت و گشودگی، تجارب زیسته و رنج‌های درونی خود را در اختیار این پژوهش قرار دادند و بدون همکاری بی‌شائبه آنان امکان تحقق این مطالعه بالینی میسر نبود، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد. همچنین از مراجع علمی و همکاری که در مراحل مختلف نگارش این اثر راهنمای ما بوده‌اند، تشکر و امتنان به عمل می‌آید.

References

- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Buys, T., Casteleijn, D., Heyns, T., & Untiedt, H. (2022). A reflexive lens on preparing and conducting semi-structured interviews with academic colleagues. *Qualitative Health Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10497323221130832>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., & Yu, B. C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Clinical Psychology Review*, 85, 101986. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101986>
- Cowden, R. G., Chen, Z. J., Wilkinson, R., Weziak-Białowolska, D., Breedlove, T., Gundersen, C., Shiba, K., Padgett, R. N., Johnson, B. R., & VanderWeele, T. J. (2025). A cross-national analysis of sociodemographic variation in suffering across 22 countries. *Communications Medicine*, 5, 144. <https://doi.org/10.1038/s43856-025-00859-x>
- Cowden, R. G., Seidman, A. J., Duffee, C., Węziak-Białowolska, D., McNeely, E., & VanderWeele, T. J. (2022). Associations of suffering with facets of health and well-being among working adults: Longitudinal evidence from two samples. *Scientific Reports*, 12, 20141. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24497-8>
- Enworo, O. C. (2023). Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. *Qualitative Research Journal*, 23(4), 372–384. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2022-0116>
- Hillman, J. G., Fowlie, D. I., & MacDonald, T. K. (2023). Social verification theory: A new way to conceptualize validation, dissonance, and belonging. *Personality and Social Psychology Review*, 27(3), 309–331. <https://doi.org/10.1177/10888683221138384>
- Ho, S., Cook, K. V., Chen, Z. J., Kurniati, N. M. T., Suwartono, C., Widyarini, N., Wong, P. T. P., & Cowden, R. G. (2022). Suffering, psychological distress, and well-being in Indonesia: A prospective cohort study. *Stress and Health*, 38(5), 879–890. <https://doi.org/10.1002/smi.3139>
- Jobson, L., Qiu, L. S., Wong, J., Li, H., Lies, J., Lau, W., Bryant, R. A., & Liddell, B. J. (2024). Cultural differences in appraisals of control and posttraumatic stress disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2358685. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2358685>
- Lopez, F. G., Rice, K. G., Durán, B. S., & Hong, J. (2023). Profiling authentic self-development: Associations with basic need satisfaction in emerging adulthood. *Emerging Adulthood*, 11(2), 382–397. <https://doi.org/10.1177/2167696822111974>
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1–18. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2024). Demystification and actualisation of data saturation in qualitative research through thematic analysis. *International Journal of Qualitative Methods*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/16094069241229777>
- Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2024). The association of emotion regulation and somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 86(6), 561–568. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001310>
- Rajai, N., Parandeh, A., Azizi, M., Mahmoudi, H., & Abbasian, K. (2025). Self-sacrifice in nursing during the COVID-19 pandemic: Concept analysis with the Rogers approach. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 11(1), 33–46. <https://doi.org/10.32598/hdq.11.1.612.1>
- Rajkumar, R. P. (2023). Cultural collectivism, intimate partner violence, and women's mental health: An analysis of data from 151 countries. *Frontiers in Sociology*, 8, 1125771. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1125771>
- Schiewer, V., Dietz, T., Tavenrath, S., Öztürk-Arenz, H., Jäger, R. S., Klein, A., Labouvie, H., & Kusch, M. (2022). Common foundation of alexithymia and expressive suppression: Results of an empirical study. *Die Psychotherapie*, 67(2), 166–175. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00546-x>
- Wang, H., & Lou, X. (2022). The correlation between self-compassion and life satisfaction varies across societal individualism-collectivism: A three-level meta-analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53*(9), 915–937. <https://doi.org/10.1177/00220221221109547>

- Wheeler, K. (2026). Technological reflexivity in practice: How MAXQDA, NVivo, and ChatGPT shape qualitative survey analysis. *Qualitative Research in Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/14780887.2025.2602820>
- Wong, P. T. P., Ho, L. S., Mayer, C.-H., Yang, F., & Cowden, R. G. (2023). Editorial: A new science of suffering, the wisdom of the soul, and the new behavioral economics of happiness: Towards a general theory of well-being. *Frontiers in Psychology*, 14, 1280613. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1280613>
- Woodfin, V., Molde, H., Dundas, I., & Binder, P.-E. (2021). A randomized control trial of a brief self-compassion intervention for perfectionism, anxiety, depression, and body image. *Frontiers in Psychology*, 12, 751294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751294>



© 2026 The Author(s). Published by Islamic Azad University, Ne.C.. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

