

## رابطه سبک‌های مقابله دینی و آمادگی نسبت به شرم و گناه با هیجان ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلالات روانی مزمن

### The Relationship between Religious Coping Styles, Shame-Proneness, Guilt-Proneness and Expressed Emotion among Family Members of Individuals with Chronic Mental Disorder

**H. Khanipour, Ph.D.**

Institute of Educational, Psychological, and Social  
Research, Kharazmi University, Tehran, Iran.

**H., Tarasi, M.A.**

Department of clinical Psychology, Islamic Azad  
University, Zanjan Branch, Iran

**A. Hatami varzaneh, Ph.D.**

Department of Counseling, Faculty of Humanities,  
Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran

**M. Akbari, Ph.D.**

Department of clinical psychology, Kharazmi  
University, Tehran, Iran

✉ دکتر حمید خانی‌پور

موسسه تحقیقات تربیتی، روان‌شناختی و اجتماعی، دانشگاه  
خوارزمی، تهران، ایران

حکیمه تاراسی

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان،  
ایران

دکتر ابوالفضل حاتمی

گروه مشاوره، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران

دکتر مهدی اکبری

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۲۹

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۸/۲/۷

پذیرش مقاله: ۹۸/۲/۸

#### Abstract

The aims of this study were (1) to investigate the associations between expressed emotion, religious copings and shame-proneness, guilt-proneness among family members of people with chronic mental disorders, and (2) examining the differential relationship between shame-proneness, guilt-proneness and religious copings.

#### چکیده

اهداف این پژوهش عبارت بودند از ۱. بررسی رابطه آمادگی نسبت به شرم و گناه و سبک‌های مقابله‌ای دینی با شدت هیجان ابراز شده در اعضای خانواده بیماران با اختلال روانی مزمن و ۲. بررسی ارتباط افتراقی آمادگی شخصیتی نسبت به شرم و گناه با سبک‌های مقابله‌ای دینی. جامعه پژوهش خانواده‌های افراد با اختلالات روانی مزمن در شهر زنجان در نظر گرفته شدند و نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد.

✉ Corresponding author: Institute of Educational,  
Psychological, and Social Research, Kharazmi Un-  
-iversity, Tehran, Iran,  
Email: [Khanipur.hamid@gmail.com](mailto:Khanipur.hamid@gmail.com)

✉ نویسنده مسئول: تهران، خیابان خاقانی، دانشگاه خوارزمی  
پست الکترونیکی: [Khanipur.hamid@gmail.com](mailto:Khanipur.hamid@gmail.com)

Population considered as all of the families who have a family member with chronic mental disorders in Zanjan, Iran. We used convenient sampling method and finally 116 people accepted to participate in this study. Participants were asked to fill demographic checklist, religious belief coping scale, test of self-conscious affect, and family questionnaire (as an index for expressed emotion). Positive religious coping could predict expressed emotion above and beyond other variables. Regarding the components of expressed emotion, 71% of families in criticism toward patient and 59% in emotional over involvement get scores higher than normal level[0]. Individual traits like shame proneness and guilt proneness do not predict expressed emotion and this might have indicated the role of other risk factors such as social stigma towards mental disorders.

**Keywords:** Expressed Emotion, Religious Coping, Shame-Proneness, Guilt Proneness.

در نهایت ۱۱۶ نفر برای شرکت در این مطالعه اعلام آمادگی کردند. از افراد خواسته شد به پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه عواطف خودآگاه، پرسش‌نامه خانواده (شاخص هیجان ابرازشده) و فرم کوتاه‌شده سبک‌های مقابله‌ای دینی پاسخ دهند. از بین متغیرها، تنها سبک مقابله‌ای دینی مثبت، تغییرات مربوط به شدت هیجان ابرازشده را پیش‌بینی کرد. از لحاظ مؤلفه‌های هیجان ابرازشده در ۷۱ درصد از خانواده‌ها شاخص انتقاد از عضو بیمار و در ۵۹ درصد شاخص درگیری هیجانی بیشتر از میزان طبیعی بود. تجربه شرم و گناه به عنوان یک مؤلفه شخصیتی کلی، تأثیری روی هیجان ابرازشده ندارد و یک علت احتمالی این امر احتمالاً به خاطر تأثیر عوامل خطر اجتماعی مرتبط با اختلال‌های روانی مانند انگ‌انگاری اجتماعی است.

**کلیدواژه‌ها:** سبک مقابله‌ای دینی، آمادگی شرم، آمادگی گناه، هیجان ابرازشده، اختلال روانی مزمن

## مقدمه

خانواده‌هایی که دارای فردی با اختلال روانی مزمن هستند، از یک طرف متحمل فشار و استرس زیادی به خاطر مراقبت از این گروه از افراد هستند و از طرف دیگر نحوه برخورد خانواده با افراد دارای اختلال‌های روانی مزمن نقش مهمی در عود و تشدید نشانه‌های اختلال آن عضو خانواده دارد. یکی از شاخص‌های روان‌شناختی که بازتاب دهنده تأثیر خانواده روی عود این نوع اختلالات است، شاخص هیجان ابرازشده<sup>۱</sup> است. هیجان ابرازشده عبارت است از الف - میزان انتقادی که اعضای خانواده از فرد بیمار می‌کنند و ب - شدت درگیری هیجانی که اعضای خانواده نسبت به مشکلات بیمار ابراز می‌کنند (بوتزلاف و هولی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). مطالعه فراتحلیلی که روی طرح‌های طولی مرتبط با شناسایی عوامل خطر عود دوره‌های سایکوز در افراد با اختلال روانی مزمن انجام شده است، نشان می‌دهد مؤلفه‌های مرتبط با هیجان ابرازشده؛ به ویژه انتقادگری نسبت به عضو بیمار خانواده بیشتر از عوامل جمعیت‌شناختی و برخی عوامل خطر بالینی می‌تواند احتمال عود را پیش‌بینی کند (آلوارز جیمنز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات مختلفی برای بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های هیجان ابرازشده انجام شده و یکسری عوامل جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در این زمینه

شناسایی شده است (پریس و میکولویتز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ کرملو، متقی‌پور، برجعلی، صادقی، خانی‌پور، ۱۳۹۵). باورهای دینی یکی از منابع تشکیل‌دهنده هویت انسان است و به صورت‌های مختلفی می‌تواند روی نحوه واکنش نسبت به رویدادهای زندگی، از جمله تجربه داشتن فردی با اختلال روانی در خانواده، اثر بگذارد. دین، منبع مهمی در تعیین نظریه‌ها و دیدگاه‌هایی است که افراد درباره ماهیت و علت اختلال‌های روانی دارند. یافته‌ها درباره انگ‌انگاری<sup>۵</sup> اجتماعی اختلال روانی در جوامع مسلمانان دو یافته را نشان می‌دهد. از یک سو با اینکه یافته‌های جمعیت‌شناختی نسبت انگ‌انگاری را در جوامع اسلامی به اندازه سایر جوامع نشان داده است، ولی یکی از دلایلی که موجب مراجعه کمتر افراد دارای ریشه‌های فرهنگی دینی و جمع‌گرایانه به نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌شود، احساس شرم و بی‌آبرویی است که افراد در این فرهنگ‌ها بیشتر از فرهنگ‌های فردگرایانه نسبت به آبرو و ارزش خود و خانواده‌شان قائل هستند (علی، میلستین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ گیلبرت، گیلبرت و سانگرا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴؛ کایرا، راماسواوی، لواندوفسکی، مهندش، عبدول - خالک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵)، اما از سوی دیگر، بررسی دیدگاه‌های مطرح‌شده در منابع دینی مسلمانان به شکل‌های مختلف دعوت به پذیرش همه انسان‌ها و یکسان انگاشتن همگان در برابر خدا، عاری از هر ویژگی رفتاری و جسمانی است. بر این اساس به نظر می‌رسد مسأله به ادراک افراد از منابع دینی مربوط می‌شود. اگر این ادراک‌ها صحیح و بر اساس فهم درست دین باشد، می‌تواند در مدیریت نگهداری از بیمار با اختلال روانی به عنوان یک نوع سبک مقابله با استرس مؤثر باشند. در همین راستا، سبک‌های مقابله دینی به دو دسته مثبت و منفی تقسیم‌بندی شده است. افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت استفاده می‌کنند، رابطه ایمن‌تری با خدا دارند و نظام باورها و اعمال دینی به آنها کمک می‌کند تا در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی بهتر حل مسأله کنند یا در این‌گونه موقعیت‌ها کمتر دچار مشکلات هیجانی شوند. در مقابل مقصود از سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع منفی برقراری رابطه‌ای نایمن و توأم با شک و تردید و ناامیدی نسبت به خدا و احساس رهاشدگی یا مجازات الهی شدن است (پارگامنت، اسمیت، کوئینگ، پرز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸). یافته‌ها در این زمینه نشان داده است به صورت کلی استفاده از سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت با بهتر شدن کیفیت زندگی (تراکشوار، وندورکر، پالک، پیرس، کاسل و پریگرسن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶) و سبک‌های مقابله‌ای دینی منفی با تشدید نشانه‌های جسمی و روانی رابطه دارد (آنو و واسکانسل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵) مطالعاتی هم که تاکنون درباره رابطه سبک‌های مقابله‌ای دینی و هیجان ابرازشده انجام شده، نشان داده است سبک‌های مقابله‌ای دینی ناسازگارانه در خانواده‌هایی که سطح هیجان ابرازشده نسبت به عضو با اختلال روانی بالاست، نقش علی زیادی دارد (واسرمن، وایزمن، سورو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳) احتمالاً این نوع شیوه‌های مقابله به صورت عوامل خطر و محافظت‌کننده به صورت افتراقی بر بیشتر شدن یا کمتر شدن شدت هیجان ابرازشده اثرگذارند.

عامل دیگری که به نظر می‌رسد روی هیجان ابرازشده اثرگذار است، میزان آمادگی شخصیت افراد نسبت به شرم و گناه است. شرم و گناه جزء هیجان‌های ثانویه هستند که پس از شکل‌گیری ادراک از خود به وجود می‌آیند (تانجینی، برگراف، واگنر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۵). افرادی که آمادگی شرم بالاتری دارند، در موقعیت‌های اشتباه و خطا، دلیل خطاها را به کل وجود خویش منتسب می‌کنند و باورهایی مبتنی بر خودبی‌کفایت‌پنداری<sup>۱۴</sup> و بی‌ارزشی خویش دارند، ولی افرادی که آمادگی بیشتری نسبت به گناه دارند، در موقعیت‌هایی که مرتکب خطایی می‌شوند، گرچه احساس منفی را تجربه می‌کنند؛ اما تلاش می‌کنند رفتار خود را جبران کنند. به

عبارت دیگر عامل تمایز شرم و گناه در این است که افراد با تجربه شرم بالا رفتار خود را نمی‌پذیرند؛ ولی افراد با احساس گناه بالا رفتار منفی‌شان را می‌پذیرند و مسئولیت‌پذیری بیشتری جهت جبران خطاهایشان دارند (تانجی، برگراف، واگنر، ۱۹۹۵). بر اساس یافته‌های قبلی مشخص شده است از بین هیجان‌های خودآگاه، ارتباط شرم با هیجان ابرازشده بیشتر است تا گناه (واسرمن، می‌مانی، سورو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲؛ دومینگوئز - مارتینز، مدینا - پرادس، کواپیل، بارانتز - ویدال<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۴؛ خانی‌پور، گلزاری، شمس، زارع، کرم‌لو، ۱۳۹۲). اغلب مطالعات گذشته در مفهوم‌سازی‌شان از شرم و گناه، بیشتر آن را از جنس ارزیابی و فرایندهای شناختی دیده‌اند و کمتر رابطه آمادگی شخصیتی یا صفات شخصیتی مرتبط با این هیجان‌ها بررسی شده است. انتظار ما بر این است که سازه‌های شخصیتی مرتبط با شرم و گناه نیز با هیجان ابرازشده به صورت افتراقی ارتباط داشته باشند. به علاوه، این مسأله نیز نیازمند بررسی است که اگر نقش سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت و منفی را در رابطه با هیجان ابرازشده مورد نظر بگیریم، آیا باز هم ارتباطی بین شرم و گناه با هیجان ابرازشده باقی خواهد ماند یا خیر.

از طرف دیگر ماهیت هیجان‌های خودآگاه به نوعی است که به نظر می‌رسد با مسائل دینی نیز مرتبط‌اند و در کتب مقدس اشاراتی تلویحی به آنها شده است (تانجی، ۱۹۹۱). در چند مطالعه مشخص شده است رابطه آمادگی نسبت به شرم و نگرش‌های دینی منفی است؛ ولی ارتباط بین آمادگی نسبت به گناه و نگرش‌های دینی مثبت است؛ هرچند غیر معنی‌دار گزارش شده است و نوعی عدم یکپارچگی درباره ارتباط شرم، گناه و امور دینی وجود دارد؛ به نحوی که در برخی مطالعات تجربه احساس گناه، هیجانی سازگارانه متأثر از دین مفهوم‌سازی شده است؛ اما در سایر مطالعات، احساس گناه و شرمی که در برخی اختلالات هیجانی تجربه می‌شوند، با باورهای غلط دینی مرتبط دانسته شده‌اند (تبییک، آقابابایی، فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۳؛ استکتی و کوی<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۱؛ یورولماز، گنکاز، وودی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹)؛ اما ارتباط شرم و گناه با سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت و منفی بررسی نشده است. این حوزه نیازمند بررسی‌های بیشتری است؛ زیرا از طرفی پاسخ‌دهی به سؤال‌های مربوط به رابطه افتراقی شرم و گناه، آگاهی را درباره تشابهات و تفاوت‌های این دو هیجان بیشتر می‌کند و از طرفی دیگر، یکی از باورهای نادرست درباره دین این است که دینداری سبب‌ساز شرم و احساس گناه در افراد است؛ با بررسی فرضیه افتراقی بودن شرم و گناه با سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت و منفی می‌توان پاسخ‌های تجربی در این زمینه‌ها به دست آورد. بر این اساس اهداف این پژوهش عبارت‌اند از: بررسی روابط بین سبک‌های مقابله دینی و آمادگی شخصیتی نسبت به شرم و گناه با هیجان ابرازشده در خانواده‌های دارای یک عضو مبتلا به اختلال‌های روانی مزمن و بررسی فرضیه مربوط به روابط افتراقی احتمالی بین سبک‌های مقابله‌ای دینی و آمادگی‌های شخصیتی نسبت به شرم و گناه در خانواده‌های با بیماران روانی مزمن.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش عبارت بود از اعضای خانواده یا مراقبان مددجویان دارای پرونده اختلال روانی مزمن در بهزیستی شهر زنجان. این مراقبان شامل همسر،

فرزندان خواهر و برادر و والدین بیمار می‌شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و ۱۱۶ نفر به صورت کامل به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند و اطلاعاتشان تجزیه و تحلیل شد.

## ابزارها

**پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:** این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره جنسیت، سن و مدت‌زمان درگیری با اختلال روانی در خانواده بود.

**مقیاس کوتاه‌شده سبک‌های مقابله‌ای دینی<sup>۱۹</sup>:** نسخه اولیه این مقیاس شامل ۱۰۰ سؤال است که سبک‌های مقابله‌ای دینی را در ۱۷ بُعد اندازه‌گیری می‌کند. بعدها این آزمون مورد بازبینی قرار گرفت و نسخه کوتاه آن ساخته شده که شامل ۱۴ سؤال است و سبک‌های مقابله دینی مثبت و منفی را اندازه‌گیری می‌کند (پارگامنت، اسمیت، کوئینگ، پرز، ۱۹۹۸). منظور از سبک مقابله‌ای دینی مثبت، داشتن ارتباط صحیح با خداوند و اعتقاد به رحمانیت خداست و منظور از سبک مقابله‌ای منفی ناامیدی از رحمت خدا و درگیری و تنش و تعارض داشتن در ارتباط با مسائل دینی و رابطه با خداست. این ابزار در نمونه ایرانی روی نمونه ۳۰۰ نفری از دانشجویان هنجاریابی شده و یافته‌های تحلیل عاملی ساختار دو عاملی آن را تأیید کرده و ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار برای خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت ۰/۷۹ و برای سبک‌های مقابله‌ای دینی منفی ۰/۷۱ گزارش شده است (محمدزاده، نجفی، ۲۰۱۶).

**آزمون عواطف خودآگاه<sup>۲۰</sup>:** آزمون عواطف خودآگاه دربردارنده ۱۶ سناریو از زندگی روزمره است که ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای بار عاطفی مثبت و پنج وضعیت آن دارای بار عاطفی منفی است. تمام سؤالات به صورت مثبت نمره‌گذاری می‌شوند. شرکت‌کننده پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت پنج درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کند که دامنه آن‌ها از یک به معنی «احتمال ندارد» تا پنج به معنی «به احتمال زیاد» است. در این ابزار موقعیت‌های مختلف به صورت سناریو ارائه می‌شود و از فرد خواسته می‌شود از میان دو پاسخ احتمالی که یکی مرتبط با آمادگی به شرم و دیگری آمادگی به گناه است، یک مورد را برگزیند. آلفای کرونباخ این ابزار توسط سازندگان و برای خرده‌مقیاس‌های آمادگی نسبت به شرم و گناه به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۴ گزارش شده و همین‌طور پایایی آزمون - بازآزمون آن برای آمادگی نسبت به شرم و گناه به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۵ به دست آمده است (لایتن، فانتین، کاروالین<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۲). در ایران در چند مطالعه که از این ابزار استفاده شده است، شاخص‌های پایایی قابل قبولی برای خرده‌مقیاس‌های این مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (پرواز، خانی‌پور، پرواز، ۱۳۹۴).

**پرسش‌نامه خانواده<sup>۲۲</sup>:** یک فرم خودسنجی ۲۰ سؤالی برای ارزیابی هیجان ابرازشده در خانواده‌های افراد با اختلالات روانی مزمن است. پاسخ‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (=۰ هرگز تا ۳ همیشه) درجه‌بندی می‌شوند و شامل دو زیرمقیاس نظرات انتقادی و درگیری هیجانی شدید است که خط برش برای خرده‌مقیاس نظرات انتقادی ۲۳ و برای خرده‌مقیاس درگیری هیجانی ۲۷ است. پایایی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی خرده‌مقیاس نظرات انتقادی ۰/۸۴ و درگیری هیجانی شدید ۰/۹۱ گزارش شده است (واپدرمن، رایکی، فینستاین، هالوگ<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۲). در ایران پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی خرده‌مقیاس

درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ و نظرات انتقادی ۰/۸۸ گزارش شده است (خدابخش کولایی، ۲۰۰۵). در مطالعات دیگری که از این ابزار در ایران برای سنجش اثرات برنامه‌های آموزش خانواده بر خانواده‌های دارای عضو با اختلال روانی مزمن انجام شده است، این ابزار به کار گرفته شده و شواهد یکسانی مانند نمونه‌های خارجی به دست داده است (کرم‌لو، مظاهری، متقی‌پور، ۱۳۸۸).

برای نمونه‌گیری از روش در دسترس استفاده شد. جامعه پژوهش کلیه اعضای خانواده افراد با اختلال روانی مزمن بود که پرونده مددجویی در بهزیستی شهر زنجان داشتند. ملاک‌های ورود عبارت بود: ۱. از مدت‌زمان داشتن پرونده مددجویی در بهزیستی حداقل دو سال گذشته باشد، ۲. تشخیص اختلال روانی مزمن بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی (اختلالات روانی مزمن در این مطالعه عبارت بودند از ابتلا به اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس‌آسیبی). ۳. عضو خانواده حداقل سن ۲۰ و حداکثر سنشان ۵۵ سال در نظر گرفته شد. ۴. عضو مبتلا به اختلال روانی در خانواده در زمان انجام مطالعه در بیمارستان بستری نبود. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا هدف پژوهش به اعضای خانواده توضیح داده می‌شد و در صورت توافق و رضایت از آن‌ها درخواست می‌شد به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی پر می‌شد و اجرای پرسش‌نامه و سؤالات پیرامون مطالعه به وسیله یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام گرفت.

#### یافته‌ها

از تعداد کل ۱۱۶ پاسخ‌دهنده ۲۳ نفر (۱۹/۸ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی؛ ۲۸ نفر (۲۴/۱ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی؛ ۳۴ نفر (۲۹/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم؛ ۲۷ نفر (۲۳/۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر (۳/۴ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. از تعداد کل پاسخ‌دهندگان ۶۸ نفر (۵۹ درصد) را مراقبان زن و ۴۸ نفر (۴۱ درصد) را مراقبان مرد تشکیل می‌دادند. مقایسه شاخص‌های مرکزی خرده‌آزمون‌های مربوط به هیجان ابرازشده نشان داد ۶۹ نفر از افراد (۵۹ درصد) درگیری هیجانی پایین و ۴۸ نفر (۴۱ درصد) درگیری هیجانی بالا دارند. در خرده‌مقیاس نظرات انتقادی نیز یافته‌های مربوط به میانگین نمونه نشان می‌دهد که نمره ۸۳ نفر (۷۱ درصد) از نمره برش بالاتر است و ۳۴ نفر (۲۹ درصد) نمره‌شان پایین‌تر از نمره برش است.

برای بررسی رابطه متغیرهای پژوهش ابتدا همبستگی پیرسون برای همه متغیرها محاسبه شد که در جدول ۱ نمایش داده شده است. همان‌طور که از یافته‌های جدول مشخص است، بین آمادگی نسبت به شرم و میزان هیجان ابرازشده رابطه مستقیم؛ اما غیرمعنادار وجود دارد. رابطه بین آمادگی نسبت به گناه و هیجان ابرازشده نیز مستقیم؛ اما غیرمعنادار بود. از میان سبک‌های مقابله‌ای دینی، رابطه سبک مقابله‌ای دینی مثبت با هیجان ابرازشده معنادار و معکوس بود. آمادگی شخصیتی نسبت به شرم و گناه نیز با سبک مقابله‌ای دینی مثبت به ترتیب رابطه معکوس غیرمعنادار و مستقیم و معنادار داشتند و میزان همبستگی‌ها معنادار بود. رابطه بین آمادگی‌های شخصیتی شرم و گناه نیز با سبک مقابله‌ای دینی منفی به ترتیب مستقیم و معکوس بود و این همبستگی‌ها نیز معنادار بود.

جدول ۱: ضرایب همبستگی پیرسون شرم، گناه، مقابله‌های دینی و هیجان ابرازشده

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
						۱	۱. آمادگی شرم
					۱	*۰/۲۱	۲. آمادگی گناه
			۱		*۰/۳۳	۰/۱	۳. سبک مقابله‌ای دینی مثبت
			۱	*-۰/۲۴	-۰/۱۴	*۰/۲۹	۴. سبک مقابله‌ای دینی منفی
		۱	۰/۱۳	*-۰/۱۹	-۰/۰۷	۰/۱۶	۵. هیجان ابرازشده
	۱	*۰/۶۳	۰/۰۵۷	-۰/۱	۰/۰۵	۰/۱۰	۶. درگیری هیجانی
۱	۰/۱۵	*۰/۴۲	۰/۱۰	-۰/۰۱۴	-۰/۰۱۲	۰/۱۱	۷. نظرات انتقادی

برای پیش‌بینی میزان هیجان ابرازشده بر اساس سبک‌های مقابله‌ای دینی و آمادگی نسبت به هیجان‌های خودآگاه از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی استفاده شد. نتایج نشان داد تنها متغیر سبک مقابله‌ای دینی مثبت به صورت معناداری میزان هیجان ابرازشده را پیش‌بینی می‌کند ( $F=۴/۴۸$ ,  $df=۱$  و  $۱۱۵$ ) و  $P=۰/۰۳$ . نتایج مربوط به شاخص‌های رگرسیون در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس مدل رگرسیون، آمادگی نسبت به هیجان‌های خودآگاه شامل گناه و شرم نتوانستند میزان هیجان ابرازشده را پیش‌بینی کنند و از میان سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت و منفی، تنها سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت به صورت معکوس ( $\beta=-۰/۱۹$ ) با میزان هیجان ابرازشده در اعضای خانواده رابطه داشت که البته مقدار اثرگذاری این عامل در پیش‌بینی هیجان ابرازشده اندک بود ( $R^2=۰/۰۲۹$ ).

جدول ۲: شاخص‌های رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی هیجان ابرازشده بر اساس آمادگی

نسبت به هیجان‌های خودآگاه و سبک‌های مقابله‌ای دینی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل یافته	خطای استاندارد برآورد	B	Beta	P
۱	-۰/۱۹۴	۰/۰۳۸	۰/۰۲۹	۷/۸۸۰	-۰/۲۸	-۰/۱۹	۰/۰۳۶

هم‌چنین برای بررسی سؤال فرعی پژوهش که درباره رابطه آمادگی نسبت به هیجان‌های خودآگاه و سبک مقابله‌ای دینی مثبت و منفی بود، نتایج رگرسیون نشان می‌دهد که آمادگی نسبت به گناه با سبک مقابله‌ای دینی از نوع مثبت رابطه قوی‌تری دارد و واریانس بیشتری از آن را تبیین می‌کند. تقریباً ۱۰ درصد از واریانس سبک مقابله‌ای دینی مثبت بر اساس آمادگی‌های شخصیتی نسبت به گناه ( $F=۱۴/۶۷$ ,  $df=۱$  و  $P=۰/۰۰۱$ ) و ۳ درصد نیز به وسیله آمادگی شخصیتی نسبت به شرم ( $F=۹/۶۷$ ,  $df=۲$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) تبیین می‌شود. بر اساس این یافته‌ها سبک مقابله‌ای دینی از نوع مثبت را هر دو نوع آمادگی نسبت به هیجان‌های گناه و شرم اما به درجات مختلف پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس یافته‌های مدل رگرسیون نتایج مربوط به شاخص‌های رگرسیون در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: شاخص‌های رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی مقابله دینی مثبت بر اساس

آمادگی نسبت به هیجان‌های خودآگاه

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل یافته	خطای استاندارد برآورد	B	Beta	P
گناه	۰/۳۳۶	۰/۱۱۳	۰/۱۰۵	۵/۱۲	۰/۱۹	۰/۳۷	۰/۰۰۱
شرم	۰/۳۸۱	۰/۱۴۵	۰/۱۳۰	۵/۰۵	-۰/۰۹	-۰/۱۸	۰/۰۴۱

برای بررسی رابطه افتراقی آمادگی نسبت به شرم و گناه با سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع منفی نیز نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که آمادگی نسبت به شرم رابطه مثبتی ( $\beta=0/25$ ) با سبک مقابله‌ای دینی از نوع منفی دارد؛ اما رابطه آمادگی نسبت به گناه با سبک مقابله‌ای دینی منفی به صورت معکوس بود ( $\beta=-0/19$ ). آمادگی نسبت به شرم و آمادگی نسبت به گناه هر کدام ۳ درصد از واریانس تغییرات سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع منفی را پیش‌بینی کردند. بر اساس این یافته‌ها سبک مقابله‌ای دینی منفی به یک میزان از هر دو هیجان شرم و گناه تشکیل شده و هر دو هیجان به یک اندازه در پدیدایی آن نقش دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد میزان هیجان ابرازشده در اعضای خانواده افراد با اختلال روانی مزمن در سطح بالایی قرار دارد؛ به صورتی که در ۵۹ درصد از اعضای شرکت‌کننده شاخص درگیری هیجانی و در ۷۱ درصد شاخص نظرات انتقادی در خانواده بالاتر از میزان بهنجار بود. مقصود از درگیری هیجانی این است که یک عضو خانواده، خود را چقدر به خاطر مشکل عضو مبتلا به اختلال روانی ملامت می‌کند، یا به خاطر این وضعیت، هیجان‌های منفی را تجربه می‌کند و در مقابل، نظرات انتقادی بازتاب دهنده رنجش و خشم و عدم پذیرش فرد مبتلا به اختلال روانی و به نحوی گره زدن مسائل و وضعیت خانواده به مشکلات عضو دارای اختلال روانی است (باتزلاف و هولی، ۱۹۹۸). در مطالعه حاضر میزان نظرات انتقادی در اعضای خانواده بالاتر از درگیری هیجانی بود. این یافته همخوان با مطالعات بررسی مؤلفه‌های هیجان ابرازشده در کشورهای دارای فرهنگ‌های جمع‌گرا مانند مصر و ژاپن است (بوگرا و مک کنزی<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۳). یکی از دلایل این نوع تفاوت‌های فرهنگی در مؤلفه‌های هیجان ابرازشده به خاطر ویژگی‌های خاص ساختار خانواده در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی مانند ایران است. اعضای خانواده در این‌گونه فرهنگ‌ها در مسائل هم‌گروه خورده‌اند و آبروی جمعی خانواده به رفتار تک‌تک اعضای خانواده بستگی پیدا می‌کند. در چنین بافتار فرهنگی، خانواده‌ای که دارای عضو با اختلال روانی مزمن است، به دلیل اهمیت بالای حفظ آبرو و وجهه اجتماعی (فارغ از اینکه به کدام طبقه اجتماعی تعلق داشته باشد) به احتمال بیشتری نسبت به مشکلات رفتاری و هیجانی عضو با اختلال روانی اظهارات انتقادآمیز ابراز می‌کند. البته این مسأله می‌تواند قابل تغییر باشد و چنان که پژوهش‌های پیشین در ایران هم نشان داده است (کرم‌لو، مظاهری، متقی‌پور، ۱۳۸۸) آموزش‌های روانی خانواده می‌تواند در کاهش میزان انتقادگری اعضای خانواده نسبت به عضو دارای اختلال روانی مؤثر باشد. به چالش کشیدن



این نوع بن‌مایه‌های فرهنگی و جایگزین کردن مفروضه‌های منطقی‌تر درباره مبنا و ماهیت رفتار فرد دارای اختلال روانی می‌تواند در بهتر شدن مداخله‌های آموزش روانی خانواده در این گروه از افراد مفید باشد. هدف اصلی این مطالعه بررسی نقش یکسری عوامل روان‌شناختی (آمادگی شخصیتی برای تجربه شرم و گناه) و عوامل مرتبط با تجربه دینی فردی (سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع مثبت و منفی) در پیش‌بینی نحوه واکنش فرد نسبت به وجود یک اختلال روانی مزمن در خانواده بود. یافته‌ها در کل نشان می‌دهد نقش عوامل مرتبط با تجربه دینی بیشتر از عوامل روان‌شناختی است. بر اساس یافته‌ها هر چقدر افراد از سبک‌های مقابله‌ای دینی سالم‌تر و مثبت‌تری استفاده کنند، کمتر نسبت به عضو دارای اختلال روانی مزمن واکنش‌های ناسازگارانه نشان می‌دهند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد داشتن سبک مقابله‌ای دینی از نوع مثبت می‌تواند تا حدی به اعضای خانواده در برابر استرس ناشی از داشتن یک عضو مبتلا به اختلال روانی مزمن کمک کند. این یافته همخوان با مطالعات پیشینی است که نشان داده‌اند سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع مثبت حتی بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای غیردینی می‌توانند احتمال جو خانوادگی که سطح هیجان ابرازشده در آن بالاست را پیش‌بینی کنند (واسرمن، وایزمن، سورو، ۲۰۱۳). افرادی که از سبک مقابله‌ای دینی از نوع مثبت استفاده می‌کنند در غلبه بر موانع مرتبط با داشتن یک عضو دارای اختلال روانی، کمتر احساس درماندگی می‌کنند و عللی که برای این شرایط تنش‌زا می‌آورند، به آنها احساس کنترل بیشتری می‌دهد. این یافته همین‌طور نظریه پارگامنت درباره تأثیر سبک مقابله‌ای دینی به عنوان عاملی محافظت‌کننده در برابر عوامل تنش‌زای زندگی را تأیید می‌کند (پارگامنت، اسمیت، کوئینگ، پرز، ۱۹۹۸).

با اینکه ادبیات پژوهشی زیادی از رابطه ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با شرم و گناه با هیجان ابرازشده حمایت می‌کند (چری، تیلور، برون، رایبی، سلوود<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۷)؛ اما یافته‌های مطالعه حاضر این نتیجه را تأیید نکرد. البته جهت همبستگی بین این ویژگی‌های شخصیتی و هیجان ابرازشده در این مطالعه همانند مطالعات پیشین بود. یعنی افرادی که به لحاظ شخصیتی، آمادگی بیشتری برای تجربه شرم داشتند، هیجان ابرازشده بیشتری از خود نشان می‌دادند و افرادی که آمادگی بیشتری برای تجربه گناه داشتند، هیجان ابرازشده کمتری از خود نشان می‌دادند (هاسان - اوهایون، اهلریچ - بن، وهاب، آمیاز، وایزر، رو<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۲). افرادی که احساس شرم بیشتری دارند در پذیرش خود مشکل دارند و در پذیرش آن عضو خانواده که از جهتی با مشکلات روانی مزمن درگیر است، دچار مشکل می‌شوند و در نتیجه بیشتر از آن عضو خانواده انتقاد می‌کنند و بیشتر آن فرد را موجب بی‌آبرویی خود می‌دانند. اما افرادی که آمادگی بیشتری برای تجربه هیجان گناه دارند، سعی می‌کنند رفتارهای خود را اصلاح کنند و مسئولیت بیشتری برای رفتارهای خود قائل هستند و به همین سبب انتظار می‌رود اگر در خانواده‌شان فردی دارای اختلال روانی مزمن باشد، راحت‌تر بتوانند او را بپذیرند. با این حال دو علت برای اینکه این رابطه‌ها به سطح معنی‌دار نرسیدند، می‌توان برشمرد؛ دلیل اول می‌تواند مربوط به دلایل آماری و روش‌شناختی باشد. برای مثال اعضای نمونه از لحاظ نوع اختلال روانی مزمن در خانواده‌شان همگن نبودند و در نتیجه می‌توان گفت شاید تجاربشان از داشتن عضو دارای اختلال روانی مزمن با هم متفاوت باشند. دلیل دوم این است که در اغلب مطالعه‌ها، شرم نسبت به اختلال روانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده هیجان ابرازشده مورد بررسی قرار گرفته است؛ نه شرم به عنوان تجربه‌ای که از جنس ویژگی‌های شخصیتی رگه است. یافته‌های مطالعات پیشین درباره ارتباط شرم و گناه با هیجان ابرازشده نشان

می‌دهد که اگر شرم و گناه به صورت اختصاصی نسبت به وجود اختلال روانی مزمن در خانواده سنجیده شود، میزان ارتباط و همبستگی شرم و گناه با هیجان ابرازشده نیز بیشتر خواهد بود (چری و همکاران، ۲۰۱۷؛ هاسان - اوهایون و همکاران، ۲۰۱۲؛ خانی‌پور، گلزاری، شمس، زارع، کرملو، ۱۳۹۲). این مسأله می‌تواند از سوی دیگر این را برساند که در ابراز هیجان‌های منفی نسبت به اعضای دارای اختلال روانی مزمن عواملی از جنس صفات شخصیتی نقش قابل ملاحظه‌ای ندارند و در اینجا عامل اصلی احتمالاً نگرش‌های اجتماعی نسبت به اختلال روانی است که از آن به انگ‌انگاری اجتماعی یا انگ اجتماعی تعبیر می‌کنند. این دیدگاه می‌تواند در پژوهش‌های آینده مورد مذاقه و بررسی دقیق‌تر نیز قرار بگیرد. با این حال در مطالعاتی هم که به صورت هم‌زمان هر دو عامل آمادگی نسبت به شرم و گناه و سبک‌های مقابله‌ای دینی با هم به عنوان پیش‌بینی‌کننده هیجان ابرازشده مورد بررسی قرار گرفته‌اند، باز هم تأثیر آمادگی نسبت به شرم و گناه سهم کمی در پیش‌بینی هیجان ابرازشده داشته است (واسرمن، ۲۰۱۰). بر این اساس به نظر می‌رسد سهم آمادگی‌های شخصیتی برای تجربه هیجان‌هایی که به نحوی با ارزیابی مادون بودن و خطاکار بودن در ارتباط‌اند، روی نحوه ارتباط خانواده‌ها با عضو دارای اختلال روانی مزمن تأثیرگذار نیست و عاقلانه‌تر این است که به جای تکیه بر این عوامل ایستا، مسأله هیجان ابرازشده اعضای خانواده با عضو دارای اختلال روانی مزمن را در قالب فرایندی چندوجهی دید که متأثر از عوامل کلان‌تر و بافتاری‌تری مانند فرهنگ است. این چارچوب می‌تواند در مطالعات آینده دنبال شود تا از آن طریق شاید بهتر بتوان شانس احتمالی آمادگی‌های شخصیتی برای تجربه هیجان‌های خودآگاه را در پیش‌بینی شیوه ارتباط با عضو دارای اختلال روانی در خانواده مورد قضاوت قرار داد.

از سوی دیگر، بخشی از یافته‌های پژوهش نشان داد رابطه افتراقی بین آمادگی شخصیتی برای تجربه شرم و گناه و سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع مثبت و منفی وجود دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای از نوع دینی مثبت استفاده می‌کنند، آمادگی بیشتری برای تجربه احساس گناه دارند و بین بیشتر بودن میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت و تجربه شرم رابطه معکوسی وجود دارد. اغلب رابطه دین و شاخص‌های مرتبط با سلامت روان بر اساس تأثیر استفاده از باورها و مقابله‌های دینی روی شاخص‌های سلامت روانی بررسی شده است (لویتون، کارولاین، فانتین<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۸) و در اغلب موارد نیز استفاده از منابع دینی نیز عامل محافظت‌کننده مهمی در ارتقای سلامت روان شناسایی شده است (کوئینگ<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۱). یافته‌های این بخش از پژوهش نشان داد که مبنای برخورداری از سبک‌های مقابله‌ای دینی مثبت، داشتن آمادگی بیشتر نسبت به هیجان گناه و کمتر بودن آمادگی برای هیجان شرم است. یافته‌های پیشین درباره ارتباط آمادگی نسبت به شرم و گناه نشان می‌دهد که در افراد دیندار، میزان آمادگی نسبت به گناه بیشتر از افراد عادی است؛ ولی آمادگی نسبت به شرم در افراد دیندار فرقی با افراد عادی ندارد که به نحوی یافته‌های پژوهش حاضر نیز هم‌راستا با این یافته است (لویتون، کارولاین، فانتین، ۱۹۹۸). درست همان‌گونه که وجدانی بودن در مدل پنج‌عاملی شخصیت روی نوع سبک دینداری درونی یا بیرونی به عنوان یک عامل شخصیتی اثرگذار است (ساروقلو<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۲)، آمادگی‌های شخصیتی برای هیجان‌های گناه و شرم نیز چنین وضعیتی دارند.

مضمون اصلی آمادگی داشتن نسبت به احساس گناه این است که فرد خود را نسبت به رویدادهایی که در زندگی‌اش و در ارتباط با دیگران رخ می‌دهد، مسئول می‌بیند و تلاش می‌کند اگر خطایی را به صورت غیرعمد مرتکب شده است، رفتارش را اصلاح کند (تانجنی، میلر، فلیکر و بارلو<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۶). این احساس گناه که به نحوی، بیشتر به معنی مسئولیت‌پذیر بودن است، به میزان زیادی با آنچه در آموزه‌های دینی درباره مراقبت از نفس و خودسازی آمده است، هم‌خوانی دارد. نداشتن این نوع احساس گناه زمینه‌ساز شقاوت و ناتوانی در همدلی اجتماعی با دیگران است. در اسلام نیز سیمای یک انسان سالم دارا بودن ویژگی‌هایی از این دست برشمرده شده و از این رو می‌توان گفت تجربه احساس گناه به این معنا شرط لازم برای یک انسان سالم از منظر دینی به حساب می‌آید و احتمالاً آمادگی نسبت به هیجان گناه می‌تواند زمینه‌ساز تحول و شکل‌گیری سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع مثبت هم شود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش رابطه معکوس آمادگی نسبت به شرم و سبک مقابله‌ای دینی مثبت و رابطه مستقیم و مثبت این ویژگی شخصیتی با سبک مقابله‌ای دینی منفی بود که تا حدودی با یافته‌های پیشین همخوان است (لویتون، کارولاین، فانتین، ۱۹۹۸). می‌توان بیان کرد دلیل در ماهیت تجربه شرم است. شرم هیجانی است که از ترکیب سه هیجان اضطراب، خشم و تنفر تشکیل شده و بسیاری از یافته‌ها از نقش این هیجان در روان‌پدیدایی طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اختلال استرس پس‌آسیبی و اضطراب اجتماعی حمایت کرده‌اند (گیلبرت، ۲۰۰۶). شرم از مضامینی مبتنی بر بی‌کفایتی و حقیرپنداری، بی‌ارزش و بی‌فایده دانستن و تجربه شدید خشم و نداشتن جایگاه اجتماعی در بین سایر انسان‌ها تشکیل شده است (تانجنی، میلر، فلیکر و بارلو، ۱۹۹۶). مسأله‌ای که در رابطه شرم و سبک مقابله دینی منفی باید به آن توجه کرد، آن است که شرم مفهومی واحد نیست و انواع مختلفی از شرم وجود دارد. برای مثال برخی مدل‌ها به تمایز شرم مبتنی بر آسیب دیدن تصویر از خویشتن و شرم اخلاقی اشاره می‌کنند (آل پرس، برون، جینر - سورولا، دثونا، ترونی<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۴). می‌توان بر اساس این تمایز بیان کرد شرم از نوع مخدوش شدن تصویر خویشتن است که با سبک مقابله‌ای دینی از نوع منفی رابطه دارد و بررسی سؤالاتی که در مقیاس عاطفه خودآگاه در زمینه شرم مطرح شده است، بیشتر این نوع شرم را برمی‌تاباند. بر این اساس در حکم دادن درباره رابطه شرم و سبک‌های مقابله‌ای دینی باید احتیاط کرد، زیرا شرم اخلاقی که در آموزه‌های دینی از آن به عنوان فضیلتی نیکو یاد می‌شود، نمی‌تواند مشخص‌کننده افرادی باشد که در رابطه خود با خدا و منابع دینی دچار تعارض و دودلی هستند. از منظری دیگر می‌توان گفت پایه و اساس رفتارهای اخلاقی، توانایی انسان در تجربه هیجان‌های خودآگاهی مانند شرم و گناه است. در بنیان‌های اخلاقی از ابعادی مانند مراقبت/آسیب، انصاف/تقلب، وفاداری/خیانت، اطاعت از مرجع قدرت/براندازی و تقدس/تنزل یاد شده است (هایدت<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۱). یافته‌ها در نمونه ایرانی نیز وجود این ابعاد اساسی را در تعریف از انسان و زندگی اخلاقی تأیید کرده است (نجات، باقریان، حاتمی، شگری، ۱۳۹۴). مذاقه در این ابعاد نشان می‌دهد که ریشه شکل‌گیری و رعایت این‌گونه رفتارهای اخلاقی در شرم است؛ البته شرمی که از روی آگاهی، انتخاب و با هدف احترام به قوانین اجتماعی یا رعایت اصول انسانی به کار گرفته می‌شود. هم‌چنین یافته‌های این بخش نشان داد که بین آمادگی نسبت به هیجان گناه و سبک مقابله‌ای دینی از نوع منفی رابطه معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر، افرادی که در موقعیت‌های زندگی خطاهای خود را می‌پذیرند و مسئولیت‌پذیرند و

تلاش می‌کنند رفتار خطای خود را با عملی جایگزین جبران کنند، کمتر از سبک مقابله‌ای دینی از نوع منفی استفاده می‌کنند. اغلب یافته‌هایی که نقش آمادگی نسبت به گناه را شاخص آسیب روانی سنجیده‌اند، رابطه معنی‌داری را بین این دو عامل نشان نداده‌اند (پرواز، خانی‌پور، پرواز، ۱۳۹۴؛ کیم، تبودو، یورگنسن<sup>۳۳</sup>، ۲۰۱۱). یا مشخص شده است هرچه آمادگی شخصیتی افراد برای تجربه هیجان گناه بیشتر باشد، کمتر احتمال دارد درگیر رفتارهای منحرفانه شوند (اسپریتو، شالکویچک، ون واگات، استامز<sup>۳۴</sup>، ۲۰۱۶).

در مجموع درباره بخشی از این مطالعه که مرتبط با پیش‌بینی هیجان ابرازشده در اعضای خانواده افراد با اختلالات روانی مزمن بر اساس ویژگی‌های شخصیت مرتبط با شرم و گناه و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای دینی از نوع مثبت و منفی بود، یافته‌ها نشان دادند در کل، سهم سبک مقابله دینی از نوع مثبت بیشتر از بقیه عوامل است و بقیه عوامل (آمادگی شخصیتی برای شرم و گناه و سبک مقابله‌ای دینی از نوع منفی) تأثیری روی هیجان ابراز شده ندارد. اگر این دو دسته از عوامل را به عنوان عوامل خطر و محافظت‌کننده در نظر بگیریم، باید گفت با اینکه یک عامل محافظت‌کننده (یعنی سبک مقابله‌ای دینی از نوع مثبت) در کاهش هیجان ابرازشده نقش دارد؛ اما عوامل خطر روان‌شناختی که در این پژوهش بررسی شدند، نقشی در تشدید هیجان ابرازشده در خانواده نداشتند. از این رو، احتمال دارد نقش سایر عوامل خطر از جنس عوامل خطر اجتماعی مانند انگ‌انگاری اجتماعی ابتلا به اختلال روانی یا شاخص‌های اقتصادی و رفاهی در زندگی این خانواده‌ها در نحوه ارتباط با عضو بیمار خانواده اثرگذارتر باشد و پژوهش‌های آینده می‌توانند این حدس اولیه را بکاوند. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از همگن نبودن نوع تشخیص اختلال روانی مزمن، عدم هم‌سازی شرکت‌کنندگان پژوهش از لحاظ سن و سطح تحصیلات و استفاده از روش‌های خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری و ارزیابی فرضیه‌های پژوهش. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، تأثیر هیجان‌های خودآگاه در کنار ادراک از انگ‌انگاری اجتماعی ابتلا به اختلال‌های روانی در خانواده در پیش‌بینی هیجان ابرازشده سنجیده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود وضعیت اعضای خانواده‌ای که نقش مراقبتی بیشتری در قبال افراد با اختلال روانی مزمن در خانواده دارند، از جهت آسیب‌های روانی احتمالی به خاطر استرس نگهداری از این دسته از افراد و همین‌طور راه‌های ارتقای تاب‌آوری این دسته از افراد مورد مطالعه قرار بگیرد.

#### پی‌نوشت‌ها

- |   |   |
|---|---|
| 1. Expressed Emotion                                    | 18. Yorulmaz, Gençöz                                      |
| 2. Butzlaff, Hooley                                     | 19. Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE)            |
| 3. Alvarez-jemense                                      | 20. Schwartz & Branje                                     |
| 4. Peris, Miklowitz                                     | 21. Luyten, Fontaine JR, Corveleyn                        |
| 5. Stigma   | 22. Family Questionnaire                                  |
| 6. Ali, Milstein  | 23. Wiedemann, Rayki, Feinstein, Hahlweg                  |
| 7. Gilbert, Gilbert, Sanghera                           | 24. Bhugra, McKenzie                                      |
| 8. Kira, Ramaswamy, Lewandowski, Mohanesh, Abdul-Khalek | 25. Cherry, Taylor, Brown, Rigby, Sellwood                |
| 9. Pargament, Smith, Koenig, Perez                      | 26. Hasson-Ohayon, Ehrlich-Ben, Vahab. Amiaz, Weiser, Roe |

- |  |  |
|--|--|
| 10. Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce, Kasl, Prigerson  | 27. Luyten, Corveleyn, Fontaine                    |
| 11. Ano, Vasconcelles  | 28. Koenig   |
| 12. Wasserman, Weisman, Suro                                   | 29. Saroglou                                       |
| 13. Tangney, Burggraf, Wagner PE                               | 30. Tangney, Miller, Flicker, Barlow               |
| 14. Insufficiency  | 31. Allpress, Brown, Giner-Sorolla, Deonna, Teroni |
| 15. Wasserman, De Mamani, Suro                                 | 32. Haidt  |
| 16. Domínguez-Martínez, Medina-Pradas, Kwapil, Barrantes-Vidal | 33. Kim, Thibodeau, Jorgensen                      |
| 17. Steketee, Quay   | 34. Spruit, Schalkwijk, van Vugt, Stams            |

### منابع

- پرواز، ی.، خانی‌پور، ح.، و پرواز، س. (۱۳۹۴). نقش هیجان‌های خودآگاه (استعداد شرم و استعداد گناه) و سبک‌های اسنادی در پیش‌بینی نشانه‌های عمومی روان‌پزشکی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹(۲)، ۳۳-۴۸.
- تبیك، م.ت.، آقابابایی، ن. و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۴). رابطه احساس گناه و شرم با دینداری و سلامت روان. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*، ۱(۱)، ۱۶۰-۱۷۶.
- خانی‌پور، ح.، گلزاری، م.، شمس، ج.، زارع، ر.، و کرملو، س. (۱۳۹۲). رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان‌ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۹(۳۴)، ۲۴۱-۲۵۴.
- خدابخش کولایی، آ. (۱۳۷۸). *مقایسه اثربخشی آموزش روانی بر اساس مدل مک فارلان و مدل آموزش مدیریت خانواده در مادران دارای بیمار اسکیزوفرنی*. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- کرملو، س.، مظاهری، م.، ع. و متقی‌پور، ی. (۱۳۸۸). اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۱۷)، ۱۶-۵.
- کرملو، س.، متقی‌پور، ی.، برجعلی، آ.، صادقی، م.، و خانی‌پور، ح. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر تجربه شرم در خانواده‌های بیماران با اختلال روان‌پزشکی: نقش انگ، حساسیت به طرد و ارزیابی شناختی. *فصلنامه مطالعات بالینی*، ۶(۳۳)، ۲۵-۳۹.
- نجات، پ.، باقریان، ف.، حاتمی، ج.، و شکری، آ. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های شناختی - اجتماعی بازنمایی ذهنی دغدغه‌های اخلاقی: گروه‌بندی، جهت‌گیری انگیزشی و بافت ارتباطی بنیادهای اخلاقی. *دو فصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۴(۷)، ۱۰۹-۱۲۶.

- Ali, O. M., & Milstein, G. (2012). Mental illness recognition and referral practices among imams in the United States. *Journal of Muslim Mental Health*, 6 (2), 3-13.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... & Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 116-128.
- Allpress, J. A., Brown, R., Giner-Sorolla, R., Deonna, J. A., & Teroni, F. (2014). Two faces of group-based shame: Moral shame and image shame differentially predict positive and negative orientations to ingroup wrongdoing. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(10), 1270-1284.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480.

- Bhugra, D., & McKenzie, K. (2003). Expressed emotion across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(5), 342-348.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Cherry, M. G., Taylor, P. J., Brown, S. L., Rigby, J. W., & Sellwood, W. (2017). Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry Research*, 249(1), 139-151.
- Domínguez-Martínez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Relatives' illness attributions mediate the association of expressed emotion with early psychosis symptoms and functioning. *Psychiatry research*, 218(1), 48-53.
- Gilbert, P. (2006). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrier (ed.). *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. London: Routledge.
- Gilbert, P., Gilbert, J., & Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(2), 109-130.
- Haidt, J. (2013). Moral psychology for the twenty-first century. *Journal of Moral Education*, 42(3), 281-297.
- Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200(2), 802-806.
- Karamlou, S., Mazaheri, M. A., Mottaghipour, Y. (2009). [Effectiveness of family psycho-educational program on expressed emotion in families of patient with severe mental disorder]. *Journal of Family Research*, 5(17), 5-16 [in Persian].
- karamlou, S., Mottaghipour, Y., Borjali, A., Sadeghi, M., Khanipour, H. (2016). [Effective Factors in Experiencing Shame in Families of Patients with Severe Psychiatric Disorders: Perceived Stigma, Rejection Sensitivity, Cognitive Appraisal]. *Clinical Psychology Studies*, 6(23), 25-39 [in Persian].
- Khanipour, H., Golzari, M., Shams, J., Zare, H., & Karamlou, S. (2013). [Relationship between shame attitude towards mental disorders and expressed emotion in family members of people with bipolar and schizophrenia]. *Journal of Family Research*, 9(34), 241-254. [in Persian].
- Khodabakhsh-koulaee, A. (1999). *Comparison the Effectiveness of Psychoeducation based on the Macfarlan and Family Education Model on the Mothers who have an Schizophrenia Patient in Family*. Ph.D thesis in family counseling. Allame Tabatabaei university [In Persian].
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Kira, I. A., Ramaswamy, V., Lewandowski, L., Mohanesh, J., & Abdul-Khalek, H. (2015). Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcultural Psychiatry*, 52(5), 636-658.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109.
- Luyten, P., Corveleyn, J., & Fontaine, J. R. J. (1998). The relationship between religiosity and mental health: Distinguishing between shame and guilt. *Mental Health, Religion & Culture*, 1(2), 165-184.
- Luyten, P., Fontaine, J. R., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and individual differences*, 33(8), 1373-1387.

- Mohammadzadeh, A., & Najafi, M. (2016). Factor analysis and validation of the Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE) in Iranian university students. *Mental Health, Religion & Culture, 19*(8), 911-919.
- Nejat, P., Bagherian, F., Hatami, J. Shokri, O. (2013). [Examining social-cognitive characteristics of the mental representation of moral concerns: grouping, motivational orientation and relational context of moral foundations]. *Social Cognition, 1*(1), 11-22 [in Persian].
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710-724.
- Parvaz, Y., Khanipour, H., Parvaz, P. (2015). [Role of self-conscious emotions (shame-proneness, guilt proneness) and attribution style in prediction of general psychiatric symptoms]. *Journal of Modern Psychological Researches, 9*(35), 33-48 [in Persian].
- Peris, T. S., & Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(6), 863-873.
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences, 32*(1), 15-25.
- Spruit, A., Schalkwijk, F., van Vugt, E., & Stams, G. J. (2016). The relation between self-conscious emotions and delinquency: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 28*(1), 12-20.
- Steketee, G., Quay, S., & White, K. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders, 5*(4), 359-367.
- Tabik, M. N., Aghababaei, N., Fathi Ashtiani, A. (2016). [The Relation of guilt and shame to the mental health and religiosity]. *Journal of Islamic Psychology, 1*(1), 160-176 [in Persian].
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology, 70*(6), 1256-1269.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *Journal of personality and social psychology, 61*(4), 598-607.
- Tangney, J. P., Burgraf, S. A., & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). New York: Guilford Press.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine, 9*(3), 646-657.
- Wasserman, S. (2010). *Nonreligious Coping, Religious Coping, and Self-conscious Emotions as Predictors of Expressed Emotion in Relatives of Patients with Schizophrenia*. Ph.D thesis in Clinical Psychology, Miami University.
- Wasserman, S., De Mamani, A. W., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 196*(1), 27-31.
- Wasserman, S., Weisman, A., & Suro, G. (2013). Nonreligious coping and religious coping as predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture, 16*(1), 16-30.

- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research, 109*(3), 265-279.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(3), 401-406.