

## پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی

رضا قاضیلوآذر<sup>۱</sup>، علی زینالی\*<sup>۲</sup>، صفر حامدینیا<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** در سال‌های اخیر اختلال‌های روان‌پزشکی بسیار زیاد شده و این اختلال‌ها گاهی باعث تجربه شرم در خانواده‌های مبتلایان می‌شود. این پژوهش با هدف پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی در بخش‌های روان‌پزشکی مرکز آموزشی و درمانی رازی شهر ارومیه در ماه‌های مرداد و شهریور سال ۱۳۹۶ بودند. در مجموع ۲۸۰ نفر از خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی، خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی بودند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-19 و با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد متغیرهای خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی با تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی رابطه منفی و معنی‌دار داشتند. همچنین متغیرهای پیش‌بین به‌طور معنی‌داری ۲۴ درصد از تغییرات تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را پیش‌بینی کردند ( $p < 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اهمیت خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی در پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی بود. بنابراین مشاوران و روانشناسان بالینی برای کاهش تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی می‌توانند خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی آنان را افزایش دهند.

**کلیدواژه‌ها:** تجربه شرم، بیماران روان‌پزشکی، خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی، خود شفقت‌ورزی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و نهم، شماره نهم، ص ۶۳۰-۶۲۱، آذر ۱۳۹۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، تلفن: ۹۱۴۳۴۰۹۱۷۱

Email: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

### مقدمه

خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی است (۳). تجربه شرم جزء هیجان‌های خودآگاه است که به‌وسیله تأمل در خود و خودارزیابی‌ها برانگیخته می‌شود. در واقع هیجان‌های خودآگاه از جمله تجربه شرم هیجان‌های خودتنظیم‌گر هستند که از طریق ارائه بازخوردهایی به خود در مورد افکار، نیت‌ها و رفتارها در هدایت رفتار، توجه به استانداردهای اخلاقی و پاسخ‌دهی مناسب به وجود می‌آیند (۴). تجربه شرم یک هیجان دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی‌ارزشی و ناتوانی همراه است (۵). همچنین تجربه شرم نسبت به اختلال‌های روان‌پزشکی یک احساس منفی نسبت به تفکر و طرز

خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی است که در تشخیص و درمان اختلال‌های پزشکی و روان‌پزشکی نقش مهمی دارند (۱). در سال‌های اخیر اختلال‌های روان‌پزشکی بسیار زیاد شده و وجود شخص مبتلا به آن در خانواده، تعادل خانواده را به برهم می‌زند (۲). بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی به‌عنوان مصرف‌کننده‌های بالقوه خدمات سلامت و خانواده‌های آنان به‌عنوان مراقبین اصلی از برچسب خوردن و تجربه شرم رنج می‌برند. تجربه شرم مهم‌ترین هیجان منفی است که زیربنای سایر مشکلات روانی اجتماعی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

نیز بخشی از تجارب معمول بشری است، می‌شود (۱۸). در واقع خود شفقت‌ورزی پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت می‌باشند (۱۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار تجربه شرم و خودآگاهی می‌باشند. برای مثال سعیدی و همکاران در پژوهشی گزارش کردند که القای خود شفقت‌ورزی باعث کاهش معنی‌دار تجربه شرم و گناه شده است (۲۰). کرامر و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین شرم و خود شفقت‌ورزی رابطه معنی‌دار منفی وجود داشت (۱۶). در پژوهشی دیگر فریرا و همکاران گزارش کردند که خود شفقت‌ورزی و شرم رابطه منفی و معنی‌دار داشتند (۲۱).

در سال‌های اخیر اختلال‌های روان‌پزشکی بسیار زیاد شده و وجود شخص مبتلا به آن در خانواده، تعادل خانواده را به برهم زده است (۲) و خانواده بیمار روانی که از بیمار مراقبت می‌کند، دارای نیازهای متعددی می‌باشد که با شناسایی و اولویت‌بندی آن‌ها می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب در تأمین و رفع نیاز آن‌ها به خانواده‌های بیماران کمک کرد (۲۲). همچنین از یک سو شواهد روزافزونی وجود دارد که بسیاری از افراد به خاطر شرم از دریافت خدمات مشاوره‌ای یا درمانی اجتناب می‌کنند (۳) و از سوی دیگر پژوهش‌های اندکی با هدف پیش‌بینی یا کاهش تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی انجام شده است، لذا با شناسایی عوامل مرتبط با شرم می‌توان اقدام به کاهش آن کرد. علاوه بر آن به نظر می‌رسد از عوامل مهم در پیشبرد برنامه‌های درمان روان‌پزشکی توجه به متغیرهای خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی است. نکته مهم دیگر پژوهش حاضر توجه به نقش هم‌زمان و مقایسه سهم متغیرهای مذکور در پیش‌بینی تجربه شرم می‌باشد. هنگامی که متغیرهای مذکور در یک مدل در نظر گرفته شوند، چقدر از تجربه شرم را می‌توانند پیش‌بینی کنند و در این پیش‌بینی سهم کدام متغیر بیشتر است. با توجه به مشخص شدن سهم هر یک از متغیرها در پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی می‌توان برنامه‌های مناسبی برای کاهش تجربه شرم در آن‌ها طراحی و اجرا کرد. بدون شک در طراحی برنامه‌های کاهش تجربه شرم ابتدا باید برنامه‌هایی برای متغیری که بیشترین سهم را در پیش‌بینی تجربه شرم دارد، طراحی کرد. در نتیجه هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی بود.

## مواد و روش‌ها

تفکر دیگران نسبت به اختلال‌های روان‌پزشکی می‌باشد (۶). یکی از عوامل مرتبط با تجربه شرم، خودآگاهی است (۷). خودآگاهی بررسی واقع‌گرایانه باورها، ارزش‌ها، احساس‌ها و توانایی‌های بالقوه و بالفعل خود و استفاده از آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها است به گونه‌ای که به نفع خود و بهبود روابط با دیگران باشد (۸). افراد دارای خودآگاهی بالا شناخت گسترده‌تر و عمیق‌تری از خود دارند، دیگران را نیز بهتر درک می‌کنند، پیش‌بینی دقیق‌تری از رفتار دیگران دارند و مشکلات کم‌تری در روابط با دیگران تجربه می‌کنند (۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار تجربه شرم و خودآگاهی می‌باشند. برای مثال ایشیری در پژوهشی گزارش کرد که با افزایش شرم میزان خودآگاهی کاهش می‌یابد (۷). در پژوهشی دیگر گینزبرگ به این نتیجه رسید که تجربه شرم و خودآگاهی و منبع کنترل بیرونی رابطه معنی‌دار معکوس داشتند (۱۰).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با تجربه شرم، انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۱). انعطاف‌پذیری شناختی به معنای میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی و اندیشیدن به شیوه‌های متفاوت می‌باشد. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات مختلف وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند (۱۲). انعطاف‌پذیری مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون‌روانی است (۱۳). افراد انعطاف‌پذیر درباره دنیای درونی و درباره دنیای بیرونی کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی می‌باشد. چون تجارب جدید را می‌پسندند و خواهان تجربه بیشتر هستند. آن‌ها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی خود به دنبال تجارب می‌روند و سعی می‌کنند انواع مختلفی از تجربیات جدید را کسب کنند (۱۴). پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار تجربه شرم و خودآگاهی می‌باشند. برای مثال زارعی و همکاران در پژوهشی درباره نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی، شرم و بدتنظیمی هیجانی بین روان‌رنجورخویی و افسردگی به این نتیجه رسیدند که بین انعطاف‌پذیری شناختی و شرم رابطه معنی‌دار معکوس وجود داشت (۱۱). در پژوهشی دیگر پالوس و همکاران گزارش کردند که بین عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شرم رابطه معنی‌دار مستقیم وجود داشت (۱۵). از دیگر عوامل مرتبط با تجربه شرم می‌توان به خود شفقت‌ورزی اشاره کرد (۱۶). خود شفقت‌ورزی یعنی داشتن موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. خود شفقت‌ورزی یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی است (۱۷). خود شفقت‌ورزی موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی

است و نمره بالاتر حاکی از خودآگاهی می‌باشد. روایی محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شد (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال طراحی شد که دارای ۲۰ گویه است و با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و نمره بالاتر حاکی از انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر می‌باشد. آنان روایی واگرا ابزار را با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۳۹- و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (۲۵). همچنین سلطانی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۶). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه خود شفقت‌ورزی<sup>۴</sup>: این پرسشنامه توسط نف طراحی شد که دارای ۲۶ گویه است و با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر حاکی از خود شفقت‌ورزی بیشتر می‌باشد. وی روایی هم‌زمان، واگرا و تمیزی ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد (۲۷). همچنین عجم و همکاران روایی صوری و محتوایی ابزار را با نظر متخصصان تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۵۸). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-19 در سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی برای توصیف توزیع متغیرها و در سطح استنباطی از روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد.

## یافته‌ها

آزمودنی‌ها ۲۸۰ نفر از خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی بودند که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها به تفکیک جنسیت، تحصیلات و نسبت با بیمار در جدول ۱ ارائه شد.

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی در بخش‌های روان‌پزشکی مرکز آموزشی و درمانی رازی شهر ارومیه در ماه‌های مرداد و شهریور سال ۱۳۹۶ بودند که از میان آنان ۲۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش منظور از خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی، پدر، مادر، همسر، فرزند، برادر و خواهر بود. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و رأی‌زنی‌های فراوان و هماهنگی‌های لازم با رئیس مرکز آموزشی و درمانی رازی از وی نامه همکاری با پژوهشگر گرفته شد. سپس از میان اعضای جامعه ۲۸۰ نفر که در ماه‌های مرداد و شهریور به مرکز مشاوره کردند به عنوان نمونه انتخاب و پس از بیان هدف و دریافت رضایت‌نامه شرکت در پژوهش ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. همچنین ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال روان‌پزشکی در یکی از اعضای خانواده (پدر، مادر، همسر، فرزند، برادر و خواهر)، برخوردار بودن از سلامت جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم سابقه بیماری روان‌پزشکی و عدم رخداد تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته در آزمودنی‌ها و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و دستیابی به پرسشنامه‌های ناقص تکمیل شده بودند. با بیان هدف پژوهش، اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و دریافت رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران طراحی شد که دارای ۳۵ گویه است و با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰=اصلاً موافقم نیستم تا ۳=کاملاً موافقم هستم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۵ است و نمره بالاتر حاکی از شرم بیشتر می‌باشد. آنان روایی صوری و محتوایی ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند (۶). همچنین خانی‌پور و همکاران روایی محتوایی ابزار توسط متخصصان را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه خودآگاهی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط کوپر طراحی شد که دارای ۲۵ گویه است و با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰=اصلاً تا ۳=خیلی خوب) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۵

۳. Cognitive Flexibility Questionnaire

۴. Self-compassion Scale

۱. Shame Attitudes Toward Mental Disorders Scale

۲. Self-awareness Questionnaire

**جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت، تحصیلات و نسبت با بیمار**

ویژگی‌ها	طبقه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۵۹	۵۶/۷۹
	زن	۱۲۱	۴۳/۲۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۰	۱۰/۷۱
	دیپلم	۹۱	۳۲/۵۰
	کاردانی	۳۹	۱۳/۹۳
	کارشناسی	۹۹	۳۵/۳۶
	کارشناسی ارشد	۲۱	۷/۵۰
	برادر	۷۳	۲۶/۰۷
نسبت با بیمار	خواهر	۶۰	۲۱/۴۳
	همسر	۴۲	۱۵
	پدر	۲۷	۹/۶۴
	مادر	۱۵	۵/۳۶
	فرزند	۶۳	۲۲/۵۰

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی به تفکیک جنسیت، تحصیلات و نسبت با بیمار قابل مشاهده است. در جدول ۲ شاخص‌های آماری میانگین، انحراف

استاندارد و ضرایب همبستگی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی و تجربه شرم خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی ارائه شد.

**جدول (۲): میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش (n=۲۸۰)**

متغیرهای پژوهش	M & SD	۱	۲	۳	۴
۱. خودآگاهی	۴۷/۶۱±۶/۶۹	۱			
۲. انعطاف‌پذیری شناختی	۹۰/۳۵±۱۵/۲۳	۰/۰۷	۱		
۳. خود شفقت‌ورزی	۸۹/۶۹±۹/۹۰	۰/۲۹xx	۰/۰۹	۱	
۴. تجربه شرم	۴۲/۶۶±۱۲/۹۱	۰/۳۲xx	۰/۳۳xx	۰/۳۲xx	۱

xxp<۰/۰۱

بود و چون از ۱۰ کم‌تر است، فرض هم‌خطی چندگانه رد می‌شود. علاوه بر آن مقدار دوربین-واتسون متغیر ملاک یعنی تجربه شرم برابر با ۱/۸۸ بود و چون در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ است، فرض همبستگی پسماندها نیز رد می‌شود. بنابراین پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون چندگانه وجود دارد. در جدول ۳ نتایج رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان برای پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۲، متغیرهای خودآگاهی ( $F=۰/۳۲$ )، انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=۰/۳۳$ ) و خود شفقت‌ورزی ( $F=۰/۳۲$ ) با تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی رابطه منفی و معنی‌دار داشتند ( $p<۰/۰۱$ ). پیش از تحلیل داده‌ها با روش رگرسیون چندگانه، پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج نشان داد که قدر مطلق مقدار کجی و کشیدگی هر چهار متغیر کم‌تر از ۱ بود، لذا فرض نرمال بودن همه متغیرها تأیید شد. همچنین مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی به ترتیب برابر با ۱/۰۹، ۱/۰۱ و ۱/۰۹

**جدول (۳):** نتایج رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان برای پیش‌بینی تجربه شرم خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی

متغیرهای پیش‌بین	ضریب	ضریب	خطای	ضریب	خطای	ضریب	ضریب	معنی‌داری
چندگانه	تعیین	استاندارد	برآورد	غیراستاندارد	استاندارد	برآورد	استاندارد	
			رگرسیون	رگرسیون	رگرسیون	رگرسیون	رگرسیون	
خودآگاهی	۰/۴۹	۰/۲۴	۱۸/۳۰	-۰/۴۰	۰/۰۷	-۰/۲۹	-۴/۲۱	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی								
خود شفقت‌ورزی	-۰/۴۸	۰/۱۲	-۰/۲۳	-۴/۱۲	۰/۰۱			

داشتند که نقش انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر از دو متغیر خودآگاهی و خود شفقت‌ورزی بود ( $P < 0/01$ ). در نتیجه با افزایش هر سه متغیر میزان تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی کاهش می‌یابد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس برای بررسی معنی‌داری مدل رگرسیونی پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی متغیرهای پیش‌بین ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۳، ضریب همبستگی متغیرهای پیش‌بین یعنی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی با تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی ۰/۴۹ است و این متغیرها به‌طور معنی‌داری ۲۴ درصد از تغییرات تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را پیش‌بینی کردند. همچنین بر اساس ضرایب استاندارد رگرسیون هر سه متغیر خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی بر تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی اثر منفی و معنی‌داری

**جدول (۴):** نتایج تحلیل واریانس برای بررسی معنی‌داری مدل رگرسیونی پیش‌بینی تجربه شرم خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری
رگرسیون	۲۹۵۵۴/۲۱	۳	۹۸۵۱/۴۰	۲۹/۴۰	۰/۰۰۱
باقی‌مانده	۹۲۴۷۶/۵۵	۲۷۶	۳۳۵/۰۶		
کل	۱۲۲۰۳۰/۷۶	۲۷۹			

یافته‌ها نشان داد خودآگاهی با تجربه شرم رابطه منفی و معنی‌دار داشت که این یافته با یافته پژوهش‌های اشیثری (۷) و گینزبرگ (۱۰) همسو بود. برای مثال اشیثری ضمن پژوهشی گزارش کرد که با افزایش شرم میزان خودآگاهی کاهش می‌یابد (۷). در پژوهشی دیگر گینزبرگ به این نتیجه رسید که شرم و خودآگاهی رابطه معنی‌دار معکوس داشتند (۱۰). در تبیین بر مبنای نظر پژوهش‌گران مهنا و طالع‌پسند (۲۹) می‌توان گفت خودآگاهی توان کنترل و مقابله با شرایط ناسازگار زندگی را در فرد ارتقا می‌بخشد. توان کنار آمدن با موانع زندگی و پیدا کردن راه‌حل برای آن‌ها شرایط سلامت و بهزیستی را برای افراد فراهم می‌کند. خودآگاهی در غلبه بر چالش‌ها، شناخت اهداف، باز شدن ذهن برای تفکر و حل مسئله، ایجاد دل‌بستگی ایمن، هموار کردن زمینه برای خودتنظیمی و دریافت حمایت نقش دارد و باعث بهبود عملکردهای افراد و قضاوت‌های آنان می‌شود. همچنین خودآگاهی یکی از مهارت‌هایی است که نقش مهمی در سازگاری و زندگی مطلوب دارد و ضعف در

طبق نتایج جدول ۴، مدل رگرسیونی پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی معنی‌دار می‌باشد ( $F=29/40, P<0/01$ ).

**بحث**

در سال‌های اخیر اختلال‌های روان‌پزشکی بسیار زیاد شده و خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی دارای مشکلات فراوانی از جمله تجربه شرم هستند، لذا این پژوهش به دنبال پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی بود. یافته‌ها نشان داد خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی با تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی رابطه منفی و معنی‌دار داشتند و متغیرهای مذکور توانایی پیش‌بینی معنی‌دار تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را داشتند.

کارآمد عمل می‌کنند و آنان به واسطه مهربانی با خود، شایستگی‌های خود را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند. همچنین این افراد از تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی منظم، پذیرش خود برخوردارند که این عوامل از طریق افزایش سلامت و انسجام روانی باعث کاهش تجربه شرم می‌شوند.

علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد در یک مدلی که خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی به‌طور هم‌زمان برای پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی وارد معادله رگرسیون شوند، توانایی پیش‌بینی معنی‌دار تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را دارند و در این پیش‌بینی انعطاف‌پذیری شناختی در مقایسه با خودآگاهی و خود شفقت‌ورزی اثر بیشتری داشت. پس آنچه در پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند در درجه نخست انعطاف‌پذیری شناختی است. یعنی اینکه افراد چقدر در مقابل تجارب درونی و بیرونی تمایل به تجربه‌پذیری و اندیشیدن به شیوه‌های متفاوت دارند. در تبیین توانایی پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی از روی خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی می‌توان گفت افرادی که باورها، ارزش‌ها، احساس‌ها و توانایی‌های بالقوه و بالفعل خود را به‌طور واقع‌گرایانه بررسی می‌کنند و در تصمیم‌گیری‌ها از آن‌ها به نفع خود و بهبود روابط با دیگران استفاده می‌کنند (افراد دارای خودآگاهی) و یا افرادی که توانایی اندیشیدن به شیوه‌های مختلف و ارائه راه‌حل‌های متفاوت دارند و در مقابل تجارب درونی و بیرونی تمایل به تجربه‌پذیری دارند (افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی) و یا افرادی که نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، موضع مثبتی دارند (افراد دارای خود شفقت‌ورزی) در زندگی شغلی و خانوادگی خود مشکلات روان‌شناختی کم‌تری دارند، با مشکلات و چالش‌های کم‌تری روبرو می‌شوند و هنگام مواجهه با آن‌ها به تنهایی و یا با کمک دیگران بر آن‌ها فائق می‌آیند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و سازگار استفاده می‌کنند که این عوامل باعث می‌شوند خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی توانایی پیش‌بینی معنی‌دار تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را داشته باشند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و تعداد زیاد گویه‌های آن‌ها بودند. افراد ممکن است در ابزارهای خودگزارش‌دهی تلاش کنند خود را بهتر از آنچه که واقعاً هستند، نشان دهند و تعداد زیاد گویه‌ها به دلیل خستگی می‌تواند باعث خطا شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و اثر سوگیری آزمودنی‌ها به دلیل

خودآگاهی با بسیاری از بیماری‌ها و آسیب‌های روانی-اجتماعی از جمله بازگشت سریع علائم بیماری روانی و مراجعه مجدد و زود هنگام به مراکز روان‌پزشکی همراه است. در نتیجه این عوامل با افزایش خودآگاهی میزان تجربه شرم خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی کاهش می‌یابد.

یافته‌های دیگر نشان داد انعطاف‌پذیری شناختی با تجربه شرم رابطه منفی و معنی‌دار داشت که این یافته با یافته پژوهش‌های زارعی و همکاران (۱۱) و پالوس و همکاران (۱۵) همسو بود. برای مثال زارعی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین انعطاف‌پذیری شناختی و شرم رابطه معنی‌دار معکوس وجود داشت (۱۱). در پژوهشی دیگر پالوس و همکاران گزارش کردند که عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شرم رابطه معنی‌دار مستقیم داشت (۱۵). در تبیین این یافته بر مبنای نظر جانسون (۳۰) می‌توان گفت هرچه انعطاف‌پذیری شناختی فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیت‌های سخت و چالش‌انگیز را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رفتارهای دیگران و رویدادهای چالش‌انگیز زندگی توانایی استفاده از چند شیوه برخورد یا راه‌حل متفاوت را داشته باشد، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی در برابر استرس و دشواری‌های زندگی بیشتر است. چنین افرادی از توجیح‌ها و راه‌حل‌های متفاوت و جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به‌صورت مثبت بازسازی می‌کنند، موقعیت‌های چالش‌انگیز و رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و به دنبال حل کردن و یا کنار آمدن با آن‌ها هستند، از تاب‌آوری بیشتری برخوردارند و غالباً مشکلات را موقتی و محدود می‌دانند که این عوامل می‌توانند باعث کاهش تجربه شرم شوند.

همچنین یافته‌ها نشان داد خود شفقت‌ورزی با تجربه شرم رابطه منفی و معنی‌دار داشت که این یافته با یافته پژوهش‌های سعیدی و همکاران (۲۰)، کرامر و همکاران (۱۶) و فریرا و همکاران (۲۱) همسو بود. برای مثال سعیدی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که القای خود شفقت‌ورزی باعث کاهش معنی‌دار تجربه شرم و گناه شد (۲۰). در پژوهشی دیگر فریرا و همکاران گزارش کردند که خود شفقت‌ورزی و شرم رابطه منفی و معنی‌دار داشتند (۲۱). در تبیین این یافته بر مبنای نظر ریس و همکاران (۳۱) می‌توان گفت افراد دارای خود شفقت‌ورزی بالا زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند با مهربانی و نگرانی و ملاحظت با خود برخورد می‌کنند که این امر باعث افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری و سرکوبی افکار منفی مثل اضطراب می‌شود. همچنین خود شفقت‌ورزی به‌عنوان شکلی از ارتباط با خود میزان رضایت‌مندی فرد را افزایش می‌دهد و افراد دارای خود شفقت‌ورزی بالا در موقعیت‌های مختلف و چالش‌انگیز

شفقت‌ورزی بود. بنابراین نتایج حاکی از اهمیت خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی در پیش‌بینی تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی بود. در نتیجه پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان به آثار و نشانه‌های متغیرهای خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی توجه کرده و بر اساس آن‌ها برنامه‌های مناسبی برای کاهش تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی طراحی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران برای کاهش تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی میزان خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی آنان را افزایش دهند.

### تقدیر و تشکر

در پایان از رئیس و معاون پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، رئیس مرکز آموزشی و درمانی رازی شهر ارومیه و کلیه شرکت‌کنندگان ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی می‌باشد که تأییدیه اخلاق را از دانشگاه گرفته و در تاریخ ۱۳۹۶/۳/۳۰ با کد ۵۶۲۲۰۷۰۵۹۴۲۰۱۷ تصویب شد.

عدم قرار داشتن در وضعیت روحی مناسب به دلیل مشکل یکی از اعضای خانواده آن‌ها اشاره کرد. در این پژوهش برای کاهش این خطا به آزمودنی‌های توضیح داده شد که هیچ جواب صحیح و غلطی وجود ندارد و بهترین پاسخ، پاسخی است که گویایی وضعیت واقعی آنان باشد. با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش به خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی شهر ارومیه باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای گردآوری داده از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته استفاده شود. همچنین انجام پژوهش در جامعه‌های پژوهشی دیگر و با جامعه‌های گسترده‌تر امکان تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را فراهم می‌کند. علاوه بر آن با توجه به وجود تفاوت‌های جنسیتی احتمالی مقایسه روابط از نظر مردان و زنان می‌تواند نتایج جالبی در پی داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و خود شفقت‌ورزی با تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی رابطه منفی و معنی‌دار داشتند و متغیرهای مذکور توانایی پیش‌بینی معنی‌دار تجربه شرم در خانواده‌های دارای بیماران روان‌پزشکی را داشتند که در این پیش‌بینی نقش انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر از خودآگاهی و خود

### References:

1. Labrum T, Solomon PL. Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2016; 244: 171-8.
2. Kakela J, Marttila R, Keskinen E, Veijola J, Isohanni M, et al. Association between family history of psychiatric disorders and long-term outcome in schizophrenia – The Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *Psychiatry Res* 2017; 249: 16-22.
3. Karamlou S, Mottaghypour Y, Borjali A, Sadat Sadeghi M, Khanipour H. Effective factors in experiencing shame in families of patients with severe psychiatric disorders: perceived stigma, rejection sensitivity, cognitive appraisal. *Clin Psychol Stud* 2016; 6(23): 25-39. (Persian)
4. Vizin G, Urban R, Unoka Z. Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Res* 2016; 246: 62-9.
5. Chao Y, Yang C, Chiou W. Food as ego-protective remedy for people experiencing shame: experimental evidence for a new perspective on weight-related shame. *Appetite* 2012; 59(2): 570-5.
6. Gilbert P, Bhundia R, Mitra R, McEwan K, Irons C, Sanghera J. Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health Relig Cult* 2007. 10(2): 127-41.
7. Aschieri F. Shame as a cultural artifact: A call for self-awareness and reflexivity in personality assessment. *J Pers Assess* 2016; 98(6): 567-75.
8. White K, Stackhouse M, Argo JJ. When social identity threat leads to the selection of identity-reinforcing options: The role of public self-

- awareness. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2018; 144: 60-73.
9. Monat JP. The emergence of humanity's self-awareness. *Futures* 2017; 86: 27-35.
  10. Ginsberg AP. Shame, self-consciousness, and locus of control in people who stutter. *J Genet Psychol* 2000; 161(4): 389-99.
  11. Zarei M, Momeni F, Mohammadkhani P. The mediating role of cognitive flexibility, shame and emotion dysregulation between neuroticism and depression. *Iran Rehabil J* 2018; 16(1): 61-8. (Persian)
  12. Kashdan J, Roitenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(7): 865-78.
  13. Moitra E, Gaudiano BA. A psychological flexibility model of medication adherence in psychotic-spectrum disorders. *J Cont Behav Sci* 2016; 5(4): 252-7.
  14. Wallace DP, McCracken LM, Weiss KE, Harbeck-Weber C. The role of parent psychological flexibility in relation to adolescent chronic pain: further instrument development. *J Pain* 2015; 16(3): 235-246.
  15. Paulus DJ, Vanwoerden S, Norton PJ, Sharp C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *J Affect Disord* 2016; 15: 376-85.
  16. Kramer U, Pascual-Leone A, Rohde KB, Sachse R. The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploratory study. *Clin Psychol Psychother*. Online Version of Record Published before Inclusion in an Issue; 2017.
  17. Webel AR, Wantland D, Rose CD, Kemppainen J, Holzemer WL, et al. A cross-sectional relationship between social capital, self-compassion, and perceived HIV symptoms. *J Pain Symptom Manag* 2015; 50(1): 59-68.
  18. Raque-Bogdan TL, Piontkowski S, Hui K, Ziemer KS, Garriott PO. Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body Imag* 2016; 19: 28-36.
  19. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther* 2013; 44(3): 501-13.
  20. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemp Psychol* 2013; 8(1): 91-102.
  21. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eat Behav* 2013; 14(2): 207-10.
  22. Toupchi L, Khademi A. Ranking of mental patients in Tabriz Razi hospital through the topsis technique. *J Urmia Univ Med Sci* 2016; 27(9): 762-72. (Persian)
  23. Khanipour H, Golzari M, Shams J, Zare H, Karamlou S. Relationship between shame attitude towards mental disorders and expressed emotion in family members of people with bipolar and schizophrenia. *J Fam Res* 2013; 9(2): 241-54. (Persian)
  24. Bakhtiari I. Comparison the effectiveness of lecture and group discussion methods on learning the self-awareness skills of middle school students of Tuyserkan School in 2009-2010 academic years [dissertation]. Arak: Islamic Azad University of Arak Branch; 2010. (Persian)
  25. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogni Ther Res* 2010; 34(3): 241-53.
  26. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with



- depression. Pajoohande 2013; 18(2): 88-96. (Persian)
27. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2003; 2: 85-102.
28. Ajam AA, Farzanfar J, Shokohi Fard H. The role of self-compassion in the general health and academic achievement of the nursing and midwifery students in Mashhad University of medical sciences in 2014. *J Nurs Educ* 2016; 5(5): 9-16. (Persian)
29. Mohanna S, Talepasand S. The relationship between environmental supports and emotional self-awareness with academic engagement: the mediating role of educational well-being. *Iran J Med Educ* 2016; 16(4): 31-42. (Persian)
30. Johnson BT. The relationship between cognitive flexibility, coping, and symptomatology in psychotherapy. (Dissertation). Milwaukee, Wisconsin: Marquette University; 2016.
31. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion Scale. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18(3): 250-5.

## PREDICTION OF SHAME EXPERIENCE IN FAMILIES WITH PSYCHIATRIC PATIENTS BASED ON SELF-AWARENESS, COGNITIVE FLEXIBILITY AND SELF-COMPASSION

Reza Ghazilou Azar<sup>1</sup>, Ali Zeinali<sup>2\*</sup>, Safar Hamednia<sup>3</sup>

Received: 19 Aug, 2018; Accepted: 27 Oct, 2018

### Abstracts

**Background & Aims:** In recent years, psychiatric disorders have been high and these disorders sometimes cause shame experience in families with psychiatric disorders. This research aimed to investigate the prediction of shame experience in families with psychiatric patients based on self-awareness, cognitive flexibility and self-compassion.

**Materials & Methods:** This descriptive study was carried out on all families with psychiatric patients in psychiatric wards of the Razi Teaching Hospital of Urmia City during August and September, 2017. A total of 280 person from families with psychiatric patients were selected by accidental sampling method. The research tools included shame attitudes toward mental disorders, self-awareness, cognitive flexibility and self-compassion. Data was analyzed using of SPSS-19 and by Pearson correlation and multiple regression.

**Results:** It was revealed that the variables of self-awareness, cognitive flexibility and self-compassion had a negative and significant relationship with shame experience in families with psychiatric patients. Also, the predictor variables significantly predicted 24 percent of variance of shame experience in families with psychiatric patients ( $P < 0/01$ ).

**Conclusion:** The results indicated the importance of self-awareness, cognitive flexibility and self-compassion in predicting the shame experience in families with psychiatric patients. Therefore, in order to reduce the shame experience, counselors and clinical psychologists can increase the self-awareness, cognitive flexibility and self-compassion in families with psychiatric patients.

**Keywords:** Shame Experience, Psychiatric patients, Self-awareness, Cognitive flexibility, Self-compassion

**Address:** Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

**Tel:** +984432719900

**Email:** a.zeinali@iaurmia.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2018; 29(9): 630 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran  
(Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran