

Comparison of depression, anxiety, rumination, thought suppression and coping styles in spouses of schizophrenic patients and normal individuals

A. Derakhshan¹, A. Karbalaee Mohammad Meigouni^{2*} & M.R. Seirafi³

Received: 6 June 2016; received in revised form 16 December 2016;
accepted 19 December 2016

Abstract

Aim: The present study aim was to determine level of depression, anxiety, rumination, thought suppression and coping styles in spouses of male schizophrenic patients and female spouses of normal individuals. **Method:** Method was comparative and statistical population included all spouses of hospitalized schizophrenic patients in hospitals, welfare and rehabilitation centers of Tehran and Shahryar (N=435). 67 married patients and among them 46 were willing to cooperate, through target sampling were selected 40 patients, and also 40 residents in the same geographical area were matched as controls. These were volunteers and were selected through cluster sampling. Data was gathered by using Beck, Steer & Brown's (1996) depression, and Beck, Epstein, Brown, & Steer's (1988) anxiety scales. Furthermore, Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson's (1990) ruminative response questionnaire, Wegner & Zanakos' (1994) White bear suppression scale and Endler & Parker's (1990) coping in stressful situations scale were used and scores were analyzed using analysis of covariance. **Results:** Spouses of schizophrenic patients showed significantly higher scores in depression ($F=119.078$, $P=0.001$), anxiety ($F=120.406$, $P=0.001$), rumination ($F=63.014$, $P=0.001$), thought suppression ($F=27.390$, $P=0.001$) and emotion-focused style ($F=42.902$, $P=0.001$). **Conclusion:** It is recommended to clinicians to focus on rumination thinking styles and thought suppression in spouses of schizophrenic patients and training more effective coping style help them be able to decrease the level of depression and anxiety caused by living with an ill husband.

Key words: *anxiety, coping styles, depression, rumination, schizophrenic, thought suppression*

-
1. M.A. student in clinical psychology, Islamic Azad University, Karaj branch, Iran
 - 2*.Corresponding author, Assistant professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Karaj branch, Iran, Email: dr.ahmadkarbalaee@gmail.com
 3. Assistant professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Karaj branch, Iran

مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و سبک‌های مقابله‌ای در همسران دچار اسکیزوفرنی و افراد عادی

اعظم درخشان^۱، احمد کربلایی محمد میگونی^{۲*} و محمدرضا صیرفی^۳

دریافت مقاله: ۹۵/۰۳/۱۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و سبک‌های مقابله‌ای در همسران بیماران مرد دچار اسکیزوفرنی و همسران زن افراد عادی بود. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان‌ها، مراکز بهزیستی و توان‌بخشی تهران و شهریار به تعداد ۴۳۵ نفر که از این تعداد ۶۷ نفر متأهل و ۴۶ نفرشان مایل به همکاری بودند، از میان آن‌ها به‌روش نمونه‌برداری هدف‌مند ۴۰ نفر و ۴۰ نفر نیز از میان ۱۲۰۰۰۰۰ نفر از ساکنان شهریار به‌روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای، داوطلبانه و با هم‌تاسازی درآمد خانواده‌ها انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی بک، استیر و براون ۱۹۹۶، اضطراب بک، اپستین، براون و استین (۱۹۸۸)، سبک‌های پاسخ نشخواری نولن-هوکسیما، مارو و فریدریکسون ۱۹۹۰، سرکوب خرس سفید و گنر و زاناکاس (۱۹۹۴) و مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا اندلر و پارکر (۱۹۹۰) جمع‌آوری و به‌روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی در افسردگی ($F=119/078, P=0/001$)، اضطراب ($F=120/406, P=0/001$)، نشخوار فکری ($F=63/014, P=0/001$)، سرکوب فکر ($F=27/390, P=0/001$) و سبک هیجان‌محور ($F=42/902, P=0/001$) میانگین بالاتری دارند. **نتیجه‌گیری:** به بالینگران پیشنهاد می‌شود در درمان با تمرکز بر سبک‌های تفکر نشخواری و سرکوب فکر همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی و آموزش سبک مقابله‌ای کارآمدتر، به آن‌ها کمک کنند تا بتوانند در خود میزان افسردگی و اضطراب ناشی از زندگی با همسر بیمار را کاهش دهند.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنی، اضطراب، افسردگی، سبک‌های مقابله‌ای، سرکوب فکر، نشخوار فکری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران
۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران
Email: dr.ahmadkarbalaee@gmail.com
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

مقدمه

اسکیزوفرنی^۱ اختلال روانی شدیدی است که بر زندگی بیش از ۲۱ میلیون نفر را در سرتاسر جهان تأثیر گذاشته است (چن، ماو، کونگ، لی، زین و همکاران، ۲۰۱۶). عواقب ناشی از اسکیزوفرنی برای فرد دچار آن، جامعه و یا خانواده به‌طور کلی ویران‌گر است. این بیماری نه تنها فشار زیادی را بر بیماران بلکه بر نزدیکان آن‌ها از جمله مراقبت‌کننده‌هایی تحمیل می‌کند که با این بیماران زندگی می‌کنند و به‌طور روزانه با آن‌ها در تماس‌اند، (گراور، پرادیومنا و چاکرابارتی، ۲۰۱۵). ممکن است خانواده در طول فرایند مراقبت آشفتگی هیجانی^۲ را تجربه کند (چن و همکاران، ۲۰۱۶). همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی معمولاً به‌عنوان افرادی فرسوده و روان‌آزرده شناخته شده‌اند و اغلب از نشانه‌های آشفتگی هیجانی مانند افسردگی و اضطراب در نتیجه فشار مراقبت از همسران‌شان رنج می‌برند (سیمان، ۲۰۱۲). در پژوهش آیدستاد، اسک و تمیس (۲۰۱۰) همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی به‌طور قابل توجهی نمره‌های بالاتری را در نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مقایسه با همسران افراد عادی به‌دست آوردند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند راهبردهای تنظیم هیجانی^۳ که در طی آن افراد هشیارانه و ناهشیارانه هیجان‌های خود را بر اساس آن تنظیم می‌کنند مانند نشخوار فکری^۴ و سرکوب فکر^۵ از عوامل زیربنایی اضطراب و افسردگی است (آلداو، نولن-هوکسیما و اسکوویرز، ۲۰۱۰). نشخوار فکری افکار و رفتارهایی است که به‌طور مکرر توجه شخص را بر احساس‌های منفی‌اش و هم‌چنین بر ماهیت و مفاهیم ضمنی این احساس‌ها از جمله دلائل، مفاهیم و پیامدهای احساس‌ها معطوف می‌کند (نولن-هوکسیما، ۲۰۱۲). سرکوبی فکر فرایند تلاش آگاهانه برای پیش‌گیری یا حذف تفکرهای ویژه از ورود به خودآگاه است (ون اسپچی، وانماکر، یوکارینی و بوومیستر، ۲۰۱۶). نولن-هوکسیما (۲۰۱۲) نتیجه گرفت زن‌ها بیش‌تر از مردها به نشخوار فکری می‌پردازند و این احتمالاً با سطوح بالاتر افسردگی و اضطراب در زن‌ها رابطه دارد. در پژوهش آمستادتر و ورنون (۲۰۰۸) سرکوب فکر و سبک مقابله‌ای اجتنابی با سطوح افسردگی و اضطراب رابطه داشت.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای سازه‌های مشابه اما متمایز ازهم هستند (کامپس، جاسر، دانبار، واتسون، بتیس و همکاران، ۲۰۱۴). لازاروس و فولکمن^۶ ۱۹۸۴، مقابله را تلاش‌های فرد برای مدیریت درخواست‌های فشارزای

1. schizophrenia
2. emotional distress
3. emotion regulation strategies
4. rumination
5. thought suppression
6. Lazarus & Folkman

مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و ...

موقعیتی ویژه، می‌دانند (سندرسون^۱، ۲۰۱۳؛ نقل از جمهری، مسچی، سوداگر، مرادی‌منش، بیاضی و همکاران، ۱۳۹۲). اندلر و پارکر^۲ (۱۹۹۰)؛ نقل از شکری، تقی‌لو، گراوند، پاییزی، مولایی و همکاران، ۱۳۸۷) نیز سه سبک اصلی مقابله را متمایز کرده‌اند. سبک مقابله‌ای مشکل‌محور^۳ شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن یک عامل تنیدگی‌زا انجام دهد، محاسبه می‌کند. برعکس، سبک مقابله‌ای هیجان‌محور^۴ شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاشش را متوجه کاهش احساس‌های ناخوشایند خود می‌نماید. سبک مقابله‌ای اجتنابی^۵ مستلزم فعالیت‌ها و تغییر شناختی است و هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است.

خواجوی، اردشیرزاده و افغان (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند تنیدگی ناشی از مراقبت از بیمار دچار اسکیزوفرنی با سبک مقابله‌ای هیجان‌محور رابطه دارد. خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی و به‌ویژه همسران این افراد، در نتیجه مراقبت از همسر بیمار و زندگی با بیمار دچار اسکیزوفرنی، ممکن است از آشفتگی‌های هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب رنج ببرند و از راهبردهای تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده کنند. بنابراین پژوهش حاضر اجرا شد تا پاسخ سوال‌های زیر مشخص شود.

۱. آیا سطوح افسردگی و اضطراب همسران دچار اسکیزوفرنی و همسران افراد عادی تفاوت دارد؟

۲. آیا راهبردهای تنظیم هیجانی نشخوار فکری و سرکوب فکر در همسران بیماران اسکیزوفرنی با همسران افراد عادی تفاوت دارد؟

۳. آیا سبک‌های مقابله‌ای همسران بیماران اسکیزوفرنی با همسران افراد عادی تفاوت دارد؟

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل تمام همسران بیماران مرد دچار اسکیزوفرنی بستری موقت یا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های روزبه، امام حسین، رازی و اعصاب و روان میلاد شهریار؛ انجمن اسکیزوفرنی (احبا)؛ مراکز بهزیستی‌های تهران و شهریار و مراکز توان‌بخشی و نگهداری بیماران مزمن روانی مهرآیین، باران مهر، شهریار و بوعلی به‌تعداد ۴۳۵ نفر در زمستان سال ۱۳۹۴ بود که از این تعداد ۶۷ نفر متأهل بودند و ۴۶ نفر مایل به

-
1. Sanderson
 2. Endler & Parker
 3. problem-focused coping style
 4. emotion-focused coping style
 5. avoidance coping style

همکاری شدند. از میان این ۴۶ نفر، به‌روش نمونه‌برداری هدف‌مند، با توجه به این‌که حداقل حجم نمونه برای مقایسه تفاوت گروه‌ها توسط ون وورهایس و مورگان (۲۰۰۷)، ۳۰ نفر پیشنهاد شده است؛ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۴۰ نفر انتخاب شد. جامعه آماری همسران زن افراد عادی شامل تمام ساکنان شهرستان شهریار بود و جمعیت آن با مراجعه به سایت شهرداری شهریار، بالغ بر ۱۲۰۰۰۰۰ نفر در ۷ شهر در زمستان سال ۱۳۹۴ برآورد شد؛ که از میان آن‌ها ۴۰ نفر به‌روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای و داوطلبانه انتخاب شد. به این‌صورت که با مراجعه به سایت شهرداری در مرحله اول از تعداد ۷ شهر شهرستان شهریار، ۲ شهر به نام‌های شهریار و اندیشه و در مرحله دوم از تعداد ۳۵ پارک موجود به‌صورت قرعه‌کشی ۴ پارک به نام‌های سرو، بهمن، بوستان و سعدی انتخاب شد. در نهایت چون نمی‌توان در روش‌هایی مانند علی-مقایسه‌ای همکاری تمام آزمودنی‌هایی را که به‌وسیله نمونه‌برداری تصادفی انتخاب شده‌اند، جلب کرد؛ و با توجه به اصول اخلاقی و قانونی پژوهش، لازم است قبل از اجرای پژوهش رضایت و موافقت آزمودنی‌ها جلب شود (دلاور، ۱۳۹۰). از این‌رو از میان افرادی که برای گردش در پارک-ها اقامت گزیده بودند؛ به‌صورت نمونه‌برداری داوطلبانه، و نیز با هم‌تاسازی درآمد این خانواده‌ها، از هر پارک ۱۰ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود رضایت آگاهانه و زندگی مشترک با همسر و ملاک‌های خروج از پژوهش معلولیت ذهنی و جسمی و بیماری مزمن، مصرف دارو برای بیماری‌های روانی و جسمی و دریافت روان‌درمانی بود. با توجه به عدم همگنی دو گروه در چهار متغیر سن خود، سن همسر، میزان تحصیلات خود و میزان تحصیلات همسر و به‌منظور حذف اثر مزاحم چهار متغیر مزبور، فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری آزمون شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، استیر و براون در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. (علی‌پور و محمدی، ۱۳۹۴). آزمودنی‌ها شدت نشانه‌های خود را روی مقیاسی از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌کنند. نقاط برش این پرسشنامه ۱۳-۰ برای افسردگی جزئی؛ ۱۹-۱۴ برای افسردگی خفیف؛ ۲۸-۲۰ برای افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ برای افسردگی شدید گزارش شده است (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). جو، وولی، براون، قهرمان‌لو-هالووی و بک (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۴ و همبستگی هر یک از ماده‌ها را با نمره کل در دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ و همبستگی این ابزار را با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی همیلتون

1. Beck depression inventory-II

مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و ...

رینولدز و کوباک^۱ ۱۹۹۵، برابر با ۰/۶۶، حاکی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در همسران بیماران اسکیزوفرنی ۰/۸۵ و در همسران افراد عادی ۰/۸۰ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه اضطراب بک^۲. این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، اپستین، براون و استین (۱۹۸۸) ساخته شد؛ و در طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای از اصلاً = ۰ تا شدید = ۳ نمره گذاری می‌شود. نقاط برش این پرسشنامه ۷-۰ برای هیچ یا کم‌ترین حد اضطراب؛ ۱۵-۸ برای اضطراب خفیف؛ ۲۵-۱۶ برای اضطراب متوسط و ۶۳-۲۶ برای اضطراب شدید گزارش شده است (فتیح‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۰). بک و همکاران (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ و همبستگی آن را با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی اضطراب همیلتون مایر، بولر، فیلیپ و هیوسر^۳ ۱۹۸۸، برابر با ۰/۵۱ و با مقیاس تجدیدنظرشده درجه‌بندی همیلتون رینولدز و کوباک ۱۹۹۵، برابر با ۰/۲۵ به‌عنوان روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی ۰/۸۵ و در همسران افراد عادی ۰/۹۱ محاسبه شد.

۳. مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۴. این مقیاس ۲۲ سوالی توسط نولن-هوکسیما، مارو و فریدریکسون^۵ در سال ۱۹۹۰ ساخته شد؛ نقل از و در طیف لیکرت از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴ رتبه‌بندی شده است (نولن-هوکسیما و مارو، ۱۹۹۱). نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۲۲ تا ۸۸ دارد (نولن-هوکسیما، پارکر و لارسون، ۱۹۹۴). نولن-هوکسیما، لارسون و گرایسون (۱۹۹۹) برای این پرسشنامه نقطه برش ۴۲ گزارش کردند. نولن-هوکسیما و همکاران، ۱۹۹۰ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای کل مقیاس (نولن-هوکسیما و مارو؛ ۱۹۹۱) و نولن-هوکسیما و همکاران (۱۹۹۴) همبستگی منفی و معنادار این مقیاس را با مقیاس‌های جهت‌گیری زندگی، شنایدر و کارور^۶ ۱۹۸۵، و فعالیت‌ها و حمایت اجتماعی اوبرین، وورتمن، کسلر و جوزف^۷ ۱۹۸۹، به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. آفتاب، کربلایی محمدمیگونی و تقی‌لو (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در گروه همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی ۰/۹۰ و در گروه همسران افراد عادی ۰/۹۱ محاسبه شد.

1. Reynolds & Koback
2. Beck anxiety inventory
3. Maier, Buller, Philipp & Heuser
4. ruminative response scale
5. Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson
6. Scheier & Carver
7. O'Brien, Wortman, Kessler & Joseph

۴. **مقیاس سرکوب خرس سفید**^۱. این مقیاس ۱۵ سوالی توسط وگنر و زاناکاس (۱۹۹۴) ساخته شد؛ و در طیف لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ رتبه‌بندی شده است. نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ دارد (وگنر و زاناکاس، ۱۹۹۴). بلومبرگ (۲۰۰۰) برای این پرسشنامه نقطه برش ۵۰ را گزارش کرده است. وگنر و زاناکاس (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای کل مقیاس و همبستگی مثبت و معنادار این ابزار را با پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی راجمن و هوگسون^۲ ۱۹۸۰، پرسشنامه افسردگی بک، راو، شاو و امری^۳ ۱۹۷۹، پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر، گورساش و لاشن^۴ ۱۹۷۰، و پرسشنامه حساسیت اضطرابی ریس، پیترسون، گورسکی و مک‌نالی^۵ ۱۹۸۶، به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش آفتاب و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۷ و در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در گروه همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی ۰/۷۳ و در گروه همسران افراد عادی ۰/۸۸ محاسبه شد.

۵. **پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا**^۶. این پرسشنامه ۴۸ سوالی توسط اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. مقابله مشکل‌محور با سوال‌های ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۵، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۶، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۶، ۴۷؛ مقابله هیجان‌محور با سوال‌های ۵، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۴۵ و مقابله اجتنابی با سوال‌های ۳، ۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۴۰، ۴۴، ۴۸ در طیف لیکرت از هرگز = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ ارزیابی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۹۲ تا ۰/۷۶ و همبستگی خرده-مقیاس‌های آن با پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا و مقابله ویژه موقعیت اندلر، کانتور، پارکر^۷ ۱۹۹۳، به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند (اندلر و پارکر، ۱۹۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مشکل‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی در همسران بیماران به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ و در همسران افراد عادی ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ محاسبه شد.

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز و مراجعه به بیمارستان‌ها، انجمن‌ها و مراکز بهزیستی و هماهنگی با مسئولین و سرپرستارها، پرونده بیماران بررسی و با همسران آن‌ها تماس برقرار شد.

1. white bear suppression inventory
2. Rachman & Hodgson
3. Beck, Rush, Shaw & Emery
4. Spielberger, Goresuch & Lushene
5. Reiss, Peterson, Gursky & McNally
6. coping inventory for stressful situations
7. Endler, Kantor & Parker

مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و ...

در مورد همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی در زمان مراجعه همسران به بیمارستان‌ها، انجمن‌ها و مراکز بهزیستی به این مکان‌ها مراجعه شد و در مورد همسران افراد عادی به پارک‌ها مراجعه شد. اهداف پژوهش به صورت یکسان برای هر دو گروه بیان و پس از اعلام رضایت آن‌ها، دستورالعمل‌ها در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد و همسران بیماران به صورت فردی در سالن‌های انتظار پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و همسران افراد عادی که با اعضای خانواده یا دوستان خود در پارک حضور یافته بودند، به دور از اعضای خانواده و دوستان به صورت فردی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها در پاکت‌هایی به شرکت‌کننده‌ها تحویل و در همان پاکت‌ها بازپس گرفته می‌شد. بدین ترتیب شرایط یکسانی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها برای همه فراهم شد. برای جلوگیری از سوگیری احتمالی در پاسخ به پرسشنامه‌ها و تقویت اعتبار نتایج جمع‌آوری شده از راه‌کار ایجاد موازنه استفاده و موارد اخلاقی شامل تضمین حریم خصوصی مربوط به ناشناس ماندن و رازداری نیز رعایت شد.

یافته‌ها

بررسی داده‌های مربوط به ۴۰ نفر آزمودنی زن دارای همسر عادی و ۴۰ نفر آزمودنی زن دارای همسر دچار اسکیزوفرنی نشان داد. در گروه دارای همسر بیمار ۲۱ نفر شاغل (۷۰ درصد) و ۹ نفر غیرشاغل (۳۰ درصد) و در گروه همسران افراد عادی ۱۵ نفر شاغل (۳۷/۵ درصد) و ۲۵ نفر غیرشاغل (۶۲/۵ درصد) بودند. در گروه دارای همسر بیمار ۷ نفر دارای ۱ فرزند (۲۳/۳ درصد)، ۱۴ نفر دارای ۲ فرزند (۴۶/۷ درصد)، ۵ نفر دارای ۳ فرزند (۱۶/۷ درصد) و ۴ نفر دارای ۴ فرزند (۱۳/۳ درصد) و در گروه همسران افراد عادی ۱۲ نفر بدون فرزند (۳۰ درصد)، ۱۱ نفر دارای ۱ فرزند (۲۷/۵ درصد)، ۱۴ نفر دارای ۲ فرزند (۳۵ درصد)، ۲ نفر دارای ۳ فرزند (۵ درصد) و ۱ نفر دارای ۴ فرزند (۲/۵ درصد) بودند. در گروه دارای همسر بیمار، ۷ نفر دارای مدرک زیر دیپلم (۲۳/۳ درصد)، ۱۵ نفر دیپلم (۵۰ درصد)، ۷ نفر فوق دیپلم (۲۳/۳ درصد) و ۱ نفر کارشناسی (۳/۳ درصد) و در گروه همسران افراد عادی، ۹ نفر دارای مدرک دیپلم (۲۲/۵ درصد)، ۷ نفر فوق دیپلم (۱۷/۵ درصد)، ۲۲ نفر کارشناسی (۵۵ درصد) و ۲ نفر کارشناسی ارشد (۵ درصد) بودند. در گروه دارای همسر بیمار، ۱۱ نفر از همسران دارای مدرک زیر دیپلم (۳۶/۷ درصد)، ۶ نفر دیپلم (۲۰ درصد)، ۱۰ نفر فوق دیپلم (۳۳/۳ درصد) و ۳ نفر کارشناسی (۱۰ درصد) و در گروه همسران افراد عادی، ۱ نفر از همسران دارای مدرک زیر دیپلم (۲/۵ درصد)، ۱۴ نفر دیپلم (۳۵ درصد)، ۸ نفر فوق دیپلم (۲۰ درصد)، ۱۳ نفر کارشناسی (۳۲/۵ درصد) و ۴ نفر کارشناسی ارشد (۱۰ درصد) بودند. بنابراین می‌توان چنین استنباط نمود که دو گروه به لحاظ میزان

تحصیلات و میزان تحصیلات همسر همگن نیستند. جهت بررسی تفاوت دو گروه در متغیر سن و سن همسر از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. میانگین و انحراف معیار سن در گروه همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی به ترتیب ۴۵/۷۷ و ۶/۲۵ و در گروه همسران افراد عادی ۳۵/۵۸ و ۶/۷۳ بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه از همسران به لحاظ میانگین سن با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P < 0/01$)، $t(68) = 6/463$. همچنین میانگین و انحراف معیار سن بیماران به ترتیب ۵۲ و ۷/۴۰ و میانگین و انحراف معیار سن افراد عادی به ترتیب ۳۹/۴۵ و ۷/۲۷ بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه به لحاظ میانگین سن همسر نیز با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P < 0/01$)، $t(68) = 7/081$. این موضوع بیان‌گر آن است که سن شرکت‌کننده‌ها و سن همسران آن‌ها در دو گروه همگن نبود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و مقادیر کولموگروف-اسمیرنف و F لون در دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کالموگروف-اسمیرنف	F لوین
افسردگی	دارای همسر بیمار	۳۳/۸۰	۸/۹۶	۰/۱۲۰	۰/۲۸۱
	همسران افراد عادی	۱۲/۳۰	۷/۵۰	۰/۱۰۵	
اضطراب	دارای همسر بیمار	۳۶/۰۰	۱۱/۹۵	۰/۱۲۷	۲/۲۵۵
	همسران افراد عادی	۱۰/۲۰	۷/۶۸	۰/۱۱۳	
نشخوار فکر	دارای همسر بیمار	۶۱/۰۰	۱۱/۵۷	۰/۱۴۸	۲/۱۸۴
	همسران افراد عادی	۴۰/۳۷	۱۰/۱۰	۰/۰۷۳	
سرکوب فکر	دارای همسر بیمار	۵۶/۸۳	۷/۱۲	۰/۱۲۵	۴/۱۶۱*
	همسران افراد عادی	۴۴/۶۵	۱۱/۱۵	۰/۱۵۲*	
مشکل محور	دارای همسر بیمار	۴۵/۱۶	۱۱/۷۷	۰/۱۳۳	۳/۱۱۰
	همسران افراد عادی	۵۴/۴۵	۸/۰۷	۰/۱۴۱	
هیجان محور	دارای همسر بیمار	۵۴/۶۶	۱۰/۸۹	۰/۰۸۸	۱/۹۶۸
	همسران افراد عادی	۳۹/۱۲	۸/۹۴	۰/۰۷۱	
اجتنابی	دارای همسر بیمار	۳۷/۳۳	۷/۳۸	۰/۱۲۳	۳/۲۷۵
	همسران افراد عادی	۴۴/۹۴	۹/۱۳	۰/۱۲۱	

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

جدول ۱ نشان می‌دهد توزیع نمره‌های متغیرهای پژوهش هر دو گروه طبیعی است؛ به‌جز در سرکوب فکر که در گروه همسران افراد عادی توزیع طبیعی ندارد ($P = 0/043$). همچنین مفروضه برابری واریانس‌های خطا به‌جز در سرکوب فکر ($P = 0/045$) در بین دو گروه برقرار است. با توجه به مقاوم بودن تحلیل کوواریانس در برابر انحراف از مفروضه توزیع طبیعی و واریانس‌های خطا، می‌توان انتظار داشت نتایج تحلیل بی‌اعتبار نشود.

جدول ۲. آزمون ام-باکس^۱ و کرویت بارتلت^۲ در دو گروه همسران بیمار و همسران افراد عادی

م-باکس: برابری ماتریس‌های کوواریانس		کرویت بارتلت: کرویت ماتریس کوواریانس خطا	
آماره	درجه آزادی	F	درجه آزادی
۷/۵۲۴	۳	۲/۴۲۶*	۲
			χ^2
			۳۳/۳۷۱**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۲ آماره «ام-باکس» نشان می‌دهد، مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار است. نتیجه آزمون کرویت بارتلت نیز نشان می‌دهد سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است ($P = 0.001$).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در مقایسه اضطراب و افسردگی در دو گروه

اثر	ارزش F	df فرضیه	df خطا	مجذور اتا
پیلایی ^۳	۰/۶۸۶	۲	۶۷	۰/۶۸۶
تحلیل کوواریانس یک‌راهه در مقایسه افسردگی و اضطراب در بین دو گروه				
متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	η^2
افسردگی	۷۹۲۴/۲۸۶	۶۶/۵۷۴	۱۱۹/۰۷۸**	۰/۶۳۷
اضطراب	۱۱۴۱۰/۹۷۱	۹۴/۷۷۱	۱۲۰/۴۰۶**	۰/۶۳۹

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۳ ارزش F اثر پیلایی نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در اضطراب و افسردگی معنادار است ($P = 0.001$). به همین منظور تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و مشخص شد تفاوت دو گروه نمونه در اضطراب و افسردگی به لحاظ آماری معنی‌دار است. برای ارزیابی جهت تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۴ انجام شد. نتایج نشان داد در بُعد افسردگی ($SE = 1/970$ ، $\Delta\bar{X} = 21/5$)، افراد دارای همسر غیربیمار بالاتر است ($SE = 2/351$ ، $\Delta\bar{X} = 25/800$ ، $P = 0.001$).

جدول ۴. آزمون ام-باکس و کرویت بارتلت در دو گروه همسران بیمار و همسران افراد عادی

م-باکس: برابری ماتریس‌های کوواریانس		کرویت بارتلت: کرویت ماتریس کوواریانس خطا	
آماره	درجه آزادی	F	درجه آزادی
۵/۸۵۰	۳	۱/۱۱۷*	۲
			χ^2
			۱۵/۷۴۹**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

1. box's M
2. Bartlett test of sphericity
3. pillai's trace
4. Bonfroni post hoc

در جدول ۴ آماره «ام-باکس» نشان می‌دهد، مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار است. نتیجه آزمون کرویت بارتلت نیز نشان می‌دهد سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است ($P=0/001$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در مقایسه نشخوار فکری و سرکوب فکر در دو گروه

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	مجذور اتا
پیلایی	۰/۵۱۹	۳۶/۱۹۶**	۲	۶۷	۰/۵۱۹
تحلیل کوواریانس یک‌راهه در مقایسه نشخوار فکری و سرکوب فکر در بین دو گروه					
متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	η^2	
نشخوار فکری	۷۲۹۲/۴۱۱	۱۱۵/۷۲۶	۶۳/۰۱۴**	۰/۴۸۱	
سرکوب فکر	۲۵۴۴/۵۷۶	۹۲/۹۰۱	۲۷/۳۹۰**	۰/۲۸۷	

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

در جدول ۵ ارزش F اثر پیلایی نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در نشخوار فکری و سرکوب فکر معنادار است ($P=0/001$). به همین منظور تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و مشخص شد تفاوت دو گروه نمونه در نشخوار فکری و سرکوب فکر به لحاظ آماری معنی‌دار است. برای ارزیابی جهت تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بن‌فرونی انجام شد. نتایج نشان داد در بُعد نشخوار فکری ($SE=2/598$, $\Delta\bar{x}=20/625$, $P=0/001$) و در بُعد سرکوب فکر میانگین راهبردهای تنظیم هیجانی افراد دارای همسر بیمار در مقایسه با افراد دارای همسر غیربیمار بالاتر ($SE=2/328$, $\Delta\bar{x}=12/183$, $P=0/001$) است.

جدول ۶. آزمون ام-باکس و کرویت بارتلت در دو گروه همسران بیمار و همسران افراد عادی

آماره	درجه آزادی	F	χ^2	درجه آزادی	ام-باکس: برابری ماتریس‌های کوواریانس	کرویت بارتلت: کرویت ماتریس کوواریانس خطا
۹/۱۶۰	۶	۱/۴۵۱	۲۹/۱۵۶**	۵		

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

در جدول ۶ آماره «ام-باکس» نشان می‌دهد، مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار است. نتیجه آزمون کرویت بارتلت نیز نشان می‌دهد سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است ($P=0/001$).

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در مقایسه سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	مجذور اتا
پیلایی	۰/۴۵۹	۱۸/۶۶۵**	۳	۶۶	۰/۴۵۹
تحلیل کوواریانس یک‌راهه در مقایسه نشخوار فکری و سرکوب فکر در بین دو گروه					
متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	η^2	
مشکل محور	۱۴۷۷/۳۷۶	۹۶/۵۸۹	۱۵/۲۹۵**	۰/۱۸۴	
هیجان محور	۴۱۴۰/۷۴۴	۹۶/۵۱۵	۴۲/۹۰۲**	۰/۳۸۷	
اجتنابی	۹۹۴/۵۱۹	۷۱/۰۹۷	۱۳/۹۹۸**	۰/۱۷۱	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۷ ارزش F اثر پیلایی نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای معنادار است ($P=0/001$). به‌همین منظور تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و مشخص شد تفاوت دو گروه نمونه در هر سه سبک مقابله‌ای به لحاظ آماری معنی‌دار است. برای ارزیابی جهت تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بن‌فرونی انجام شد. نتایج نشان داد در بُعد مشکل محور ($SE=2/374$ ، $SE=9/283$ ، $\Delta\bar{x}=0/001$) و در بُعد اجتنابی میانگین سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای همسر بیمار در مقایسه با افراد دارای همسر غیربیمار پایین‌تر ($SE=2/036$ ، $SE=7/117$ ، $\Delta\bar{x}=0/001$) و در بُعد هیجان محور بالاتر ($SE=2/373$ ، $SE=15/542$ ، $\Delta\bar{x}=0/001$) است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد میانگین افسردگی و اضطراب در همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی از همسران افراد عادی بالاتر است. یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر هم‌سو با یافته‌های پژوهش نسیمی‌خواه، میرزائیان و ابراهیمی علوی‌کلاتی (۱۳۹۳)، سیمان (۲۰۱۲) و آدیستاد و همکاران (۲۰۱۰) است. زندگی با همسر دچار اسکیزوفرنی و مراقبت از او عامل تنیدگی‌زای مزمن است (کوماری، سینگ، ورما، ورم‌ا و چادهوری، ۲۰۰۹)؛ و می‌تواند تنیدگی قابل‌توجهی را بر اعضای خانواده تحمیل کند و در بسیاری از زمینه‌های زندگی منجر به محدودیت‌هایی برای آن‌ها شود و درنهایت آسایش اعضای خانواده را مختل کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند تنیدگی به‌ویژه در روابط بین‌فردی خطر مشکلات جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد (کلیک، اسکوفیلد، و بایکر‌دیک، ۲۰۱۴؛ ویسمن و بوکام، ۲۰۱۲).

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد میانگین در هر دو راهبرد تنظیم هیجانی نشخوارفکری و سرکوب فکر در همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی بالاتر از همسران افراد عادی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش باقری‌نژاد، صالحی فردی و طباطبائی (۱۳۸۹)؛ خسروی، مهرابی و عزیزمقدم (۱۳۸۷)؛ منصور، بخشی پوررودسری، محمودعلیلو، فرنام و فخاری (۱۳۹۰)؛ آلدو

و همکاران (۲۰۱۰)؛ آمستادتر و ورنون (۲۰۰۸) و نولن-هوکسیما (۲۰۱۲) هم‌سو است. نشخوار فکری، تفکر تکراری در مورد اطلاعات منفی مرتبط با خود، راهبردی مقابله‌ای و راهبرد تنظیم هیجانی مرتبط با اختلال‌های خلقی و اضطرابی است (هسو، برد، ریفکین، دیلون، پیزاگالی و همکاران، ۲۰۱۵). نشخوار فکری افسردگی را به‌واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسأله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدف‌مند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (نولن-هوکسیما، ویسکو، و لیومیرسکی، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند نشخوار فکری شدت عاطفه منفی را تشدید می‌کند و منجر به تداوم عاطفه منفی می‌شود (تامسن، ۲۰۰۶). نشخوار فکری قابلیت تشدید انواع هیجان‌های منفی از جمله غم، ترس و خشم را دارد و تجربه این هیجان‌ها را طولانی‌تر می‌سازد. این چرخه ممکن است پاسخ عاطفی تقویت‌شده‌ای را حتی در برابر محرک‌های هیجانی ناچیز تولید کند؛ علاوه بر این، این چرخه خود را تداوم می‌بخشد به‌طوری‌که ممکن است برای مدت زمان طولانی دوام آورد (آفتاب و همکاران، ۱۳۹۳). افرادی که به‌طور معمول به نشخوار فکری می‌پردازند؛ اغلب سعی خواهند کرد برای کاهش فراوانی این افکار منفی به‌طور فعال آن‌ها را سرکوب کنند (کاریو، میلن، تاتام، مک‌کوپین و هال، ۲۰۱۳). سلبی و جوینر (۲۰۰۹) پیشنهاد کردند که سرکوب فکر نه تنها منجر به نشخوار فکری نمی‌شود، بلکه تلاش آگاهانه برای جلوگیری از آن است. سرکوب فکر یک راهبرد مقابله‌ای با تجارب ناخواسته درونی شناخت و احساس است که در طول آن فرد به‌طور فعال سعی می‌کند در مورد اندیشه‌ها و احساس‌های ناخواسته خود فکر نکنند. با این حال، این فرایندی متناقض است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند به‌دلیل اثرهای ارتجاعی سرکوب فکر، افراد در واقع افکار سرکوب شده خود با فراوانی و شدت بیشتری تجربه می‌کنند (پتکوس، گام و وترل، ۲۰۱۲). از نظر ساس، ایسزینتاگوتای و هافمن (۲۰۱۱) سرکوب فکر یکی از نامؤثرترین راهبردهای تنظیم هیجانی است؛ زیرا منجر به برانگیختگی جسمانی و آشفتگی روان‌شناختی می‌شود.

از سوی دیگر در این پژوهش میانگین سبک‌های مقابله‌ای مشکل‌محور و اجتنابی در همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی پایین‌تر از همسران افراد عادی؛ و در سبک هیجان‌محور بالاتر بود. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های خواجهی و همکاران (۲۰۱۱) و میزونو، ایواساکی و ساکای (۲۰۱۱) هم‌سو است. سبک‌های مقابله‌ای عامل مراقبتی بسیار مهمی برای افراد در معرض خطر تلقی می‌شود (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). لازاروس ۱۹۷۹، معتقد است راهبردهای مقابله‌ای پنج وظیفه‌اند دارند. کنار آمدن واقع‌گرایانه با مشکل، عمل کردن در جهت سازگاری با وقایع منفی، حفظ تصور مثبت از خود، حفظ تعادل هیجانی و روابط رضایت‌بخش با دیگران (علی‌پور، هاشمی، باباپور خیرالدین و طوسی، ۱۳۸۹). مقابله هیجان‌محور اغلب برای کنار آمدن با موقعیت‌هایی به‌کار می‌رود که چاره‌ای جز پذیرش آن‌ها نیست. با این حال بیش‌تر

مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و ...

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقابله هیجان‌محور با سازگاری منفی همراه است. پرهیز از اندیشیدن به رویدادی آسیب‌زا حتی مانع از این می‌شود که افراد این تجربه را درک کنند و سرانجام با آن کنار بیایند. تلاش عمدی برای پرهیز از اندیشیدن به رویدادهای منفی، بسیار دشوار و نیازمند تلاش زیادی است. و منجر به برانگیختگی جسمی مزمین می‌شود، تکیه بر این راهبرد مقابله‌ای کاهش فعالیت ایمن سلولی را در پی دارد. به‌طور کلی، انکار مشکلات یا اجتناب از اندیشیدن به مشکلات در واقع ممکن است به بهزیستی روانی و جسمانی آسیب برساند (سندرسون، ۲۰۱۳؛ نقل از جمهوری و همکاران، ۱۳۹۲).

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت؛ همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی به‌دلیل تجربه شرایط نامطلوب و چالش‌برانگیز محیطی، نسبت به همسران افراد عادی افسردگی و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند؛ و در این تجربه احتمالاً از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور بهره می‌جویند. از سوی دیگر آشفتنگی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور موجب تقویت و تشدید هرچه بیش‌تر یک‌دیگر می‌شوند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود بالینگران بر سبک‌های تفکر نشخواری این همسران و افراد دچار آشفتنگی هیجانی تمرکز کنند؛ و به آن‌ها بیاموزند به‌جای تلاش برای سرکوب فکر از سبک مقابله‌ای کارآمدتر استفاده کنند؛ و افسردگی و اضطراب خود را که عمدتاً ناشی از زندگی با همسر بیمار است کاهش دهند.

بدیهی است هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است؛ می‌توان از میان محدودیت‌های این پژوهش به نمونه‌برداری غیراحتمالی نمونه بالینی و مقطعی بودن طرح پژوهشی اشاره کرد.

منابع

- آفتاب، رویا، کربلایی محمد میگونی، احمد، و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۳). نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه بین شخصیت مرزی و خشونت زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، زمستان ۸(۴ پیاپی ۳۲): ۲۷-۷.
- باقری‌نژاد، مینا، صالحی‌فرددی، جواد، و طباطبائی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۱): ۳۸-۲۱.
- خباز، محمود، بهجتی، زهرا، و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در پسران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۴ پیاپی ۲۰): ۱۲۳-۱۰۸.
- خسروی، معصومه، مهرابی، حسین‌علی، و عزیزی‌مقدم، میعاده. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواسی-اجباری و افراد عادی. *کومش*، ۱۰(۱): ۷۲-۶۵.

دلاور، علی. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد. چاپ نهم.

سندرسون، کاترین، ای. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه فرهاد جمهری، فرحناز مسچی، شیدا سوداگر، فرزین مرادی‌منش، محمد بیاضی، افسانه صبحی، اسماعیل خیرجو، فرهاد هژیر و علی اکبر ثمری. کرج: انتشارات سرافراز. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

شکری، امید، تقی‌لو، صادق، گراوند، فریبرز، پاییزی، مریم، مولایی، محمد، عبدالله‌پور، محمدآزاد، و اکبری، هادی. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا: *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۳): ۲۳-۲۲.

علی‌پور، احمد، هاشمی، تورج، باباپور خیرالدین، جلیل، و طوسی، فهیمه. (۱۳۸۹). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۵(۲) پیاپی ۱۸: ۷۱-۸۶.

علی‌پور، فرشید، و محمدی، شهناز. (۱۳۹۴). نشخوار فکری، نشانه‌های اضطراب و افسردگی در افراد دچار لکنت زبان، اضطراب اجتماعی و بهنجار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۲) پیاپی ۳۴: ۹۷-۱۱۴.

فتحی‌آشتیانی، علی، و داستانی، علی. (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی/ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت. چاپ پنجم.

منصوری، احمد، بخشی‌پور رودسری، عباس، محمودعلیلو، مجید، فرنام، علی‌رضا، و فخاری، علی. (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۴): ۷۴-۵۵.

نسیمی‌خواه، معصومه، میرزائیان، بهرام، و ابراهیمی علوی‌کلائی، صدیقه. (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روانی همسران بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، دوقطبی، افسردگی اساسی و افراد بهنجار. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹(۲) پیاپی ۳۴: ۱۹۳-۱۷۳.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2): 217-37.

Amstadter, A. B. & Vernon, L. L. (2008). A preliminary examination of thought suppression, emotion regulation, and coping in a trauma exposed sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(3): 279-295.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6):893-7.

- Blumberg, S. J. (2000). The white bear suppression inventory: revisiting its factor structure. *Personality and Individual Differences*, 29(5): 943-950.
- Carew, C. L., Milne, A. M., Tatham, E. L., MacQueen, G. M., & Hall, G. B. (2013). Neural systems underlying thought suppression in young women with, and at-risk, for depression. *Behavioural Brain Research*, 15(4):13-24.
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., & Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96(1): 78-82.
- Cleak, H., Schofield, M., & Bickerdike, A. (2014). Efficacy of family mediation & the role of family violence: Study protocol. *BMC Public Health*, 14(2): 57-70.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M, A., Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from child hood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2): 71-81.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1): 50-60.
- Grover, S., Pradyumna, A., & Chakrabarti, S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1): 5-11.
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188(1): 22-7.
- Ildstad, M., Ask, H. & Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: The nord-trondelag health study. *BMC Public Health*, 10(2): 516-535.
- Joe, S., Woolley, M. E., Brown, G. K., Ghahramanlou-Holloway, M., & Beck, A. T. (2008). Psychometric properties of the Beck depression inventory-II in low-income, African American suicide attempters. *Journal of Personality Assessment*, 90(5): 521-523.
- Khajavi, M., Ardeshirzadeh, M., & Afghah, S. (2011). The impact of coping strategies on burden of care in chronic schizophrenic patients and caregivers of chronic bipolar patients. *Iranian Rehabilitation Journal*, 9(14): 26-31.
- Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., & Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2): 97-100.
- Mizuno, E., Iwasaki, M., & Sakai I. (2011). Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: an analysis of the husbands' descriptions of their experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5): 366-75.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1): 161-87.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression & posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61(1): 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5): 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1): 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, E. B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5): 400-424.
- Petkus, A. J., Gum, A., & Wetherell, J. L. (2012). Thought suppression is associated with psychological distress in homebound older adults. *Depression and Anxiety*, 29(3): 219-225.
- Seeman, M. V. (2013). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59(8): 805-10.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional & behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3): 219-228.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research & Therapy*, 49(2): 114-119.
- Thomsen, D. K. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20(8): 1216-1235.
- Van Schie, K., Wanmaker, S., Yocarini, I., Bouwmeester, S. (2016). Psychometric qualities of the thought suppression inventory-revised in different age groups. *Personality and Individual Differences*, 23(3): 89-97.
- VanVoorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2): 43-50.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4): 615-640.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships & psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1): 4-13.

پرسشنامه افسردگی بک

۱. غمگین نیستم.
۲. به آینده امیدوارم.
۳. ناکام تر از دیگرانم.
۴. مثل سابق از زندگی لذت نمی برم.
۵. احساس تقصیر نمی کنم.
۶. انتظار مجازات ندارم.
۷. از خود راضی هستم.
۸. بدتر از سایرین نیستم.
۹. هرگز به فکر خودکشی نمی افتم.
۱۰. بیش از حد معمول گریه نمی کنم.
۱۱. کم حوصله تر از گذشته نیستم.
۱۲. مثل همیشه مردم را دوست دارم.
۱۳. مانند گذشته تصمیم می گیرم.
۱۴. جذابیت گذشته ها را دارم.
۱۵. به خوبی گذشته کار می کنم.
۱۶. مثل همیشه خوب می خوابم.
۱۷. بیشتر از گذشته خسته نمی شوم.
۱۸. اشتهایم تغییری نکرده است.
۱۹. اخیراً وزن کم نکرده ام.
۲۰. بیش از گذشته بیمار نمی شوم.
۲۱. میل جنسی ام تغییر نکرده است.
۲۲. کمترین میل جنسی در من نیست.
۱. غمگین هستم.
۲. به آینده آمیدی ندارم.
۳. ناکام تر از دیگرانم.
۴. مثل گذشته از زندگی راضی هستم.
۵. احساس تقصیر نمی کنم.
۶. انتظار مجازات ندارم.
۷. از خود ناراضی هستم.
۸. بدتر از سایرین نیستم.
۹. هرگز به فکر خودکشی نمی افتم.
۱۰. بیش از حد معمول گریه نمی کنم.
۱۱. کم حوصله تر از گذشته نیستم.
۱۲. مثل همیشه مردم را دوست دارم.
۱۳. مانند گذشته تصمیم می گیرم.
۱۴. جذابیت گذشته ها را دارم.
۱۵. به خوبی گذشته کار نمی کنم.
۱۶. مثل گذشته خوب نمی پرد.
۱۷. بیشتر از گذشته خسته می شوم.
۱۸. اشتهایم به خوبی گذشته نیست.
۱۹. اخیراً وزن کم نکرده ام.
۲۰. بیش از گذشته بیمار نمی شوم.
۲۱. میل جنسی ام تغییر نکرده است.
۲۲. کمترین میل جنسی در من نیست.

پرسشنامه اضطراب بک

ردیف	عبارت	۱	۲	۳	۴	۵
۱	کری و گزگز شدن	۰	۱	۲	۳	۱۲
۲	احساس داغی (گرما)	۰	۱	۲	۳	۱۳
۳	لرزش در پاها	۰	۱	۲	۳	۱۴
۴	ناتوانی در آرامش	۰	۱	۲	۳	۱۵
۵	ترس از وقوع حادثه بد	۰	۱	۲	۳	۱۶
۶	سرگیجه و منگی	۰	۱	۲	۳	۱۷
۷	تپش قلب و نفس نفس زدن	۰	۱	۲	۳	۱۸
۸	حالت متغیر (بی ثباتی)	۰	۱	۲	۳	۱۹
۹	وحشت زده بودن	۰	۱	۲	۳	۲۰
۱۰	عصبی بودن	۰	۱	۲	۳	۲۱
۱۱	احساس خفگی	۰	۱	۲	۳	

مقیاس پاسخ‌های نشخواری

ردیف	عبارت‌ها	۱	۲	۳	۴
۱	فکر می‌کنم چقدر احساس تنهایی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۲	فکر می‌کنم اگر در همین حالت باقی بمانم، نمی‌توانم وظایفم را انجام دهم.	۱	۲	۳	۴
۳	فکر می‌کنم چقدر احساس خستگی و دردمندی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۴	فکر می‌کنم چقدر تمرکز کردن دشوار است.	۱	۲	۳	۴
۵	فکر می‌کنم من چکار کرده‌ام که به این حالت دچار شده‌ام.	۱	۲	۳	۴
۶	فکر می‌کنم چقدر بی‌حوصله و بی‌انگیزه‌ام.	۱	۲	۳	۴
۷	با بررسی وقایع اخیر سعی می‌کنم بفهمم چرا افسرده شده‌ام.	۱	۲	۳	۴
۸	فکر می‌کنم چرا نسبت به همه چیز بی‌تفاوت شده‌ام.	۱	۲	۳	۴
۹	فکر می‌کنم چرا دیگر نمی‌توانم ادامه بدهم.	۱	۲	۳	۴
۱۰	فکر می‌کنم چرا اغلب اینگونه به مسائل واکنش نشان می‌دهم.	۱	۲	۳	۴
۱۱	با خود خلوت می‌کنم تا برای این احساسات خود جوابی پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴
۱۲	افکارم را یادداشت و آن‌ها را بررسی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۱۳	به اوضاع اخیر فکر می‌کنم و آرزو می‌کنم که ای کاش اوضاع بهتر از این بود.	۱	۲	۳	۴
۱۴	فکر می‌کنم اگر نتوانم جلوی احساساتم را بگیرم نمی‌توانم تمرکز داشته باشم.	۱	۲	۳	۴
۱۵	به این فکر می‌کنم که چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند.	۱	۲	۳	۴
۱۶	فکر می‌کنم چرا نمی‌توانم بهتر از اداره‌ی امور برآیم.	۱	۲	۳	۴
۱۷	فکر می‌کنم که چقدر غمگین هستم.	۱	۲	۳	۴
۱۸	به همه نقاط ضعف، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۱۹	فکر می‌کنم چرا آنقدر سرحال نیستم که بتوانم کاری انجام دهم.	۱	۲	۳	۴
۲۰	سعی می‌کنم شخصیت خود را بررسی کنم تا بفهمم چرا افسرده‌ام.	۱	۲	۳	۴
۲۱	تنهایی به جایی می‌روم که بتوانم درباره احساساتم فکر کنم.	۱	۲	۳	۴
۲۲	فکر می‌کنم چرا اینقدر از دست خودم عصبانی هستم.	۱	۲	۳	۴

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا

ردیف	گام	معمول	وقتی بدتر	همیشه	عبارت‌ها	ردیف
۱	۲	۳	۴	۵	وقتم را به‌نحوه بهتری تنظیم می‌کنم.	۱
۱	۲	۳	۴	۵	روی مساله متمرکز می‌شوم و می‌بینم چگونه آن را می‌توانم حل کنم.	۲
۱	۲	۳	۴	۵	راجع به وقت‌ها خوشی که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۳
۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم با اشخاص دیگری باشم.	۴
۱	۲	۳	۴	۵	خود را به‌خاطر وقت‌گذرانی و تأخیر در کار سرزنش می‌کنم.	۵
۱	۲	۳	۴	۵	کاری که فکر می‌کنم بهترین است انجام می‌دهم.	۶
۱	۲	۳	۴	۵	در بدنم احساس درد می‌کنم.	۷
۱	۲	۳	۴	۵	خود را به‌خاطر قرار گرفتن در چنین موقعیتی سرزنش می‌کنم.	۸
۱	۲	۳	۴	۵	به تماشای ویدیوهای مغازه‌ها مشغول می‌شوم.	۹
۱	۲	۳	۴	۵	چیزهایی را که برایم مهم‌تر است مشخص کرده اول به آن‌ها می‌پردازم.	۱۰
۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم به خواب بروم.	۱۱
۱	۲	۳	۴	۵	با یک غذای دلخواه یا خوراکی به خودم پاداش می‌دهم.	۱۲
۱	۲	۳	۴	۵	مضطرب می‌شوم مبادا نتوانم با مساله کنار بیایم یا مقابله نمایم.	۱۳
۱	۲	۳	۴	۵	دچار تنش زیادی می‌شوم.	۱۴
۱	۲	۳	۴	۵	در مورد نحوه‌ای که مسائل مشابه را حل نموده‌ام فکر می‌کنم.	۱۵
۱	۲	۳	۴	۵	به خودم می‌گویم این موضوع واقعاً در مورد من اتفاق می‌افتد.	۱۶
۱	۲	۳	۴	۵	از این که در مورد این موقعیت بیش از حد هیجانی بوده‌ام خودم را سرزنش می‌کنم.	۱۷
۱	۲	۳	۴	۵	برای صرف غذا با یک خوراکی بیرون می‌روم.	۱۸
۱	۲	۳	۴	۵	خیلی ناامید می‌شوم.	۱۹
۱	۲	۳	۴	۵	برای خودم چیزی خرید می‌کنم.	۲۰
۱	۲	۳	۴	۵	برای خود یک دوره کاری معین می‌کنم و آن‌را دنبال می‌کنم.	۲۱
۱	۲	۳	۴	۵	خودم را به خاطر ندانم کاری سرزنش می‌کنم.	۲۲
۱	۲	۳	۴	۵	به مهمانی می‌روم.	۲۳
۱	۲	۳	۴	۵	سعی می‌کنم موقعیت را درک کنم.	۲۴
۱	۲	۳	۴	۵	خشکم می‌زند و نمی‌دانم چه کار کنم.	۲۵
۱	۲	۳	۴	۵	بلافاصله اقدام به عمل اصلاح‌گرانه می‌نمایم.	۲۶
۱	۲	۳	۴	۵	راجع به آن چه اتفاق افتاده فکر می‌کنم و از اشتباه‌هایم پند می‌گیرم.	۲۷
۱	۲	۳	۴	۵	آرزو می‌کنم می‌توانستم آن‌چه را اتفاق افتاده یا احساس خود را عوض کنم.	۲۸
۱	۲	۳	۴	۵	به ملاقات دوستی می‌روم.	۲۹
۱	۲	۳	۴	۵	در مورد آن‌چه قرار است انجام دهم نگران می‌شوم.	۳۰
۱	۲	۳	۴	۵	با اشخاص به‌ویژه وقتم را می‌گذرانم.	۳۱
۱	۲	۳	۴	۵	به پیاده‌روی می‌روم.	۳۲
۱	۲	۳	۴	۵	به خودم می‌گویم دیگر هرگز اتفاق نمی‌افتد.	۳۳
۱	۲	۳	۴	۵	بر روی ناتوانی‌های عمومی متمرکز می‌شوم و فکر می‌کنم.	۳۴
۱	۲	۳	۴	۵	با کسی که نظرش برایم ارزش دارد صحبت می‌کنم.	۳۵
۱	۲	۳	۴	۵	قبل از واکنش نشان دادن مساله را تجزیه و تحلیل می‌کنم.	۳۶
۱	۲	۳	۴	۵	به یک دوست تلفن می‌کنم.	۳۷
۱	۲	۳	۴	۵	عصبانی می‌شوم.	۳۸
۱	۲	۳	۴	۵	خواسته‌هایم را با شرایط موجود هماهنگ می‌کنم.	۳۹
۱	۲	۳	۴	۵	به سینما می‌روم.	۴۰
۱	۲	۳	۴	۵	به موقعیت مسلط می‌شوم.	۴۱
۱	۲	۳	۴	۵	کوشش بیش‌تری می‌نمایم تا کارها انجام شود.	۴۲
۱	۲	۳	۴	۵	برای حل مساله به چندین راه‌حل مختلف می‌رسم.	۴۳
۱	۲	۳	۴	۵	به خود فرصتی داده برای مدتی از موقعیت دور می‌شوم.	۴۴
۱	۲	۳	۴	۵	به اشخاص دیگر واکنش نشان می‌دهم.	۴۵
۱	۲	۳	۴	۵	از موقعیت استفاده می‌کنم تا ثابت کنم می‌توانم از عهده آن برآیم.	۴۶
۱	۲	۳	۴	۵	برای تسلط بر موقعیت سعی می‌کنم به کارها سازمان دهم.	۴۷
۱	۲	۳	۴	۵	تلویزیون تماشا می‌کنم.	۴۸

مقیاس سرکوب خرس سفید

شماره	عبارت‌ها	کاملاً مخالف	مخالف	نظری ندارم	موافق	کاملاً موافق
۱	چیزهایی وجود دارد که ترجیح می‌دهم در موردشان فکر نکنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	گاهی وقت‌ها از اینکه مطابق افکارم عمل کرده‌ام، تعجب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	قادر به متوقف کردن افکارم نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	نمی‌توانم تصاویر مزاحم را از ذهنم پاک کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	اغلب افکارم به یک موضوع مربوط می‌شوند.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	ای‌کاش می‌توانستم افکارم در مورد چیزهای خاص را متوقف کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	گاهی وقت‌ها ذهنم آن‌قدر سریع کار می‌کند که قادر به متوقف کردن آن نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	همیشه سعی می‌کنم مشکلات را از ذهنم خارج کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	دچار پرش افکار هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	چیزهایی وجود دارد که سعی می‌کنم به آن‌ها فکر نکنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	گاهی وقت‌ها واقعاً آرزو می‌کنم که ای‌کاش می‌توانستم تک‌کرم را متوقف کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	اغلب برای منحرف کردن افکارم به انجام بعضی کارها می‌پردازم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	افکاری دارم که سعی می‌کنم از آن‌ها اجتناب کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	افکار بسیاری در ذهنم وجود دارد که در مورد آن‌ها تاکنون به کسی چیزی نگفته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	گاهی وقت‌ها خودم را مشغول نگه می‌دارم تا از مزاحمت افکارم ممانعت کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
