

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی سبک خود‌گویی و مشکلات عاطفی در دانشجویان

خلاصه

مقدمه: سبک خود‌گویی، هسته‌ی مرکزی در تنظیم شناختی رفتاری است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم مشکلات عاطفی دارد. با شناخت سبک خود‌گویی و مولفه‌های آن می‌توان به خود‌کنترلی که در احساس خودکارآمدی افراد تأثیر به‌سزایی دارد، دست یافت. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی خود‌گویی و مشکلات عاطفی در دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد انجام شد.

روش کار: در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۳۷۵ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد در سال ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. برای ارزیابی خود‌گویی و مشکلات عاطفی از پرسش‌نامه‌ی خود‌گویی (ST) کالوت و همکاران و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری، تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که خود‌گویی منفی، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری با دو مولفه‌ی افسردگی و اضطراب دارد ($P \leq 0/001$) در حالی که با استرس، همبستگی معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. هم‌چنین خود‌گویی مثبت با استرس، رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد ($P \leq 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد خود‌گویی منفی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب ($P \leq 0/001$) و خود‌گویی مثبت در پیش‌بینی استرس، توان بیشتری دارند ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: سبک خود‌گویی در پیش‌بینی مشکلات عاطفی دانشجویان نقش دارد. با افزایش آگاهی و حساسیت شناختی از طریق آموزش‌های لازم جهت تغییر سبک خود‌گویی می‌توان به ارتقای سلامت روان و عملکرد دانشجویان کمک نمود.

واژه‌های کلیدی: خود‌گویی، دانشجویان، مشکلات عاطفی

خدیجه علوی

دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی،

دانشگاه شاهد تهران

*لیلا/میرپور

دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی،

انستیتو روان‌پزشکی ایران، دانشگاه علوم

پزشکی ایران، تهران

مرتضی مدرس غروی

استادیار روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان-

پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، تهران، انستیتو روان‌پزشکی ایران،

دانشگاه علوم پزشکی ایران

liela.amirpour@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۱/۳/۸

تاریخ تایید: ۹۱/۹/۲۶

Original Article

The relationship between self-talk style and emotional difficulties in students

Abstract

Introduction: Self-talk style, which is the core set of cognitive- behavioral regulation that plays a crucial role in creating and continuing of emotional disturbances. By recognition of self talk style and its components, one can access to self control which has noticeable effect on self efficacy. This study was aimed to investigate the relationship between self talk and emotional difficulties in Payam-e-Noor University of Mashhad students.

Materials and Methods: In this descriptive-correlation study, 375 students of Payam-e-Noor University of Mashhad were selected using voluntary sampling in 2010. Self Talk Inventory (ST) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) were employed for assessment of self talk and emotional difficulties. Data were analyzed applying Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The results of Pearson's correlation coefficient indicated that negative self talk is significantly associated with depression and anxiety ($P \leq 0.001$) but not with stress. On the other hand, there was strong negative relationship between positive self talk and stress ($P \leq 0.05$). Moreover, the results of regression analysis also showed that negative self talk can better predict depression and anxiety ($P \leq 0.001$), while positive self talk can predict stress ($P \leq 0.05$).

Conclusion: Self talk style can predict students' emotional difficulties. By increasing cognitive awareness and sensitivity through special training aimed to alter self talk style, we can promote students' mental health and function.

Keywords: Emotional difficulties, Self-talk, Students

Khadijeh Alavi

Student in Ph.D. of clinical psychology,
Shahed University of Tehran

**Leila Amirpour*

Student in Ph.D. of clinical psychology,
Iranian Psychiatric Institute, Iran University of
Medical Sciences, Tehran

Morteza Modarres Gharavi

Assistant professor of psychology, Psychiatry
and Behavioral Research Center, Mashhad
University of Medical Sciences

***Corresponding Author:**

Iranian Psychiatric Institute, Iran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

leila.amirpour@gmail.com

Received: May. 28, 2012

Accepted: Dec. 16, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by Payam-e-Noor University of Mashhad. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Alavi Kh, Amirpour L, Modarres Gharavi M. The relationship between self-talk style and emotional difficulties in students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(2): 118-26.

مقدمه

اختلالات عاطفی و روان‌شناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ناتوانی و کاهش عملکرد در حیطه‌های شخصی، اجتماعی، تحصیلی و بین فردی در تمام جوامع هستند. بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، ۷/۸ درصد مردان و ۱۲/۳ درصد از زنان در سنین ۱۸-۲۴ سالگی از مشکلات عاطفی و روانی به ویژه افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. هم‌چنین طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی از هر چهار نفر یکی یا به عبارت دیگر ۲۵ درصد جمعیت جهان مبتلا به اختلالات روانی، رفتاری و عاطفی هستند (۱).

آمارها نشان می‌دهند که تقریباً ۲۱ درصد نوجوانان در طی یک سال، علایم و نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی را بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجربه کرده و علاوه بر این، تعداد زیادی در معرض خطر آسیب در آینده هستند یا به خاطر مشکل رفتاری، فشار عاطفی یا روانی نیازمند کمک می‌باشند اما هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که معیارهای مذکور در مورد آن‌ها صدق کند (۲). در این میان، دانشجویان از جمله اقشاری هستند که در خطر ابتلای فزاینده به مشکلات عاطفی می‌باشند.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور نشان می‌دهد که شیوع و شدت مشکلات روانی در دانشجویان نسبت به جمعیت غیر دانشجوی، افزایش یافته است. بررسی‌های اخیر گزارش کرده‌اند که ۴۶ درصد دانشجویان مرد و ۶۴ درصد دانشجویان زن از اضطراب و ۱۲ درصد دانشجویان مرد و ۱۵ درصد دانشجویان زن از افسردگی رنج می‌برند (۱). مشاورین دانشگاه، افزایش مراجعه‌ی دانشجویان را از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ از ۲/۴ به ۹/۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند. اختلالات اضطرابی در دانشجویان از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰، ۷ درصد افزایش پیدا کرده است که در زنان ۵ برابر مردان بوده است (۱). تحقیقات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهد که مشکلات عاطفی توأم با اضطراب و افسردگی دارای بیشترین شیوع در میان مشکلات فردی-اجتماعی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی است (۳) و اضطراب و افسردگی، شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از دلایل مهم مراجعه‌ی دانشجویان به

مراکز مشاوره می‌باشد (۴-۶). این آمارها لزوم بررسی موشکافانه‌ی این مسئله و پرداختن به علل و ریشه‌های آن برای یافتن راه‌های پیشگیرانه و درمانی را آشکار می‌سازد.

اصل اساسی در پیشگیری و درمان هر اختلالی این است که با شناسایی عوامل ایجادکننده و تداوم‌بخش می‌توان آن اختلال را به صورت موثرتر و کارآمدتری کنترل نمود. نظریه‌پردازان شناختی هیجانی معتقدند که سوگیری‌های پردازش اطلاعات، نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم و احتمالاً رشد اختلالات اضطرابی و خلقی دارند. در میان این عوامل، خودگویی^۱ را می‌توان به عنوان عامل کلیدی در ایجاد و تداوم مشکلات عاطفی مورد توجه قرار داد، به طوری که مایکنام^۲ به نقل از کالوت و کاردنوسو، نقش و تاثیر خودگویی‌های شخصی را غیر قابل انکار می‌داند و معتقد است شناخت‌های ما همان گفتگوهای درونی هستند که می‌توانند ما را در معرض اضطراب شدید قرار دهند (۷).

خودگویی (بیان خود^۳، افکار خودآیند^۴، گفتار درونی^۵) نقش مهمی را در رابطه‌ی بین حوادث و هیجانات، بازی می‌کند. تعریف‌های متعددی از خودگویی وجود دارد. خودگویی می‌تواند به عنوان محصول شناختی تعریف شود که در آن چه افراد به خود می‌گویند، اظهار نمودن فکر یا عقیده در مورد یک شخص، جهان و روابط با دیگران، انعکاس می‌یابد (۷). خودگویی به عنوان گفتگویی درونی تعریف می‌شود که ممکن است با صدای بلند و یا آهسته و بی‌صدا صورت گیرد و از طریق آن، فرد افکار و احساسات خود را تفسیر کرده، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهد، به خود آموزش می‌دهد یا خود را تقویت می‌کند (۸).

هاردی^۶ به نقل از سافرن و همکاران، با در نظر گرفتن تفاوت‌های کارکردی بین موارد استفاده‌ی خودگویی، برای خودگویی جنبه‌هایی را مطرح می‌کند. این جنبه‌ها شامل نحوه‌ای است که افراد ۱- خود را آرام می‌کنند و عصبانیت‌شان را کنترل می‌کنند،

¹Self-talk²Meichenbaum³Self-statement⁴Automatic Thought⁵Inner speech⁶Hardy

دانشجویان تمامی گروه‌های آموزشی انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ی خودگویی^۱ (ST) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۲ (DASS) بر روی آن‌ها اجرا شد.

روش اجرا برای همه‌ی افراد نمونه یکسان بود. پرسش‌نامه‌ها پس از موافقت افراد و ارایه‌ی توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل آن‌ها، در اختیار دانشجویان قرار داده شد. محدودیت زمانی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها اعمال نشد. هم‌چنین به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها، هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی (در بالای پرسش‌نامه‌ها) توضیح داده شد که اطلاعات درخواستی صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی‌باشد.

الف- پرسش‌نامه‌ی خودگویی (ST): این پرسش‌نامه توسط کالوت^۳ و همکاران، طراحی شده است و ابزاری خودگزارشی برای سنجش خودگویی مثبت و منفی در بزرگسالان و دارای دو مقیاس و شش خرده‌مقیاس می‌باشد. بررسی سازندگان این پرسش‌نامه نشان می‌دهد که بین نمرات افراد در این پرسش‌نامه و نشانه‌های اختلالات عاطفی (افسردگی، اضطراب و خشم) رابطه وجود دارد. ضریب آلفای گزارش شده برای مقیاس خودگویی منفی ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های افکار مرتبط با افسردگی، افکار مرتبط با اضطراب و افکار مرتبط با خشم به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۸۲ می‌باشد. هم‌چنین ضرایب آلفا برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های کوچک‌انگاری، جهت‌گیری مثبت و آموزش خود برای مقابله به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۴ و ۰/۴۴ می‌باشد که به جز در مورد خرده‌مقیاس آموزش خود برای مقابله، نشان‌دهنده‌ی پایایی بالای مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه می‌باشد (۱۲).

از آن جا که این پرسش‌نامه برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد پایایی آن طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد محاسبه شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگویی منفی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های افکار مرتبط با افسردگی، افکار مرتبط با اضطراب و افکار مرتبط با

۲- با موقعیت‌های دشوار مقابله می‌کنند، ۳- تمرکز خود را حفظ می‌کنند و یا آن را بازمی‌یابند، ۴- از لحاظ روانی آماده می‌شوند، ۵- تلاش‌هایی که به منظور حفظ انگیزه‌هایشان انجام می‌دهند را کنترل می‌کنند، ۶- اهدافشان را به یاد می‌آورند، ۷- برنامه‌ها و مهارت‌های فردی خود را اجرا می‌کنند و ۸- از لحاظ روانی، رشد می‌یابند و اعتماد به نفس خود را حفظ می‌کنند (۹).

پژوهش‌ها در بررسی محتوای خودگویی، مدلی سلسله‌مراتبی را پیشنهاد می‌کنند. این مدل شامل دو عامل کلی خودگویی مثبت در مقابل منفی و چهار عامل مرتبه‌ی اول شناخت‌های منفی در مورد خود، شناخت‌های منفی در مورد دیگران، خودآموزشی مقابله‌ای و شناخت‌های مثبت می‌شود (۷، ۹، ۱۰).

به طور کلی نتایج پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه‌ی خودگویی‌های درونی صورت گرفته حاکی از آن است که گفتار درونی، به عنوان یک واسطه‌ی شناختی در زایش اندیشه و نظم‌بخشی به رفتار در حیطه‌ی سازگاری یا عدم سازگاری درونی و اجتماعی، نقش به‌سزایی دارد (۱۱) لذا با توجه به این که از یک سو، دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده‌ی جامعه و سازندگان فردای هر کشوری می‌باشند و سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش عملکرد تحصیلی آنان برخوردار است و از سوی دیگر، مشکلات عاطفی توأم با اضطراب و افسردگی دارای بیشترین شیوع در میان مشکلات فردی اجتماعی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی بوده است و هم‌چنین با توجه به این که خودگویی را می‌توان به عنوان عامل کلیدی در ایجاد و تداوم مشکلات عاطفی مورد توجه قرار داد، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی خودگویی و مشکلات عاطفی در جامعه‌ی دانشجویی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری شامل تمام دانشجویان مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ دانشگاه پیام نور مشهد بود. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۷۵ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و از بین

^۱Self-Talk Inventory

^۲Depression Anxiety and Stress Scale

^۳Calvete

برای بررسی رابطه‌ی بین خودگویی‌های مثبت و منفی و افسردگی، اضطراب و استرس، از روش تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا خودگویی‌های مثبت و منفی می‌توانند میزان افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی کنند. به این منظور ابتدا نمره‌ی کل آزمودنی‌ها در دو مقیاس خودگویی مثبت و خودگویی منفی به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده وارد مدل رگرسیون شدند تا مشخص شود این دو مقیاس به صورت مشترک چند درصد از واریانس افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی می‌کنند. سپس خرده مقیاس‌های خودگویی مثبت وارد مدل شدند تا به این سؤال پاسخ داده شود که این خرده مقیاس‌ها به صورت مشترک چند درصد از واریانس افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی می‌کنند. در نهایت، خرده مقیاس‌های خودگویی منفی وارد مدل شدند تا مشخص شود که خرده مقیاس‌های خودگویی منفی به صورت مشترک، پیش‌بینی کننده‌ی چند درصد از واریانس افسردگی، اضطراب و استرس هستند. جدول ۲ روابط بین خودگویی‌های مثبت و منفی و افسردگی، اضطراب و استرس را نشان می‌دهد.

جدول ۲- همبستگی بین نمرات آزمون افسردگی، اضطراب و

استرس و پرسش‌نامه‌ی خودگویی

متغیر	افسردگی	اضطراب	استرس
خودگویی مثبت (نمره‌ی کل)	۰/۰۴۰	۰/۰۸۰	۰/۱۰۳*
خودگویی مثبت (خرده مقیاس کوچک‌انگاری)	۰/۰۸۸*	۰/۱۱۸**	۰/۱۱۰*
خودگویی مثبت (خرده مقیاس آموزش خود برای مقابله)	۰/۰۲۲	۰/۰۱۹	۰/۰۴۸
خودگویی مثبت (خرده مقیاس جهت‌گیری مثبت)	۰/۰۰۷	۰/۰۲۷	۰/۰۷۳
خودگویی منفی (نمره‌ی کل)	۰/۳۳۵***	۰/۲۷۲***	۰/۰۶۱
خودگویی منفی (خرده مقیاس افکار مرتبط با افسردگی)	۰/۲۴۲***	۰/۲۶۹***	۰/۰۶۶
خودگویی منفی (خرده مقیاس افکار مرتبط با اضطراب)	۰/۳۹۷***	۰/۲۶۴***	۰/۰۸۶*
خودگویی منفی (خرده مقیاس افکار مرتبط با خشم)	۰/۱۴۱**	۰/۱۰۴*	۰/۰۱۷

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

*** $P \leq 0.001$

خشم به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴ و ۰/۷۳ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های کوچک‌انگاری، جهت‌گیری مثبت و آموزش خود برای مقابله به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۶۸ و ۰/۴۱ است. ب- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لویباند و لویباند^۱ برای اندازه‌گیری هم‌زمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس در افراد، طراحی شده و از پایایی قابل قبولی برخوردار است (۱۳). ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه (۲۱ سئوالی) این مقیاس در یک نمونه‌ی ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۴). هم‌چنین ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (۱۵). روش اجرا برای همه‌ی افراد نمونه، یکسان بود. پس از موافقت افراد و ارایه‌ی توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل، پرسش‌نامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار داده شد.

برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی شامل میانگین، فراوانی و درصد و هم‌چنین همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش، دامنه‌ی سنی ۳۷۵ دانشجوی گروه نمونه ۱۹ تا ۳۶ سال با میانگین سنی ۲۲/۰۸ سال بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی دانشجویان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی دانشجویان

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۸۶
	زن	۲۸۹
وضعیت تاهل	متاهل	۶۵
	مجرد	۳۱۰
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۳۳۷
	کارشناسی ارشد	۳۶
	دکتر	۲
میانگین سنی (سال)		۲۲/۰۸

¹Lovibond and Lovibond

افکار مرتبط با افسردگی و افکار مرتبط با خشم، همبستگی مثبت معنی‌داری را با مولفه‌های اضطراب و افسردگی و خرده‌مقیاس افکار مرتبط با اضطراب با هر سه مولفه‌ی افسردگی، اضطراب و افسردگی، رابطه مثبت معنی‌داری دارد. مطابق با جدول ۳، مقیاس‌های خودگویی مثبت و خودگویی منفی به صورت مشترک ۱۲/۵ درصد ($R^2=0/125$) و خرده‌مقیاس‌های خودگویی مثبت به صورت مشترک ۱/۵ درصد از تغییرات در واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/015$). این در حالی است که خرده‌مقیاس‌های خودگویی منفی به صورت مشترک ۱۵/۸ درصد از تغییرات در واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/158$).

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمره‌ی کل خودگویی مثبت با استرس، رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد. این رابطه در سطح افسردگی و اضطراب هر چند منفی است، اما معنی‌دار نیست. هم‌چنین بررسی همبستگی در سطح خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس کوچک‌انگاری با هر سه مولفه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس، رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد در حالی که دو خرده‌مقیاس دیگر با هیچ‌یک از این مولفه‌ها رابطه‌ی معنی‌داری را نشان نمی‌دهند. خودگویی منفی، همبستگی مثبت معنی‌داری با دو مولفه‌ی افسردگی و اضطراب دارد در حالی که با استرس، همبستگی معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. در این مقیاس، خرده‌مقیاس‌های

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون نمرات خودگویی در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان

متغیرها	B	SE B	t	F	R ²	P
خودگویی مثبت	-۰/۲۸	۰/۰۱۲	-۲/۳۳۴	۲۶/۵۸	*۰/۱۲۵	-۰/۱۱۶
خرده‌مقیاس کوچک‌انگاری	-۰/۰۶۶	۰/۰۲۸	-۲/۳۲۵	۱/۸۶	*۰/۰۱۵	-۰/۱۴۷
خرده‌مقیاس آموزش خود برای مقابله	۰/۰۷۵	۰/۰۶۵	۱/۱۴۵	۱/۸۶	۰/۰۱۵	۰/۰۷۰
خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت	۰/۰۲۷	۰/۰۳۳	۰/۸۰۱	۱/۸۶	۰/۰۱۵	۰/۰۵۰
خودگویی منفی	۰/۱۰۸	۰/۰۱۵	۷/۲۴۶	۲۶/۵۸	***۰/۱۲۵	۰/۳۶۰
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با افسردگی	۰/۰۱۴	۰/۰۴۳	۰/۳۳۳	۲۳/۲۲۷	۰/۱۵۸	۰/۲۴۲
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با اضطراب	۰/۲۶۲	۰/۰۴۰	۶/۵۱	۲۳/۲۲۷	***۰/۱۵۸	۰/۳۹۷
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با خشم	-۰/۰۲۲	۰/۰۴۲	-۰/۵۶۷	۲۳/۲۲۷	۰/۱۵۸	-۰/۰۳۰

* $P \leq 0/05$

** $P \leq 0/01$

*** $P \leq 0/001$

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون نمرات خودگویی در پیش‌بینی اضطراب

متغیرها	B	SE B	t	F	R ²	P
خودگویی مثبت	-۰/۰۲۹	۰/۰۱۰	-۲/۸۵۷	۱۹/۲۷	۰/۰۹۴**	-۰/۱۴۴
خرده‌مقیاس کوچک‌انگاری	-۰/۰۵۸	۰/۰۲۴	-۲/۴۲۶	۲/۰۶۳	۰/۰۱۶*	-۰/۱۵۳
خرده‌مقیاس آموزش خود برای مقابله	۰/۰۳۶	۰/۰۵۵	۰/۶۶۱	۲/۰۶۳	۰/۰۱۶	۰/۰۴۰
خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت	۰/۰۱۴	۰/۰۲۸	۰/۵۱۱	۲/۰۶۳	۰/۰۱۶	۰/۰۳۲
خودگویی منفی	۰/۰۷۶	۰/۰۱۳	۵/۹۹۲	۱۹/۲۷	۰/۰۹۴***	۰/۳۰۳
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با افسردگی	۰/۱۰۷	۰/۰۳۷	۲/۸۹	۱۲/۲۷	۰/۰۹۰**	۰/۱۷۹
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با اضطراب	۰/۰۹۵	۰/۰۳۵	۲/۷۱	۱۲/۲۷	۰/۰۹۰**	۰/۱۷۲
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با خشم	-۰/۰۲۰	۰/۰۳۷	-۰/۵۴۷	۱۲/۲۷	۰/۰۹۰	-۰/۰۳۰

* $P \leq 0/05$

** $P \leq 0/01$

*** $P \leq 0/001$

به صورت مشترک ۱/۶ درصد از تغییرات در واریانس اضطراب ($R^2=0/016$) و خرده‌مقیاس‌های منفی به صورت مشترک ۹ درصد از تغییرات در واریانس را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/09$).

مطابق با جدول ۴، مقیاس‌های خودگویی مثبت و خودگویی منفی به صورت مشترک ۹/۴ درصد از تغییرات در واریانس اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/094$). خرده‌مقیاس‌های خودگویی مثبت

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون نمرات خودگویی در پیش‌بینی استرس دانشجویان

متغیرها	B	SE B	t	F	R ²	P
خودگویی مثبت	-۰/۰۲۳	۰/۰۱۰	-۲/۳۱۵	۳/۳۷	۰/۰۱۸*	-۰/۱۲۲
خرده‌مقیاس کوچک‌انگاری	-۰/۰۳۶	۰/۰۲۲	-۱/۶۳۲	۱/۵۹	۰/۰۱۳	-۰/۱۰۳
خرده‌مقیاس آموزش خود برای مقابله	۰/۰۱۱	۰/۰۵۱	۰/۲۱۲	۱/۵۹	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳
خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت	-۰/۰۱۱	۰/۰۲۶	-۰/۴۲۹	۱/۵۹	۰/۰۱۳	-۰/۰۲۷
خودگویی منفی	۰/۰۲۰	۰/۰۱۲	۱/۶۴۷	۳/۳۷	۰/۰۱۸	۰/۰۸۷
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با افسردگی	۰/۰۲۰	۰/۰۳۶	۰/۵۵۴	۱/۴۳	۰/۰۱۱	۰/۰۳۶
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با اضطراب	۰/۰۴۸	۰/۰۳۴	۱/۴۰۳	۱/۴۳	۰/۰۱۱	۰/۰۹۳
خرده‌مقیاس افکار مرتبط با خشم	-۰/۰۴۲	۰/۰۳۶	-۱/۱۷۵	۱/۴۳	۰/۰۱۱	-۰/۰۶۷

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$

خودکار رفتار شخص، بروز می‌نماید لذا افرادی که در موقعیت‌های درون‌فردی و بین‌فردی، تصویر منفی تحریف شده‌ای از توانمندی و عملکرد خود داشته و بیشتر از خودگویی‌های منفی استفاده می‌کنند، بیشتر مستعد تجربه‌ی اضطراب و افسردگی هستند.

هم‌چنین از آن‌جا که نوع خودگویی در پژوهش‌هایی که در آن‌ها رابطه‌ی میان افکار مثبت و سازگاری روان‌شناختی، مورد بررسی قرار می‌گیرد، می‌تواند به عنوان یک متغیر مشتبه‌کننده ظاهر شود، بنابراین می‌بایستی به محتوای خودگویی‌های مقابله‌ای که افراد در موقعیت‌های تنش‌زا و هیجانی به کار می‌برند، توجه داشت. خودگویی مثبت با عملکرد بالا و خود-کارآمدی، رابطه‌ی مثبت (۱۸) و با افسردگی و اضطراب، رابطه‌ی منفی دارد (۱۹)، در حالی که خودگویی منفی با ناسازگاری روان‌شناختی (۱۷)، اضطراب و افسردگی (۱۶) و عواطف منفی (۱۷) ارتباط دارد.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون گویای آن است که خودگویی منفی در مقایسه با خودگویی مثبت، رابطه‌ی قوی تری با مشکلات عاطفی دانشجویان دارد. این یافته، نظر کندال و چانسکی^۴ (۱۹) را درباره‌ی این که خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت، رابطه‌ی بیشتری با ناسازگاری روان‌شناختی دارد، تایید می‌کند و هم‌چنین موید این یافته مهم است که خودگویی مثبت و منفی، دو بعد مستقل از هم هستند تا این که یک پیوستار دو قطبی باشند (۲۰، ۲۱).

مطابق با جدول ۵، مقیاس‌های خودگویی مثبت و خودگویی منفی به صورت مشترک ۱/۸ درصد ($R^2=0.018$)، هم‌چنین خرده‌مقیاس‌های خودگویی مثبت به صورت مشترک ۱/۳ درصد ($R^2=0.013$) و خرده‌مقیاس‌های خودگویی منفی به صورت مشترک ۱/۱ درصد از تغییرات در واریانس استرس را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0.011$).

بحث

خودگویی، هسته‌ی مرکزی در تنظیم شناختی رفتاری است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم مشکلات عاطفی دارد. با شناخت سبک خودگویی و مولفه‌های آن می‌توان به خودکنترلی که در احساس خودکارآمدی افراد، تاثیر به‌سزایی دارد، دست یافت. نتایج پژوهش حاضر که با هدف بررسی رابطه‌ی خودگویی و مشکلات عاطفی در دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد انجام شد، نشان داد که بین خودگویی منفی و مشکلات عاطفی، همبستگی معنی‌دار در جهت مثبت و بین خودگویی مثبت و مشکلات عاطفی، همبستگی معنی‌دار در جهت منفی وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های کالوت و همکاران (۱۲)، کالوت و کاردنوسو^۱ (۷)، داج^۲ و همکاران (۱۶) و هاردی، گامیج و هال^۳ (۱۷) هماهنگ است. در توجیه این یافته می‌توان گفت که باتوجه به این که گفتگوی درونی از یک سو، اسنادها، انتظارات و ارزیابی‌های فرد از خود و از تکلیف را با هم ترکیب می‌کند و از سوی دیگر با قطع کیفیت

¹Cardenoso²Dodge³Gammage and Hall⁴Kendall and Chansky

کالوت و همکاران، که خودگویی را عامل کلیدی در تنظیم و مدیریت شناختی رفتاری می‌داند (۱۲). هم‌چنین الیس^۱ به نقل از کالوت و همکاران، معتقد است آن چه افراد در برخورد با موقعیت‌های گوناگون به خود می‌گویند، بر روی روشی که واکنش نشان می‌دهند و نحوه‌ای که رفتار می‌کنند، تاثیر می‌گذارد (۱۲).

نتایج حاصل می‌تواند به راهبردهای بالینی و آموزشی متخصصان جهت دهد به طوری که به بالینگران و مشاوران، پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره‌ی دانشجویی، جهت کاهش مشکلات عاطفی مراجعه‌کنندگان، مداخلات درمانی مبتنی بر تغییر خودگویی را در قالب روان‌درمانی‌های انفرادی و گروهی در اولویت قرار دهند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر را نیز می‌توان محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به جمعیت غیر بالینی و نیز دانشجویان یک دانشگاه (پیام نور مشهد) دانست که قدرت تعمیم‌دهی این نتایج را تنها به این جامعه محدود می‌کند لذا از آن جا که بررسی ارتباط خودگویی و مشکلات عاطفی در جمعیت‌های بالینی می‌تواند گستره‌ی فهم ما را در زمینه‌ی آسیب‌شناسی و درمان، ارتقا دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی نمونه‌های بالینی اجرا گردند.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که سبک خودگویی در پیش‌بینی مشکلات عاطفی دانشجویان نقش دارد. با افزایش آگاهی و حساسیت شناختی از طریق آموزش‌های لازم جهت تغییر سبک خودگویی می‌توان به ارتقای سلامت روان و عملکرد دانشجویان کمک نمود.

هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون، نشان‌دهنده‌ی آن است که هر دو نوع خودگویی، قادر به پیش‌بینی مشکلات عاطفی هستند اما خودگویی منفی در مقایسه با خودگویی مثبت، توان بیشتری برای پیش‌بینی افسردگی و اضطراب دارد، به طوری که خودگویی منفی توانست ۱۵/۸ درصد از تغییرات در واریانس افسردگی و ۹ درصد از تغییرات در واریانس اضطراب را پیش‌بینی نماید. این در حالی است که خودگویی مثبت تنها قادر به پیش‌بینی ۱/۵ درصد از تغییرات در واریانس افسردگی و ۱/۶ درصد از تغییرات در واریانس اضطراب بود. اما خودگویی مثبت در پیش‌بینی استرس، توان‌تر از خودگویی منفی بود، به طوری که خودگویی مثبت ۱/۳ درصد و خودگویی منفی ۱/۱ درصد از تغییرات در واریانس استرس را پیش‌بینی کردند. پیشینه‌ی پژوهش موجود در رابطه با خودگویی، موید همین مطلب است و نشان می‌دهد که بسامد زیاد افکار منفی و بسامد کم افکار مثبت، هر دو، با آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند، هر چند ممکن است با جنبه‌های مختلفی از ناسازگاری، رابطه داشته باشند.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که خودگویی‌های منفی در مقایسه با خودگویی‌های مثبت، رابطه‌ی قوی‌تری با مشکلات عاطفی دانشجویان و توان بیشتری برای پیش‌بینی آن‌ها دارند. کندال و چانسکی این پدیده را، قدرت افکار منفی، نام می‌نهند و نشان می‌دهند که بسامد پایین افکار منفی، نسبت به افکار مثبت، نقش بیشتری در تمایز رفتارهای ناسازگار دارد (۱۹-۲۲).

این یافته‌ها موید آن دسته از نظریه‌های شناختی است که تاکید زیادی روی رابطه‌ی بین آن چه افراد به خود می‌گویند و چگونگی رفتار آن‌ها دارد. به ویژه نظریه‌ی مایکنام به نقل از

¹Eliss

References

1. Sadeghian F, Farhadi nasab A, Falahinia G. [Mental health investigation among students of Hamadan University of Medical Sciences in 2006]. Developing and extending of medicine education 2009; 1(1): 44-51. (Persian)
2. Kaveh MH. [The roll of teachers in mental health of elementary school students: The results of an intervention study]. Payesh 2003; 2(2): 95-103. (Persian)

3. Asadi H, Vadoodi V. [The prevalence of socio-individual problems and psychiatric disorders in university students]. Proceeding of the 5th National Congress of Students Mental Health 1389; 9-11. (Persian).
4. Parvizifard. [The prevalence of psychiatric disorders in fresh men of Kermanshah Medical Sciences University in 2001-2002]. Proceeding of the 3rd National Congress of Students Mental Health, 2006; 184. (Persian)
5. Asadi H, Vadoodi V, Yeganeh SH. [The investigation of mental health status among students of Shahid Beheshti University (entrance year: 2007-2008)]. Proceeding of the 4th National Congress of Students Mental Health, 2008, 171-4. (Persian)
6. Asadi H, Hosseini S, Yeganeh SH. [The fresh men's mental health status and prevalence of psychiatric disorders]. Proceeding of the 5th National Congress of Students Mental Health, 2010, 8-9. (Persian)
7. Calvete E, Cardenoso O. Self-talk in adolescents: Dimensions, states of mind, and psychological maladjustment. *Cogn Ther Res* 2002; 26(4): 473-85.
8. Mosayebi H, Esmaeeli M, Falsafinezhad MR. [The effectiveness of cognitive therapy based on self talk technique on diminution of social phobia and correction of self and others interpretation]. *Education and psychology studies* 2010; 11(2): 87-102. (Persian)
9. Safren SA, Heimberg RG, Lerner AH, Warman M, Kendall PC. Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the anxious self- statements questionnaire and the automatic thoughts questionnaire revised. *Cogn Ther Res* 2000; 24(3): 327-44.
10. Jolly JB, Kramer TA. The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. *Cogn Ther Res* 1994; 18: 1-14.
11. Clark DM, McManus F. Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 92-100.
12. Calvete E, Estevez A, Landin C, Mortinez Y, Cardenoso O, Villardan L, et al. Self-talk and affective problems in college students: Valence of thinking and cognitive content specificity. *Span J Psychol* 2005; 8(1): 56-67.
13. Lovibond SM, Lovibond PFM. Manual for the depression, anxiety and stress scale. 2nd ed. Australia, Sydney: Psychology formulation; 1995: 1-211.
14. Sahebi A, Mir Abdollahi E, Salari R. [Normalizing of depression, anxiety and stress scale on students of Ferdowsi University of Mashhad]. Research report 2001: 1-132. (Persian)
15. Mehrabi A, Fata L, Davazdah Emami MH, Rajab A. [The effectiveness of stress management instruction based on cognitive behavioral theory on blood sugar control and emotional difficulties diminution in type 1 diabetes patients]. *Iranian diabetes and lipid journal* 2008; 8(2): 103-14. (Persian)
16. Dodge CS, Hope DA, Heimberg RG, Becker RE. Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. *Cogn Ther Res* 1998; 12: 211-22.
17. Hardy J, Gammage K, Hall CR. A description of athlete self-talk. *The sport psychologist* 2001; 15: 306-18.
18. Hardy J, Hall CR, Gibbs C, Greenslade C. Self-talk and gross motor skill performance: An experimental approach. *Athletic insight* 2005; 7(2): 1-13.
19. Kendall PC, Chansky TE. Considering cognition in anxiety-disordered children. *J Anxiety Disord* 1991; 5: 167-85.
20. Calvete E, Connor-Smith JK. Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cogn Ther Res* 2005; 29(2): 201-17.
21. Amsel R, Fichten CS. Recommendations for Self-Statement Inventories: Use of valence, endpoints, frequency, and relative frequency. *Cogn Ther Res* 1998; 22(3): 225-77.
22. Schwartz RM. Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement and psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 970-83.