

اثربخشی القا رفتار جامعه پسند بر سلامت روانی و جسمانی:

نقش شفقت خود و بهوشیاری

* حامد کاشانکی¹، نیما قربانی²، جواد حاتمی³

1. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران 2. استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران 3. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تهران

(تاریخ وصول: 96/02/05 - تاریخ پذیرش: 96/04/29)

The Effect of Social Desirable Behavior Induction on Physical : and Mental Health: The Role of Self-Compassion and Mindfulness

*Hamed Kashanaki¹, Nima Ghorbani², Javad Hatami³

1. MD, University of Tehran

2. Professor, University of Tehran

3. Associate Professor, University of Tehran

(Received: Apr. 25, 2017 - Accepted: Jun. 20, 2017)

Abstract

Introduction: Research shows a controversy concerning the relationship between social desirability and physical and mental health. The aim of the present study was to examine how social desirability as a personality trait is associated with physical and mental health and how it has been misused. **Method:** The research design included two studies. In the first study, a sample of 220 students (95 males and 125 female) from the University of Tehran completed the Social Desirability (Balard, 1992), Self-Compassion (Raes et al, 2011), Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003), Subjective Vitality (Ryan & Frederick, 1997), General Health Questionnaire (Goldberg et al, 1997), and Symptom Checklist (Bartone, 1995). In the second study, the persons with high and low self-compassion were exposed to socially desirable and common situation, then their physical symptoms were evaluated. **Results:** The correlation and regression analysis showed that social desirability had a positive relationship with self-compassion and mindfulness, but if it not associate with self-compassion and mindfulness, it might not predict physical and mental health. The comparison of groups also showed that high self-compassionate persons compared to low self-compassionate persons had some less negative symptoms during experience of socially desirable behaviour. **Conclusion:** A socially desirable behaviour might be compatible when it has been associated with self-regulation processes including mindfulness and self-compassion.

Keywords: Social Desirability, Physical and Mental Health, Mindfulness, Self-Compassion

چکیده

مقدمه: رابطه رفتار جامعه پسند و سلامت روان معمولاً با نتایج متناقض همراه شده است. در این پژوهش نشان داده شد جامعه پسندی به‌عنوان خصیصه‌ای شخصیتی چگونه با سلامت جسمانی و روانی همراه و در چه صورت به طور ناسالم به کار گرفته می‌شود. **روش:** پژوهش دربرگیرنده دو مطالعه بود. در مطالعه اول، تعداد 220 دانشجوی دانشگاه تهران (مرد: 95 و زن: 125) پرسشنامه جامعه پسندی بالارد (1992) شفقت خود ریس و همکاران (2011)، بهوشیاری براون و رایان (2003)، سرزندگی رایان و فردریک (1997)، سلامت عمومی گلدبرگ (1997) و چک‌لیست علائم جسمانی بارتون (1995) را تکمیل کردند. در مطالعه دوم افراد با شفقت خود بالا و پایین در دو موقعیت ترغیب و عدم ترغیب به جامعه پسندی مقایسه شدند و سپس علائم جسمانی آن‌ها سنجیده شد. **یافته‌ها:** نتایج همبستگی و تحلیل رگرسیون نشان داد جامعه پسندی با شفقت خود و بهوشیاری رابطه مثبت دارد ولی اگر با شفقت خود و بهوشیاری همراه نشود قادر به پیش بینی سلامت جسمانی و روانی نیست. مقایسه گروه‌ها نیز نشان داد افراد با شفقت خود بالا در مقایسه با افراد دارای شفقت خود پایین هنگام انجام رفتار موردپسند، علائم منفی جسمانی کمتری دارند. **نتیجه‌گیری:** رفتار جامعه پسند زمانی سازگار است که با فرآیندهای خودتنظیمی مانند بهوشیاری و شفقت همراه شود. **واژگان کلیدی:** جامعه پسندی، سلامت روانی و جسمانی، بهوشیاری، شفقت خود.

مقدمه

دای¹¹، 1991؛ بایمستر و اکسلین¹²، 1999؛ برنر و دلامتر¹³، 2014). زندگی که فاقد هر نوع مهار احساسات باشد با رفتارهای تکانشی و ضداجتماعی مثل طلاق، حوادث رانندگی، عادات رفتاری مثل سومصرف مواد، تغذیه نامناسب و بی‌نظمی همراه می‌شود (پنیکر¹⁴، 1997؛ فینکنر و همکاران¹⁵، 2016)؛ سطوح بالای انضباط با کاهش پرخاشگری و آسیب‌های روانی کمتر (لایرد، مارکز و مارو¹⁶، 2011)، روابط بین شخصی رضایت‌بخش (فینکل و کامپیل¹⁷، 2011)، پیشرفت تحصیلی (شارپ، گرین و لويس¹⁸، 2017) و نشخوار ذهنی کمتر (وایت و تورنر¹⁹، 2014) ارتباط دارد. بنابراین فرآیند اجتماعی کردن کودکان ایجاب می‌کند والدین چارچوب‌هایی برای میزان آزادی آن‌ها ترسیم کنند تا با حریم‌ها آشنا شوند، به خود آسیب نرسانند و احساساتشان را کنترل کنند. سطوح انضباط آدمی در فرآیندهای عشق و عاطفه والدین زمانی منجر به رشد عاطفی کودک می‌شود که با اصلاح و بازیابی رفتار نادرست کودک همراه باشد (باتول و باور²⁰، 2010). فرآیند نظم بخشی احساسات، کنترل رفتارهای ناپسند و تربیت کودک متناسب با هنجارها موجب ایجاد انضباط در او می‌شود و این خصیصه موجب جلوگیری از رفتارهای نابهنجار، مجرمانه و ضد اجتماعی است.

جامعه پسندی¹ به عنوان یک خصیصه شخصیتی به ارائه تصویر مطلوب و مورد پسند از خود اشاره دارد که هنگام سنجش فرد موجب می‌شود پاسخ‌هایی تصنعی و ناسازگار با واقعیت بدهد تا از نظر دیگران ایده آل به نظر برسد (کراون و مارلو²، 1960؛ کروون و پروین³، 2015). جامعه پسندی در هر دو مدل (خودفریبی و فریب دیگران) برای موردپسند واقع شدن، با دفاع‌های روانی همراه است (براشکاد و یانسن⁴، 1998؛ کرون⁵، 2017). پاسخ‌های افراد دارای خصیصه جامعه پسندی به محرک‌ها، با بیماری‌های ناشی از استرس نیز مرتبط است (برادی و همکاران⁶، 2000؛ اوچی، سرگی و آلونسو⁷، 2015). براساس این یافته‌ها دفاع‌های روانی دیگر فریب، کنترل ناسالم احساسات است که موجب تحریف واقعیت، تداوم اضطراب و بروز علائم جسمانی منفی و بیماری‌های مرتبط با استرس می‌شود. افراد با سبک شخصیتی سرکوب‌کننده⁸ و خود مهارگر⁹ (مهار شناختی) گرایش بیشتری به جامعه پسندی از نوع خودفریبی دارند (پاولز¹⁰، 1998). با این وجود جامعه پسندی از نوع سالم یا ناسالم آن به عنوان سازه‌ای که موجب می‌شود فرد موردپسند دیگران رفتار کند ارتباط تنگاتنگی با انضباط پیدا می‌کند (کاستا، مک گری و

11. Costa, McCrae & Dye
12. Baumeister & Exline
13. Brenner & DeLamater
14. Pennebaker
15. Finkenauer, et al
16. Laird, Marks, & Marrero
17. Finkel & Campbell
18. Sharp, Green, & Lewis
19. White & Turner
20. Boutwell & Beaver

1. Social Desir;
2. Crowne & Marlowe
3. Cervone & Pervin
4. Brosschot & Janssen
5. Krohne
6. Brody, et al
7. Useche, Serge, & Alonso
8. Repressor Personality
9. Self-Inhibitory Personality
10. Paulhus

کاری دلش بخواهد مثل همه بزرگترها می‌تواند انجام دهد و گاهی برای تحقق هدفش کاری را که دوست ندارد انجام دهد (قربانی، 1393). ولی اگر کنترل احساسات کودک با فریبکاری همراه شود ممکن است در بزرگسالی هم برای جلب رضایت جامعه، دوست‌داشتنی جلوه نمودن و موردپسند واقع شدن اقدام به کنترل کند. با این وجود برخی مطالعات جامعه‌پسندی را به‌عنوان رگه‌ای روان‌شناختی که نشان‌دهنده سازگاری اجتماعی است در نظر گرفته‌اند (مک‌گری و کاستا، 1983؛ واتسن، میلرون و موریس، 1995⁴؛ کن و متسون، 2014⁵). بنابراین مسئله‌ای که مطرح می‌شود این است که جامعه‌پسندی چگونه بر علائم جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد و ارتباط بین جامعه‌پسندی با فرآیندهای خودنظم‌بخشی مانند بهوشیاری و شفقت خود به چه صورت است؟ مک‌گری و کاستا (1983) در بررسی جامعه‌پسندی گزارش شده توسط آزمودنی‌ها و همسرانشان نشان دادند جامعه‌پسندی با خصومت، اضطراب، افسردگی، تکانشگری، آسیب‌پذیری و نورزگرایی رابطه منفی دارد. این رابطه در گزارش همسران از آزمودنی‌ها در تمامی مقیاس‌ها کمتر ولی باز هم مثبت و معنادار بود. از طرفی جامعه‌پسندی در این پژوهش رابطه معناداری در مقیاس‌های با زیربنای احساسی مانند قاطعیت و جمع‌گرایی نداشت در حالی که رابطه منفی با گشودگی به تجارب و احساسات داشت. برون‌گرایی و هیجانات مثبت فقط در گزارش همسران رابطه مثبت کمی با جامعه‌پسندی داشتند.

همچنین بسیار بیش از هوش، موفقیت تحصیلی را پیش‌بینی می‌کند و منجر به پیشرفت‌های وسیع شغلی، تحصیلی و بدنی (در ورزشکاران حرفه‌ای) می‌شود (دوک ورت و سلینگمن¹، 2005).

داویس، تاک و ویلنها² (2010) نشان دادند افراد با جامعه‌پسندی بالا 20 تا 30 درصد مصرف مواد کمتر و تا 50 درصد ریسک مصرف الکل پایین‌تری را نسبت به افراد با جامعه‌پسندی پایین گزارش می‌کنند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد با جامعه‌پسندی بالا با استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای عقلانی و شناختی، تمایل کمتری به سرکوب هیجان با سواستفاده از مواد مخدر دارند. همچنین به دلیل برانگیختگی پایین، اضطراب کمتری را گزارش می‌کنند. افراد جامعه‌پسند بیشتر از راهبردهای تسلط‌نفس که با کنترل عقلانی و غلبه بر موقعیت استرس‌زا در مقایسه با راهبردهای هیجان‌محور که با کاهش برانگیختگی در کنار مواجهه با محرک استرس‌آور (الکل، سیگار و مراقبه) همراه است، استفاده می‌کنند، همچنین این افراد گرایش دارند در موقعیت‌های منجر به پاداش مثل محیط‌های رقابتی و منجر به انتخاب، تصنعی خوب به نظر برسند (گراودال و ساندا³، 2006). پس همان‌طور که فرآیند اجتماعی کردن کودکان ایجاب می‌کند والدین چارچوب‌هایی برای میزان آزادی آن‌ها ترسیم کنند تا با حریم‌ها آشنا شوند، به خود آسیب نرسانند و احساساتشان را کنترل کنند نحوه اجتماعی شدن نیز اهمیت دارد. چنین جو ارتباطی به کودک می‌فهماند هنگامی که بزرگ شد هر

4. Watson, Milliron, & Morris
5. Cann, & Matson

1. Duckworth & Seligman
2. Davis, Thake, & Vilhena
3. Gravidal & Sandal

نمی‌شود. در لحظه بودن، تداوم آگاهی، لمس احساسات و تجربه زندگی به دور از تعصب و خودخواهی، از مؤلفه‌های به‌هوشیاری است. از منظری دیگر به‌هوشیاری همان همانندسازی زدایی است (قربانی، 1393). همانندسازی به معنای چسبندگی کامل به موضوع، نیازها و اهداف خواخوانه است. در این هنگام فرد، موضوعی بیرونی را بدون در نظر گرفتن نیازهای من و عاملیت خویش درونی می‌کند (الدس، 2006). واکنش بدن به این موضوع نامنتطبق با خود واقعی، جنگ و گریز است و فرد را مستعد بیماری‌های خودایمنی می‌کند. بنابراین از به‌هوشیاری می‌توان به عنوان درمان برای بیماری‌های اختلال نشانه جسمانی استفاده کرد (اورکی و پوران سامی، 1395). تعهد درمانی به‌هوشیاری را به چهار مهارت فاصله گرفتن از افکار، پذیرش احساسات دردناک، تماس با تجربه کنونی و پرورش مشاهده‌گری تقسیم می‌کند (هایس⁴، 2004). در برخی مطالعات بین خصیصه به‌هوشیاری و جامعه پسندی در افراد رابطه مثبت وجود داشت (ونزیانی و ووسی⁵، 2015).

توجه به و آگاهی از احساسات و افکار خود در سایه مهربانی و شفقت با خود حاصل می‌شود. شفقت خود⁶ به معنای پذیرش شکست‌ها و کاستی‌های خود است که شامل مؤلفه‌های مهربانی با خود، به‌هوشیاری و اشتراکات انسانی است (نف⁷، 2003). شفقت خود به‌طور همزمان نیازمند این است افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام

این نتایج نشان داد جامعه پسندی هر چند با مهارگری احساسات همراه است ولی این مهار و کنترل، خصیصه‌های سازگار شخصیت مانند گشودگی به تجارب و قاطعیت را نیز تحت تأثیر قرار داده است. همچنین میزان بالای جامعه پسندی موجب شده است که شرکت کنندگان در عدم مشکلات روانی اغراق و خصیصه‌های مثبت مرتبط با احساساتشان را کمتر بر آورد کنند. عدم معناداری رابطه جامعه پسندی به‌عنوان نتیجه مهار و نظم دهی احساسات با گشودگی به تجارب و احساسات که بخش جدایی ناپذیر زندگی آدمی هستند، چگونه تبیین می‌شود؟ یونگ¹ (1940) می‌گوید افراد برای اینکه سالم بمانند باید بین در خواست‌های جامعه و آنچه که واقعاً هستند تعادل بر قرار کنند. اگر افراد با جنبه بیرونی شخصیت خود همانندسازی افراطی کنند از خود غافل می‌شوند. بی‌خبری از این جنبه، دست کم گرفتن اهمیت جامعه و نا آگاهی از انسجام و فردیت شخصیت، آلت دست جامعه شدن است. عدم همانندسازی افراطی با جنبه‌های بیرونی شخصیت نیازمند درک و آگاهی به خود است که تحت عنوان بهوشیاری² شناخته می‌شود.

به‌هوشیاری، به معنای توجه و آگاهی تقویت شده است. (براون، رابان و فردریک³، 2007). منظور از توجه تقویت شده، توجه شفاف بدون سوگیری است. فرد بهوشیار به‌طور خودکار به محرک‌های بیرونی پاسخ نمی‌دهد. هر فکر، احساس و حس بدنی که در او بیدار می‌شود، در دامنه توجه قرار می‌گیرد و بازداری

4. Hayes
5. Veneziani & Voci
6. Self- Compassion
7. Neff

1. Jung
2. Mindfulness
3. Brown, Ryan, & Creswell

و این آزمودنی‌ها بیشتر سعی بر ارائه تصویری از خود هستند که از آن‌ها انتظار می‌رود و این تصویر در تضاد با چیزی است که حالت واقعی آن‌ها را نشان می‌دهد. در این افراد شدت علائم فیزیولوژیک مرتبط با استرس که معمولاً از حیظه آگاهی فرد خارج است بالا بود، در حالی که خودشان استرس پایینی گزارش می‌کردند. همچنین این افراد نمره بالایی در مقیاس جامعه‌پسندی مارلو داشتند که این یافته را تأیید می‌کند (برادی و همکاران، 2000). گزارش اضطراب کم در این افراد ممکن است نتیجه سرکوب اضطرابی باشد که حتی وارد حیظه آگاهی آن‌ها نشده است تا ارزیابی شود (اریکسن، اولف و اورسین،⁴ 1997؛ ارسکین و همکاران،⁵ 2016). در پژوهش حاضر بررسی رابطه جامعه‌پسندی و فرآیندهای خودنظم‌بخشی مانند به هوشیاری و شفقت خود به عنوان فرآیندهایی که مانع سرکوب احساسات هستند، می‌تواند پاسخ‌گوی چالش‌های پیشین در ارتباط با جامعه‌پسندی باشد. همچنین این پژوهش با معرفی عینی جامعه‌پسندی در سالم و ناسالم می‌تواند روشنگر نقش جامعه‌پسندی در پیش‌بینی سلامت جسمانی و روانی که در پژوهش‌های پیشین در حاله‌ای از ابهام قرار داشت، باشد. مسئله دیگر این است که اگر جامعه‌پسندی به‌عنوان متغیری که رفتار موردپسند دیگران را موجب می‌شود در چه صورت با دفاع‌های روانی همراه است و موجب پیشگیری از ارتباطات اصیل، صمیمی و رضایت‌بخش با دیگران می‌شود.

اول تجربه و هیجانات را بشناسند و سپس نگرشی مشفقانه به خود داشته باشند که نیازمند چشم‌انداز روانی متعادلی به نام به هوشیاری است (بنت-گلمن،¹ 2001). زمانی که افراد نسبت به احساسات دردناک خود هشیار نیستند، تجاربشان را همان‌طور که هست نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش خود را به‌صورت بازداری و ممانعت از آوردن این افکار و احساسات به هشیاری نشان می‌دهد (ریمرز، تابلونسکی و کول،² 2016). می‌توان گفت شفقت خود و به هوشیاری همراه یکدیگرند، کسی که با خود مهربان است می‌تواند احساسات سیال ناخوشایند درونی خود را بدون ترس از تنبیه مشاهده کند و خود را هشیارانه بشناسد یا به خود هشیار شود. با مهربانی سرکوب‌زدایی کند و در عین تجربه، احساسات شناسایی شده را مهار کند و با مهارگری عالمانه احساسات را تبدیل به عمل نکند به همین دلیل می‌تواند جامعه‌پسندی بالایی داشته باشد. همراهی نمره جامعه‌پسندی بالا و اضطراب کمتر به‌عنوان شاخصی برای تشخیص افراد سرکوب‌کننده (ریپرسور) شناخته می‌شود (براشکاد و یانسن، 1998). رابطه منفی جامعه‌پسندی هشیارانه با علائم منفی جسمانی (گراودل و ساندل،³ 2006) نشان می‌دهد جامعه‌پسندی اگر آگاهانه آگاهانه به‌کار گرفته شود با علائم منفی همراه نمی‌شود. با این وجود براشکاد و یانسن اظهار می‌کنند که افراد دیگر فریب (جامعه‌پسند هشیارانه) تمایل زیادی به پیروی از قوانین نشان می‌دهند. بنابراین در نظارت به حالات هیجانی/خودمختارانه خود به مشکل می‌خورند

4. Eriksen, Olff & Ursin
5. Erskine et al.

1. Bennett-Goleman
2. Remmers, Topolinski & Koole
3. Gravdal & Sandal

روش

عاملی¹ استفاده شد. در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شده است.

پرسشنامه خودسنجی علائم بیماری²: این مقیاس توسط بارتون³ در سال 1995 ساخته شد. با استفاده از این مقیاس 20 ماده‌ای، مشکلات جسمانی و جسمانی‌سازی در یک مقیاس 4 درجه‌ای لیکرت سنجیده می‌شود. ضریب آلفای این مقیاس 0/89 گزارش شده است (بارتون، 1995). همسانی درونی این مقیاس در پژوهش حاضر 0/87 بود.

پرسشنامه احساس سرزندگی: این مقیاس توسط رایان و همکاران⁴ در سال 1997 برای سنجش تجارب شخصی از پر انرژی و تازگی است که در طیفی 7 درجه‌ای لیکرت از (کاملاً مخالفم، 1)، تا (کاملاً موافقم، 7)، طراحی شده است. افراد با نمرات بالا به‌عنوان پر انرژی، سرزنده، سر حال و بهوش ارزیابی می‌شوند. ضریب آلفا و ضریب بازآمایی این مقیاس در نمونه آمریکایی به ترتیب 0/92 و 0/64 گزارش شده است (رایان و فردریک، 1997). در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس 0/89 است.

مقیاس بهوشیاری: مقیاس توجه و آگاهی هشیارانه دربرگیرنده تجارب سیال خود به‌صورت منعطف و غیر قضاوتی است (براون، رایان و فردریک، 2007). این مقیاس دربرگیرنده 15 سؤال است که در طیف لیکرت و دارای دامنه پاسخ (تقریباً همیشه، 1)، تا (تقریباً هیچ وقت، 6) است. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده

جامعه آماری مطالعه اول پژوهش دانشجویان لیسانس، فوق لیسانس و دکتری سال تحصیلی 94-95 در دانشکده‌های روان‌شناسی، هنر، فنی مهندسی و مدیریت دانشگاه تهران بودند. از بین این افراد نمونه 220 نفری (مرد: 95 و زن: 125) با میانگین سنی 235 (انحراف معیار: 4,3) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. در مطالعه دوم که به روش آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون انجام شد، افراد بر اساس نمرات بالا و پایین پیش‌آزمون گزینش شدند.

ابزار پژوهش به‌صورت دفترچه شامل ابزارهای مذکور به همراه پاسخ‌نامه تهیه شد. توضیحات مربوط به هر مقیاس در ابتدای آن قرار داده شد بنابراین دفترچه برای همه شرکت‌کنندگان یکسان بود. علاوه بر مقیاس‌ها، اطلاعات جمعیت شناختی ثبت شد. پس از دادن اطمینان به افراد جهت حفظ اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، در فضای دانشکده‌های روان‌شناسی، هنر، فنی مهندسی و مدیریت دانشگاه تهران، شرکت‌کنندگان سؤالات دفترچه را پاسخ دادند. داده‌های مربوط به مطالعه در دو بخش تحلیل شد. ابتدا در بخش اول ضریب همبستگی متغیرها به روش پیرسون با یکدیگر تعیین شد تا مدل رابطه آن‌ها با یکدیگر تعیین شود و ارتباط انواع فرآیندهای خودنظمی بخشی و جامعه پسندی تبیین شود. در ادامه برای تعیین نقش فرآیندهای خود شناختی (بهوشیاری، شفقت خود) در رابطه جامعه پسندی بر علائم جسمانی و روانی از طریق تحلیل رگرسیون چندمتغیره تک

1. Univariate Multiple Regression
2. Symptom Checklist
3. Bartone
4. Ryan & Frederick

پاسخگویی به پرسشنامه‌های شخصیتی نیز استفاده می‌شود. نمره 0 بیانگر میزان کم دفاعی بودن و نمره 13 نشان‌دهنده میزان بالای دفاعی بودن در افراد است. این جمله "همیشه وقتی اشتباهی می‌کنم حاضرم آنرا بپذیرم" مثالی از آیت‌های تشکیل‌دهنده این مقیاس است. برای فرم کوتاه جامعه پسندی که در این پژوهش از آن استفاده شده است، نتایج اعتبار از 0/59 تا 0/76 متغیر است. این نتایج نشان‌دهنده همسانی درونی نسبتاً بالای این مقیاس است. در پژوهش حاضر نیز همسانی این مقیاس نسبتاً مطلوب (63) ارزیابی شده است.

پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی (گلدبرگ و همکاران⁴، 1997): مجموعه فرم 28 سؤالی آن ارائه گردیده است که سؤالات آن در بر گیرنده چهار خرده مقیاس است که هر یک از آن‌ها خود شامل 7 سؤال هستند. سؤالات 1-7 مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی است. از سؤال 8-14 مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال 15 تا 21 مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات 22-28 نیز مربوط به مقیاس افسردگی است. گزینه‌ها بصورت (1-2-3-4) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسشنامه مذکور 84 خواهد بود. پرسشنامه حاضر استاندارد بوده و در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون 55 بوده و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین 0/72 تا 0/87 بود که بیانگر اعتبار بالای

به هوشیاری یا خودآگاهی بالا است. آلفای کرونباخ این مقیاس با اجرا بر روی 7 نمونه بین 0/82 تا 0/87 گزارش شده است (سراون و همکاران، 2007). در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس 0/86 است. مقیاس شفقت خود- فرم کوتاه: مقیاس کوتاه شفقت خود (ریس، پامیر، نف و ون گاجت¹، 2011) شامل سه عامل اصلی مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و به هوشیاری در مقابل همانندسازی است. این مقیاس دربرگیرنده 12 ماده است، که پاسخ دهندگان در طیف لیکرت 5 درجه‌ای (1: تقریباً هرگز، 5: تقریباً همیشه) به عبارت‌ها پاسخ می‌دهند. نف، کیرک-پاتریک و رود² (2007) این مقیاس را در کشورهای تایلند، تایوان و آمریکا مورد آزمون قرار دادند و ضریب آلفای آنرا به ترتیب 0/87، 0/95 و 0/86 به دست آوردند. ریس و همکاران (2011) نیز در مطالعه خود همسانی درونی مقیاس را 0/86 گزارش کردند، در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس 0/78 است.

مقیاس کوتاه جامعه پسندی مارلو کراون: مقیاس کوتاه جامعه پسندی (بالارد³، 1992) نمونه کوتاه شده از مقیاس 33 آیتمی کرون و مارلو (1960) است. در این مقیاس از مدل صحیح، غلط پاسخ‌ها برای اندازه‌گیری بر افراد افراد از مطلوب و موردپسند نشان دادن خودشان بهره گرفته شده است. از این مقیاس برای اندازه‌گیری خصیصه‌های ثابت افراد در کم بها دادن به ضعف‌هایشان و اغراق در توانایی‌هایشان هنگام

5. Raes, Pommier, Neff & Van Gucht
6. Neff, Kirkpatrick & Rude
3. Balard

4. Goldberg et al.

حمید کاشانکی و همکاران: اثربخشی القا رفتار جامعه پسند بر سلامت روانی و جسمانی: نقش شفقت خود و بهوشیاری

آن است (گلدبرگ و همکاران، 1997). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس 0/92 است. به کار رفته در پژوهش به این صورت است.

یافته‌ها

جدول 1. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

منغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
جامعه پسندی	0/45	0/20	0/63
بهوشیاری	4/17	0/75	0/86
شفقت خود	3/10	0/59	0/78
سرزندگی	4/15	1/42	0/89
خودسنجی علائم مرضی	1/76	0/49	0/87
سلامت عمومی	3/07	0/47	0/92

در مرحله اول ضرایب همبستگی متغیرها تعیین و نشان داده شد جامعه پسندی با علائم مرضی رابطه عکس دارد و پیش‌بین سلامت عمومی و سرزندگی است. همچنین ارتباط جامعه پسندی با بهوشیاری و شفقت خود مثبت بود.

جدول 2. ضرایب همبستگی بین متغیرها

منغیر	1	2	3	4	5	6
1 جامعه پسندی	-					
2 بهوشیاری	0/34	-				
3 شفقت خود	0/44	0/49	-			
4 سرزندگی	0/27	0/39	0/49	-		
5 علائم مرضی	-0/33	-0/39	-0/48	-0/42	-	
6 سلامت عمومی	0/30	0/52	0/59	0/55	-0/72	-

هدف از تحلیل بررسی تأثیر حذف این دو خصیصه از جامعه پسندی است، برای آزمون فرضیه اول از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، داده‌ها را از نظر رعایت مفروضات این مدل آماری بررسی شد (تاباچنیک و فیدل²، 2007). این مفروضه‌ها عبارتند از:

فرضیه اول پژوهش این است که جامعه پسندی در صورت همراه شدن با شفقت خود یا بهوشیاری با سلامت عمومی، سرزندگی و علائم جسمانی ارتباط دارد. با توجه به اینکه مبانی نظری موجود بر نقش اساسی شفقت خود و بهوشیاری بر سلامت روانی و جسمانی صحه گذاشته‌اند (کنگ و لیو¹، 2017) و

2. Tabachnick & Fidell

1. Keng & Liew

گزارش دهی علائم بیماری به عنوان متغیر وابسته (به صورت مجزا) و نمره حاصل از جامعه پسندی به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل شد. در مدل دوم سازه‌های بهوشیاری و شفقت خود نیز به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل شدند. یافته‌های مربوط به جدول حاکی از آن است که هر دو مدل ذکر شده در سطح $p < 0/001$ معنادار هستند. در مدل دوم با ورود متغیرهای شفقت خود و به هوشیاری به تحلیل رگرسیون، درصد تبیین واریانس به طور چشمگیری از 11% به 41% افزایش یافت. در جدول 3 و 4 به ترتیب آزمون معناداری ضرایب رگرسیون و ضرایب رگرسیون مدل‌ها ذکر شده است.

نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن رابطه آن‌ها، عدم وجود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین، همگنی پراکنش باقی مانده‌ها و خطی بودن رابطه باقی مانده‌ها با متغیر وابسته. دو مفروضه اول پایش داده‌ها پیش تر (جدول 1 و 2) بررسی شد. هم خطی بودن چندگانه با توجه به دو شاخص تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد که این دو شاخص نشان داد متغیرهای پیش بین مفروضه عدم هم خطی چندگانه را تأیید می‌کنند. رابطه خطی باقی مانده‌ها با متغیر وابسته و نرمال بودن توزیع باقی مانده‌ها با نمودارهای p-p و Scatter ارزیابی شدند. که نتایج صحت تمام این مفروضه‌ها را تأیید کرد. نمره حاصل از مقیاس سرزندگی، سلامت عمومی و

جدول 3. آزمون معناداری رگرسیون سلسله مراتبی جامعه پسندی، شفقت خود و به هوشیاری و تعامل آن‌ها بر سلامت عمومی

P	F	تغییرات R^2	R^2 تعدیل شده	R^2	R	متغیرهای مستقل	
0/00	31/60	0/11	0/11	0/11	0/33	جامعه پسندی	مدل اول
0/00	66/55	0/31	0/41	0/42	0/65	جامعه پسندی بهوشیاری شفقت خود	مدل دوم

جدول 4. ضرایب رگرسیونی مربوط به فرضیه (مستقل 1: جامعه پسندی 2: جامعه پسندی، شفقت خود و بهوشیاری وابسته: سلامت عمومی)

مدل	متغیر مستقل	B	SE	Beta	T	P
مدل 1	مقدار ثابت	2/73	0/07	---	40/17	0/00
	جامعه پسندی	0/77	0/14	0/33	5/62	0/00
مدل 2	مقدار ثابت	1/19	0/15	---	8/18	0/00
	جامعه پسندی	0/09	0/13	0/04	0/75	0/45
	شفقت خود	0/34	0/05	0/42	7/33	0/00
	به هوشیاری	0/19	0/03	0/30	5/41	0/00

بر اساس مقایسه مقادیر p مربوط به هریک از متغیرهای پیش‌بین، پس از ورود سازه‌های خود تنظیمی (شفقت خود و به هوشیاری) به مدل تحلیل رگرسیونی، جامعه پسندی دیگر نمی‌تواند به‌عنوان متغیر پیش‌بین مورد توجه قرار گیرد ($p < .05$, $t = -0/75$). تأثیر جامعه پسندی که در مدل اول نشان داده شده است، در مدل دوم از طریق به هوشیاری و شفقت خود افزایش پیدا می‌کند.

بر سلامت عمومی اعمال می‌شود. در ادامه متغیر وابسته سرزندگی جانشین سلامت عمومی می‌شود. و ابتدا جامعه پسندی و سپس به هوشیاری و شفقت خود به مدل اضافه می‌شوند. همانطور که در جدول 5 مشاهده می‌شود. تبیین واریانس سرزندگی افراد بعد از ورود بهوشیاری و شفقت خود از 7% به 28% افزایش پیدا می‌کند.

جدول 5. آزمون معناداری رگرسیون سلسله مراتبی جامعه پسندی، شفقت خود و به هوشیاری و تعامل آن‌ها بر سرزندگی

متغیرهای مستقل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تغییرات R ²	تغییر F	P
جامعه پسندی	0/27	0/07	0/07	0/07	20/12	0/00
جامعه پسندی بهوشیاری شفقت خود	0/53	0/28	0/27	0/20	35/51	0/00

بالا (میانگین: 4/66، انحراف معیار 0/20) و پایین (میانگین: 2/59، انحراف معیار: 0/34) انتخاب شدند. ملاک گزینش این افراد، بر اساس میانگین نمرات شفقت خود در مطالعه اول بود. گروه اول دربرگیرنده 30 نفر از افراد با شفقت خود بالا و گروه دوم دربرگیرنده 30 نفر از افراد با شفقت خود پایین بود. این مطالعه با هدف نشان دادن تفاوت دو گروه با شفقت خود بالا و پایین هنگام القا جامعه پسنندی است. برای بررسی این هدف دو فرضیه طراحی شد.

هنگام القا جامعه پسنندی (مشاهده فیلم محرک هیجانات و ترغیب به کنترل هیجان توسط آزمایشگر)، علائم جسمانی و روانی افراد با شفقت خود بالا در مقایسه با افراد با شفقت خود پایین کمتر است و هنگام ابراز آزادانه احساسات (عدم القا جامعه پسنندی) علائم جسمانی و روانی افراد با شفقت خود بالا کمتر از افراد با شفقت خود پایین است. افراد گروه خودشناسی بالا به صورت تصادفی به گروه آزمایش (القا مورد پسند رفتار کردن) و کنترل (عدم القای رفتار مورد پسند) تقسیم شدند. این جایگزینی در افراد گروه شفقت خود پایین نیز اجرا شد. همچنین با توجه به اینکه متغیر وابسته علائم مرضی افراد است. تفاضل نمرات پیش آزمون (مطالعه اول) گروهها مقایسه می شود. ازین رو لازم است ابتدا برای مقایسه گروهها از عدم معناداری تفاوت پیش آزمونها اطمینان حاصل شود.

با توجه به طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل در پژوهش از تحلیل کواریانس برای مقایسه گروهها استفاده می شود تا اثرات پیش آزمون حذف شود. برای همگنی واریانس از آزمون لون¹ برای همگنی تغییرات واریانس گروهها اجرا شد و نتیجه نشان داد تغییرات گروهها در علائم مرضی همگن

بر اساس مقایسه مقادیر p مربوط به هریک از متغیرهای پیش بین، پس از ورود سازه های خود تنظیمی (شفقت خود و به هوشیاری) به مدل تحلیل رگرسیون، جامعه پسنندی دیگر نمی تواند به عنوان متغیر پیش بین مورد توجه قرار گیرد ($p < 0/05$; $t = 0/79$). تأثیر جامعه پسنندی که در مدل اول نشان داده شده است، در مدل دوم خود منجر می شود کل مدل از حالت معناداری خارج شود. این نکته از این جهت حائز اهمیت است که با توجه به بررسی روابط متغیرها در ماتریس همبستگی نشان می دهد نه تنها جامعه پسنندی در صورت تعامل با شفقت خود و به هوشیاری دیگر قادر به پیش بینی تغییرات سرزندگی نیست بلکه مانعی می شود تا این فرآیندها با سرزندگی همراه شوند در واقع اثر بخشی جامعه پسنندی با سرزندگی نه تنها از طریق به هوشیاری و شفقت خود اعمال می شود بلکه با در نظر گرفتن اثر این دو متغیر بر سرزندگی، جامعه پسنندی مانعی در پیش بینی سرزندگی می شود. در ادامه متغیر علائم مرضی جانشین سرزندگی می شود. واریانس علائم مرضی بعد از ورود بهوشیاری و شفقت خود از 9% به 27% تغییر پیدا می کند. بر اساس مقایسه مقادیر p مربوط به هریک از متغیرهای پیش بین، پس از ورود سازه های خود تنظیمی (شفقت خود و به هوشیاری) به مدل تحلیل رگرسیون، جامعه پسنندی دیگر نمی تواند به عنوان متغیر پیش بین علائم مرضی مورد توجه قرار گیرد ($p > 0/05$; $t = 1/18$) تأثیر جامعه پسنندی که در مدل اول نشان داده شده است، در مدل دوم از طریق شفقت خود و به هوشیاری اعمال می شود. مطالعه دوم با هدف بررسی تفاوت بین اثر القا جامعه پسنندی بر علائم جسمانی افراد دارای خصیصه شفقت خود پایین و بالا به صورت تجربی انجام شد. آزمودنی ها در 4 گروه 15 نفره (2 گروه آزمایش و 2 گروه کنترل به صورت تصادفی از همان افراد) از بین افراد با خودشناسی انسجامی

1 . Leven

حمید کاشانکی و همکاران: اثربخشی القا رفتار جامعه پسند بر سلامت روانی و جسمانی: نقش شفقت خود و بهوشیاری

است. $p < 0/05$ بنابراین امکان بررسی تفاوت گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس وجود داشت.

جدول 6. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در خودسنجی علائم مرضی پس از حذف اثرات پیش‌آزمون

گروه	میانگین	انحراف معیار
آزمایش شفقت خود بالا	1/53	0/11
کنترل شفقت خود بالا	1/55	0/10
آزمایش شفقت خود پایین	2/03	0/10
کنترل شفقت خود پایین	1/97	0/10

در ادامه نتایج معناداری تفاوت میانگین گروه‌ها از هم آورده می‌شود.

جدول 7. معناداری تفاوت گروه‌ها از هم (مقایسه گروه آزمایش شفقت خود بالا و پایین، گروه کنترل شفقت خود پایین و

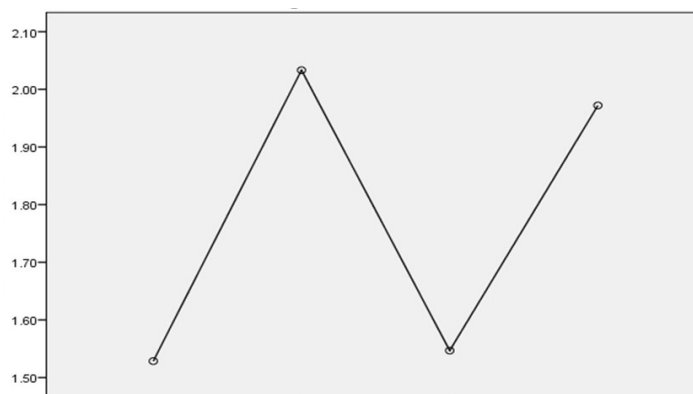
بالا)، مستقل: شفقت خود، وابسته: علائم جسمانی)

گروه	شفقت خود	گروه	شفقت خود	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
آزمایش	بالا	آزمایش	پایین	-0/50	0/15	0/007
کنترل	بالا	کنترل	پایین	-0/42	0/14	0/03

همچنین علائم مرضی افراد با شفقت خود بالا و پایین در گروه کنترل (عدم القا رفتار مورد پسند) متفاوت است ($p < 0/05$) و این علائم در افراد با شفقت خود بالا کمتر است.

بر اساس جدول 7 علائم مرضی افراد دارای شفقت خود بالا و پایین در گروه آزمایش (القا رفتار مورد پسند) متفاوت است ($p < 0/01$) و این علائم در افراد با شفقت خود بالا کمتر است.

شکل 1. مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در علائم مرضی



کنترل (شفقت پایین) کنترل (شفقت بالا) آزمایش (شفقت پایین) آزمایش (شفقت بالا)

نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌های پژوهش گویای اثربخشی مطلق جامعه‌پسندی از طریق به هوشیاری و شفقت خود بر سلامت جسمانی و روانی است. بنابراین می‌توان گفت جامعه‌پسندی پوششی است که روی مهربانی با خود و تجارب احساسی پویای افراد وجود دارد و در غیر این صورت این پوشش باوجود حفظ ظاهر مثبت، سلامت روان و جسم افراد را پیش‌بینی نمی‌کند. تبیین احتمالی یافته‌های متناقض از جامعه‌پسندی با بررسی این ارتباط تا حدودی حل می‌شود. مهربانی با خود، پذیرای خود بودن و درنهایت موردپسند بودن را رقم می‌زند و این مهربانی با خود است که سلامت را پیش‌بینی می‌کند نه صرف موردپسند رفتار کردن افراد. تعامل شفقت و به هوشیاری به عنوان دو خصیصه در هم تنیده همسو با مطالعه کنگ و لیو (2017) است. برعکس مطالعات پیشین (نف، 2003؛ نف، رود و کیرک-پاتریک، 2007) در جامعه آمریکا که بین شفقت خود و جامعه‌پسندی ارتباطی قائل نبودند، این پژوهش نشان داد جامعه‌پسندی نه تنها با شفقت خود ارتباط مثبت دارد بلکه از طریق این خصیصه با سلامت جسم و روان همراه می‌شود. این یافته تفاوت فرهنگی ایران و آمریکا را در شفقت خود نشان می‌دهد. در جامعه ایران به دلیل اولویت ارائه تصویر مثبت بر رضایت درونی از خود که می‌تواند ناشی از تأکید ارزش‌های معنوی و دینی بر رفتار مورد پسند باشد (قربانی و همکاران¹، 2017)، تمایل افراد به سرکوب، کنترل احساسات

و عدم افشای خود برای حفظ ظاهر مثبت بیشتر است در حالی که در آمریکا کنترل‌های هیجانی کمتر است و زمانیکه فرد در حال تجارب بلافصل هیجان‌آمی منفی مانند خشم یا غم است و یا آن‌ها را می‌پذیرد تمایلی ارائه رفتار مورد پسند دیگران ندارد و حفظ ظاهر یا رضایت اطرافیان برایش در اولویت قرار ندارد. بنابراین در جامعه ایران که حفظ تصویر مثبت از خود ارزش تلقی می‌شود، افراد زمانیکه بدون توجه و آگاهی به هیجان‌آمی در حفظ این تصویر مثبت (خصیصه رفتار جامعه‌پسند) کنند در بلند مدت دچار بیماری و افت سلامت خواهند شد. بی‌معنا شدن مدل پیش‌بین سرزندگی نشان می‌دهد جامعه‌پسندی بدون شفقت خود و به هوشیاری موجب گرفتگی سرزندگی افراد می‌شود. از این رو کسانی می‌توانند جامعه‌پسند و سالم رفتار کنند که پذیرای احساسات خود و درنهایت دیگران باشند. ظرفیت و توان همدمی را داشته باشند و بی‌چون و چرا احساسات خود را بپذیرند. جامعه‌پسندی که موجب می‌شود افراد از خود تصویری ایده‌آل نشان دهند زمانی که بدون در نظر گرفتن هیجان‌آمی شخصی و پذیرای احساسات خود بودن به کار گرفته شود مانعی در راه سرزندگی افراد می‌شود و قادر به پیش‌بینی سلامت جسم و روان نخواهد بود. این یافته نتیجه نوین در خصوص جامعه‌پسندی ارائه می‌دهد که چالش‌های مطالعاتی (برادی و همکاران، 2000) در خصوص همراه شدن جامعه‌پسندی با دفاع‌ها را پاسخگو است. جامعه‌پسندی زمانی با دفاع‌های روانی و سرکوب همراه است که بدون به‌هوشیاری و

(2016) مورد تأیید قرار گرفت. در ادامه پژوهش‌های آتی با بررسی مدل ارتباطی متناسب با فرهنگ ایران می‌تواند در سبک‌های مشاوره‌ای، درمانی و یا مداخلاتی به هوشیاری و شفقت خود بومی سازی مطابق با جامعه ایرانی انجام دهد که در آن‌ها به جامعه پسندی در کنار خصیصه‌های شفقت و به هوشیاری توجه بیشتری شود. همراهی شفقت خود و به هوشیاری با جامعه پسندی به عنوان سازه‌های متداول مرتبط با سلامت روان که رواج زیادی در پژوهش‌های روان‌شناسی دارند می‌تواند روشنگر مسیر پژوهش‌های آزمایشگاهی و تجربی در خصوص سنجش علائم فیزیولوژیک در موقعیت‌هایی باشند که در آن‌ها کنترل هیجان منجر به فعال شدن خصیصه‌های شفقت، بهوشیاری و جامعه پسندی می‌شود. از منظری دیگر خصیصه‌های شخصیتی که معمولاً در پژوهش‌ها تحت عنوان موردپسند رفتار کردن یا جامعه پسندی از آن یاد می‌شود به معنای نقش‌ها و نقاب‌هاییست که ما آدم‌ها در صحنه‌های مختلف زندگی بر چهره می‌زنیم (هندرسون و همکاران، 2012). این نقاب‌ها و نقش‌ها سبب می‌شود کارکرد ما در این فضاها حفظ شود و تصویر مثبتی از خود نشان بدهیم؛ این نکته یعنی آدم‌ها معمولاً فراموش می‌کنند که تنها بازیگران عرصه احساسات و هیجانات هستند و آنچه واقعیت دارد احساس است نه نقش. در این هنگام غرق در نقش‌های خود می‌شوند و حقیقت را به بهایی اندک، قربانی نقش‌هایشان می‌کنند. بنابراین در فضایی دفاعی و ساختگی بازی می‌کنند و تصور می‌کنند بازی را برده‌اند یا

شفقت خود به کار گرفته شود. تبیین بعدی برای سلطه جامعه پسندی بدون هشیاری را می‌توان در مبانی پویشی¹ یافت. ساختار مغزی در کودکی به گونه‌ای رشد نایافته است و منجر می‌شود کودک احساس را برابر با عمل بداند (گریچی، تیونیک، فردریکسون و جاب²، 2015). در واقع عصبانیت از مادر برابر با قتل مادر است (کلاین³، 2002) و هر چقدر این احساسات در دوران زودتری از زندگی سرکوب شوند ترس ناشی از مواجهه شدن با آن‌ها به دلیل مطابق با عمل شمردنشان بیشتر است. بنابراین کنترل ناشی از ترس و تهدید که بیرونی سازی تهدیدهای درونی شده فرد است مکانیسم‌های روانی جامعه پسند را با درون‌مایه سرکوب برای احاطه و سلطه بر محیط خطرناک (در حالیکه واقعاً خطرناک نیست) به کار می‌گیرد و این نوع از به‌کارگیری کنترل خود، منجر به تقویت و انتخاب محیط‌هایی می‌شود که تسلط فرد در آن‌ها حفظ شود. فرآیندهای خودنظم بخشی با ایجاد محیطی برای شناخت خود و دیگران موجب می‌شوند فرد بتواند نه تنها موردپسند دیگران رفتار کند بلکه این رفتار موردپسند او با سلامت جسمانی و روانی نیز همراه شود. از این رو می‌توان گفت جامعه پسندی نتیجه شفقت خود و به هوشیاری است تا اینکه پیش‌بینی کننده این دو سازه باشد. نیاز به شناخت فرهنگ برای تعیین ارزش خصیصه جامعه پسندی در فراتحلیل بو-مالهام و سوشیر⁴،

1. Psychodynamic
2. Grecucci., Theuninck, Frederickson & Job
3. Klein
4. Bou Malham & Saucier

کردن همان نچسبیدن به یک هویت و همانندسازی زدایی و انعطاف‌پذیری است. همانند سازی در اینجا چسبیدن به موقعیت‌ها و زمان‌های زندگی است بدون اینکه پویایی آن‌ها حفظ شود. آگاه شدن به همانندسازی با لحظه و مکان در این سطح اوج سلامت روان را رقم می‌زند. یعنی زمانیکه فرد بتواند لحظه لحظه از واقعیت درونی خود آگاه باشد و به موقعیت یا زمانی که در آن قرار دارد نچسبد در نتیجه در نقش‌های خود فرو نرود و انسانیت خود که همان هیجان‌های متعدد است را سرکوب نسازد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فاصله بین سنجش علائم جسمانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اشاره کرد. همچنین در پژوهش‌های آتی می‌توان با سنجش علائم جسمانی با دستگاه‌های آزمایشی میزان جامعه‌پسندی افراد را دقیق‌تر بررسی کرد. به علاوه با بررسی دیگر شاخص‌های سازگاری و سلامت‌روان مانند مهار خود یا خودشناسی در کنار شفقت خود می‌توان به اهمیت این سازه‌ها در کنار جامعه‌پسندی پی‌برد.

باخته‌اند یا قوانین آن را به خوبی می‌دانند در حالیکه واقعیت همان تجربه احساسات است که شکست و پیروزی در آن معنایی ندارد. کارگردان زندگی، عاملیت یا آگاهی خود فرد است. زمانیکه پای کارگردان به زندگی باز شود افراد غرق در نقش‌ها و دفاع‌ها نمی‌شوند بلکه نقش‌ها را همچون نقابی آگاهانه بر صورت خود می‌زنند و گاه‌گاهی رخ می‌نمایند و به خود و دیگران یادآوری می‌کنند که تنها در حال نقش بازی کردن هستند و واقعیت همین تجربه احساسات در لحظه است. شناخت نقاب‌هایی که بر چهره می‌زنیم سبب مهارت کارگردان زندگی‌مان در هدایت این نقش‌ها می‌شود. از این جهت انسانیت، همدلی و هیجان‌ات را فدای نقاب خود نمی‌کنیم و در نتیجه سرکوب هیجان‌ات و علائم جسمانی کمتری هم خواهیم داشت.

پس شناخت جامعه‌پسندی یا شخصیت و نقاب‌های ما در مواجهه با هیجان‌ات، کارگردان زندگی‌مان را قدرتمندتر می‌کند و سبب می‌شود فرد آگاهانه نقش بازی کند، آگاهانه نقش بازی

منابع

- قربانی، ن (1393). من به روایت من. تهران:

بینش نو.

- Baumeister, R. F. & Juola Exline, J. (1999). "Virtue, personality, and social relations: Self-control as the moral muscle". *Journal of personality*, 67(6), 1165-1194.

- Bennett-Goleman, T. (2002). "Emotional alchemy: How the mind can heal the heart". *Harmony. Emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences*, 57-84.

- Ballard, R. (1992). "Short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale". *Psychological reports*, 71(3f), 1155-1160.

- Bartone, B. (1995). "Stress & illness among military air disaster disease". *Journal of mental & nervosa*, 55,310-328.

- Davis, C. G.; Thake, J. & Vilhena, N. (2010). *Social desirability biases in self-reported alcohol*
- Duckworth, A. L. & Seligman, M. E. (2005). “Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents”. *Psychological science*, 16(12), 939-944.
- Eriksen, H. R.; Olff, M. & Ursin, H. (1997). “The CODE: a revised battery for coping and defense and its relations to subjective health”. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 175–182.
- Erskine, J.; Kvavilashvili, L.; Myers, L.; Leggett, S.; Davies, S.; Hiskey, S. & Georgiou, G. (2016). “A longitudinal investigation of repressive coping and ageing”. *Aging & mental health*, 20(10), 1010-1020.
- Finkenauer, C.; Buyukcan-Tetik, A.; Baumeister, R. F.; Schoemaker, K.; Bartels, M. & Vohs, K. D. (2015). “Out of control identifying the role of self-control strength in family violence”. *Current Directions in Psychological Science*, 24(4), 261-266.
- Ghorbani, N.; Watson, P. J.; Kashanaki, H. & Chen, Z. J. (2017). “Diversity and Complexity of Religion and Spirituality in Iran: Relationships with Self-Compassion and Self-Forgiveness”. *The International Journal for the Psychology of Religion*, (just-accepted).
- Goldberg, D. P.; Gater, R.; Sartorius, N.; Ustun, T.; Piccinelli, M.; Gureje, O. & Rutter, C. (1997). “The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care”. *Psychological medicine*, 27(01), 191-197.
- Goldstein, D. A. & Antoni, M. H. (1989). “The distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast cancer patients as compared to non-cancer patients”. *Psychology and Health*, 3(4), 245-258.
- Gravdal, L. & Sandal, G. M. (2006). “The two-factor model of social desirability: Relation to coping and defense, and implications for health”. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 1051-1061.
- Grecucci, A.; Theuninck, A.; Frederickson, J. & Job, R. (2015). *Mechanisms of social emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy*.
- Bou Malham, P. & Saucier, G. (2016). “The conceptual link between social desirability and cultural normativity”. *International Journal of Psychology*.
- Boutwell, B. B. & Beaver, K. M. (2010). “The role of broken homes in the development of self-control: A propensity score matching approach”. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 489-495.
- Brenner, P. S. & DeLamater, J. D. (2014). “Social desirability bias in self-reports of physical activity: is an exercise identity the culprit?”. *Social Indicators Research*, 117(2), 489-504.
- Brody, S.; Wagner, D.; Heinrichs, M.; James, A.; Hellhammer, D. & Ehlert, U. (2000). “Social desirability scores are associated with higher morning cortisol levels in firefighters”. *Journal of psychosomatic research*, 49(4), 227-228.
- Brosschot, J. F. & Janssen, E. (1998). “Continuous monitoring of affective-autonomic response dissociation in repressors during negative emotional stimulation”. *Personality and Individual Differences*, 25(1), 69-84.
- Brown, K. W.; Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). “Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects”. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.

- Cann, A. & Matson, C. (2014). "Sense of humor and social desirability: Understanding how humor styles are perceived". *Personality and Individual Differences*, 66, 176-180.
- "consumption and harms". *Addictive behaviors*, 35(4), 302-311.
- Cervone, D. & Pervin, L. A. (2015). *Personality, Binder Ready Version: Theory and Research*. John Wiley & Sons.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R. & Dye, D. A. (1991). "Facet scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality inventory". *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887-898.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). "A new scale of social desirability independent of psychopathology". *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Neff, K. (2003). "The development and validation of a scale to measure self-compassion". *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D.; Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2007). "Self-compassion and adaptive psychological functioning". *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Olds, D. D. (2006). "Identification: Psychoanalytic and biological perspectives". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(1), 17-46.
- Olf, M.; Brosschot, J. F. & Godaert, G. (1993). "Coping Styles and Health". *Personality and Individual Differences*, 15, 81-90.
- Paulhus, D. L. (1998). "Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: a mixed blessing?". *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1197-1208.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of emotional expression*. New York: Guilford.
- Raes, F.; Pommier, E.; Neff, K. D. & Van Gucht, D. (2011). "Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale". *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Remmers, C.; Topolinski, S. & Koole, S. L. (2016). "Why Being Mindful May Have More Benefits Than You Realize: Mindfulness Improves Both Explicit and Implicit Mood Regulation". *Mindfulness*, 7(4), 829-837.
- Ryan, R. M. & Brown, K. W. (2003). "Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness". *Psychological Inquiry*, 71-76.
- Ryan, R. M. & Frederick, C. (1997). "On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being". *Journal of personality*, 65(3), 529-565.
- Sharp, R.; Green, A. & Lewis, J. (2017). *Education and social control: A study in progressive primary education* (Vol. 49). Routledge.
- Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty*. New York: Bantam Book.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). "Multilevel linear modeling". *Using multivariate statistics*, 781-857.
- Hayes, S. C. (2004). "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies". *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C.; Wilson, K. G.; Gifford, E. V.; Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). "a functional

dimensional approach to diagnosis and treatment". *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.

– Henderson, C.; Evans-Lacko, S.; Flach, C. & Thornicroft, G. (2012). "Responses to mental health stigma questions: the importance of social desirability and data collection method". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 152-160.

– Henderson, C.; Evans-Lacko, S.; Flach, C. & Thornicroft, G. (2012). "Responses to mental health stigma questions: the importance of social desirability and data collection method". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 152-160.

– Jung, C. G. (1940). "The psychology of the child archetype". *The archetypes and the collective unconscious*, 9(Part 1).

– Keng, S. L. & Liew, K. W. L. (2017). "Trait Mindfulness and Self-Compassion as Moderators of the Association Between Gender Nonconformity and Psychological Health". *Mindfulness*, 8(3), 615-626.

– Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*.

– Klein, M. (2002). *Love, guilt and reparation: and other works 1921-1945* (Vol. 1). Simon and Schuster.

– Krohne, H. W. (2017). *Stressbewältigung. In Stress und Stressbewältigung bei*

Operationen (pp. 79-112). Springer Berlin Heidelberg.

– Maslow, A. H.; Frager, R. & Cox, R. (1970). *Motivation and personality* (Vol. 2). J. Fadiman, & C. McReynolds (Eds.). New York: Harper & Row.

– McCrae, R. & Costa, P. T. (1983). Social desirability scales: More substance than style.

– Watson, P. J.; Milliron, J. T. & Morris, R. J. (1995). "Social desirability scales and theories of suicide: Correlations with alienation and self-consciousness". *Personality and Individual Differences*, 18(6), 701-711.

– White, B. A. & Turner, K. A. (2014). "Anger rumination and effortful control: Mediation effects on reactive but not proactive aggression". *Personality and Individual Differences*, 56, 186-189. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(6), 882.

– Useche, S.; Serge, A. & Alonso, F. (2015). "Risky behaviors and stress indicators between novice and experienced drivers". *American Journal of Applied Psychology*, 3(1), 11-14.

– Veneziani, C. A. & Voci, A. (2015). "The Italian adaptation of the Mindful Awareness Attention Scale and its relation with individual differences and quality of life indexes". *Mindfulness*, 6(2), 373-381.