

تدوین مدل شناختی-هیجانی نشخوار فکری برای بیماران سایکوسماتیک: مطالعه کارکنان بانک ملی

سهیلا فضلی^۱، ناصر امینی^۲، مولود کیخسروانی^۱، امین اله رفیعی پور^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: amini.n@iau.ac.ir

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۱/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

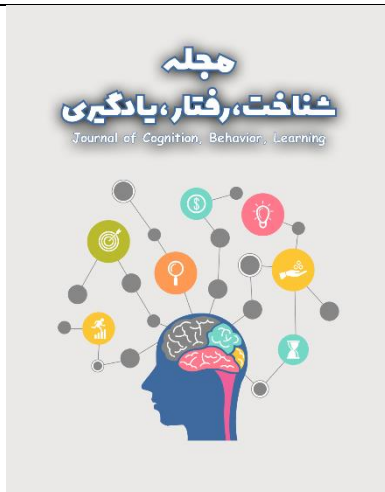
تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

چکیده

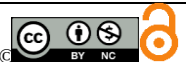
هدف پژوهش حاضر تدوین و اعتبارسنجی یک مدل شناختی-هیجانی برای پیش‌بینی نشخوار فکری در بیماران سایکوسماتیک با تمرکز بر کارکنان بانک ملی است. پژوهش حاضر به روش توصیفی-همبستگی و با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل ۲۷۸۹ نفر از کارکنان بانک ملی شیراز در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌ای ۳۰۰ نفره به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه نشانه‌های سایکوسماتیک نیجنه‌ویس، مقیاس نشخوار فکری نولن-هوکسما، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه شیوه‌های حل تعارض رحیم، پرسشنامه خطاهای شناختی میگوئی و پرسشنامه اجتناب تجربی بوند بود. داده‌ها با استفاده از روش حداکثر احتمال در مدل معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که خطاهای شناختی و شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض رابطه معناداری با نشخوار فکری دارند. همچنین نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی در این روابط تأیید شد. شاخص‌های برازش ($\chi^2/df=2.88$, $RMSEA=0.058$, $CFI=0.912$) نشان دادند که مدل پیشنهادی برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مؤلفه‌های خطاهای شناختی و راهبردهای ناکارآمد حل تعارض بر نشخوار فکری در سطح معناداری $p<0.001$ تأیید شد. این مدل نشان می‌دهد که نشخوار فکری در بیماران سایکوسماتیک نتیجه تعامل پیچیده میان خطاهای شناختی، شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی است. یافته‌ها می‌توانند در طراحی مداخلات روان شناختی برای کاهش نشخوار فکری و ارتقاء سلامت روانی و جسمی کارکنان در محیط‌های کاری پراسترس به کار روند.

کلیدواژگان: نشخوار فکری؛ اختلالات سایکوسماتیک؛ خطاهای شناختی؛ حل تعارض؛ طرحواره‌های

ناسازگار؛ اجتناب تجربی



شیوه استاندارد: فضلی، سهیلا، امینی، ناصر، کیخسروانی، مولود، و رفیعی پور، امین اله. (۱۴۰۴). تدوین مدل شناختی-هیجانی نشخوار فکری برای بیماران سایکوسماتیک: مطالعه کارکنان بانک ملی. *شناخت، رفتار، یادگیری*, ۳(۳)، ۱-۲۰.



Cognition, Behavior, Learning

Developing a Cognitive-Emotional Model of Rumination for Psychosomatic Patients: A Study on National Bank Employees

Soheila. Fazli¹, Naser. Amini^{1*}, Moloud. Keykhosrovani¹, Aminollah. Rafiepoor²

1. Department of Psychology, Bu .C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

2. Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: amini.n@iau.ac.ir

Submit Date: 2025-04-18

Revise Date: 2025-08-24

Accept Date: 2025-09-06

Publish Date: 2025-10-23

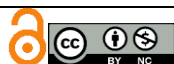
Abstract

The present study aimed to develop and validate a cognitive-emotional model for predicting rumination in psychosomatic patients, focusing on employees of the National Bank. This descriptive-correlational study employed structural equation modeling. The statistical population included 2,789 National Bank employees in Shiraz in 2020, from which a sample of 300 participants was selected through multi-stage cluster sampling. Standardized instruments were used, including the Nijmegen Psychosomatic Symptoms Questionnaire, the Ruminative Responses Scale, Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire, Rahim's Conflict Resolution Inventory, the Cognitive Errors Questionnaire, and the Acceptance and Action Questionnaire-II. Data were analyzed using maximum likelihood estimation within structural equation modeling, and model fit was assessed through multiple indices. Results indicated that cognitive errors and dysfunctional conflict resolution strategies were significantly associated with rumination. Early maladaptive schemas and experiential avoidance were confirmed as mediating variables in these relationships. The fit indices (CFI=0.912, RMSEA=0.058, $\chi^2/df=2.88$) supported the adequacy of the proposed model. Both direct and indirect effects of cognitive errors and dysfunctional conflict resolution strategies on rumination were significant at $p<0.001$. The proposed model highlights rumination in psychosomatic patients as a complex interaction of cognitive errors, dysfunctional conflict resolution strategies, early maladaptive schemas, and experiential avoidance. The findings provide valuable insights for developing psychological interventions aimed at reducing rumination and improving both mental and physical health in employees working under high-stress occupational environments.

Keywords: Rumination; Psychosomatic disorders; Cognitive errors; Conflict resolution; Early maladaptive schemas; Experiential avoidance



How to cite: Fazli, S., Amini, N., Keykhosrovani, M., Rafiepoor, A. (2025). Developing a Cognitive-Emotional Model of Rumination for Psychosomatic Patients: A Study on National Bank Employees. *Cognition, Behavior, Learning*, 2(3), 1-20.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

رشد روزافزون پژوهش‌ها در حوزه روانشناسی بالینی و سلامت روان، نشان می‌دهد که نشخوار فکری و اجتناب شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات سایکوسوماتیک دارند. اختلالات سایکوسوماتیک به عنوان جلوه‌های جسمانی استرس‌ها و تعارضات هیجانی، در میان گروه‌های شغلی پرتنش همچون کارمندان بانک بسیار شایع هستند (Dimsdale, 2019). ارتباط دوسویه ذهن و بدن در این حوزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و پژوهش‌های اخیر تلاش کرده‌اند با تمرکز بر متغیرهای شناختی-هیجانی، مدل‌هایی برای تبیین نشخوار فکری و پیامدهای آن ارائه کنند (Efremov, 2024).

از دیدگاه روانشناسی شناختی، افکار تکراری منفی و نشخوارگرایانه در تعامل با خطاهای شناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زمینه‌ساز تشدید هیجان‌های منفی و بروز واکنش‌های جسمانی می‌شوند (Barsalou, 2014). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که افراد دارای سطوح بالای نشخوار فکری، بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب بوده و علائم سایکوسوماتیک در آنان شدت بیشتری دارد (Denovan et al., 2018). این ارتباط در زمینه‌های بالینی و غیرکلینیکی به اثبات رسیده است؛ برای نمونه، در مطالعه‌ای بر جمعیت غیرکلینیکی نیز ارتباط بین خطاهای شناختی و نشخوار فکری تأیید شد (Mohammadi-Khani et al., 2013).

از سوی دیگر، مدل‌های هیجانی و رفتاری نشان می‌دهند که شیوه‌های ناکارآمد مقابله با تعارض و اجتناب تجربی، نقش واسطه‌ای در رابطه بین خطاهای شناختی و نشخوار فکری ایفا می‌کنند (Dunaeva, 2017). اجتناب از تجربه‌های منفی به جای مواجهه سازنده با آن‌ها، موجب می‌شود چرخه افکار نشخوارگرایانه پایدار بماند و در نهایت سلامت روانی و جسمی فرد تضعیف شود (Qtoof et al., 2022). در همین راستا، پژوهش‌های متعددی بر اهمیت فرایندهای هیجانی در بروز اختلالات جسمانی ناشی از استرس تأکید کرده‌اند (Sawyer et al., 2013). ابعاد اجتماعی و بین‌فردی نیز در این چرخه نقشی اساسی دارند. برای مثال، قربانی شدن در تعاملات اجتماعی، مانند تجربه قلدری در کودکی یا آزار هیجانی در نوجوانی، می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای پایدار نشخوار فکری منجر شود که بر سلامت روان تأثیر بلندمدت دارند (Ji, 2024; Labella et al., 2024). در همین راستا، پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که بدرفتاری‌های عاطفی دوران کودکی از طریق واسطه‌گری نشخوار فکری و کاهش تاب‌آوری، زمینه‌ساز بروز افسردگی و مشکلات هیجانی در بزرگسالی می‌شوند (Ji, 2024).

در سطح فردی، متغیرهایی همچون تصویر بدنی، سبک دلبستگی، باورهای ناکارآمد و انعطاف‌پذیری شناختی نیز به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده شدت نشخوار فکری و علائم جسمانی معرفی شده‌اند (Ramezani et al., 2023; Seyed Alitabar & Goli, 2024). به همین ترتیب، سبک‌های فاجعه‌سازی درد و افکار فاجعه‌انگار نیز با افزایش آسیب‌پذیری افراد نسبت به نشانه‌های جسمانی و تشدید اختلالات سایکوسوماتیک همراه هستند (Sullivan et al., 1995; Sullivan et al., 2005; Zare et al., 2014).

در زمینه مداخلات روان‌شناختی، رویکردهای مختلفی برای کاهش نشخوار فکری و ارتقای سلامت روان پیشنهاد شده است. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب شناختی، تنظیم هیجان و نشخوار فکری اثربخش گزارش شده‌اند (Afshar et al., 2024; Zare et al., 2014). همچنین درمان پذیرش و تعهد، با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب تجربی، توانسته است انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش داده و سطح نشخوار فکری را کاهش دهد (Bakhshandeh Larimi et al., 2021; Vatanpanah et al., 2024). یافته‌های مشابهی نیز از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان متمرکز بر هیجان در بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری گزارش شده است (Malekzadeh et al., 2024; Mohasseli, 2024; Vatanpanah et al., 2023).

اهمیت این موضوع در شرایط خاص گروه‌های مختلف جمعیتی بارزتر می‌شود. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان مبتلا به افسردگی، به‌ویژه در حضور مشکلاتی چون خودآسیب‌زنی، تحت تأثیر مستقیم نشخوار فکری و مشکلات تنظیم هیجان قرار دارند (He et al., 2025). همچنین در افراد سالمند، نشخوار فکری در مواجهه با تجربه‌های دشواری همچون مرگ همسر، با شدت اختلال علائم جسمانی

و اختلال خواب مرتبط است (Ludwikowska-Świeboda, 2023). افزون بر این، در محیط‌های پرتنش مانند رانندگی، نشخوار خشم نقش واسطه‌ای در رفتارهای پرخطر دارد (Umar, 2025).

مطالعات داخلی نیز این یافته‌ها را تأیید کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشخوار فکری و راهبردهای ناکارآمد هیجانی در جمعیت‌های ایرانی از جمله زنان چاق، بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افراد دارای ناتوانی جسمی با سطوح بالای نشانه‌های سایکوسوماتیک مرتبط هستند (Rahmani Moghaddam et al., 2023; Sharif Ara et al., 2023; Vardikhan, 2024; Vatanpanah et al., 2024). همچنین بررسی‌ها حاکی از آن است که درمان‌های هیجان‌مدار و پذیرش‌محور در فرهنگ ایرانی، کارایی چشمگیری در کاهش نشخوار فکری و علائم جسمانی دارند (Givi et al., 2023; Pavani & Colombo, 2023; Tahoona, 2023).

از سوی دیگر، مطالعات در سطح کلان نشان داده‌اند که نشخوار فکری نه تنها با علائم جسمانی و روانی همراه است، بلکه کیفیت زندگی و همبستگی اجتماعی افراد را نیز کاهش می‌دهد (Ramezani et al., 2023). این یافته‌ها اهمیت طراحی مدل‌های چندبعدی شناختی-هیجانی را برای تبیین تعاملات پیچیده میان عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در بروز نشخوار فکری و اختلالات سایکوسوماتیک دوچندان می‌کند.

در نتیجه، مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که نشخوار فکری یک متغیر کلیدی در فهم و پیش‌بینی اختلالات سایکوسوماتیک است و متغیرهایی همچون خطاهای شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اجتناب تجربی و شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض در شکل‌گیری و تداوم آن نقش حیاتی دارند. این شواهد مبنای نظری و تجربی محکمی برای انجام پژوهش حاضر فراهم می‌سازند که با هدف تدوین یک مدل شناختی-هیجانی برای پیش‌بینی نشخوار فکری در بیماران سایکوسوماتیک (مورد مطالعه: کارکنان بانک ملی) انجام می‌شود.

روش‌شناسی

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و به‌منظور پیش‌بینی نشخوارهای فکری در افراد مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک از طریق مدل معادلات ساختاری طراحی شده است. در این مدل، متغیرهای پیش‌بین شامل خطاهای شناختی، شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض و میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی تحلیل می‌شوند. هدف اصلی این پژوهش، تدوین یک مدل علی برای پیش‌بینی نشخوارهای فکری با استفاده از این متغیرهاست. برای این منظور از روش تحلیل معادلات ساختاری بهره گرفته شده است تا روابط پیچیده میان این متغیرها شبیه‌سازی و پیش‌بینی شود.

جامعه آماری در تحقیق حاضر شامل تمامی کارمندان رسمی بانک ملی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۲۷۸۹ نفر می‌باشد. برای نمونه‌گیری ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از شش شعبه بانک ملی با استفاده از پرسشنامه نیجنه‌ویس و همکاران (۱۹۹۶) ۳۸۸ نفر مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند، افرادی که مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک یا سایکوسوماتیک بودند، شناسایی شدند. سپس با استفاده از معیار کلانین (۲۰۱۱) برای مطالعات معادلات ساختاری نسبت به برآورد حجم نمونه اقدام گردید. با توجه به اینکه در این تحقیق از پنج متغیر و جمعاً ۳۰ خرده‌مقیاس مورد سنجش قرار می‌گیرد، به ازای هر خرده‌مقیاس ۱۰ نفر انتخاب شدند، به این ترتیب، حجم نمونه در این تحقیق ۳۰۰ نفر تعیین گردید که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و پرسشنامه‌های تحقیق بر آن‌ها اجرا شد.

پرسشنامه تجزیه سایکوسوماتیک نیجنه‌ویس و همکاران (۱۹۹۶). این پرسشنامه برای سنجش شدت و نوع نشانه‌های سایکوسوماتیک نظیر سردرد، دردهای عضلانی، اختلالات گوارشی و تنفسی با منشأ روان‌زاد طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۴۷ آیتم در قالب خرده‌مقیاس‌هایی مرتبط با سیستم‌های بدنی مختلف است که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هیچ‌گاه) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم سایکوسوماتیک است.

مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱). این مقیاس برای سنجش میزان تمایل افراد به نشخوار فکری در مواجهه با حالات منفی تدوین شده است. این ابزار شامل سه زیرمقیاس تأمل، تمرکز بر علائم، و بی‌عملی است. مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتر نشخوار فکری است.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ - فرم کوتاه (۱۹۹۴). این پرسشنامه برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار در بزرگسالی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ طرحواره در قالب ۵ حوزه اصلی است و با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر طرحواره در فرد است.

نسخه دوم مقیاس شیوه‌های مقابله با تعارض (ROCI-II) رحیم (۱۹۸۳). این مقیاس برای ارزیابی پنج سبک حل تعارض شامل اجتنابی، سازش‌گر، رقابتی، همکاری‌جویانه و مصالحه‌ای طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۸ سؤال در قالب ۵ خرده‌مقیاس است و از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (به‌ندرت) تا ۵ (همیشه) برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود. سبک غالب حل تعارض بر اساس نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس مشخص می‌گردد.

پرسشنامه خطاهای شناختی میگونی (۱۳۸۰). این پرسشنامه بر اساس نظریه شناختی بک طراحی شده است، برای ارزیابی میزان خطاهای شناختی در تفکر افراد تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۵ نوع خطای شناختی است و از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده فراوانی بیشتر خطاهای شناختی است.

نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) بوند و همکاران (۲۰۱۱). این پرسشنامه برای سنجش میزان اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۷ گویه است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر است.

روایی پرسشنامه تجزیه سایکوسماتیک روایی این پرسشنامه توسط هیئت متخصصین ارزیابی شده است، که با استفاده از انتخاب دقیق عبارات بر اساس توانایی آن‌ها در تمایز قائل شدن بین اختلال تجزیه‌ای و سایر اختلالات روانی تأیید شده است. روایی مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) مقیاس RRS در تحقیقات متعدد اعتباریابی و تحلیل عاملی شده است. روایی سازه این مقیاس توسط روش تحلیل عاملی و با استفاده از داده‌های حاصل از پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف تأیید شده است. روایی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه این پرسشنامه در تحقیقات مختلف مورد اعتباریابی و تحلیل عاملی قرار گرفته است، که روایی سازه آن را تأیید کرده است. تحلیل‌های عاملی در نرم‌افزارهای تخصصی نشان داده است که این پرسشنامه مولفه‌های مختلف طرحواره‌های ناسازگار را به طور مؤثری می‌سنجد. هر سه پرسشنامه دارای روایی مناسبی برای استفاده در تحقیقات روان‌شناسی و بالینی هستند و به دقت توسط متخصصان در زمینه‌های مربوطه ارزیابی شده‌اند.

پایایی پرسشنامه تجزیه سایکوسماتیک با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است که نشان‌دهنده ثبات درونی پرسشنامه می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه ۲۰ عبارتی ۰٫۹۵ و برای نسخه ۵ عبارتی ۰٫۸۰ گزارش شده است، که هر دو مقدار بیانگر پایایی خوب پرسشنامه در سنجش علائم سایکوسماتیک هستند. مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شده است که بین ۰٫۸۸ تا ۰٫۹۲ در نوسان است، نشان‌دهنده ثبات درونی بالا و مناسب برای سنجش نشخوار فکری است. در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰٫۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰٫۸۰ گزارش شده، که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب این پرسشنامه در سنجش طرحواره‌های ناسازگار است. در پرسشنامه حل تعارض ضرایب پایایی برای راهبردهای مدیریت تعارض از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به دست آمده که برای کنترل (رقابت) ۰٫۷۳، راه حل مداری (همکاری و مصالحه) ۰٫۷۰ و برای عدم رویارویی (اجتناب) ۰٫۵۱ است، که نشان‌دهنده پایایی نسبتاً خوب برای اجتناب و کنترل است ولی پایایی پایین‌تر برای راه حل مداری. پرسشنامه خطاهای شناختی پایایی بالایی دارد با ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۹ که در مطالعه فرمانی (۱۳۹۳) محاسبه شده است، نشان‌دهنده ثبات خوب در سنجش خطاهای شناختی مطرح شده است. در پرسشنامه اجتناب تجربی ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف پرسشنامه بین ۰٫۸۴ تا ۰٫۹۳ متغیر

است که بیانگر پایایی بسیار خوب پرسشنامه در سنجش ابعاد مختلف اجتناب تجربی است. این ضرایب آلفای کرونباخ بیانگر آن است که پرسشنامه‌ها قابلیت اطمینان بالایی در اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظرشان دارند و به طور گسترده در تحقیقات بالینی و علمی قابل استفاده هستند.

در این پژوهش، ابتدا از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه جمعیت‌شناختی را تکمیل کنند. پس از آن، به ترتیب، پرسشنامه‌های تجزیه سایکوسوماتیک، پاسخ‌های نشخواری، خطاهای شناختی، شیوه‌های حل تعارض، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و در نهایت مقیاس پذیرش و عمل در اختیار آنان قرار گرفت. مکان اجرای پرسشنامه‌ها در اتاق‌های کنفرانس شعب منتخب بانک ملی شهر شیراز بود که با هماهنگی قبلی و رعایت اصول محرمانگی و حریم خصوصی، فضایی آرام و کنترل‌شده برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان فراهم شد. مدت زمان مورد نیاز برای پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌ها بین ۴۰ تا ۵۰ دقیقه برآورد شد و تمامی شرکت‌کنندگان در یک نوبت به سؤالات پاسخ دادند. جهت اجرای دقیق و اصولی ابزارها، سه نفر از دستیاران پژوهشی که در زمینه روان‌شناسی سلامت آموزش‌دیده بودند، مسئول اجرای پرسشنامه‌ها بودند. این مجریان پیش از شروع فرایند گردآوری داده‌ها، در یک کارگاه آموزشی ۶ ساعته شرکت کردند. در این کارگاه، اصول اخلاق در پژوهش، نحوه صحیح ارائه پرسشنامه‌ها، شیوه پاسخگویی به پرسش‌های احتمالی شرکت‌کنندگان، روش مدیریت زمان حین اجرا و اصول اولیه حمایت عاطفی در صورت مشاهده ناراحتی شرکت‌کنندگان به آن‌ها آموزش داده شد. گردآوری داده‌ها طی سه ماه، از فروردین تا پایان خرداد سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. در مرحله نخست، با استفاده از پرسشنامه تجزیه سایکوسوماتیک، تعداد ۳۸۸ نفر از کارکنان شعب منتخب بانک مورد ارزیابی قرار گرفتند. افرادی که بر اساس نمرات کسب‌شده در این پرسشنامه، نشانه‌های سایکوسوماتیک با شدت متوسط تا بالا را نشان می‌دادند، به‌عنوان جامعه هدف انتخاب شدند. سپس بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۳۰۰ نفر از میان این افراد انتخاب و پرسشنامه‌های اصلی پژوهش بر روی آنان اجرا گردید.

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا از روش‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای توصیف و نمایش ویژگی‌های کلی داده‌ها استفاده می‌شود. سپس، برای بررسی روابط پیچیده و علی میان متغیرهای مختلف، از تحلیل معادلات ساختاری استفاده می‌شود که این روش به‌ویژه برای مدل‌سازی روابط میان متغیرهای گوناگون و شبیه‌سازی ساختارهای علی مفید است. در این تحلیل، از روش حداکثر احتمال برای برآورد مدل‌ها استفاده می‌شود و برای ارزیابی مناسب بودن مدل، شاخص‌های مختلف برازش مدل به کار گرفته می‌شود. این شاخص‌ها شامل مجذور خی (X^2)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص توکر-لویس (TLI) و شاخص PNFI هستند. این شاخص‌ها کمک می‌کنند تا کیفیت برازش مدل بررسی شود و مشخص گردد که آیا مدل پیشنهادی برای داده‌های جمع‌آوری شده مناسب است یا خیر. نتایج تحلیل معادلات ساختاری می‌تواند به شناسایی الگوهای روابط پیچیده بین متغیرها کمک کند و به درک بهتری از تأثیر خطاهای شناختی و شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض بر نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک منجر شود.

یافته‌ها

با توجه به توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب جنسیت، ۶۹ درصد از شرکت‌کنندگان مرد و ۳۱ درصد زن بودند. این نشان‌دهنده اکثریت مردان در نمونه تحقیق است. با توجه به توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب سابقه خدمت، ۳۳٫۲۵ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه خدمت ۱ تا ۱۰ سال، ۳۹٫۶۶ درصد دارای سابقه خدمت ۱۱ تا ۲۰ سال و ۳۵ درصد دارای سابقه خدمت ۲۱ تا ۳۰ سال هستند. این توزیع نشان‌دهنده تنوع قابل توجه در مدت زمان خدمت آزمودنی‌ها است.

جدول ۱. مقادیر میانگین و انحراف معیار مولفه‌های خطاهای شناختی

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
تفکر همه یا هیچ	۴	۸	۵/۷۸	۱/۱۶
تعمیم مبالغه آمیز	۲	۹	۴/۵۹	۱/۶۹

فیلتر ذهنی	۲	۹	۴/۶۴	۱/۶۷
بی توجهی به امر مثبت	۲	۷	۳/۶۰	۱/۵۲
نتیجه گیری شتاب زده	۲	۹	۴/۸۵	۱/۵۳
درشت بینی و ریز بینی	۲	۱۰	۵/۲۰	۱/۸۱
استدلال احساسی	۲	۸	۳/۹۳	۱/۵۰
عبارت باید بهتر است	۲	۸	۵/۳۳	۱/۶۶
برچسب زنی	۲	۸	۳/۵۴	۱/۶۷
شخصی سازی	۲	۸	۴/۰۶	۱/۸۲

با توجه به جدول (۱) میانگین خطاهای شناختی (تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلترذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتابزده، درشت بینی و ریز بینی، استدلال احساسی، عبارت باید بهتر است، برچسب زنی و شخصی زنی) بین ۳/۵۴ تا ۵/۷۸ می باشد.

جدول ۲. مقادیر میانگین و انحراف معیار مؤلفه های حل ناکارآمد تعارض

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۹	۳۵	۲۱/۹۰	۵/۵۲
عدم رویارویی	۲۰	۴۸	۳۴/۸۸	۵/۹۵

با توجه به جدول (۲) میانگین شیوه های ناکارآمد حل تعارض (کنترل و عدم رویارویی) در سطح ۲۱/۹۰ و ۳۴/۸۸ می باشد.

جدول ۳. مقادیر میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربی

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
اجتناب رفتاری	۵	۲۵	۱۸/۲۷	۳/۹۲
پیشانی ناسازگار	۴	۲۰	۱۵/۳۱	۳/۱۸
تعویق	۵	۲۵	۱۸/۱۶	۳/۲۹
حواس پرتی (فرونشانی)	۹	۲۵	۱۹/۱۷	۳/۶۶
انکار	۶	۳۰	۱۱/۶۰	۴/۷۰
تحمل پیشانی	۸	۴۰	۲۹/۵۸	۵/۷۹

با توجه به جدول (۳) میانگین مولفه های اجتناب تجربی (اجتناب رفتاری، پیشانی ناسازگار، تعویق، حواس پرتی یا فرونشانی، انکار، تحمل پیشانی) بین ۱۱/۶۰ تا ۲۹/۵۸ قرار دارد.

جدول ۴. مقادیر میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار درون فردی

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
آسیب پذیری	۵	۲۵	۱۲/۴۱	۵/۶۷
وابستگی/ بی کفایتی	۵	۲۰	۸/۲۵	۳/۴۹
شکست	۵	۱۹	۱۴/۹	۳/۵۶
نقص و شرم	۵	۲۳	۸/۹۱	۴/۵۰
انزوای اجتماعی	۵	۲۲	۹/۹۸	۴/۴۷
محرومیت هیجانی	۵	۲۵	۱۲/۲۲	۵/۳۸
معیارهای سرسختانه	۶	۲۵	۱۷/۰۵	۴/۰۲
بازداری هیجانی	۵	۲۵	۱۲/۴۱	۵/۶۷
خوشتنداری	۵	۲۲	۱۱/۹۵	۴/۰۳

با توجه به جدول (۴) میانگین مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار درون فردی اعم از آسیب پذیری، وابستگی/ بی کفایتی، شکست، نقص و شرم، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، معیارهای سرسختانه، بازداری هیجانی و خویش‌تنداری بین ۸/۲۵ تا ۱۷/۰۵ قرار دارد.

جدول ۵. مقادیر میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار بین فردی

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
ایثار	۸	۲۵	۱۸/۳۵	۳/۸۸
اطاعت	۵	۲۲	۱۰/۴۱	۴/۰۶
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۵	۲۴	۱۱/۱۸	۴/۸۶
رهاشدگی	۵	۲۵	۱۱/۳۵	۵/۵۲
استحقاق	۵	۲۵	۱۴/۰۸	۳/۷۷
گرفتار	۵	۱۹	۹/۴۹	۳/۷۶

با توجه به جدول (۵) میانگین مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار برون فردی اعم از ایثار، اطاعت، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، رها شدگی، استحقاق، گرفتار بین ۹/۴۹ تا ۱۸/۳۵ قرار دارد. میانگین نشخوارفکری در افراد مورد مطالعه ۳۱،۷۷ و انحراف معیار آن ۸،۱۷ است. این نشان‌دهنده میزان متوسط و پراکندگی نشخوارفکری در این گروه است. بیشترین مقدار نشخوارفکری ۴۸ و کمترین آن ۱۴ بوده است.

جدول ۶. نتیجه آزمون کولموگراف - اسمیرنوف، شاخص تحمل و تورم واریانس

متغیر	مقدار Z	P	تحمل	تورم واریانس
نشخوارفکری	۱/۳۶	۰/۲۱۰	۱/۰۱۷	۱/۱۶۹
خطاهای شناختی	۰/۱۴۸	۰/۲۵۲	۱/۰۲۶	۱/۰۴۸
شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض	۰/۱۱۶	۰/۱۹۸	۰/۹۸۴	۱/۰۹۸
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰/۱۲۴	۰/۱۷۶	۰/۹۷۳	۱/۱۱۷
اجتناب تجربی	۰/۱۲۲	۰/۱۷۳	۰/۹۰۹	۱/۰۹۹

یکی از پیش‌فرض‌ها، طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش است که از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای پیش‌بین و ملاک استفاده شد. همان‌طور که جدول شماره (۶) نشان می‌دهد، با توجه به مقدار Z به دست آمده و سطح معناداری ($P > ۰/۰۵$) در هر یک از متغیرها می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که توزیع متغیرهای مورد نظر با توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری ندارند. بنابراین این پیش‌فرض مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین نتایج خطی بودن رابطه متغیرهای بررسی‌شده را تأیید می‌کند. برای سنجش پیش‌فرض دیگر تحلیل رگرسیون، عدم همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد پدیده چندگانگی خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد، زیرا میزان تحمل نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کمتر از دو است. بنابراین با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون، استفاده از این آزمون‌ها برای بررسی فرضیه‌ی پژوهش مجاز می‌باشد.

فرضیه تحقیق: مدل مفروض رابطه علی میان خطاهای شناختی، روش‌های ناکارآمد حل تعارض و نشخوار فکری با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی داده‌ها برازش دارد.

جدول ۷. شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها

نام آزمون	توضیحات	مقادیر بدست آمده پس از تصحیح
χ^2/df	کای اسکور نسبی	۲/۸۸
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	۰/۰۵۸
GFI	شاخص برازندگی تعدیل شده	۰/۸۰۹
AGFI	شاخص نکویی برازندگی تعدیل شده	۰/۹۰۸
CFI	شاخص برازندگی تطبیقی	۰/۹۱۲

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵۸ به دست آمد که این مقدار کمتر از ۰/۰۸ است و نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می‌باشد. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی ۲/۸۸ به دست آمد که کمتر از ۳ است و در سطح ۰/۰۶ معنی دار است. شاخص برازندگی تعدیل یا GFI نیز ۰/۸۰۹ و شاخص نیکویی برازندگی تعدیل شده AGFI نیز ۰/۹۰۸ به دست آمد، میزان شاخص‌های مذکور تقریباً کمتر از ۰/۹ می‌باشند که نشان می‌دهند مدل اندازه گیری متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب است.

جدول ۸. رابطه خطاهای شناختی با نشخوار فکری

متغیرها	نشخوار فکری	سطح معنی داری
تفکر همه یا هیچ	۰/۴۴	۰/۰۰۱
تعمیم مبالغه آمیز	۰/۵۷	۰/۰۰۱
فیلتر ذهنی	۰/۵۴	۰/۰۰۱
بی توجهی به امر مثبت	۰/۲۴	۰/۰۰۱
نتیجه گیری شتابزده	۰/۶۶	۰/۰۰۱
درشت بینی و ریز بینی	۰/۱۷	۰/۰۱
استدلال احساسی	۰/۲۱	۰/۰۰۱
عبارت باید بهتر است	۰/۴۲	۰/۰۰۱
برچسب زنی	۰/۴۰	۰/۰۰۱
شخصی سازی	۰/۴۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۸) خطاهای شناختی با نشخوار فکری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. در جدول زیر رابطه شیوه‌های حل ناکارآمد تعارض با نشخوار فکری مشخص شده است. شیوه‌های مختلف حل ناکارآمد تعارض، از جمله کنترل، عدم رویارویی و حل تعارض ناکارآمد (کل)، با نشخوار فکری ارتباط معنی داری دارند. بررسی‌ها نشان داد که این رابطه در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ قرار دارد، که به این معناست که هر یک از این ابعاد حل ناکارآمد تعارض می‌توانند به طور قابل توجهی بر میزان نشخوار فکری تاثیر بگذارند.

جدول ۹. رابطه خطاهای شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	انزوای اجتماع	نقص و شرم	محرومیت هیجانی	رها شدگی	بی اعتمادی	شکستگی	وابستگی	آسیب پذیری	گرفتار	اطلاع	ایثار	بازدار	معیارها	استحقاق	خویش تن داری
تفکر همه یا هیچ	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۱۷	۰/۲۸	۰/۲۲	۰/۲۶	۰/۱۵	۰/۱۹	۰/۱۷
تعمیم مبالغه آمیز	۰/۴۶	۰/۴۲	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۱	۰/۵۷	۰/۰۲	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۱۶	۰/۴۳
فیلتر ذهنی	۰/۳۰	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۴۴	۰/۴۹	۰/۱۵	۰/۳۶	۰/۳۴	۴۹	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۵۵

¹ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

² Global Financial Integrity (GFI)

³ Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

بی توجه	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۳۱	۰/۲۰	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۲۸
ی به امر	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
مثبت	۰/۴۰	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۴۹	۰/۳۴	۰/۴۵	۰/۲۳	۰/۴۹	۰/۴۷	۰/۳۲	۰/۵۱
نتیجه	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
گیری	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۳۰	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۳۳	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۵۱	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۲۳	۰/۱۸
شتابزده	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
درشت	۰/۴۳	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۳۸	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۳۳	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۳۶	۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۳۰	۰/۵۲
بینی و	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ریز بینی	۰/۲۰	۰/۲۸	۰/۰۲	۰/۵۰	۰/۳۴	۰/۲۰	۰/۲۷	۰/۳۴	۰/۳۷	۰/۳۲	۰/۱۹	۰/۳۴	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۳۴
عبارت	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
باید	۰/۳۶	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۵۴	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۵۱	۰/۳۶	۰/۳۹	۰/۵۱	۰/۰۸	۰/۳۶	۰/۱۷	۰/۳۹	۰/۴۸
برچسب	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
زنی	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۱۷	۰/۲۹	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۴۶	۰/۴۳	۰/۲۷	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۱	۰/۴۴
شخصی	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
سازی	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

با توجه به جدول (۹) خطاهای شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. در جدول زیر رابطه شیوه‌های حل ناکارآمد تعارض با طرحواره‌های ناسازگار مشخص شده است.

جدول ۱۰. رابطه شیوه‌های حل ناکارآمد تعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	انزوای اجتماع	نقص و شرم	محرومی هیجانی	رها شدگی	بی اعتمادی	شکس و گیت	وابستگی	آسیب پذیری	گرفتار	اطاعت	ایثار	بازدار	معیارها	استحقاق	خویش تن داری
کنترل	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۲۱	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۵۰	۰/۳۹	۰/۱۷
عدم رویارو	۰/۳۲	۰/۳۸	۰/۲۸	۰/۲۴	۰/۱۹	۰/۵۲	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۱۹	۰/۴۱	۰/۲۶	۰/۴۰	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۳۰
بی نمره کل حل تعارض	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۱	۰/۳۵	۰/۲۴	۰/۳۸	۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۹	۰/۳۸	۰/۳۵

با توجه به جدول (۱۰) نشان می‌دهد رابطه شیوه‌های حل ناکارآمد تعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی دار است. ضرایب همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۱۹ در سطح (۰/۰۱) معنی دار است و ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۲۰ در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار است. در جدول زیر نیز رابطه نشخوار فکری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داده شده است.

جدول ۱۱. رابطه ابعاد خطاهای شناختی با اجتناب تجربی

متغیرها	اجتناب رفتاری	پیشانی	تعویق	حواس پرتی	انکار	تحمل	اجتناب تجربی (کل)
تفکر همه یا هیچ	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۳۱
تعمیم مبالغه آمیز	۰/۳۹	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۳۹	۰/۵۴

۰/۲۵	۰/۱۴	۰/۴۹	۰/۲۵	۰/۲۸	۰/۱۸	۰/۰۹	فیلتر ذهنی
۰/۲۶	۰/۱۶	۰/۳۲	۰/۰۹	۰/۲۲	۰/۲۸	۰/۰۷	بی توجهی به امر مثبت
۰/۳۰	۰/۱۸	۰/۴۸	۰/۱۷	۰/۲۸	۰/۱۶	۰/۱۰	نتیجه گیری شتابزده
۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۲۴	درشت بینی و ریز بینی
۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۴۳	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۱۹	۰/۱۷	استدلال احساسی
۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۳۳	۰/۵۰	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۴۴	عبارت باید
۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۵۰	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۱۴	۰/۱۶	برچسب زنی
۰/۱۵	۰/۲۲	۰/۴۱	۰/۳۵	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۷	شخصی سازی

با توجه به جدول (۱۱) رابطه ابعاد خطاهای شناختی با اجتناب تجربی در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار است. لازم به ذکر است که ضرایب همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۱۹ در سطح (۰/۰۱) معنی دار است و ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۲۰ در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار است. در جدول زیر نیز رابطه نشخوار فکری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داده شده است.

جدول ۱۲. رابطه ابعاد حل ناکارآمد تعارض با ابعاد اجتناب تجربی

متغیرها	اجتناب رفتاری	پیشانی	تعویق	حواس پرتی	انکار	تحمل	اجتناب تجربی (کل)
کنترل	۰/۱۷	۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۱۹	۰/۱۶	۰/۴۳	۰/۳۳
عدم رویارویی	۰/۲۸	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۳۲	۰/۲۲	۰/۳۴
حل تعارض ناکارآمد (کل)	۰/۳۴	۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۱۷	۰/۳۰	۰/۴۹	۰/۵۱

با توجه به جدول (۱۲) متغیرهای پیش بین یعنی خطاهای شناختی (تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلترذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتابزده، درشت بینی و ریز بینی، استدلال احساسی، عبارت باید بهتر است، برچسب زنی و شخصی زنی) و حل ناکارآمد تعارض (کنترل، عدم رویارویی) با متغیرهای میانجی اعم از طرحواره‌های ناسازگار اولیه (طرحواره‌های درون فردی و برون فردی) و اجتناب تجربی (اجتناب رفتاری، پیشانی ناسازگار، تعویق، حواس پرتی، انکار، تحمل پیشانی) همچنین با متغیر ملاک نشخوار فکری رابطه معنی داری در سطوح (P<۰/۰۰۱) و (P<۰/۰۱) وجود دارد. لازم به ذکر است که ضرایب همبستگی ۰/۱۶ تا ۰/۱۸ در سطح (P<۰/۰۱) معنی دارند.

جدول ۱۳. رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشخوار فکری

طرحواره ها	نشخوار فکری	سطح معنی داری
انزوای اجتماعی	۰/۴۱	۰/۰۰۱
نقص و شرم	۰/۳۵	۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	۰/۵۲	۰/۰۰۱
رها شدگی	۰/۵۱	۰/۰۰۱
بی اعتمادی	۰/۴۹	۰/۰۰۱
شکست	۰/۳۰	۰/۰۰۱
وابستگی/ بی کفایتی	۰/۲۲	۰/۰۰۱
آسیب پذیری	۰/۵۸	۰/۰۰۱
گرفتار	۰/۴۵	۰/۰۰۱
اطاعت	۰/۵۳	۰/۰۰۱
ایثار	۰/۲۳	۰/۰۰۱
بازداری هیجانی	۰/۵۷	۰/۰۰۱
معیارهای سرسختانه	۰/۵۵	۰/۰۰۱
استحقاق	۰/۲۷	۰/۰۰۱
خویشتن داری	۰/۴۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۳) رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشخوار فکری در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار است. در جدول زیر نیز رابطه اجتناب تجربی با نشخوار فکری نشان داده شده است.

جدول ۱۴. رابطه ابعاد اجتناب تجربی با نشخوار فکری

متغیرها	نشخوار فکری	سطح معنی داری
اجتناب رفتاری	۰/۱۷	۰/۰۱
پیشانی	۰/۳۴	۰/۰۰۱
تعویق	۰/۴۰	۰/۰۰۱
حواس پرتی	۰/۱۹	۰/۰۰۱
انکار	۰/۴۴	۰/۰۰۱
تحمل	۰/۲۷	۰/۰۰۱
اجتناب تجربی (کل)	۰/۴۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۴) رابطه مولفه‌های اجتناب تجربی با نشخوار فکری در سطح (۰/۰۰۱) و (۰/۰۱) معنی دار است.

جدول ۱۵. نتایج بوت استرپ برای اثر غیرمستقیم خطاهای شناختی و حل ناکارآمد تعارض با میانجی‌گری طرحواره‌ها و اجتناب تجربی

مسیر	داده‌ها	بوت	سوگیری	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
خطاهای شناختی ← اجتناب تجربی ← نشخوار فکری	۰/۵۰۸	۰/۵۱۹	۰/۱۰۸	۰/۱۳۴	۰/۱۷	۰/۷۶
حل ناکارآمد تعارض ← اجتناب تجربی ← نشخوار فکری	۰/۴۶۷	۰/۵۳۲	۰/۰۷۹	۰/۱۷۶	۰/۱۴	۰/۹۱
خطاهای شناختی ← طرحواره‌ها ← نشخوار فکری	۰/۴۲۹	۰/۴۵۶	۰/۰۴۳	۰/۱۲۸	۰/۱۲	۰/۵۷
حل ناکارآمد تعارض ← طرحواره‌ها ← نشخوار فکری	۰/۴۸۹	۰/۵۳۳	۰/۰۵۲	۰/۱۱۱	۰/۱۶	۰/۷۴

با توجه به جدول (۱۵) حد پایین و حد بالای فاصله اطمینان برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی به عنوان متغیر واسطه‌ای بین خطاهای شناختی و حل ناکارآمد تعارض، صفر را در بر نمی‌گیرد. به عبارتی، نتایج نشان می‌دهد سطح اطمینان برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین خطاهای شناختی و حل ناکارآمد تعارض با نشخوار فکری در افراد دارای اختلالات سایکوسوماتیک، در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی دار است.

در زیر اثر غیرمستقیم مؤلفه‌های خطاهای شناختی و حل ناکارآمد تعارض بر نشخوار فکری با میانجی‌گری اجتناب تجربی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با روش تحلیل ضرایب مسیر محاسبه گردید. نتایج در جداول زیر نشان داده شده است:

جدول ۱۶. اثرات غیرمستقیم، مستقیم و کل خطاهای شناختی بر نشخوار فکری با میانجی‌گری طرحواره‌ها

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	t	P
تفکر همه یا هیچ ← طرحواره درون فردی ← نشخوار فکری	۰/۳۰۱	۰/۱۳۲	۰/۴۳۳	۷/۲۳۶	۰/۰۰۱
تفکر همه یا هیچ ← طرحواره بین فردی ← نشخوار فکری	۰/۳۳۴	۰/۱۰۳	۰/۴۳۷	۷/۴۵۹	۰/۰۰۱
تعمیم مبالغه آمیز ← طرحواره درون فردی ← تشخوار فکری	۰/۳۳۰	۰/۲۳۹	۰/۵۶۹	۱۲/۱۳۶	۰/۰۰۱
تعمیم مبالغه آمیز ← طرحواره بین فردی ← تشخوار فکری	۰/۴۰۴	۰/۱۷۰	۰/۵۷۴	۱۲/۲۲۷	۰/۰۰۱
فیلتر ذهنی ← طرحواره درون فردی ← تشخوار فکری	۰/۳۵۴	۰/۱۹۷	۰/۵۵۱	۱۱/۸۴۲	۰/۰۰۱
فیلتر ذهنی ← طرحواره بین فردی ← تشخوار فکری	۰/۳۵۰	۰/۱۹۵	۰/۵۴۵	۱۱/۶۵۹	۰/۰۰۱
بی توجهی ← طرحواره درون فردی ← تشخوار فکری	۰/۰۵۲	۰/۲۸۹	۰/۳۴۱	۶/۵۷۸	۰/۰۰۱
بی توجهی ← طرحواره بین فردی ← تشخوار فکری	۰/۰۷۹	۰/۲۴۲	۰/۳۱۳	۶/۳۶۵	۰/۰۰۱
نتیجه‌گیری شتابزده ← طرحواره درون فردی ← تشخوار فکری	۰/۴۸۰	۰/۱۸۷	۰/۶۶۷	۱۳/۴۴۶	۰/۰۰۱
نتیجه‌گیری شتابزده ← طرحواره بین فردی ← تشخوار فکری	۰/۵۲۱	۰/۱۵۰	۰/۶۷۱	۱۳/۵۸۲	۰/۰۰۱
درشت و ریز بینی ← طرحواره درون فردی ← تشخوار فکری	۰/۰۸	۰/۱۲۳	۰/۲۰۳	۴/۷۳۹	۰/۰۰۱

درشت و ریز بینی	← طرحواره بین فردی	← تشخوارفکری	۰/۱۰۴	۰/۰۵۷	۰/۱۶۱	۴/۱۵۶	۰/۰۰۱
استدلال احساسی	← طرحواره درون فردی	← تشخوارفکری	۰/۰۸	۰/۲۸۸	۰/۳۶۸	۶/۶۷۹	۰/۰۰۱
استدلال احساسی	← طرحواره بین فردی	← تشخوارفکری	۰/۰۵	۰/۲۴۱	۰/۲۹۱	۵/۵۶۷	۰/۰۰۱
عبارت باید	← طرحواره درون فردی	← تشخوارفکری	۰/۲۵۰	۰/۱۶۸	۰/۴۱۸	۷/۱۱۹	۰/۰۰۱
عبارت باید	← طرحواره بین فردی	← تشخوارفکری	۰/۲۱۰	۰/۲۳۰	۰/۴۴۰	۷/۵۱۶	۰/۰۰۱
بر چسب زنی	← طرحواره درون فردی	← تشخوارفکری	۰/۱۳۳	۰/۲۶۷	۰/۴۰۰	۷/۰۱۵	۰/۰۰۱
بر چسب زنی	← طرحواره بین فردی	← تشخوارفکری	۰/۱۴۶	۰/۲۵۸	۰/۴۰۴	۷/۰۱۹	۰/۰۰۱
شخصی سازی	← طرحواره درون فردی	← تشخوارفکری	۰/۲۱۵	۰/۲۴۳	۰/۴۵۸	۷/۶۲۷	۰/۰۰۱
شخصی سازی	← طرحواره بین فردی	← تشخوارفکری	۰/۲۴۱	۰/۳۱۲	۰/۴۵۳	۷/۵۹۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۶) مؤلفه‌های خطاهای شناختی اثر مستقیم و غیرمستقیم معنی‌داری (با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه) بر نشخوارفکری در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) دارند.

جدول ۱۷. اثرات غیر مستقیم، مستقیم و کل خطاهای شناختی بر نشخوار فکری با میانجی‌گری اجتناب تجربی

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	t	P		
تفکر همه یا هیچ	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۳۷۰	۰/۰۶۳	۰/۴۳۲	۷/۳۴۰	۰/۰۰۱
تعمیم مبالغه آمیز	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۵۰۱	۰/۰۷۰	۰/۵۷۱	۱۲/۲۱۶	۰/۰۰۱
فیلتر ذهنی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۴۷۷	۰/۰۶۸	۰/۵۴۵	۱۱/۶۵۹	۰/۰۰۱
بی توجهی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۱۵۰	۰/۰۹۱	۰/۲۴۱	۵/۳۴۶	۰/۰۰۱
نتیجه گیری شتابزده	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۵۹۹	۰/۰۶۶	۰/۶۶۵	۱۲/۴۴۲	۰/۰۰۱
درشت و ریز بینی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۱۲۱	۰/۰۶۱	۰/۱۸۲	۴/۳۴۹	۰/۰۰۱
استدلال احساسی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۱۹۵	۰/۰۵۹	۰/۲۵۴	۵/۳۱۴	۰/۰۰۱
عبارت باید	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۵۵۷	۰/۱۳۹	۰/۶۹۶	۱۳/۶۳۱	۰/۰۰۱
بر چسب زنی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۳۸۷	۰/۰۸۱	۰/۴۶۸	۷/۵۴۸	۰/۰۰۱
شخصی سازی	←اجتناب تجربی	←تشخوارفکری	۰/۳۶۵	۰/۰۹۲	۰/۴۵۷	۷/۶۲۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۷) مؤلفه‌های خطاهای شناختی اثر مستقیم و غیرمستقیم معنی‌داری (با میانجی‌گری اجتناب تجربی) بر نشخوار فکری در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) دارند.

جدول ۱۸. اثرات غیر مستقیم، مستقیم و کل حل ناکارآمد تعارض با میانجی‌گری طرحواره‌ها بر نشخوار فکری

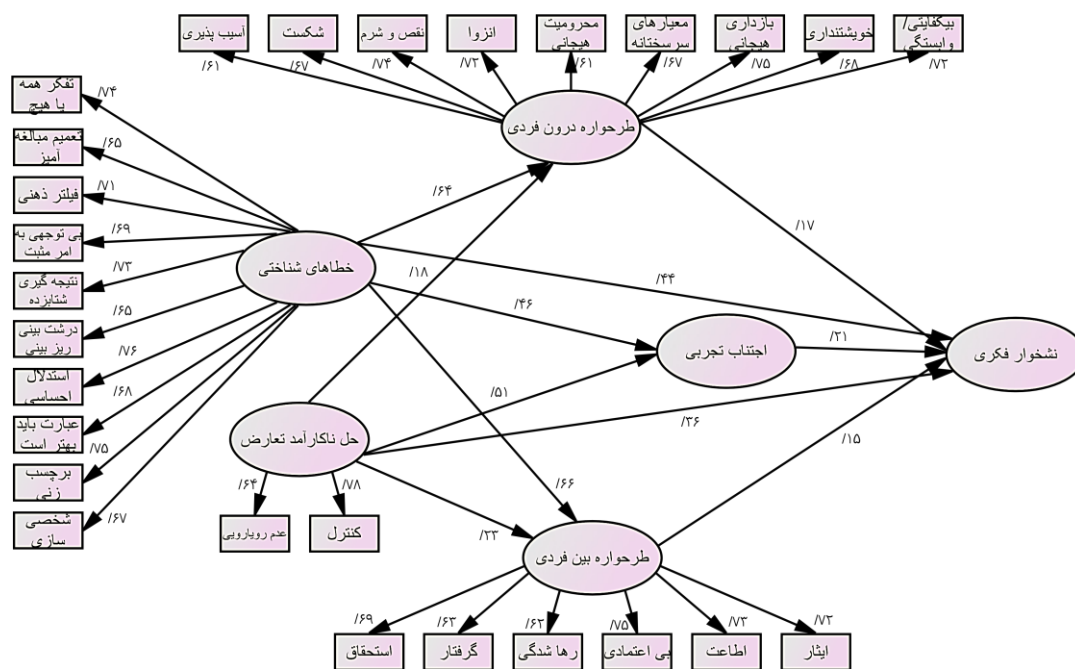
متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	t	P
کنترل ← طرحواره درون فردی ← نشخوار فکری	۰/۲۳۵	۰/۰۷۳	۰/۳۰۸	۶/۲۷۰	۰/۰۰۱
کنترل ← طرحواره بین فردی ← نشخوار فکری	۰/۱۸۰	۰/۰۹۲	۰/۲۷۲	۴/۴۳۸	۰/۰۰۱
عدم رویارویی ← طرحواره درون فردی ← نشخوار فکری	۰/۲۷۸	۰/۰۵۶	۰/۳۳۴	۶/۴۱۹	۰/۰۰۱
عدم رویارویی ← طرحواره بین فردی ← نشخوار فکری	۰/۱۵۳	۰/۱۰۲	۰/۲۵۵	۵/۳۱۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۸) مؤلفه‌های حل ناکارآمد تعارض اثر مستقیم و غیر مستقیم معنی‌داری (با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار درون فردی و بین فردی) بر نشخوار فکری در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) دارند.

جدول ۱۹. اثرات غیر مستقیم، مستقیم و کل حل ناکارآمد تعارض با میانجی‌گری اجتناب تجربی بر نشخوار فکری

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	t	P
کنترل ← اجتناب تجربی ← نشخوار فکری	۰/۱۵۷	۰/۱۱۵	۰/۲۳۲	۵/۱۸۹	۰/۰۰۱
عدم رویارویی ← اجتناب تجربی ← نشخوار فکری	۰/۱۳۷	۰/۱۱۷	۰/۲۵۴	۵/۳۴۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۱۹) مؤلفه‌های حل ناکارآمد تعارض اثر مستقیم و غیر مستقیم معنی داری (با میانجی گری اجتناب تجربی) بر نشخوار فکری در سطح ($P < 0.001$) دارند.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خطاهای شناختی و شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی، نقش معناداری در پیش‌بینی نشخوار فکری در بیماران سایکوسوماتیک ایفا می‌کنند. این یافته‌ها تأییدکننده مدل شناختی-هیجانی تدوین‌شده در این مطالعه است و اهمیت توجه به تعامل چندبعدی عوامل شناختی و هیجانی را برجسته می‌سازد. شاخص‌های برازش مدل نیز نشان داد که الگوی پیشنهادی از توانایی مطلوبی در تبیین روابط بین متغیرهای پژوهش برخوردار است. این موضوع به‌ویژه در جمعیت کارکنان بانک ملی، که در محیطی پرتنش و استرس‌زا فعالیت می‌کنند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. یکی از یافته‌های اصلی پژوهش این بود که خطاهای شناختی به‌طور مستقیم با نشخوار فکری ارتباط دارند. این نتیجه با مطالعات پیشین همسو است؛ برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خطاهای شناختی همچون تفکر همه یا هیچ و تعمیم مبالغه‌آمیز، با افزایش احتمال تداوم افکار منفی و بروز علائم جسمانی همراه هستند (Denovan et al., 2018; Mohammadi-Khani et al., 2013). همچنین در مطالعه‌ای بر بیماران وسواسی و اجتماعی، تفاوت معناداری در سطوح خطاهای شناختی و نشخوار فکری مشاهده شد که بیانگر نقش کلیدی خطاهای شناختی در تشدید این الگوهای فکری بود (Mousavi et al., 2017).

علاوه بر این، نتایج نشان دادند که شیوه‌های ناکارآمد حل تعارض مانند کنترل افراطی یا اجتناب از مواجهه، با افزایش نشخوار فکری مرتبط‌اند. این یافته با پژوهش‌های پیشین که بر نقش سبک‌های ناکارآمد مقابله در تشدید استرس و اختلالات روان‌تنی تأکید داشته‌اند هم‌راستا است (Dunaeva, 2017; Qtoof et al., 2022). محیط‌های شغلی پرتنش مانند بانک‌ها، با افزایش احتمال استفاده از این راهبردهای ناکارآمد، می‌توانند به تداوم چرخه نشخوار فکری و علائم سایکوسوماتیک منجر شوند (Dimsdale, 2019).

یافته دیگر پژوهش، تأثیر میانجی‌گرانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین خطاهای شناختی، حل تعارض ناکارآمد و نشخوار فکری بود. این نتایج همسو با نظریه‌های طرحواره‌ای است که بر نقش تجارب اولیه ناسازگار در شکل‌گیری الگوهای فکری منفی و رفتارهای هیجانی

ناکارآمد تأکید دارند (Barsalou, 2014; Malekzadeh et al., 2024). برای نمونه، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که طحرواره‌های مرتبط با شکست، محرومیت هیجانی و آسیب‌پذیری، مستقیماً با نشخوار فکری و علائم جسمانی در ارتباطند (Ramezani et al., 2023; Seyed Alitabar & Goli, 2024).

همچنین نقش اجتناب تجربی به‌عنوان متغیر میانجی در این مدل تأیید شد. نتایج نشان دادند افرادی که به‌طور مداوم از تجربه‌های هیجانی منفی اجتناب می‌کنند، بیشتر در معرض نشخوار فکری و علائم سایکوسوماتیک قرار دارند. این یافته هم‌راستا با رویکردهای مبتنی بر پذیرش است که تأکید می‌کنند اجتناب تجربی یکی از عوامل کلیدی در تداوم آسیب‌شناسی روانی است (Bakhshandeh Larimi et al., 2021; Vatanpanah et al., 2024). پژوهش‌های متعدد بر اثربخشی درمان‌های پذیرش‌محور در کاهش اجتناب تجربی و نشخوار فکری تأکید کرده‌اند (Sharif Ara et al., 2023; Vardikhan, 2024).

بررسی یافته‌ها در سطح بین‌المللی نشان می‌دهد که نشخوار فکری نه‌تنها با افسردگی و اضطراب مرتبط است، بلکه زمینه‌ساز بروز اختلالات جسمانی نیز می‌شود. برای مثال، پژوهش‌ها در زمینه افسردگی نوجوانان و جوانان نشان داده‌اند که نشخوار فکری و دشواری در تنظیم هیجان، نقش مهمی در بروز رفتارهای پرخطر و تشدید علائم جسمانی دارند (He et al., 2025; Ji, 2024). همچنین تجربه قلدری یا بدرفتاری عاطفی در کودکی از طریق افزایش نشخوار فکری، خطر ابتلا به افسردگی و مشکلات جسمانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (Labella et al., 2024).

مطالعاتی نیز نشان داده‌اند که عوامل اجتماعی و فرهنگی می‌توانند شدت نشخوار فکری و علائم سایکوسوماتیک را تحت تأثیر قرار دهند. در سالمندان، مرگ همسر و نشخوار درباره فقدان، با افزایش علائم جسمانی و اختلال خواب همراه است (Ludwikowska-Świeboda, 2023). در محیط‌های شغلی نیز استرس و فشار روانی مستمر، نقش اساسی در تداوم این چرخه دارند (Sawyer et al., 2013).

از منظر بالینی، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با شواهدی است که اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش نشخوار فکری و علائم جسمانی را نشان داده‌اند. برای نمونه، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش در کاهش نشخوار فکری و بهبود انعطاف‌پذیری روانی اثربخش گزارش شده‌اند (Afshar et al., 2024; Zare et al., 2014). همچنین، پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان‌های مبتنی بر شفقت و هیجان‌مدار، علاوه بر کاهش نشخوار فکری، به بهبود کیفیت زندگی افراد نیز منجر می‌شوند (Mohasseli, 2024; Vatanpanah et al., 2023). این یافته‌ها تأکید می‌کنند که نشخوار فکری باید به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی در ارزیابی و درمان بیماران سایکوسوماتیک مورد توجه قرار گیرد. رویکردهای چندبعدی که بر اصلاح خطاهای شناختی، ارتقای مهارت‌های حل تعارض، کاهش اجتناب تجربی و بازسازی طحرواره‌های ناسازگار تمرکز دارند، می‌توانند در بهبود سلامت روانی و جسمی بیماران اثربخش باشند. همچنین، شواهد حاکی از آن است که استفاده از مداخلات یکپارچه می‌تواند به کاهش بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از اختلالات سایکوسوماتیک منجر شود (Avenevoli et al., 2015; Efremov, 2024).

در نهایت، نتایج این پژوهش همسو با مطالعات داخلی و خارجی نشان می‌دهد که نشخوار فکری حاصل تعامل پیچیده عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی است و در بروز و تداوم اختلالات سایکوسوماتیک نقشی کلیدی دارد. بنابراین، تدوین مدل‌های جامع شناختی-هیجانی می‌تواند مسیر نوینی برای بهبود تشخیص و درمان در این حوزه فراهم آورد.

یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری به کارکنان بانک ملی شهر شیراز بود که ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به سایر مشاغل و گروه‌های اجتماعی را کاهش دهد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به طراحی مقطعی پژوهش اشاره کرد که امکان استنتاج علیت قطعی را محدود می‌کند.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با بهره‌گیری از طرح‌های طولی و نمونه‌های بزرگ‌تر در مشاغل و گروه‌های متنوع‌تری انجام شود تا قدرت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین استفاده از ابزارهای ترکیبی شامل مصاحبه‌های بالینی، سنجش‌های فیزیولوژیک و مشاهده رفتاری می‌تواند به

افزایش دقت داده‌ها کمک کند. بررسی اثر مداخلات چندوجهی بر کاهش نشخوار فکری و علائم سایکوسوماتیک نیز از دیگر مسیرهای مهم برای تحقیقات آینده است.

در سطح عملی، طراحی برنامه‌های آموزشی برای کارکنان در محیط‌های پرتنش همچون بانک‌ها می‌تواند در ارتقای مهارت‌های حل تعارض و کاهش خطاهای شناختی نقش مؤثری داشته باشد. همچنین توصیه می‌شود از مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در چارچوب سازمانی برای بهبود سلامت روان و کاهش علائم سایکوسوماتیک استفاده شود. روان‌شناسان بالینی و مشاوران سازمانی می‌توانند با بهره‌گیری از یافته‌های این پژوهش، بسته‌های درمانی یکپارچه‌ای طراحی کنند که به بهبود کیفیت زندگی کارکنان و کاهش هزینه‌های ناشی از بیماری‌های سایکوسوماتیک کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Rumination has long been considered one of the central maladaptive cognitive processes that exacerbate emotional dysregulation and contribute to the persistence of psychosomatic disorders. It is characterized by repetitive and passive focus on negative experiences, thoughts, or symptoms, and its role in amplifying both emotional distress and somatic complaints has been consistently highlighted in the literature (Denovan et al., 2018). Cognitive psychology frameworks explain that cognitive distortions and maladaptive schemas form the basis of such patterns, leading individuals to experience recurring cycles of maladaptive thoughts and psychosomatic symptoms (Barsalou, 2014). These cognitive-emotional loops become especially pronounced in high-stress occupational environments, such as banking, where continuous exposure to stressors increases the risk of psychosomatic manifestations (Dimsdale, 2019).

Recent research has documented the multifaceted role of rumination not only in depression and anxiety but also in its strong connection with somatic symptom disorders. Studies on neuroticism and worry suggest that individuals who engage in high levels of rumination report more severe somatic complaints, linking maladaptive thinking directly to physical distress (Denovan et al., 2018). Other investigations, such as those conducted among patients with social phobia and obsessive-compulsive disorder, confirm that cognitive errors and distorted thought patterns are strongly associated with higher rumination levels (Mousavi et al., 2017). In psychosomatic patients, experiential avoidance and maladaptive emotion regulation strategies further mediate the impact of rumination, reinforcing its cyclical nature (Dunaeva, 2017; Qtoof et al., 2022).

The role of social and developmental factors in shaping rumination has also been emphasized. Childhood maltreatment and bullying victimization have been shown to foster persistent rumination patterns that in turn heighten vulnerability to depressive symptoms and somatic disorders (Ji, 2024; Labella et al., 2024). Similarly, older adults experiencing spousal loss demonstrate intensified rumination about bereavement, which is directly related to the severity of somatic symptoms and disrupted sleep (Ludwikowska-Świeboda, 2023). In adolescence, rumination has been linked to self-harming behaviors, suggesting its powerful role in shaping both emotional and behavioral outcomes (He et al., 2025).

Cultural and clinical studies in Iran and other contexts reinforce these findings. Investigations have shown that rumination, combined with body image concerns or insecure attachment, significantly predicts psychosomatic symptom severity and quality of life (Ramezani et al., 2023; Seyed Alitabar & Goli, 2024). Similarly, maladaptive emotional processes in patients with generalized anxiety disorder or individuals with physical

disabilities highlight the pervasive effect of rumination in diverse clinical populations (Rahmani Moghaddam et al., 2023; Sharif Ara et al., 2023). The evidence base also indicates that catastrophic thinking about pain—a cognitive style strongly tied to rumination—predicts greater disability and heightened pain intensity (Sullivan et al., 1995; Sullivan et al., 2005; Zare et al., 2014).

Given these insights, interventions targeting rumination have gained prominence. Mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and compassion-focused therapy have all demonstrated effectiveness in reducing rumination, improving emotion regulation, and decreasing psychosomatic distress (Afshar et al., 2024; Bakhshandeh Larimi et al., 2021; Vatanpanah et al., 2023; Vatanpanah et al., 2024). Schema therapy and emotion-focused therapy have also been shown to reshape maladaptive schemas and improve emotion regulation capacities, further reducing reliance on rumination (Malekzadeh et al., 2024; Mohasseli, 2024). The accumulating body of research suggests that addressing rumination within an integrative cognitive-emotional framework may hold the key to reducing psychosomatic symptoms and enhancing quality of life.

Based on this literature, the present study aimed to develop and validate a cognitive-emotional model of rumination in psychosomatic patients, with a focus on employees of the National Bank. The proposed model hypothesized that cognitive errors and dysfunctional conflict resolution strategies would predict rumination, with early maladaptive schemas and experiential avoidance serving as mediating variables. By employing structural equation modeling (SEM) in a high-stress occupational sample, this study sought to advance the theoretical understanding of psychosomatic mechanisms and contribute to more effective clinical interventions.

Methods and Materials

This research employed a descriptive-correlational design within the framework of structural equation modeling. The statistical population consisted of 2,789 employees of the National Bank in Shiraz in 2020. Using multi-stage cluster sampling, a total sample of 300 individuals with psychosomatic symptoms was selected. Standardized instruments were applied, including the Nijmegen Psychosomatic Symptoms Questionnaire, the Ruminative Responses Scale, the Young Schema Questionnaire (short form), Rahim's Conflict Resolution Styles Inventory (ROCI-II), the Cognitive Errors Questionnaire, and the Acceptance and Action Questionnaire-II. Data were collected in controlled settings within bank branches and analyzed using maximum likelihood estimation in SEM. Goodness-of-fit indices (χ^2/df , RMSEA, CFI, GFI, and AGFI) were used to assess the adequacy of the proposed model.

Findings

The descriptive results indicated that 69% of the participants were male and 31% female, with diverse years of service across the bank. Inferential statistics demonstrated significant associations between cognitive errors, dysfunctional conflict resolution strategies, early maladaptive schemas, experiential avoidance, and rumination. Specifically, cognitive distortions such as all-or-nothing thinking, overgeneralization, and labeling showed strong positive correlations with rumination scores. Dysfunctional conflict resolution styles, including avoidance and control, were also significantly related to higher levels of rumination.

The mediating role of early maladaptive schemas was confirmed, with schemas of vulnerability, failure, mistrust, and emotional deprivation showing particularly strong associations with rumination. Similarly, experiential avoidance dimensions—including behavioral avoidance, distress intolerance, and denial—were significantly related to rumination, serving as mediators between cognitive errors, conflict styles, and rumination.

Model fit indices supported the adequacy of the hypothesized model ($\chi^2/df=2.88$, RMSEA=0.058, CFI=0.912, GFI=0.809, AGFI=0.908). Bootstrap analyses confirmed that indirect effects through schemas and experiential avoidance were statistically significant, indicating that these mediators explain part of the relationship between

cognitive errors, conflict resolution styles, and rumination. Overall, the final cognitive-emotional model demonstrated robust explanatory power for rumination in psychosomatic employees.

Discussion and Conclusion

The findings of this study confirm the central hypothesis that rumination in psychosomatic patients arises from the interplay of cognitive errors, dysfunctional conflict resolution, maladaptive schemas, and experiential avoidance. By validating this cognitive-emotional model, the study contributes to a more nuanced understanding of the mechanisms underlying psychosomatic disorders.

These results align with previous findings that link cognitive errors and maladaptive thinking styles with rumination and psychosomatic distress (Denovan et al., 2018; Mohammadi-Khani et al., 2013; Mousavi et al., 2017). They further support the role of conflict resolution strategies as stress-maintaining factors that intensify maladaptive thought patterns (Dunaeva, 2017; Qtoof et al., 2022). The mediating role of maladaptive schemas resonates with schema-focused theories that emphasize the enduring impact of early experiences on adult psychopathology (Barsalou, 2014; Malekzadeh et al., 2024). Similarly, the findings confirm the theoretical proposition that experiential avoidance sustains rumination cycles and psychosomatic complaints (Bakhshandeh Larimi et al., 2021; Vatanpanah et al., 2024).

In line with cross-cultural and developmental research, this study highlights how rumination links negative life experiences to psychosomatic outcomes (He et al., 2025; Ji, 2024; Labella et al., 2024; Ludwikowska-Świeboda, 2023). It also reinforces clinical evidence supporting interventions such as mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and compassion-focused therapy in reducing rumination and improving psychosomatic functioning (Afshar et al., 2024; Mohasseli, 2024; Vatanpanah et al., 2023; Vatanpanah et al., 2024).

In conclusion, the proposed cognitive-emotional model effectively explains how cognitive errors and dysfunctional conflict resolution contribute to rumination in psychosomatic patients, mediated by maladaptive schemas and experiential avoidance. These findings underscore the necessity of integrating cognitive, emotional, and behavioral interventions in psychosomatic care. Practical application of this model in organizational contexts, such as high-stress workplaces, could reduce rumination, mitigate psychosomatic symptoms, and improve employee well-being.

References

- Afshar, S., Asghari Pour Zahmati, N., & Alidousti, F. (2024). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive avoidance, rumination, and emotional regulation in depressed individuals. *Journal of Mental Health Principles*, 26(2), 123-131. https://journals.mums.ac.ir/article_24350.html
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Bakhshandeh Larimi, N., Zebardast, A., & Rezaei, S. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, rumination, and distress tolerance in persons with Migraine headache [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(2), 74-87. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.74>
- Barsalou, L. W. (2014). *Cognitive psychology: An overview for cognitive scientists*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315807485>
- Denovan, A., Dagnall, N., & Lofthouse, G. (2018). Neuroticism and Somatic Complaints: Concomitant Effects of Rumination and Worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 431-445. <https://doi.org/10.1017/s1352465818000619>
- Dimsdale, J. E. (2019). *A psychosomatic perspective on anxiety disorders*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203728215>
- Dunaeva, V. (2017). New approach to reducing stress and anxiety of psychosomatic patients. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*, 3(3), 100-107. <https://doi.org/10.20319/pijss.2017.33.100107>

- Efremov, A. (2024). Psychosomatics: Communication of the central nervous system through connection to tissues, organs, and cells. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 22(4), 565. <https://doi.org/10.9758/cpn.24.1197>
- Givi, F., Meschi, F., Zhian Bagheri, M., & Farhood, D. (2023). Structural equation modeling of pain management based on rumination mediating resiliency and vitality in women with breast cancer. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(1), 447-465. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.22>
- He, K., Chen, L., Fan, H., Sun, L., Yang, T., Liu, H., & Wang, K. (2025). Effects of Rumination and Emotional Regulation on Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Depressed Adolescents in China: A Multicenter Study. *Psychology research and behavior management*, 18, 271-279. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S483267>
- Ji, L. (2024). Childhood emotional abuse and depression among Chinese adolescent sample: A mediating and moderating dual role model of rumination and resilience. *Child abuse & neglect*, 149, 106607. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106607>
- Labella, M. H., Klein, N. D., Yeboah, G., Bailey, C., Doane, A. N., Kaminer, D., & Cross-Cultural Addictions Study, T. (2024). Childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in seven countries. *Aggressive Behavior*, 50(1), e22111. <https://doi.org/10.1002/ab.22111>
- Ludwikowska-Swieboda, K. (2023). Rumination About the Death of a Spouse Versus the Severity of Somatic Symptom Disorder and Sleep Disturbances in Widowed Individuals in Late Adulthood. *Current Problems of Psychiatry*, 24, 114-124. <https://doi.org/10.12923/2353-8627/2023-0011>
- Malekzadeh, I., Emadi, S. Z., & naghsh, z. (2024). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Behavior Regulation in Mothers with Children with Learning Disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*, 14(53), 201-227. <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.71499.2524>
- Mohammadi-Khani, S., Seyedpourmand, N., & Hassan-Abadi, H. (2013). An empirical test of the metacognitive model of rumination in a non-clinical population. *New Psychological Research*, 30, 185-204. https://doi.org/https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4256.html?lang=en
- Mohasseli, F. (2024). A study on the effectiveness of emotion-focused couples therapy and emotion-focused strategies on reducing rumination in couples and aggression in preschool children. *New Approach in Early Childhood Education Quarterly*, 6(1), 47-60. https://journal.iocv.ir/article_194917.html?lang=en
- Mousavi, S. E., Gharaee, B., Ramazani-Farani, A., & Tareman, F. (2017). Comparison of cognitive errors and rumination in patients with obsessive-compulsive disorder and social phobia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheh and Raftar)*, 23(1), 10-21. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.23.1.10>
- Pavani, J. B., & Colombo, S. (2023). Appreciation and rumination, not problem solving and avoidance, mediate the effect of optimism on emotional well-being. *Personality and individual differences*, 205, 112094. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112094>
- Qtoof, K. I., Zein, K. S., Al-Sharif, E. A., & Quwaider, H. R. A. (2022). Psychosomatic Disorders And Their Relationship To Stress And Psychological Hardness In Patients With High Blood Pressure. *Russian Law Journal*, 10(4), 80-99. <https://doi.org/10.52783/rj.v10i4.1376>
- Rahmani Moghaddam, F., Bagherzadehgholmakani, Z., Touzandehjani, H., & Nejat, H. (2023). Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination among the Physically Disabled People using the Services of the Welfare Organization of Mashhad. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 123-138. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2023.75967.1269>
- Ramezani, M., Ghorbaninezhad, M., Borji Khangeshlaghi, B., & Naimabady, Z. (2023). Examining the Role of Attachment Styles, Rumination and Psychological Coherence in Predicting the Intimacy Attitude and Quality Of Life of Nurses [Applicable]. *Quarterly Journal of Nersing Management*, 11(4), 69-80. <http://ijnv.ir/article-1-998-en.html>
- Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., Patton, G., & Sheffield, J. (2013). School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyond blue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.007>
- Seyed Alitabar, S. H., & Goli, F. (2024). Exploring the Predictive Role of Body Image and Rumination on Somatic Symptom Severity: A Quantitative Analysis. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 11(3), 193-200. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v11i3.689>
- Sharif Ara, B., Khosropour, F., & Molayi Zarandi, H. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotional Processing, Irrational Beliefs and Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 54-68. <https://doi.org/10.61186/jayps.4.4.54>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524-532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>

- Sullivan, M. J. L., Lynch, M. E., & Clark, A. J. (2005). Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain*, 113(3). https://journals.lww.com/pain/fulltext/2005/02000/dimensions_of_catastrophic_thinking_associated.10.aspx
- Tahoon, R. (2023). Differences in Cognitive Avoidance, Anger Rumination, and the General Anxiety in Light of the Gender and Emotional Regulation Disturbance Among Undergraduate Students. *Sage Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/21582440231187281>
- Umar, A. (2025). Anger on the Road: Moderating Role of Trait Emotional Intelligence in the Relationship Between Anger Rumination and Dangerous Driving Behaviors Among Young Motorbike Users. *Res. J. Social Affairs*, 3(3), 125-134. <https://doi.org/10.71317/rjsa.003.03.0205>
- Vardikhan, S. K. I. (2024). Examining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, Rumination, and Self-Criticism in Individuals With Trichotillomania. *Health Nexus*, 2(1), 57-65. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.7>
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayyebi, A., & Sabet, M. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress and rumination in women with chronic obesity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7>
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayyebi, A., & Sabet, M. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating Behavior, Emotion dysregulation, Perceived Stress, and Rumination in Women with Chronic Obesity. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(1), 8-18. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.1.2>
- Zare, H., Mohammadi, N., Motaghi, P. M., Afshar, H., & Poorkazem, L. (2014). Effectiveness of modified mindfulness-based cognitive therapy on catastrophizing, acceptance and severity of pain in Fibromyalgia patients. *Health Psychology*, 3(12), 97-117. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_1609.html