

مقایسه گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در افراد سالم با مبتلایان به هراس اجتماعی و خودشیفتگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۰

محمد اورکی^۱
پرستو حسن زاده^{۲*}

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در افراد سالم، مبتلایان به هراس اجتماعی و خودشیفتگی انجام شد.

روش: پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و نمونه آن متشکل از ۹۰ نفر (۳۰ فرد مبتلا به هراس اجتماعی، ۳۰ فرد خودشیفته و ۳۰ فرد سالم) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه هراس اجتماعی کایر و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-۴۰) راسکین و تری (۱۹۹۸)، پرسشنامه گذشت صفاری‌نیا و مفاخری (۱۳۹۰)، مقیاس پرخاشگری اهواز (۱۳۷۹) و مقیاس بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که افراد سالم در مقایسه با افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، گذشت و بهزیستی اجتماعی بالاتری دارند؛ اما از لحاظ پرخاشگری بین افراد سالم با افراد خودشیفته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد در حالی که افراد سالم نسبت به افراد مبتلا به هراس اجتماعی، پرخاشگری کمتری را تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، برای افزایش گذشت و بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری در افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: گذشت، پرخاشگری، بهزیستی اجتماعی، خودشیفتگی، هراس اجتماعی

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

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

* نویسنده مسئول: parastoo hassanzadeh@yahoo.com

social well-being between healthy individuals and people with social phobia and narcissism.

M. Oraki

P. Hassanzadeh

Abstract

Introduction: The aim of this research was the comparison of forgiveness, aggression and social well-being among healthy individuals and people with social phobia and narcissism.

Method: The research was kind of causal-comparative and it's sample was composed of 90 people (30 people with social phobia, 30 narcissistic and 30 healthy individuals) that were selected by convenient sampling method. Research tool included Social Phobia Inventory (Connor et al, 2000), Narcissistic Personality Inventory (Raskin & Terry, 1998), Forgiveness Questionnaire (Saffarinia & Mafakheri, 1390), Ahwaz Aggression Scale (Zahedifar, Najarian & Shokrkone, 1379) and Social Well-being Scale (Keyes, 1998). For analyzing data was used of multivariate variance analysis. Results: The results indicated that healthy individuals had higher forgiveness and social well-being than narcissistic individuals and people with social phobia, but aggression had not significant difference between healthy and narcissistic individuals, while healthy people experienced lower aggression than people with social phobia.

Conclusion: According to the research results, exhibiting educational workshops is recommended for enhancing forgiveness and social well-being and decreasing aggression in narcissistic individuals and people with social phobia.

Keywords: forgiveness, aggression, social well-being, narcissism, social phobia

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است و با ترس بارز و پایدار از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی مشخص می‌شود که در آن شخص یا با افراد ناآشنا و غریبه مواجه است یا ممکن است مورد کنجکاوی آنها قرار گیرد (هافمن، بوچر و وو^۱، ۲۰۱۴). در چنین موقعیتهایی، شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی خود گردد (بیدل، راثو، شارفستین، وانگ و آلفانو^۲، ۲۰۱۰). میزان شیوع هراس اجتماعی در طول زندگی ۳ تا ۱۳ درصد برآورد شده است، لذا یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی به ویژه در نوجوانان می‌باشد (نپ، بیسندو-باوم، فهم، موری، لیب و ویچن^۳، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال در سنین نوجوانی شروع شده و سالها تداوم می‌یابد. سن شروع این اختلال حدود ۱۵ سالگی است و به ندرت موارد جدیدی بعد از سن ۲۵ سالگی گزارش می‌شود (ویچن و فهم^۴، ۲۰۱۱). در صورت عدم درمان، این اختلال به‌طور متوسط ۲۰ سال تداوم می‌یابد و بهبود خودبخودی آن غیرمحمتمل است (زرگر، کلاتری، مولوی و نشاط دوست، ۱۳۸۹). افراد مبتلا به هراس کمابیش ادراک پایینی از پذیرش اجتماعی، جاذبه رومانتیک و حمایت دیگران نشان می‌دهند، به‌طوری که فرد به شدت منفعل می‌شود، برخی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کنند. این افراد با اضطراب بالایی که دارند در مقایسه با دیگران احساس کفایت و صمیمت کمتر و پرخاشگری بیشتری را نشان می‌دهند (مالمیر و همکاران، ۱۳۹۶).

در مقابل افراد مبتلا به خودشیفتگی معتقدند که برتر، خاص‌تر و منحصر به فردتر از سایرین هستند. اما این افراد هم در حوزه‌های مهم زندگی نظیر شغل، تحصیل و برقراری روابط میان فردی مشکل دارند (ماريسن، دين و فرانکن^۵، ۲۰۱۵) چرا که به انتقاد فوق العاده حساس اند. بر اساس آنچه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست پنجم^۶ (DSM-V) مطرح شده، خودشیفتگی ترکیب مهمی از صفات و فرایندهای شخصیت است که با ویژگیهایی نظیر خودبزرگ-بینی در عین شکنندگی خود، اشتغال ذهنی درباره موفقیت، احساس محق بودن، نیاز به تحسین و نداشتن همدلی (شولز و همکاران^۷، ۲۰۱۳)، تخیلات مربوط به قدرت زیاد، زیبایی و موفقیت، حساسیت زیاد به انتقاد و تمایل به بهره‌کشی از دیگران در روابط بین فردی مشخص می‌شود و یک اختلال روانی جدی است که یک درصد جمعیت آمریکا به آن مبتلا هستند (پینکاس و

1. Hofmann, Boettcher & Wu
2. Beidel, Rao, Scharfstein, Wong & Alfano
3. Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Murray, Leib & Wittchen
4. Wittchen & Fehm
5. Marissen, Deen & Franken
6. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-V (DSM-V)
7. Schulz Et Al.

لوکوویتسکی^۱، ۲۰۱۴). یافته‌های پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که اختلال خودشیفتگی با نقایص جدی در بهزیستی روان‌شناختی- اجتماعی (میلر، کمپل و پیلکونیس^۲، ۲۰۰۹)، اختلالات سوءمصرف مواد (ریتز، ریک، مرکل، هیوسر و فیدریش^۳، ۲۰۱۰؛ استینسون، داونسون، گلدشتین، چو و هوانگ^۴، ۲۰۱۵) و افزایش میزان رفتار خودکشی (بلاسکو- فونته‌سیلا، باکا- گارسیا، درویس، پرزوردیگاز و لویز- کاسترومن^۵، ۲۰۱۳؛ رانینگستام^۶، ۲۰۱۰) رابطه دارد. همچنین اکادا^۷ (۲۰۱۰) در بررسی رابطه بین خودشیفتگی و پرخاشگری در ۲۵۰ دانشجوی ژاپنی نشان داد که خودشیفتگی پیش‌بینی‌کننده خصومت است و افراد بسیار خودشیفته، طرد اجتماعی را تجربه می‌کردند و پرخاشگری بیشتری نشان می‌دادند. همچنین، پیوسته‌گر، یزدی و مختاری (۱۳۹۱) با مقایسه ابعاد خودشیفتگی در ۵۳۱ دانش‌آموز دختر نوجوان پرخاشگر و غیرپرخاشگر دریافتند که نمرات خودشیفتگی کل و خودشیفتگی ناسازگارانه دختران پرخاشگر به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه دختران غیرپرخاشگر است.

با توجه به مباحث مطرح شده، روان‌شناسان عوارض بلندمدت رنجش، کینه و غضب را علاوه بر زیانهای اجتماعی، به آثار سوء فردی آن از قبیل تهدید سلامت روانی، افزایش اضطراب، افسردگی و بدبینی و افکار وسواسی نسبت داده‌اند (انرایت^۸، ۱۹۹۴). دارویی که اسلام برای مداوای این گونه بیماری‌ها تجویز می‌کند، عفو و گذشت است. در برخی آیات به بخشش و گذشتن از تقصیر افراد جاهل، دستور داده شده است: «عفو و بخشش پیشه کن و به کارهای نیک فرمان ده و از نادانان رخ برتاب» (اعراف، آیه ۱۹۹). زندگی بشر مملو از خشونت، خشم، نزاع و بی‌اعتمادی است که روابط و تعاملات انسانی را در بر گرفته است (مک‌لوگ، هویت، لارسون، کونیک و تورسن^۹، ۲۰۱۰). پژوهش‌هایی که در حوزه گذشت انجام شده است، بیشتر به احساسات منفی مثل خشم اشاره دارد که ناشی از کمبود گذشت یا موانع بروز آن هستند. اختلالاتی مثل خودشیفتگی، اضطراب، افسردگی، خصومت و نفرت با سطح پایین گذشت رابطه دارند (گیلبرت^{۱۱}، ۲۰۰۴). به علاوه، بخشایشگری (عفو و گذشت) در کاهش بزهکاری، استفاده از مواد مخدر و داروهای آرام‌بخش اثر قابل ملاحظه‌ای داشته است و فواید آن در کاستن رفتارهای ضداجتماعی، هراس و فوبی و کمرویی افراد، بدبینی، وسواس و لجبازی مورد تأیید پژوهشگران قرار گرفته است (انرایت و

1. Pincus & Lukowitsky

2. Miller, Campbell & Pilkonis

3. Ritter, Roepke, Merkl, Heuser & Fydrich

4. Stinson, Dawson, Goldstein, Chou & Huang

5. Blasco-Fontecilla, Baca-Garcia, Dervic, Perez-Rodriguez & Lopez-Castroman

6. Ronningstam

7. Okada

8. Enright

10. Mccullough, Hoyt, Larson, Koenig & Thoresen

11. Gilbert

نورث، ۱۹۹۸). نتایج پژوهش گیلبرت (۲۰۰۴)، مک‌کلگ و همکاران (۲۰۱۰) و فینچام، پالیری و رگالیا^۱ (۲۰۱۲) نشان دهنده تأثیر مثبت گذشت در زندگی فردی و اجتماعی فرد است. اسمیت و یانگ^۲ (۲۰۱۷) با هدف مقایسه گذشت و پرخاشگری در مبتلایان به شخصیت ضداجتماعی و افراد سالم در چین نشان دادند که افراد سالم در مقایسه با مبتلایان به شخصیت ضداجتماعی از گذشت بیشتر و پرخاشگری کمتری برخوردارند. همچنین، غباری بناب، کیوان‌زاده و وحدت تربتی (۱۳۸۷) در بررسی ارتباط بین عفو و گذشت با بهزیستی دانشجویان دریافتند که دانشجویان با عفو و گذشت بالا در بُعد رفتاری از افسردگی، اضطراب و مشکلات روابط بین فردی کمتری در مقایسه با گروه دیگر برخوردارند. بال و پتی جاوون^۳ (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی رابطه بین خودشیفتگی و بخشش را بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که افرادی که خودشیفتگی بیشتری دارند، در رفتارهایشان بخشش کمتری نشان می‌دهند (به نقل از صفاری نیا، دهستانی و فطری، ۱۳۹۶).

همان طور که مطالعات نشان می‌دهد، گذشت عنصر بسیار مهمی در ارتقاء سلامت فرد و همچنین از مهمترین فرایندها در بازیابی روابط بین فردی است (هیل^۴، ۲۰۰۰) که موجب بهزیستی می‌شود. بهزیستی عبارت است از حالت مثبت جسمانی، اجتماعی و روانی نه صرفاً به دلیل عدم وجود درد، ناراحتی و ناتوانی. بهزیستی مستلزم آن است که نیازها ارضاء شوند و افراد حس هدفمندی داشته باشند و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت کنند. بهزیستی از طریق شرایط دربردارنده روابط فردی حمایت کننده، سلامت مطلوب، امنیت مالی و فردی، مشاغل پاداش دهنده و محیط جذاب و سالم ارتقاء پیدا می‌کند (سیریگاتی، پنزو، جیانتی، کاساله و استفانیل^۵، ۲۰۱۶). به طور کلی بهزیستی ذهنی^۶ ارزیابی یک فرد از کیفیت تجربیات، آگاهی‌ها، ارتباطها و سایر مسائل فرهنگی و مرتبط با ارزشمندیهای فرد در حیات اوست (ریچاردز و پاسکوف^۷، ۲۰۱۶). بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از ابعاد به هم وابسته، اما از نظر تجربی مستقل، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی فرد نیز تعریف کرده‌اند (امین نسب، ۱۳۹۳). بر اساس نظریه کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی به شرایط و عملکرد فرد در جامعه اشاره دارد. افراد برخوردار از درجات بالای بهزیستی اجتماعی معمولاً قادر به برقراری روابط با سایرین و حفظ آن روابط هستند (هوئی‌شان، آنی، یی‌سیان، هاوکینز، لیکابوت و شیو^۸، ۲۰۰۸). او بهزیستی اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف می‌کند (نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۲). بهزیستی اجتماعی از ابتدا نیز

1. Fincham, Paleari & Regalia

2. Smith & Yang

3. Ball & Patti Javon

4. Hill

5. Sirigatti, Penzo, Giannetti, Casale & Stefanile

6. Subjective Well-Being

7. Richards & Paskov

8. Hoi Shan, Annie, Yee Sian, Hawkins, Lee Ka But & Shiu

به عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آنها با جامعه، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف می‌شد (موسوی، ۱۳۹۲). چنانچه در سال ۱۹۴۸، سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی اجتماعی را یکی از چند متغیر کلی سلامت فرد تعریف کرد (صبوری، ۱۳۹۱). مدل چندوجهی کیز (۱۹۹۸) از بهزیستی اجتماعی شامل پنج جنبه انسجام، همبستگی، پذیرش، مشارکت و شکوفایی می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد آنها معلوم می‌کند. از نظر او، شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، عنصر مشارکت و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهزیستی اجتماعی است. این عناصر می‌توانند، وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند (والیانی-کیا، ۱۳۹۴). یافته‌های پژوهش انگ، چئونگ و تام^۱ (۲۰۱۴) در خصوص بررسی رابطه خودشیفتگی و بهزیستی اجتماعی در ۱۰۰ زن و مرد نشان داد که خودشیفتگی با رضایت کمتر از زندگی و فشار روانی ادراک شده بیشتر رابطه دارد. همچنین، یافته‌های پژوهش افتخاری (۱۳۹۵) در خصوص مقایسه واکنش روانی و بهزیستی اجتماعی در زنان مبتلا به هراس اجتماعی و سالم حاکی از آن بود که واکنش روانی در زنان مبتلا به هراس اجتماعی بالاتر از زنان سالم است، اما بهزیستی اجتماعی زنان عادی بالاتر از زنان مبتلا به هراس اجتماعی است.

پژوهشهای انجام شده در حوزه گذشت نشان داده‌اند که اختلالاتی مثل خودشیفتگی، هراس اجتماعی، افسردگی، خصومت و نفرت با سطح پایین گذشت رابطه دارند. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره اختلالات، در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بروز بیماریها و اختلالات می‌شود، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ منشأ بر هم زنده سلامت و بهزیستی در کل جهان، اختلالات و بیماریهای روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود. با توجه به مسائل مطرح شده و نظر به میزان بالای شیوع اختلال هراس اجتماعی و خودشیفتگی در گستره عمر و همراهی این اختلالات با رشد آسیب در ارتباطات بین فردی و آسیب عملکردی قابل توجه در زمینه‌های سلامت، شغل، تحصیل و عملکرد اجتماعی و نظر به خلأ موجود در انجام پژوهش‌های داخلی پیرامون مقایسه متغیرهای روان‌شناختی- اجتماعی در میان مبتلایان به هراس اجتماعی و خودشیفتگی و افراد سالم، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر سعی دارد، متغیرهای روانی- اجتماعی از جمله گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی را در سه گروه افراد سالم، افراد خودشیفته و افراد مبتلا به هراس اجتماعی مورد بررسی قرار دهد و به این سوال اساسی پاسخ دهد که بین این سه گروه از لحاظ گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی چه تفاوت‌هایی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری آن عبارت بود از کلیه افراد مبتلا به هراس اجتماعی، خودشیفته و سالم شهر تهران که ۹۰ نفر (۳۰ فرد مبتلا به هراس اجتماعی، ۳۰ فرد خودشیفته و ۳۰ فرد سالم) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس نظر کالینز و اونگبازی^۱ (۲۰۰۷) انتخاب شد، زیرا بر اساس نظر آنها، حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای ۶۴ نفر است و با توجه به اینکه در پژوهش حاضر سه گروه با یکدیگر مقایسه می‌شوند، ۹۰ نفر حجم نمونه مناسبی است. در گروه‌های سالم، خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، افراد ۲۹-۲۴ ساله (۴۰ درصد، ۳۳/۴ درصد و ۳۰ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. زنان در هر سه گروه سالم (۵۶/۷ درصد)، خودشیفته (۵۳/۳ درصد) و مبتلا به هراس اجتماعی (۶۰ درصد)، از بیشترین تعداد برخوردار بودند. اکثر افراد در هر سه گروه سالم (۵۳/۳ درصد)، خودشیفته (۶۰ درصد) و مبتلا به هراس اجتماعی (۶۳/۳ درصد)، متأهل بودند. افراد دارای مدرک کارشناسی در گروه‌های سالم، خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی دارای بیشترین فراوانی بودند (۶۶/۷ درصد، ۶۶/۷ درصد و ۷۳/۳ درصد). همچنین، در گروه‌های سالم و مبتلا به هراس اجتماعی، افراد کارمند دارای بیشترین فراوانی (۴۳/۳ درصد و ۴۶/۶ درصد) و در گروه خودشیفته، افراد دارای شغل آزاد دارای بیشترین فراوانی (۴۳/۳ درصد) بودند. پس از کسب اجازه از مدیران تعدادی از کلینیک‌های مشاوره شهر تهران، با مراجعه به آنجا و اجرای پرسشنامه شخصیت خودشیفته و هراس اجتماعی و تشخیص افراد مبتلا به این دو اختلال، در مورد پرسشنامه‌های پژوهش و چگونگی تکمیل آنها به افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته و هراس اجتماعی توضیح داده شد و از آنها خواسته شد تا با دقت به سؤالات پاسخ دهند. در این پژوهش سعی شد تا آزمودنیها در حد لازم از اهداف پژوهش آگاه شوند و رضایت آگاهانه آنها کسب شود. همچنین، اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی ماند و حین اجرای پژوهش و پس از آن در جریان کامل نحوه اجرای پژوهش و نتایج حاصل از آن قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه هراس اجتماعی^۲ کانر و همکاران^۳ (۲۰۰۰): این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ گویه و سه خرده‌مقیاس ترس (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵)، اجتناب (گویه‌های ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶) و علائم فیزیولوژیک (گویه‌های ۲، ۷، ۱۳، ۱۷) می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت «خیلی زیاد=۴»، «زیاد=۳»، «تا اندازه‌ای=۲»، «کم=۱» و «به هیچ وجه=۰» انجام می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره کسب شده از این

1. Collins & Onegbasi
2. Social Phobia Inventory
3. Connor Etal.

پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰ و ۶۸ خواهد بود. در پژوهش صفاری نیا و شاهنده (۱۳۹۳) بر اساس نمرات استاندارد Z، درجه علائم برای نمرات شرکت کنندگان با پنج مقیاس بدون علائم آشکار (رتبه درصدی کمتر از ۲۰)، خفیف (رتبه درصدی ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (رتبه درصدی ۴۰ تا ۷۰)، شدید (رتبه درصدی ۷۰ تا ۹۰) و بسیار شدید (۹۰ به بالا)، توصیف شده است. در پژوهش صفاری نیا و شاهنده (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در کل نمونه برابر با ۰/۷۹، در دختران، ۰/۸۰ و در پسران، ۰/۷۹ به دست آمد. به علاوه، نتایج پژوهش حاکی از روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه حالت-رگه اضطراب اسپیلبرگر (STAI) و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) بود.

ب) پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-۴۰) راسکین و تری^۱ (۱۹۹۸): این مقیاس به منظور سنجش ویژگیهای شخصیت خودشیفته ساخته شده است و مشتمل بر ۴۰ گویه و ۷ خرده-مقیاس اقتدار، خودنمایی، برتری جویی، بهره‌کشی، محق بودن، خودپسندگی و خودبینی می‌باشد. گویه‌ها به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شوند. نمره صفر نشان‌دهنده نبود نشانه و نمره یک وجود نشانه خودشیفتگی است. بنابراین کمترین و بیشترین نمره کسب شده به ترتیب برابر با صفر و ۴۰ خواهد بود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودشیفتگی بیشتر است. نمرات بالاتر از ۲۰، خودشیفتگی شخصیت فرد را نشان می‌دهد. صفاری نیا و ملکی (۱۳۹۰) پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۱ و با استفاده از همسانی درونی ۰/۷۷ به دست آوردند. همچنین، این مقیاس با خرده‌مقیاس‌های برون‌گرایی و توافق‌جویی پرسشنامه شخصیت پنج عاملی و خرده‌مقیاس خودشیفتگی پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون دارای روایی همزمان بود.

ج) پرسشنامه گذشت صفاری نیا و مفاخری (۱۳۹۰): این پرسشنامه که بر اساس دیدگاه نظری انرایت (۱۹۹۴) استوار است، مشتمل بر ۲۰ گویه و ۴ خرده‌مقیاس رفتاری (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۵)، شناختی (گویه‌های ۴، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۶)، عاطفی (گویه‌های ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۲۰) و اعتقادی (گویه‌های ۸، ۹، ۱۸، ۱۹) می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای «کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵» انجام می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب برابر با ۲۰ و ۱۰۰ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۳، ۱۹، ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش صفاری نیا و مفاخری (۱۳۹۰) پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی و ضریب همسانی درونی به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۶۹ به دست آمد و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مؤید وجود چهار عامل دارای ارزش ویژه بزرگتر از یک تحت عنوان «شناختی»، «عاطفی»، «رفتاری» و «اعتقادی» بود.

د) مقیاس پرخاشگری اهواز (۱۳۷۹): این پرسشنامه توسط زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن در سال ۱۳۷۹ ساخته شد که دارای ۳۰ گویه و سه خرده‌مقیاس خشم و عصبیت (گویه‌های ۱-۱۴)،

تهاجم و توهین (گویه‌های ۲۳-۱۵) و لجاجت و کینه‌توزی (گویه‌های ۳۰-۲۳) است. گویه‌ها روی طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز = ۰ تا همیشه = ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب برابر با صفر و ۹۰ خواهد بود. زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین، آنها روایی همزمان آن با مقیاس برون‌گرایی-درون‌گرایی، روان‌نژندی و روان‌پریشی از پرسشنامه تشخیص شخصیتی آیزنک را مناسب و معنی‌دار گزارش کردند.

۵) مقیاس بهزیستی اجتماعی کیز^۱ (۱۹۹۸): این مقیاس مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده-مقیاس همبستگی اجتماعی (گویه‌های ۷، ۱۵، ۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۷، ۲۹)، انسجام اجتماعی (گویه‌های ۱، ۲، ۹، ۱۰، ۱۲)، مشارکت اجتماعی (گویه‌های ۳، ۴، ۱۱، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۳)، شکوفایی اجتماعی (گویه‌های ۵، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۵) و پذیرش اجتماعی (گویه‌های ۶، ۸، ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۳۰، ۳۱) می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای «کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵» انجام می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (فرزانه، ۱۳۹۶). کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، میزان ضرایب آلفای کرونباخ را در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آورد. همچنین، این پرسشنامه با مقیاس بی-هنجاری^۲ و مقیاس بی‌قراری^۳ دارای روایی همزمان بود (حیدری و غنایی، ۱۳۸۷). حیدری و غنایی (۱۳۸۷) و تدریس تبریزی (۱۳۹۲) در ایران پایایی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آوردند.

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Keyes Social Well-Being Scale
2. Scale Of Anomie
3. Scale Of Dysphoria

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در شرکت‌کنندگان

پژوهش

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
گذشت	سالم	۶۳/۰۷	۸/۰۳
	خودشیفته	۵۵/۴	۴/۴
	مبتلا به هراس اجتماعی	۵۶/۹	۴/۵۷
پرخاشگری	سالم	۴۴/۷۳	۷/۷
	خودشیفته	۴۵/۸	۱۰/۸۱
	مبتلا به هراس اجتماعی	۵۲/۰۳	۱۱/۴۳
بهزیستی اجتماعی	سالم	۳۵/۸۳	۴/۷۱
	خودشیفته	۲۶/۵۳	۵/۰۲
	مبتلا به هراس اجتماعی	۲۵/۲۷	۷/۷۵

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، گذشت در افراد سالم از بیشترین میانگین برخوردار است (۶۳/۰۷). همچنین، پرخاشگری در افراد مبتلا به هراس اجتماعی بالاتر از دو گروه دیگر است (۵۲/۰۳). به علاوه، گروه سالم از بیشترین میانگین بهزیستی اجتماعی برخوردار است (۳۵/۸۳). جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس شامل همگنی واریانسها^۱ که از طریق آزمون لوین^۲ و نرمال بودن توزیع از طریق آزمون کالموگروف-اسمیرنف^۳ مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آنها در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانسها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
گذشت	۸/۰۸	۱	۵۸	۰/۳۳۸
پرخاشگری	۰/۳۴۸	۱	۵۸	۰/۵۵۸
بهزیستی اجتماعی	۰/۱۵۶	۱	۵۸	۰/۷۵۶

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار P برای کلیه متغیرها معنی‌دار نیست ($p \geq ۰/۰۵$). بنابراین، مفروضه همگنی واریانسها در همه متغیرها تأیید می‌شود.

1. Homogeneity Of Variance
2. Leven's Test Of Equaility Variances
3. Kolmogorov-Smirnov

جدول ۳. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیرها	گروه‌ها	آماره	کالموگروف-اسمیرنف
گذشت	سالم	۰/۱۱۲	۰/۴
	خودشیفته	۰/۱۴۵	۰/۱۱
	مبتلا به هراس اجتماعی	۰/۱۱۵	۰/۲
پرخاشگری	سالم	۰/۱۴۸	۰/۰۹
	خودشیفته	۰/۱۰۶	۰/۲
	مبتلا به هراس اجتماعی	۰/۱۳۷	۰/۱۶
بهزیستی اجتماعی	سالم	۰/۱۵۲	۰/۴
	خودشیفته	۰/۱۳۴	۰/۱۱
	مبتلا به هراس اجتماعی	۰/۲۱۱	۰/۳

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، با توجه به مقادیر آماره آزمون کالموگروف-اسمیرنف و عدم معنی‌داری کلیه متغیرهای پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. جهت بررسی تفاوت خرده‌مقیاس‌های متغیر گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در افراد مبتلا به هراس اجتماعی، افراد خودشیفته و سالم از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا)^۱ استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در گروه‌های پژوهش

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
متغیرهای مورد پژوهش	اثر پیلایی	۰/۹۹۲	۲۵۲۷/۵۹	۵	۸۳	۰/۰۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۸	۲۵۲۷/۵۹	۵	۸۳	۰/۰۰۰۱
	اثر هوتلینگ	۱۲۱/۸۱۲	۲۵۲۷/۵۹	۵	۸۳	۰/۰۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲۱/۸۱۲	۲۵۲۷/۵۹	۵	۸۳	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های پژوهش از نظر خرده‌مقیاس‌های گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در سطح $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی بین گروه‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای تشخیص اینکه در کدامیک از متغیرها تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانووا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یکراه (مانووا) خرده‌مقیاسهای گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در گروه‌های پژوهش

متغیرهای مورد پژوهش	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گذشت	۶۴/۵۲	۳۲/۲۶	۳۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۷۹
پرخاشگری	۱۰۴/۰۱	۵۲/۰۰۵	۱۴/۳۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۵۸
بهزیستی اجتماعی	۱۰۸/۹۶	۵۴/۴۸	۴۸/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۵

بر اساس نتایج جدول ۵، بین گروه‌های مورد پژوهش در هر سه متغیر گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارتی گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در افراد سالم، خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی‌داری دارند ($p \leq 0.05$). جهت مقایسه زوجی میانگین‌های نمره‌های گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در گروه‌های مورد پژوهش از آزمون پیگیری توکی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون پیگیری مربوط به تفاوت میانگین نمره‌های گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در گروه‌های مورد پژوهش

متغیر ها	سطوح نگرش مذهبی	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
گذشت	سالم - خودشیفته	۷/۶۷*	۰/۰۰۰۱
	سالم - مبتلا به هراس اجتماعی	۶/۱۷*	۰/۰۱۵
	خودشیفته - مبتلا به هراس اجتماعی	۱/۵-	۰/۲۱۲
پرخاشگری	سالم - خودشیفته	۱۰/۷-	۰/۲۱۷
	سالم - مبتلا به هراس اجتماعی	۷/۳*	۰/۰۰۰۱
	خودشیفته - مبتلا به هراس اجتماعی	۶/۲۳*	۰/۰۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	سالم - خودشیفته	۸/۸۵*	۰/۰۰۱
	سالم - مبتلا به هراس اجتماعی	۱۰/۵۶*	۰/۰۱۸
	خودشیفته - مبتلا به هراس اجتماعی	۱/۲۶	۰/۲۸۶

* تفاوت میانگین‌ها در سطح $P < 0.05$ معنی دار است.

همانطور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، در متغیر گذشت بین دو گروه سالم- خودشیفته و سالم- مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد در حالی بین گروه خودشیفته- مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

در مورد متغیر پرخاشگری بین دو گروه سالم- مبتلا به هراس اجتماعی و خودشیفته- مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد در حالی بین گروه سالم- خودشیفته از لحاظ پرخاشگری تفاوت معنی داری وجود ندارد. در متغیر بهزیستی اجتماعی بین دو گروه سالم- خودشیفته و سالم- مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد، در حالی بین گروه خودشیفته- مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه گذشت، پرخاشگری و بهزیستی اجتماعی در افراد سالم و مبتلا به هراس اجتماعی و خودشیفتگی انجام شد. بر این اساس، نتایج پژوهش نشان داد که افراد سالم در مقایسه با افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، گذشت بالاتری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش رید و انرایت^۱ (۲۰۰۶)، دولاس کوواس، پناته، بتانکورت و دوریورا^۲ (۲۰۱۴)، اسمیت و یانگ^۳ (۲۰۱۷)، غباری بناب، کیوان‌زاده و وحدت تربتی (۱۳۸۷) و پورسردار، امان‌اللهی فرد، بهامین و چرخاب (۱۳۹۰) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، ترس ذهنی، آزردهی و نارساییهای کنشی را تجربه می‌کنند و حتی برخی از این افراد از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند و در نتیجه نمی‌توانند اشتغال داشته باشند، در بیرون از خانه کار کنند و دوستان اندک و یا تماسهای بسیار کم اجتماعی دارند (افتخاری، ۱۳۹۵) و افراد مبتلا به شخصیت خودشیفته معتقدند که برتر، خاص‌تر و منحصر به فردتر از سایرین هستند و نسبت به انتقاد فوق‌العاده حساس‌اند و از این رو در حوزه‌های مهم زندگی نظیر شغل، تحصیل و برقراری روابط میان فردی مشکل دارند (ماريسن، دین و فرانکن، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده که اختلالاتی مثل خودشیفتگی، اضطراب، افسردگی، خصومت و نفرت با سطح پایین گذشت رابطه دارند. به علاوه، بخشایشگری (عفو و گذشت) در کاهش بزهکاری، استفاده از مواد مخدر و داروهای آرام‌بخش اثر قابل ملاحظه‌ای داشته است و فواید آن در کاستن رفتارهای ضداجتماعی، هراس و فوبی و کمرویی افراد، بدبینی، وسواس و لجبازی مورد تأیید پژوهشگران قرار گرفته است (گیلبرت، ۲۰۰۴).

یافته بعدی پژوهش این بود که افراد سالم در مقایسه با افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، پرخاشگری کمتری را تجربه می‌کنند که این یافته با نتایج پژوهش دووال، بوکتر، لمبرت، کوهن و فینچام^۴ (۲۰۱۰)، اکادا^۵ (۲۰۱۰)، صفاری‌نیا و شفيعی (۱۳۹۰)، پیوسته‌گر، یزدی و مختاری (۱۳۹۱)، خزایی، شعیری، حیدری‌نسب و جلالی (۱۳۹۳) و زمانی (۱۳۹۵) همسو است؛ اما طبق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بین گروه سالم با افراد مبتلا به هراس اجتماعی تفاوت معنی دار است در حالی بین افراد سالم با افراد خودشیفته تفاوت معنی داری وجود ندارد.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی ترس ذهنی، آزردهی و نارسایی‌های کنشی را تجربه می‌کنند و به دلیل اجتناب از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی و تماس‌های بسیار کم اجتماعی، از نوعی پرخاشگری و خصومت پنهان رنج می‌برند (افتخاری، ۱۳۹۵)، از این جهت تفاوت بین این دو گروه قابل تبیین است. اما در خصوص عدم تفاوت معنی دار بین دو گروه سالم و افراد خودشیفته می‌توان بیان کرد که از دیدگاه برخی متخصصان، پرخاشگری

1. Reed & Enright

2. De Las Cuevas, Peñate, Betancort & De Rivera

3. Smith & Yang

4. Dewall, Buckner, Lambert, Cohen & Fincham

5. Okada

به معنای آزار رساندن و بهره کشی از دیگران است که می‌تواند به صورت کلامی یا فیزیکی باشد در حالی که یکی از ویژگی‌های افراد خودشیفته تمایل به بهره کشی از دیگران در روابط بین فردی است که این بهره کشی منجر به درگیری کلامی یا فیزیکی نیست. از طرفی بر طبق نظریه خودشیفتگی و پرخاشگری، شخص بسته به نوع خودشیفتگی او معیاری دوگانه برای ادراک داراست. برای فرد خودشیفته تنها خود او و چیزهای منسوب به او اهمیت دارد، حال آنکه بقیه جهان کم و بیش بی‌اهمیت است (پیوسته گر، یزدی و مختاری، ۱۳۹۰). همچنین یکی از فاکتورهایی که هم در پرخاشگری (لاک^۱، ۲۰۰۹) و هم در خودشیفتگی (کرامر و جونز^۲، ۲۰۰۸) نقش دارد، عزت نفس است که می‌تواند روی این نتایج تأثیرگذار باشد؛ در ضمن اینکه با توجه به مسائل و مشکلات اقتصادی - اجتماعی اکثر افراد دچار نوعی پرخاشگری هستند که بالطبع در نتایج پژوهش حاضر موثر بوده است و به همین جهت افراد سالم نسبت به افراد خودشیفته با وجود اینکه پرخاشگری کمتری را تجربه می‌کنند، اما این تفاوت معنی دار نیست.

یکی دیگر از نتایج پژوهش این بود که افراد سالم در مقایسه با افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، بهزیستی اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش انگ، چئونگ و تام^۳ (۲۰۱۴)، سیریگاتی، پنزو، جیانتی، کاساله و استفانیل^۴ (۲۰۱۶)، زارع‌زادگان، مهرابی‌زاده هنرمند، احمدیان، عیدی بایگی و اکبری شایه (۱۳۹۲)، افتخاری (۱۳۹۵) و اختاری (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹) سلامت عمومی و بهزیستی اجتماعی را سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد و نه فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. همچنین، بهزیستی اجتماعی را معادل کلیه روشها و تدابیری می‌داند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می‌روند و آن را نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی می‌داند (رحیمیان بوگر، محمدی‌فر، نجفی و دهشیری، ۱۳۹۲). اختلال هراس اجتماعی بر حسب بروز اضطراب قابل ملاحظه بالینی در اثر رویارویی با انواع معینی از موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی مشخص می‌شود که اغلب به رفتار اجتنابی منجر می‌گردد و عدم رسیدگی به موقع می‌تواند فرد را مستعد افسردگی و مشکلات بهزیستی اجتماعی نماید. همچنین، افراد مبتلا به شخصیت خودشیفته معتقدند که برتر، خاص تر و منحصر به فردتر از سایرین هستند و نسبت به انتقاد فوق‌العاده حساس‌اند و از این رو در حوزه‌های مهم زندگی نظیر شغل، تحصیل و برقراری روابط میان فردی مشکل دارند و از بهزیستی اجتماعی کمتری برخوردارند (بی‌طرف، شعیری و حکیم جواد، ۱۳۸۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش جامعه آماری آن بود که شامل افراد مبتلا به هراس اجتماعی، افراد خودشیفته و سالم شهر تهران بود که امکان تعمیم این پژوهش را به سایر افراد مبتلا به هراس اجتماعی، افراد خودشیفته و سالم در کشور محدود می‌کند. همچنین، امکان کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر از جمله وضعیت اجتماعی - اقتصادی و کنترل همگنی گروه‌ها وجود نداشت. لذا

1. Locke

2. Cramer. P & Jones

3. Ng, Cheung & Tam

4. Sirigatti, Penzo, Giannetti, Casale & Stefanile

به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که به مقایسه متغیرهای پژوهش حاضر یا برخی متغیرهای دیگر نظیر کمال‌گرایی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ... در افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی با افراد سالم بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود که به بررسی رابطه متغیرهای این پژوهش با سایر متغیرها در افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی یا افراد مبتلا به سایر اختلالات شخصیتی بپردازند. به علاوه، اجرای پژوهش‌های مشابه در سایر شهرهای ایران نیز توصیه می‌گردد. برای افزایش گذشت و بهزیستی اجتماعی و کاهش پرخاشگری در افراد خودشیفته و مبتلا به هراس اجتماعی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی گذشت‌درمانی، شیوه‌های کنترل پرخاشگری و مشاوره‌های روان‌شناسی و سلامت توصیه می‌شود.

منابع

- اختری، مریم. (۱۳۹۶). مقایسه بهزیستی اجتماعی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به هراس اجتماعی و سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- افتخاری، فاطمه. (۱۳۹۵). مقایسه واکنش روانی و بهزیستی اجتماعی در زنان مبتلا به هراس اجتماعی و سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- امیدیان، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری و عاطفی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
- امین‌نسب، ویان. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی زنان ناباور تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
- بی‌طرف، شبنم؛ شعیری، محمدرضا و حکیم جواد، منصور. (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. *روان‌شناسان ایرانی*، ۷، ۸۲-۷۵.
- پورسردار، فیض‌الله؛ امان‌اللهی فرد، عباس؛ بهامین، قباد و چرخاب، نرگس. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی، کیفیت زندگی، صمیمیت و نگرش‌های مذهبی در متأهلین با گذشت و بدون گذشت در مراکز بهداشتی و درمانی شهر آبدانان. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳، ۵۱-۴۲.
- پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ یزدی، سیده منور و مختاری، لیلا. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد خودشیفتگی در دختران نوجوان پرخاشگر و غیرپرخاشگر. *مجله علوم رفتاری*، ۲، ۱۲۴-۱۱۹.
- پیوسته‌گر، مهرانگیز، یزدی، سیده منور، و مختاری، لیلا. (۱۳۹۰). رابطه خودشیفتگی و عزت نفس با پرخاشگر و مقایسه تحولی آن در دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷، (۱): ۱۲۷-۱۴۴.
- تدریس تبریزی، معصومه. (۱۳۹۲). *اعتباریابی و هنجارسازی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.

- حیدری، غلامحسین و غنایی، زیبا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. / اندیشه و رفتار، ۷، ۴۰-۳۱.
- خزایی، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا؛ حیدری نسب، لیلا و جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه میزان خودکارآمدی، عزت نفس، اضطراب اجتماعی، کمرویی و پرخاشگری در دانش آموزان دبیرستانی با سطوح جرأت‌ورزی متفاوت. دوماهنامه فیض، ۳، ۲۳۸-۲۲۹.
- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ نجفی، محمود و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۲). تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۸، ۳۴-۲۳.
- زارع‌زادگان، بهمن؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، احمدیان، علی؛ عیدی بایگی، مجید و اکبری شایه، یحیی. (۱۳۹۲). مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و پرخاشگری دانش آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع. مجله پزشکی هرمزگان، ۵، ۴۳۰-۴۲۳.
- زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین. (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۱ و ۲، ۱۰۲-۷۳.
- زرگر، فاطمه، کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین و نشاط دوست، حمیدطاهر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر رفتاردرمانی گروهی بر علائم هراس اجتماعی و جرأت‌مندی دانشجویان. مجله روان‌شناسی، ۱۰، ۳۳۵-۳۴۸.
- زمانی، راحله. (۱۳۹۵). مقایسه واکنش روانی، پرخاشگری و سلامت روانی در زنان مطلقه و عادی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- صادقی، راضیه، تاجیک‌زاده، فخری و رئیس کریمیان، فرخناز. (۱۳۹۳). رابطه طرد و پذیرش مادر با پرخاشگری در دانشجویان دختر. مجله علوم پزشکی صدر، ۲، ۱۸۴-۱۷۳.
- صیوری، سعید. (۱۳۹۱). بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان کارمندان آموزش و پرورش منطقه یازده شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
- صفاری‌نیا، مجید و شاهنده، مریم. (۱۳۹۳). پایداری و روایی پرسشنامه ترس مرضی اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اهواز. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲، ۱۷۸-۱۷۰.
- صفاری‌نیا، مجید و شفیعی، حسن. (۱۳۹۰). خودشیفتگی، عزت نفس و ابعاد پرخاشگری در نوجوانان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۶، ۱۲۶-۱۲۱.
- صفاری‌نیا، مجید و مفاخری، عبدالله. (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه گذشت. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱، ۴۵-۲۴.
- صفاری‌نیا، مجید و ملکی، بهرام. (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-۴۰). مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸، ۹۲-۸۱.
- صفاری‌نیا، مجید؛ دهستانی، مهدی؛ فطری، اعظم. (۱۳۹۶). اثر میانجی همدلی، نشخوارفکری و خشم در رابطه بین خودشیفتگی و فقدان بخشش میان فردی. شناخت اجتماعی، ۶ (۲): ۱۴۳-۱۵۴.

- غباری بناب، باقر، کیوان‌زاده، محمد و وحدت تربتی، شادی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین عفو و گذشت و بهزیستی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۸، ۱۸۰-۱۶۷.
- فرزانه، آزاده. (۱۳۹۶). *پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بر اساس شخصیت جامعه‌پسند و واکنش روانی در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- قرآن مجید. (۱۳۸۶). ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای. تهران: انتشارات مروی.
- موسوی، سمیه. (۱۳۹۲). *رابطه رضایت زناشویی با شکایات روان‌تنی و بهزیستی روان‌شناختی در دبیران شهرستان شهرکرد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- مالگیر، طیبه؛ ابراهیمی مقدم، حسین؛ رحمانی، فریبا؛ رضاعلی زاده، زهرا. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب و پرخاشگری افراد مبتلا به حمله هراس. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳ (۴): ۱۴۱-۱۵۸.
- نریمانی، محمد، یوسفی، فاطمه، و کاظمی، رضا. (۱۳۹۲). نقش سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانیهای یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۴، ۱۴۲-۱۲۴.
- والیانی کیا، اکبر. (۱۳۹۴). *اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر کاهش وزن و بهزیستی روان‌شناختی خانم‌های ۲۰ تا ۴۵ ساله چاق*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
- Beidel, D.C., Rao, P.A., Scharfstein, L., Wong, N., & Alfano, C.A. (2010). Social skills and social phobia: An investigation of DSM-IV subtypes. *Behavior Research and Therapy*, 48, 992-1001.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M.M., & Lopez-Castroman, J. (2013). Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1583-1587.
- Collins, A., & Onegbasi, M. (2007). *Mixed research method*. New York: Wiley.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cramer, P & Jones. C. J, (2008). Narcissism, identifications and longitudinal change in psychological health: dynamic predictions, *Journal of research in personality* (42), 1148-1159.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M., & de Rivera, L. (2014). Forgiveness in psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 70, 85-91.
- DeWall, N., Buckner, J.D., Lambert, N.M., Cohen, A.S., & Fincham, F.D. (2010). Bracing for the worst, but behaving the best: Social anxiety, hostility, and behavioral aggression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 260-268.
- Enright, R.D. (1994). Piaget on the moral development of forgiveness: Identity or reciprocity? *Human Development*, 37, 63-80.

- Enright, R.D., & North, J. (1998). *Introducing forgiveness*. Madison: Wisconsin University Press.
- Fincham, F.D, Paleari, G., & Regalia, C. (2012). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37.
- Gilbert, P.B. (2004). Analysis of the function of system variable within forgiving and unforgiving families. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Hill, E. W & Mullen, P. M. (2000). Context for understanding forgiveness and repentance as discovery. *Journal of Pastoral Care*, 54, 287-296.
- Hofmann, S.G., Boettcher, H., & Wu, J.Q. (2014). Social phobia across the lifespan. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2, 493-499.
- Hoi Shan, S.C., Annie, T., Yee Sian, C., Hawkins, R., Lee Ka But, A., & Shiu, M. (2008). Children`s social and emotional well-being in Singapore. *Research Monograph*, 7, 22-30.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L.S., Murray, B.S., Leib, R., & Wittchen, H. (2014). Social fear and social phobia types among community youth: Differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 111-120.
- Marissen, M.A.E., Deen, M.L., & Franken. I.H.A. (2015). Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 198, 269-273.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenigh, H.G., & Thoresen, C.E. (2010). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- Miller, J.D., Campbell, W.K., & Pilkonis P.A. (2009). Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170-177.
- Ng, H.K.S., Cheung, R.Y.H., & Tam, K.P. (2014). Unraveling the link between narcissism and social well-being. *Personality and Individual Differences*, 70, 7-10.
- Locke, K.D. (2009). Aggression, narcissism, self-esteem, and the attribution of desirable and humanizing traits to self versus others. *Journal of Research in Personality*, 43, 99-102.
- Okada, R. (2010). The relationship between vulnerable narcissism and aggression in Japanese undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 49, 113-118.
- Pincus A.L., & Lukowitsky, M.R. (2014). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Raskin, R., & Terry, H. (1998). A principal components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902.
- Reed, G.L., & Enright, R.E. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal

- emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 920-929.
- Richards, L., & Paskov, M. (2016). Social class, employment status and psychological reactance in psychological well-being in the UK: Cross-sectional and fixed effects analyses over two decades. *Social Science & Medicine*, 167, 45-53.
 - Ritter, K., Roepke, S., Merkl, A., Heuser, I., & Fydrich, T. (2010). Comorbidity in patients with narcissistic personality disorder in comparison to patients with borderline personality disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 14-24.
 - Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Report*, 12, 68-75.
 - Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H.R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I., & Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1363-1369.
 - Sheffield, J.C. (2003). *An investigation of the relationship between forgiveness, religiosity, religious coping and psychological well-being*. Doctoral Thesis, Brigham University.
 - Sirigatti, S., Penzo, I., Giannetti, E., Casale, S., & Stefanile, C. (2016). Relationships between psychological reactance, social self-efficacy, and social well-being in narcissistic people. *Personality and Individual Differences*, 90, 219-224.
 - Smith, G.D., & Yang, F. (2017). The comparison of forgiveness and aggression between people with antisocial personality and healthy individuals in China. *Nurse Education Today*, 49, 90-95.
 - Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, S.P., & Huang, B. (2015). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1033-1045.
 - Wittchen, H.U., & Fehm, L. (2011). Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinical of North America*, 24, 617-641.
 - World Health Organization. (2009). World Health Organization Report. *Bulletin of the World Health Organization*, 35, 420-435.