

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

با همکاری گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دوره ۲۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵، شماره پیاپی ۸۷

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

نوع مجله: فصلنامه علمی - پژوهشی روانپزشکی، روانشناسی بالینی و بهداشت روان

ISSN ۱۷۳۵-۴۳۱۵

E-ISSN ۲۲۲۸-۷۵۱۵

پروانه انتشار: ۱۲۴-۲۹۹۹

تیراژ: ۵۰۰

قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال

مدیر مسئول: دکتر سید احمد واعظی

سر دبیر: دکتر بنفشه غرابی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

جانشین سر دبیر: دکتر احمد عاشوری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دبیر شورای نویسندگان: دکتر نوشین خادم‌الرضا

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

مدیر اجرایی: زهره راخ

کارشناس نشریه: مریم نوروزی

ناشر: مؤسسه نگاه مشرق میانه

www.nirp.ir

تلفن: ۸۸۹۲۵۸۳۸

ویراستاران فارسی: مینا امانی، مریم هاشمی،

مدیر وبسایت: آناپک سربخش

گرافیکست و صفحه‌آرا: فاطمه رضایی

نمایه:

مقالات این مجله در، PsycINFO, EMRO Index Medicus, Index Copernicus, Ebsco, Ulrich's Periodicals Directory, DOAJ, CAB Abstracts, ISC, Scientific Information Database, Magiran و Barakatks نمایه می‌شود.

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.

دفتر نشریه:

تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران

صندوق پستی: ۴۴۱-۱۴۵۶۵

کد پستی: ۱۴۴۵۶۱۳۱۱۱

تلفکس: ۶۶۵۰۶۸۹۹

پست الکترونیک: ijpcp@iums.ac.ir

سایت: http://ijpcp.iums.ac.ir



موسسه نشر و پژوهش
نگاه مشرق میانه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی ایران

مجله روزانه پزشکی و دندانپزشکی ایران

اعضای هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا

دکتر حسن عشایری

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر عباس عطاری

استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر بنفشه غرابی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر سید حسین فاطمی

استاد دانشگاه مینه‌سوتا، ایالات متحده آمریکا

دکتر آر تور فریمن

استاد دانشگاه تورو، نیویورک، ایالات متحده آمریکا

دکتر سید نصیر قائمی

استاد مرکز پزشکی تافتس، ایالات متحده آمریکا

دکتر سید محمد علی قریشی زاده

استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر علی قلعه‌ایها

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر رامین مجتبابی

دانشیار دانشگاه جانز هاپکینز، ایالات متحده آمریکا

دکتر احمد محیط

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر حمید مصطفوی عبدالملکی

استادیار دانشگاه هاروارد، ایالات متحده آمریکا

دکتر سید کاظم ملکوتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مهدی نصر اصفهانی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمد تقی یاسمی

دکتر مهرداد افتخار

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نور محمد بخشانی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عباس بخشی پور رودسری

استاد دانشگاه تبریز

دکتر جعفر بوالهروی

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر حسن حق شناس

استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر کیت استفان دابسون

استاد دانشگاه کلگری، کانادا

دکتر مریم رسولیان

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محسن رضائیان

استاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دکتر ونداد شریفی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیر شعبانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر الهام شیرازی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر علی صحرائیان

استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر حسن ضیاءالدینی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

راهنمای نگارش مقالات

۳. گزارش‌های موردی

شامل گزارش موارد نادر یا جالب است و باید شامل چکیده، مقدمه، گزارش مورد، بحث، نتیجه‌گیری، سپاسگزاری و منابع باشد و از ۲۰۰۰ کلمه تجاوز نکند.

۴. نامه به سردبیر

نامه می‌تواند به صورت ارایه مشاهدات علمی یا نقد یکی از مقالات چاپ شده در این مجله باشد و با بحثی کوتاه، همراه با درج فهرست منابع نگاشته شود. نقد مقاله برای نویسنده مسئول مقاله مورد نقد، ارسال خواهد شد و همراه با پاسخ وی، در صورت تصویب شورای نویسندگان به چاپ خواهد رسید.

شرایط ارسال مقاله

۱- مقاله نباید پیش از این انتشار یافته یا هم‌زمان به نشریه دیگری ارسال شده باشد. در زمان پذیرش مقاله برای چاپ، حقوق چاپ مقاله به این مجله انتقال می‌یابد و چاپ متن، شکل‌ها، نمودارها و جدول‌ها تنها با اجازه نشریه قابل انجام است.

۲- مقاله در نرم‌افزار word با فونت B Zar و سایز ۱۲، روی قطع A۴، با حاشیه ۳ سانتی‌متر از هر چهار طرف و به صورت یک ستونی تایپ شود. شکل‌ها، نمودارها و جدول‌ها همراه با زیرنویس تهیه شوند و در متن مقاله به همه آنها اشاره شود. نویسنده مسئول مشخص شود و مدرک تحصیلی، رتبه دانشگاهی، سازمان وابسته، آدرس پستی، آدرس پست الکترونیک، شماره تلفن و دورنگار او به همراه مدرک تحصیلی، رتبه دانشگاهی کلیه نویسندگان در مقاله درج گردد.

۳- ارسال مقاله فقط از طریق online submission پذیرفته می‌شود.

۴- آدرس پایگاه الکترونیکی مجله <http://ijpcp.iums.ac.ir> است که ارسال‌کننده مقاله با ثبت‌نام در پایگاه، با نام کاربری و رمز عبور وارد سایت مجله شده و با کلیک روی «راهنمای ارسال مقاله» از طریق منوی ارسال الکترونیکی مقاله، آن را submit می‌کند. نکته مهم این‌که در قسمت «فایل اصلی مقاله» باید مقاله با نام نویسنده (نویسندگان) و در قسمت «فایل بدون نام نویسنده»، حتماً فایل مقاله که در چکیده فارسی و انگلیسی آن نام نویسنده (نویسندگان) و همه اطلاعات مربوط به آنها حذف شده، فراگذاری شود.

۵- مقاله‌های کارآزمایی بالینی پیش از ارسال برای چاپ، بایستی در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران IRCT به آدرس زیر ثبت شده و کد ثبت آنها به همراه مقاله ارسال شود: <http://www.irct.ir>

۶- فرم تعهدنامه تکمیل و بعد از امضای همه نویسندگان، به آدرس ایمیل مجله، ارسال شود.

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار سابق) نشریه‌ای علمی- پژوهشی در زمینه‌های روانپزشکی، روانشناسی بالینی و بهداشت روانی وابسته به دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان- انستیتو روانپزشکی تهران است. این نشریه پذیرای مقاله‌های پژوهشی اصیل، مروری و گزارش موردی، و نیز مقاله‌های کوتاه علمی و نامه به سردبیر است. کلیه مقاله‌ها توسط داوران نشریه ارزیابی می‌گردد و در صورت نداشتن مشکل عمده، نتیجه‌های ارزیابی به اطلاع نویسنده مسئول مقاله می‌رسد تا نسخه جدید مقاله را آماده و ارسال نماید. نسخه جدید دوباره توسط داوران و شورای نویسندگان نشریه ارزیابی و نتیجه آن به نویسنده مسئول مقاله اعلام می‌گردد.

شرایط نگارش مقاله

۱. مقاله‌های اصیل (Original)

۱- مقاله باید شامل عنوان، چکیده، مقدمه، روش، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، سپاسگزاری و منابع باشد. متن مقاله به زبان فارسی و چکیده به دو زبان فارسی و انگلیسی باشد.

۲- چکیده شامل عنوان‌های هدف، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلیدواژه (دست‌کم سه واژه) باشد و از ۲۵۰ کلمه تجاوز نکند.

۳- مقدمه شامل مرور کوتاهی بر ادبیات مربوطه، هدف از انجام پژوهش با توجه به پیشینه آن و فرضیه‌های مورد بررسی باشد.

۴- روش به گونه‌ای نگاشته شود که سایر پژوهشگران بتوانند آن را با تمام جزئیات تکرار کنند.

۵- یافته‌ها به شیوه‌ای ارائه شوند که امکان تحلیل توسط خواننده مقاله وجود داشته باشد. هم‌چنین، از کمترین تعداد لازم جدول، شکل و نمودار استفاده شود.

۶- بحث به یافته‌ها مستند شود و بر پایه هدف‌های پژوهش نوشته شود.

۷- نتیجه‌گیری به اختصار و به‌عنوان جمع‌بندی بحث ارائه شود.

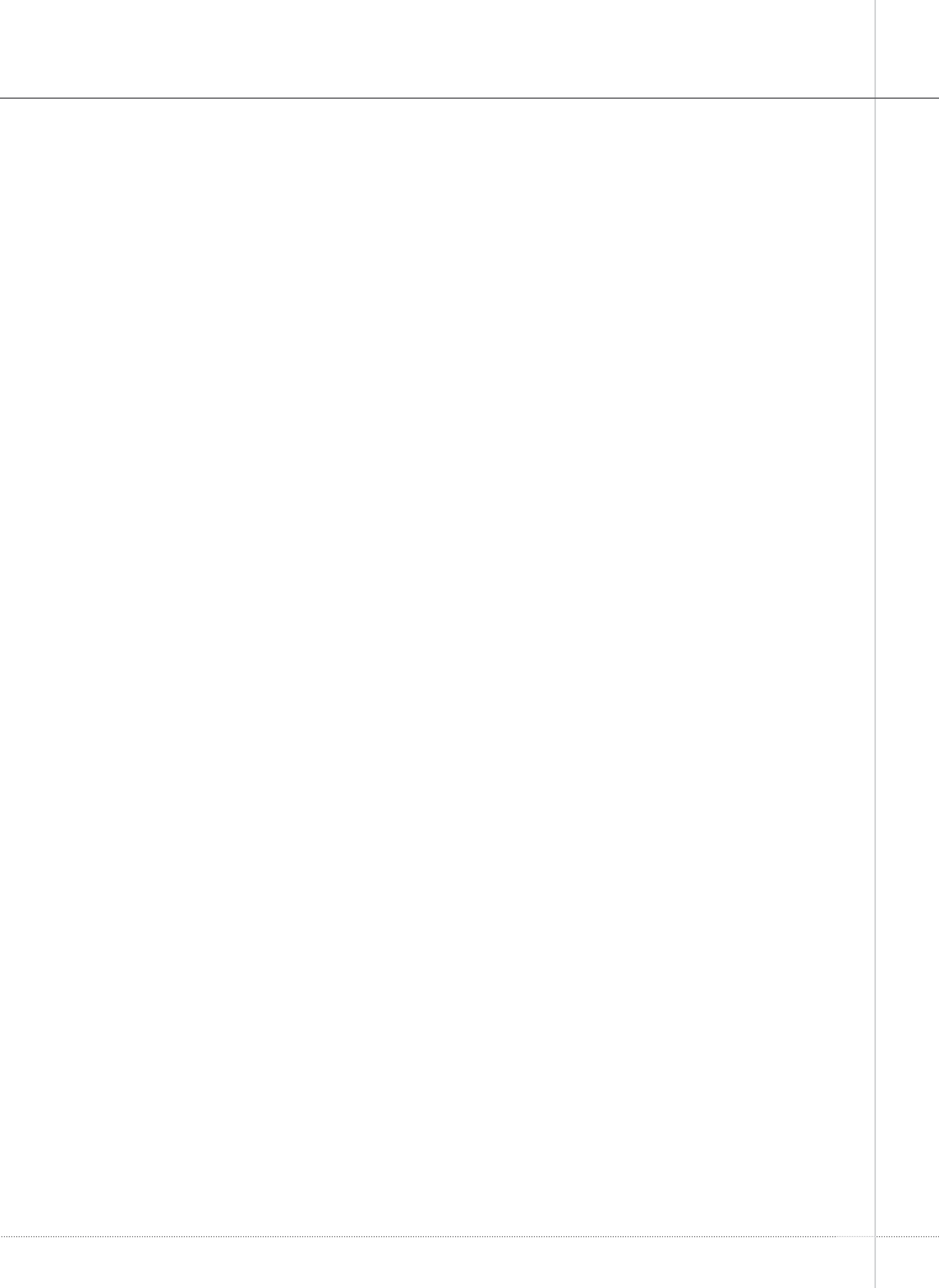
۸- سپاسگزاری شامل تشکر از افراد مورد نظر نویسنده و ذکر نام سازمان(های) حمایت‌کننده یا تأمین‌کننده مالی پژوهش باشد.

۹- منابع مطابق با الگوی ونکوور تنظیم شود. برای اطلاعات بیشتر به سایت مجله مراجعه گردد.

۲. مقاله‌های مروری (Review)

۱- تنها مقاله‌ای پذیرفته می‌شود که نویسنده آن در زمینه مربوطه صاحب‌نظر بوده، در فهرست منابع به مقاله‌های خود اشاره کرده باشد.

۲- اصول کلی نگارش مشابه سایر مقاله‌های پژوهشی است.



مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

دوره ۲۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵

فهرست

- ۲۶۷ فناوری‌های جدید، دورپزشکی و دور روان‌پزشکی
الهام شیرازی، میترا حکیم شوشتری، محمدرضا شالبافان، فاطمه هادی،
رضا بیدکی
- ۲۷۱ نقش ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با
دیگران در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی جبری
علی حسین اسفندزاد، گیتی شمس، علی پاشا میثمی، عارفه عرفان
- ۲۸۵ کارکرد خانواده ادراک‌شده و افکار خودکشی دانشجویان: نقش
تعدیل‌کننده‌نامیدی
اسدالله اکبری، لیلی پناغی، مجتبی حبیبی، منصوره‌سادات صادقی
- ۲۹۳ ارتباط بین ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی با شدت
افسردگی در نوجوانان
امین سهراب‌زاده فرد، بنفشه غرایی، علی اصغر اصغرنژاد فرید، اسماء عاقبتی
- ۳۰۱ تبیین علل کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی در زنان متأهل در
سنین باروری: یک تحقیق کیفی
زهره قرشی، عفت‌السادات مرقاتی‌خوبی
- ۳۰۹ ساختار عاملی پرسش‌نامه شخصیتی DSM-5 (PID-5) در نمونه ایرانی
شیوا ثریا، لیلا کمال‌زاده، وحیده نیری، عصمت بیات، کاوه علوی، سیدوحید
شریعت
- ۳۱۹ مدل‌سازی معادله‌های ساختاری نگرش‌های ناکارآمد با افسردگی: بررسی
نقش واسطه‌ای سبک پاسخ‌نشخوار
حمیدرضا گلزار، عبدالعزیز افلاک‌سیر، جواد ملازاده
- ۳۳۱ میزان عدم پیگیری درمان در درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه: پیگیری
یک‌ساله
زهره میرسپاسی، جواد علاقبندراد، ونداد شریفی، والتین آرتونیان، پروانه
فرهادبیگی، فتانه عبدی، عمران محمدزاقی، حمیدرضا نقوی، همایون
امینی، سارا جعفری
- ۳۴۱ بررسی رابطه ابعاد رفتاری و شناختی اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی
با جنسیت و نقش‌های جنسیتی
مهناز علی‌اکبری دهکردی، حسین زارع، علی اصغر اصغرنژاد فرید، راضیه
هاشمیان

Letter to Editor

E-Health, Telemedicine and Telepsychiatry



Elham Shirazi^{1*}, Mitra Hakim Shoostari¹, Mohammad Reza Shalbafan², Fatemeh Hadi², Reza Bidaki³

1. Psychiatrist, Associate Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Psychiatrist, Assistant Professor, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Psychiatrist, Associate Professor, Research Center for Addiction and Behavioral Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Citation: Shirazi E, Hakim Shoostari M, Shalbafan MR, Hadi F, Bidaki R. E-Health, Telemedicine and Telepsychiatry (Persian). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 22(4):266-269. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.267>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.267>

Received: 02 Oct. 2016

Accepted: 27 Nov. 2016

ABSTRACT

Rapid technological progresses have affected different aspects of human life such as healthcare, and have resulted in formation of new medical terms such as “electronic health (e-health)” and “telemedicine”. E-health is providing healthcare services through electronic media, and “telemedicine” as one of the subsets of e-health, are those medical services which can be provided though live, interactive, and mutual televideo communication between the patient and the physician. The inclusion criteria have to be specified based on medical needs, applicability, cost-effectiveness, and the clinical condition of the patient. The allocated bandwidth, should also be considered. Researches have shown that effective optimal clinical care is the most important keyfactor in providing successful outcomes by telemedicine, and the role of updated equipment and facilities are insignificant in this regard.

Telemedicine has also been successfully used in mental health care systems. “Telepsychiatry” is defined as the implication of telemedicine in mental health and psychiatric services, and “telepsychiatrist” is the psychiatrist who provides telepsychiatric services via electronic communication to residences of remote areas. Telepsychiatry is applicable in all age ranges and developmental and cognitive levels, and can be used in clinical evaluation and assessment, diagnosis, treatment, medical education, consultation, forensics, and emergency care, in a variety of mental disorders.

Besides current barriers for implementing telemedicine in the mainstream of clinical practice, it seems that the rapid development of technology, will make the use of telemedicine in the medical and health-care systems widespread and even inevitable.

Key words:

E-health, Tele-communication, Telehealth, Telemedicine

* Corresponding Author:

Elham Shirazi, MD

Address: Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66506853

E-mail: shirazi.e@iums.ac.ir

فناوری‌های جدید، دور پزشکی و دور روان پزشکی

* الهام شیرازی^۱، میترا حکیم شوشتری^۱، محمدرضا شالبافان^۲، فاطمه هادی^۳، رضا بیدکی^۲

۱- روانپزشک، دانشیار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۲- روانپزشک، استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۳- روانپزشک، دانشیار، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

دگرگونی‌های قابل توجهی ایجاد کرده است. در دور پزشکی هیچ توصیه یا معنی برای ملاقات حضوری وجود ندارد و هر زمان بیمار بخواهد یا دور درمانگر^۲ لازم بداند می‌توان ملاقات حضوری را نیز ترتیب داد. همچنین دور درمانگر می‌تواند از ابتدا یا در طول درمان تصمیم بگیرد چه ملاقات‌هایی با چه فاصله زمانی و با حضور چه کسانی باید حضوری صورت گیرد. معیارهای ورود بیمار با توجه به نیازسنجی، اجرایی بودن و مقرون به صرفه بودن تعیین می‌شود و بیمار باید برای ارتباط صوتی تصویری با تله‌ویدئو و با پهنای باند موجود شرایط بالینی مناسبی داشته باشد [۲].

در صورتی که برای ارزیابی، درمان و مدیریت بیماری، علاوه بر خدمات دور پزشکی، به امکانات بالینی و فنی بیشتری در محل استقرار بیمار نیاز باشد که در آن محل قابل تأمین نباشد، نمی‌توان از این روش برای این بیماران استفاده کرد. هیچ ممنوعیت مطلقی برای استفاده از دور پزشکی وجود ندارد، مگر اینکه بیمار اجازه ندهد به این روش ارزیابی و درمان شود. بیمار باید از انواع روش‌های خدمات سلامت که برایش فراهم است، مزایا و معایب، محدوده عملکرد، سهولت اجرا، هزینه، سطح پوشش بیمه‌ای و امکان تداوم آن‌ها آگاه باشد و اجازه داشته باشد که آگاهانه انتخاب کند. همچنین راه‌ارتباط شبکه‌ای و مخابراتی باید امن باشد و امکان دسترسی به اطلاعات بیمار در آن وجود نداشته باشد [۵]. دور پزشکی نیز مانند دیگر سامانه‌های مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی به راهنماهای بالینی^۸ نیاز دارد تا بتواند از معیارهای مراقبت سلامت پیروی کند. همچنین باید مراکز نظارت بر کنترل کیفیت^۹ و اعتباربخشی^{۱۰} به صورت دوره‌ای سامانه‌های دور پزشکی را در طرف‌های ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات ارزیابی کنند [۲، ۳].

پیشرفت‌های سریع فناوری‌های جدید بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است و مراقبت‌های سلامت^۱ نیز یکی از این جنبه‌هاست. امروزه این پیشرفت‌ها واژه‌های جدیدی را مانند «سلامت الکترونیک»^۲ و «دور پزشکی»^۳ به واژه‌نامه پزشکی افزوده است. منظور از سلامت الکترونیک خدمت‌رسانی سلامت از راه رسانه‌های الکترونیک مانند تلفن، گوشی همراه، پیامک، دورنگار، رایانه، رایانامه، اینترنت، تله‌ویدئو^۴ و دیگر وسایل مشابه است. «دور پزشکی» به عنوان زیرمجموعه‌ای از سلامت الکترونیک، بخشی از خدمات پزشکی است که از راه ارتباط صوتی تصویری زنده، هم‌زمان، فعال و دوطرفه تله‌ویدئویی بین بیمار و پزشک ارائه می‌شود [۱]. دور پزشکی این ظرفیت را دارد که بتوان از آن برای ارزیابی، تشخیص، درمان، مشاوره، آموزش، پژوهش، گراندراوند^۵، نظارت بالینی و دیگر موارد مشابه بهره برد [۲، ۳]. هم‌اکنون دور پزشکی در برخی کشورها به سرعت در حال گسترش است و به عنوان یکی از شیوه‌های ارائه خدمات سلامت در سامانه رسمی و قانونی مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی آنان پذیرفته شده است [۱، ۴].

دور پزشکی و شیوه‌های اجرا

هرچند ارتباط حضوری^۶ همواره مطلوب‌ترین شرایط برای بیمار و درمانگر است [۱، ۲]، خوشبختانه دور پزشکی گزینه‌ای ثانوی و چاره‌ساز با نکاتی مثبت است که در ارتقای خدمات سلامت

1. Health care
2. E-Health
3. Telemedicine
4. Televideo
5. Grand round
6. In-person

* نویسنده مسئول:

دکتر الهام شیرازی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران).

تلفن: ۶۶۵۰۶۸۵۳ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: shirazi.e@iums.ac.ir

7. Teletherapist
8. Practice parameters
9. Quality control
10. Credentialing

دورپزشکی و خدمات سلامت روان

پژوهش بر دورپزشکی و دور روان‌پزشکی

پژوهش‌ها نشان داده است کلید موفقیت در دورپزشکی را مراقبت‌های بالینی مؤثر تشکیل می‌دهد و نقش به‌روز بودن ابزار و تجهیزات در این زمینه کم‌رنگ است [۲]. در بیشتر پژوهش‌ها که روی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان انجام شده است درجه رضایت‌مندی و اعتماد بیماران، خانواده‌ها، مراجعه‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات دورپزشکی به گونه‌ای پایدار بالا بوده است [۱۶، ۱۵، ۲]. هرچند رضایت‌مندی دلیل بر اثربخشی نیست، ولی می‌تواند نشانه قابل‌پذیرش بودن روش دورپزشکی باشد و جهت‌گیری‌های آتی سامانه‌های دورپزشکی را هدایت کند. بر اساس یافته‌های پژوهشی، تاکنون دور روان‌پزشکی موفق‌ترین حوزه بالینی در سامانه دورپزشکی بوده است و فعال‌ترین رشته تخصصی است که از امکانات سامانه دورپزشکی بهره می‌گیرد [۱۲، ۹، ۲]. گروهی از پژوهش‌ها اثر دور روان‌پزشکی را با درمان‌های حضوری مقایسه و اثر یکسانی را گزارش داده‌اند [۱۸، ۱۷]. البته تاکنون هیچ پژوهشی نشان نداده است که دور روان‌پزشکی بیشتر از درمان حضوری تأثیر دارد.

کلام پایانی

محدودیت‌های مالی و فنی و نیروی انسانی مانع این است که بتوان دورپزشکی و دور روان‌پزشکی را در فعالیت‌های بالینی رایج پزشکی وارد کرد. همچنین آموزش این روش در برنامه آموزشی پزشکی عمومی و تخصصی گنجانده نشده است. به نظر می‌رسد پیشرفت‌های روزافزون فناوری به‌زودی نفوذ این روش در سامانه‌های خدمات پزشکی و بهداشتی را گسترده و حتی غیرقابل‌اجتناب خواهد کرد. این پیشرفت‌ها نه تنها لزوم آگاهی فعالان حوزه بهداشت و سلامت را از این روش برجسته می‌کند، بلکه چالش‌های جدیدی را در دنیای طب مطرح می‌کند [۱۸، ۱۷]. از جمله اینکه آیا فناوری‌های جدید در ماهیت ارتباط بین پزشک و بیمار دگرگونی ایجاد خواهد کرد؟ آیا موارد بالینی خاصی وجود دارد که در مدیریت آن‌ها بهره‌گیری از دور روان‌پزشکی مفیدتر از ملاقات حضوری باشد؟ این پرسش‌ها و پرسش‌هایی از این دست از جمله مسائلی است که امید می‌رود پژوهش‌های آتی بتوانند به آن پاسخ دهند.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

از دورپزشکی می‌توان برای مراقبت‌های سلامت در حوزه روان‌پزشکی و سلامت روان نیز استفاده کرد. واژه «دورروانپزشکی»^{۱۱} به استفاده از روش‌های دورپزشکی برای ارائه خدمات سلامت روان و روان‌پزشکی اطلاق می‌شود و دورروان‌پزشک یک متخصص روان‌پزشکی است که می‌تواند از راه ارتباط الکترونیک و فناوری‌های جدید اطلاعاتی، مراقبت‌های سلامت روان و روان‌پزشکی را برای ساکنان مناطق دور دست فراهم آورد [۶، ۵، ۳، ۲]. افزایش آگاهی، نیاز و درخواست‌های عمومی برای ارزیابی و مراقبت‌های روان‌پزشکی از یک‌سو، و کم‌بودن تعداد روان‌پزشکان به‌ویژه در موارد فوق تخصصی مانند روان‌پزشک کودک و نوجوان و روان‌پزشک قانونی از سوی دیگر، باعث رشد سریع دور روان‌پزشکی در سامانه دورپزشکی شده است. از آنجا که روان‌پزشکی بیشتر روی مشاهده و گفت‌وگو و کمتر بر معاینه مستقیم جسمی تکیه دارد، دورپزشکی برای بیشتر اختلالات و مشکلات حوزه روان‌پزشکی و محدوده‌های سنی مختلف قابل استفاده است و می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای بیمارانی باشد که به مراقبت‌های سلامت روان دسترسی ندارند [۸، ۷، ۵، ۲]. در روان‌پزشکی ارتباط صوتی تصویری تقریباً به‌تنهایی برای ارزیابی، درمان و به‌ویژه برای جلسات پیگیری کفایت می‌کند. این ویژگی موجب شده است این رشته تخصصی شایع‌ترین و موفق‌ترین حوزه بالینی در دورپزشکی باشد و نیمی از خدمات دورپزشکی را تشکیل دهد [۱۰، ۹، ۲].

برای ارزیابی، تشخیص، درمان، مسائل قانونی، مشاوره و موارد اورژانس، در گستره وسیعی از تشخیص‌ها و اختلال‌های روان‌پزشکی از دور روان‌پزشکی استفاده می‌شود [۱۲، ۱۱، ۸، ۳]. پژوهش‌های متعددی کارایی دور روان‌پزشکی را در بزرگسالان و در مواردی مانند درد مزمن^{۱۲}، درد حاصل از سرطان، اختلال هراس^{۱۳}، اختلال استرس پس از سانحه^{۱۴}، افسردگی^{۱۵}، اسکیزوفرنیا^{۱۶}، علائم منفی^{۱۷}، علائم درون‌ساز^{۱۸} و اعتیاد به الکل^{۱۹} بررسی کرده‌اند [۹، ۳، ۲]. هرچند بیشتر درمان‌های غیردارویی فردی یا گروهی، از جمله روان‌درمانی‌های حمایتی، شناختی رفتاری، بین‌فردی، روان‌پویا، روان‌تحلیلی و خانواده‌درمانی با دور روان‌پزشکی قابل اجراست [۱۳]. ولی بررسی‌ها نشان داده است دارودرمانی بیشترین خدمت درخواستی در دور روان‌پزشکی بوده است [۲]. دور روان‌پزشکی برای گروه سنی کودکان و نوجوانان نیز قابل استفاده است. برای مثال، کودکان دو ساله و کودکان دارای ناتوانی تکاملی^{۲۰} نیز با این روش ارزیابی و درمان شده‌اند [۱۴، ۷، ۲].

11. Telepsychiatry
12. Chronic pain
13. Panic disorder
14. Posttraumatic stress disorder
15. Depression
16. Schizophrenia
17. Negative symptoms
18. Internalizing symptoms
19. Alcoholism
20. Developmental disability

References

- [1] Hersh WR, Hickam DH, Severance SM, Dana TL, Krages KP, Helfand M. Diagnosis, access and outcomes: Update of a systematic review of telemedicine services. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2006; 12(2):3-31. doi: 10.1258/135763306778393117
- [2] Myers K, Cain S. Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(12):1468-83. doi: 10.1097/chi.0b013e31818b4e13
- [3] Shore JH. Telepsychiatry: Videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(3):256-62. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12081064
- [4] Brown NA. State medicaid and private payer reimbursement for telemedicine: An overview. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2006; 12(2):32-9. doi: 10.1258/135763306778393108
- [5] Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, Neufeld JD, Bourgeois JA. Use of secure e-mail and telephone: Psychiatric consultations to accelerate rural health service delivery. *Telemedicine and E-Health*. 2006; 12(4):490-5. doi: 10.1089/tmj.2006.12.490
- [6] Gibson KL, Coulson H, Miles R, Kakekakekung C, Daniels E, O'donnell S. Conversations on telemental health: Listening to remote and rural first nations communities. *Rural and Remote Health*. 2011; 11(2):1656-74.
- [7] Siemer CP, Fogel J, Van Voorhees BW. Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2011; 20(1):135-53. doi: 10.1016/j.chc.2010.08.012
- [8] Deslich S. Telepsychiatry in correctional facilities: Using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations. *Permanente Journal*. 2013; 17(3):80-6. doi: 10.7812/tpp/12-123
- [9] Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry*. 2015; 5(3):286-304.
- [10] Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and E-Health*. 2013; 19(6):444-54. doi: 10.1089/tmj.2013.0075
- [11] Mazhari S, Bahaedin Beigi K. [Telepsychiatry and its application in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17(4):336-8.
- [12] Clarke G, Yarborough BJ. Evaluating the promise of health IT to enhance/expand the reach of mental health services. *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35(4):339-44. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.03.013
- [13] Gros DF, Morland LA, Greene CJ, Acierno R, Strachan M, Egede LE, et al. Delivery of evidence-based psychotherapy via video telehealth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2013; 35(4):506-21. doi: 10.1007/s10862-013-9363-4.
- [14] Shirazi E. Telemedicine in child and adolescent psychiatry. Paper presented at: The Iranian 6th International Congress of Child and Adolescent Psychiatry. 17-19 September 2013; Tabriz, Iran.
- [15] Boydell KM, Volpe T, Pignatiello A. A qualitative study of young people's perspectives on receiving psychiatric services via televideo. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 19(1):5-11. PMID: PMC2809440
- [16] Williams TL, May CR, Esmail A. Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: A systematic review of the literature. *Telemedicine Journal and E-Health*. 2001; 7(4):293-316. doi: 10.1089/15305620152814700
- [17] Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. 2005; 10(5):403-15. doi: 10.1017/s109285290002277x.
- [18] Cuevas CDL, Arredondo MT, Cabrera MF, Sulzenbacher H, Meise U. Randomized clinical trial of telepsychiatry through video conference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. *Telemedicine and E-Health*. 2006; 12(3):341-50. doi: 10.1089/tmj.2006.12.34

Research Paper

The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms



*Ali Hosein Esfand Zad¹, Giti Shams², Ali Pasha Meysami³, Arefeh Erfan¹

1. MSc. Student, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD of Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. PhD & Fellowship of Community Medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Hosein Esfand Zad A, Shams G, Meysami AP, Erfan A. [The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):270-283. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270>

Received: 18 Jul. 2016

Accepted: 23 Oct. 2016

ABSTRACT

Objectives The aim of present study was to investigate the predictive role of Mindfulness, Emotion regulation, Distress tolerance, Interpersonal effectiveness (by controlling the effects of demographic variables, depression and anxiety).

Methods The study design was correlational. A total of 240 students of Tehran University of Medical Sciences were selected using stratified proportional sampling method. Data were collected using five facet mindfulness questionnaire (FFMQ), Distress Intolerance scale (DTS), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Bar-On Emotional Quotient Inventory (BEQI), Depression, Anxiety and Stress Scale -21 (DASS -21), Obsessive- Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) and demographic data questionnaire. The gathered data was analyzed using Pearson correlation and hierarchical regression

Results The highest correlation relationships was between obsession sub-type with total score of mindfulness ($r=-0.47$), total score of emotion regulation ($r=0.56$), absorption sub-scale of distress tolerance ($r=-0.38$), total score of interpersonal effectiveness ($r=-0.43$), total score of depression ($r=0.49$), and total score of obsessive-compulsive symptoms with anxiety ($r=0.5$). The results of regression analysis indicated that control and predictive variables account for 43% of obsessive-compulsive symptoms variance, 27% of washing variance, 49% of obsessing variance, 22% of hoarding variance, 8% of ordering variance, 32% of checking variance, and 45% of neutralizing variance. So that their weight percentages in models of all OCDs were higher than the predictor variables. This highlights the necessity of considering these variables in research and treatment of the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Theoretical and clinical implications of the results have been discussed in detail.

Conclusions Control and predictive variables play a role in the prediction of the total score of obsessive-compulsive symptoms and all sub-types. However, different variables involved in sub-types may be considered as distinctive pathology among sub-types. The highest correlation relationship and accounted variance through study variables were in the case of obsessing. The results also indicate the noticeable role of depression and anxiety in the prediction of all sub-types.

Keywords:

Obsessive-compulsive symptoms, Mindfulness, Emotional regulation, Distress tolerance, Interpersonal effectiveness

* Corresponding Author:

Ali Hosein Esfand Zad, MSc. Student

Address: Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (914) 9121582

E-mail: aliesfandzad@gmail.com

نقش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی جبری

علی حسین اسفندزاد^۱، گیتی شمس^۲، علی پاشا میثمی^۳، عارفه عرفان^۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
 ۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
 ۳- دکتری و فلوشیپ پزشکی اجتماعی، استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۸ تیر ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۰۲ آبان ۱۳۹۵

اهداف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران (از طریق کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی، افسردگی و اضطراب)، به‌طور اختصاصی برای انواع نشانه‌های وسواسی جبری بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش با استفاده از روش همبستگی انجام شد. ۲۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی در این پژوهش شرکت کردند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های پنج‌وجهی ذهن آگاهی (FFMQ)، تحمل پریشانی (DTS)، دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS)، هوش هیجانی بار-ان (BEQI)، اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-۲۱)، وسواسی جبری (OCI-R) و اطلاعات جمعیت‌شناختی گردآوری شدند. داده‌ها با روش‌های همبستگی و رگرسیون سلسله مراتبی و با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: بالاترین ضرایب همبستگی، بین وسواس فکری با نمره کل ذهن آگاهی ($r=0/47$)، نمره کل تنظیم هیجان ($r=0/56$)، نمره کل خرده‌مقیاس جذب از مؤلفه تحمل پریشانی ($r=0/38$)، نمره کل ارتباط مؤثر با دیگران ($r=0/43$)، نمره کل افسردگی ($r=0/49$) و نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری با اضطراب ($r=0/50$) بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای کنترل و پیش‌بین پژوهش توانستند ۴۳ درصد از واریانس نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری، ۲۷ درصد از واریانس وسواس شست‌وشو، ۴۹ درصد از واریانس وسواس فکری، ۲۲ درصد از واریانس وسواس انباشت، ۸ درصد از واریانس وسواس نظم‌وترتیب، ۳۲ درصد از واریانس وسواس واری و ۴۵ درصد از واریانس وسواس خنثی‌سازی را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: متغیرهای پیش‌بین و کنترل، در پیش‌بینی نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری و انواع وسواس نقش داشتند. اگرچه در انواع وسواس، متغیرهای متفاوتی نقش داشتند که حاکی از آسیب‌شناسی متفاوت در انواع وسواس است. بالاترین ارتباط همبستگی و درصد واریانس تبیین‌شده توسط این متغیرها، در مورد وسواس فکری بود. همچنین نتایج این پژوهش نقش قابل توجه اضطراب و افسردگی را در پیش‌بینی انواع وسواس نشان داد. به‌طوری که درصد وزنی آن‌ها در مدل‌های رگرسیون انواع وسواس، از متغیرهای پیش‌بین بالاتر بود که ضرورت توجه به این متغیرها در پژوهش و درمان اختلال و نشانه‌های وسواس را برجسته می‌کند.

کلیدواژه‌ها:

تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، ارتباط مؤثر با دیگران، ذهن آگاهی، نشانه‌های وسواسی جبری

مقدمه

همان صورت بدحال می‌مانند یا علائم آن‌ها بدتر می‌شود. بسیاری از بیماران در مقابل درمان مقاومت می‌کنند و از مصرف دارو یا انجام تکالیف خودداری می‌کنند [۱]. در جامعه از هر ۴۵ نفر، یک نفر به این اختلال مبتلاست [۲]. درحالی‌که بیش از ۹۰ درصد از افراد جامعه، علائم وسواس‌ها و اجبارها^۲ را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری تجربه می‌کنند [۴-۳]. بنابراین، اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها دوچندان می‌شود.

مشخصه اختلال وسواسی جبری^۱، وجود افکار مزاحم، آیین‌ها، اشتغالات ذهنی و اجبارها است. وسواس‌ها یا اجبارها زمان‌بر هستند و اختلال قابل توجهی در کارکرد روزمره و شغلی، فعالیت‌های اجتماعی و روابط عادی فرد ایجاد می‌کنند. در این اختلال، ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران بهبود چشمگیر و ۴۰ تا ۵۰ درصد از آن‌ها بهبود متوسط دارند، ۲۰ تا ۴۰ درصد نیز یا به

2. Obsessive Compulsive Symptoms

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

* نویسنده مسئول:

علی حسین اسفندزاد

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۹۱۲۱۵۸۲ (۹۱۴) ۰۹۸

پست الکترونیکی: aliesfandzad@gmail.com

اشاره شد، مؤلفه‌هایی هستند که در رفتاردرمانی دیالکتیک آموزش داده می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از درمان‌های شناختی‌رفتاری نسل سوم است. مارشا لینهان این درمان را برای زنان خودکشی‌گرا که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند، معرفی کرد. شواهد مختلفی برای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک^۶ در اختلالات هیجانی، علاوه بر اختلال اختصاصی یعنی اختلال شخصیت مرزی، شامل اختلال خوردن، سوء‌مصرف مواد، افسردگی و... موجود است [۳۲].

به طوری که اشاره شد، شواهد مختلفی نشان داده‌اند که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط موثر با دیگران، با اختلال یا نشانه‌های وسواسی‌جبری ارتباط همبستگی دارند. همچنین این مؤلفه‌ها در مدل پیش‌بینی انواع وسواس نقش داشته‌اند یا در مطالعات مداخلاتی، اثر درمانی داشته‌اند. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، پاسخ به این سوال است که اگر این چهار مؤلفه با هم برای پیش‌بینی اختلال یا نشانه‌های وسواسی‌جبری به کار روند (در قالب طرح رگرسیون و مطالعه مقدماتی برای تطبیق رفتاردرمانی دیالکتیک در پیش‌بینی اختلال وسواسی و انواع آن)، آیا ممکن است درصد واریانس بیشتری از انواع وسواس را تبیین کنند.

از سوی دیگر، شواهدی موجود است که نشان می‌دهد برخلاف برخی اختلالات، وسواس‌ها و اجبارها در علائم آسیب‌شناسی، پاسخ به درمان، توزیع در جنس، سن و... تنوع دارند. مثلاً مشخص شده است که برخی وسواس‌ها با مؤلفه‌های خاصی ارتباط دارند [۳۳]. مسئولیت‌پذیری بالا^۷ و وسواس‌ارسی^۸ ارتباط دارد. بنابراین، دومین هدف پژوهش حاضر این است که مشخص کند در پیش‌بینی هریک از وسواس‌ها، کدام مؤلفه یا ترکیبی از مؤلفه‌ها نقش دارند.

همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد متغیرهای جمعیت‌شناختی و افسردگی و اضطراب، با وسواس‌ها و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط موثر با دیگران ارتباط دارد [۲۱، ۲۵، ۳۴-۳۹]. بنابراین هدف دیگر پژوهش این است که نقش متغیرهای تأثیرگذار را کنترل کند تا نقش منحصربه‌فرد مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط موثر با دیگران در پیش‌بینی اختلال وسواسی‌جبری مشخص شود. ضمن اینکه به علت هم‌زمانی اختلالات مختلف با وسواس، از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات مواد، توسعه پژوهش در حوزه درمان‌های نسل سوم شناختی‌رفتاری و استفاده از آن‌ها ممکن است امتیاز ویژه‌ای نسبت به رفتاردرمانی یا درمان شناختی‌رفتاری اختلال وسواسی‌جبری داشته باشد.

اثربخشی نسبی درمان‌های سنتی اختلال وسواسی‌جبری (رفتاردرمانی و درمان‌های شناختی‌رفتاری و دارودرمانی)، مشکلات بیماران از این درمان‌ها به خاطر استرس‌زا بودن (در مورد درمان‌های مواجهه)، عوارض جانبی و نگرش منفی (در مورد داروها) سبب شده است که پژوهشگران در سال‌های اخیر به دنبال مؤلفه‌های دیگری برای تبیین و درمان اختلال و نشانه‌های وسواسی‌جبری برآیند که این مسائل را نداشته و اثربخشی قابل توجهی داشته باشند.

پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ در درمان اختلال و نشانه‌های وسواسی‌جبری مؤثر هستند [۱۱-۱۵]. ذهن‌آگاهی نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه‌به‌لحظه پدید می‌آید [۱۲]. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که مشکلات تنظیم هیجانی^۴ با نشانه‌های وسواسی‌جبری ارتباط دارد [۱۹-۱۳]. تنظیم هیجانی عبارت است از: آگاهی و درک هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار مطابق با اهداف مطلوب هنگام تجربه هیجان‌های منفی و توانایی استفاده متناسب از واکنش هیجانی به صورت مطلوب به منظور تحقق اهداف فرد و مطالبات موقعیت [۲۰].

نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط مؤلفه تحمل پریشانی^۵ با نشانه‌های وسواسی‌جبری است [۲۵-۲۱]. افراد در زندگی مجبورند با درد و آشفتگی جسمی و هیجانی کنار بیایند. درد اجتناب‌ناپذیر و پیش‌بینی‌نشده است. برخی از افراد که با این دردها مواجه‌اند، واکنش‌های ناسالمی از خود نشان می‌دهند، چون نمی‌توانند کار دیگری کنند؛ به این دلیل که هنگام درد هیجانی، تفکر عاقلانه از بین می‌رود، بنابراین این راهبردهای بی‌ثمر، درد هیجانی را عمیق‌تر می‌کنند [۲۶].

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین مؤلفه‌های ارتباط مؤثر با دیگران با نشانه‌های وسواسی‌جبری ارتباط وجود دارد [۳۱-۲۷]. انسان به‌عنوان موجودی اجتماعی، در زندگی مجبور به برقراری ارتباط است. برقراری ارتباط مؤثر، نیازمند آموزش مهارت‌های مختلف است. فرد با داشتن این مهارت‌ها، دچار تعارض کمتری می‌شود و پاداش بیشتری دریافت می‌کند. روابط با احساس ناکامی کمتر و رضایت بیشتر همراه خواهد بود. مهارت‌های ارتباط مؤثر عبارتند از: آموزش مهارت‌های اجتماعی، جسارت‌مندی، مهارت‌های گوش‌دادن و مذاکره. مهم‌ترین این مهارت‌ها، جسارت‌مندی است [۲۶].

چهار مؤلفه ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران که به ارتباط آن‌ها با اختلال وسواسی

6. Dialectical Behavior Therapy

7. Hyper responsibility

8. Checking

3. Mindfulness

4. Emotion regulation

5. Distress tolerance

قضایوت نکردن تجربه درونی^{۱۵} و واکنش نداشتن به تجربه درونی^{۱۶}؛ تنظیم هیجانی شامل خرده‌مقیاس‌های نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی^{۱۷}، دشواری درگیر شدن در رفتار معطوف به هدف^{۱۸}، مشکلات کنترل تکانه^{۱۹}، نبود آگاهی از هیجان‌ها^{۲۰}، دسترسی محدود به راهبردهایی برای تنظیم هیجانی مؤثر^{۲۱} و نبود شفافیت هیجانی^{۲۲}؛ تحمل پریشانی شامل خرده‌مقیاس‌های تحمل^{۲۳}، جذب^{۲۴}، ارزیابی^{۲۵} و تنظیم^{۲۶}؛ و ارتباط مؤثر با دیگران^{۲۷} شامل خرده‌مقیاس‌های روابط بین‌فردی^{۲۸}، همدلی^{۲۹}، ابراز وجود^{۳۰} و احترام به خود^{۳۱} می‌شود. نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری و نمره انواع وسواس (شست‌وشو^{۳۲}، فکری^{۳۳}، انباشت^{۳۴}، نظم‌وترتیب^{۳۵}، واری و خنثی‌سازی^{۳۶}) به‌عنوان متغیر ملاک^{۳۷} در نظر گرفته شدند و در هفت رگرسیون جداگانه تحلیل شدند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی بایر^{۳۸}

بایر^{۳۹} و همکاران [۴۰] این مقیاس را ایجاد کرده‌اند. این پرسش‌نامه خودگزارشی ۳۹ سؤالی و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که جنبه‌های مختلف ذهن‌آگاهی را ارزیابی می‌کند. این جنبه‌ها شامل مشاهده، توصیف، عمل از روی آگاهی، قضایوت نکردن درباره تجربه درونی و واکنش نداشتن به تجربه درونی است. در بررسی بائر، ضریب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌ها

15. Non-judging of experience
16. Non-reactivity to inner experience
17. Non-acceptance of emotional responses
18. Difficulties engaging in goal-directed behavior
19. Impulse control difficulties
20. Lack of emotional awareness
21. Limited access to emotion regulation strategies
22. Lack of emotional clarity
23. Tolerance
24. Absorption
25. Appraisal
26. Regulation
27. Interpersonal effectiveness
28. Interpersonal relationship
29. Empathy
30. Assertiveness
31. Self-regard
32. Washing
33. Obsessing
34. Hoarding
35. Ordering
36. Neutralizing
37. Criterion variable
38. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
39. Baer

این درمان‌ها، در بهبود افسردگی، اضطراب و مسائل روان‌شناختی دیگر مؤثر هستند و همزمان با وسواس، اختلالات و مسائل همراه را نیز بهبود می‌بخشند. همچنین به دلیل چرخه‌های معیوب بین هم‌زمانی اختلال وسواس و دیگر اختلالات، سیر درمان سریع‌تر و مؤثرتر خواهد بود و موجب بهبود کیفیت زندگی فرد و اطرافیان خواهد شد. ویژگی مثبت این مؤلفه‌ها این است که مهارت‌هایی برای پیشگیری و درمان دارند که قابل آموزش است و مشکلات درمان‌های رایج رفتاری و دارویی را نخواهند داشت. همچنین انتظار می‌رود که به دلیل مداخلات اختصاصی در وسواس‌ها بر اساس کشف آسیب‌شناسی اختصاصی، از مشکلات شکست درمانی، روش‌های کوشش و خطا و صرف هزینه و وقت بی‌مورد دور باشند.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان مقطع علوم پایه رشته‌های پزشکی و دندان‌پزشکی و داروسازی، با سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال و با نمره پایین‌تر از ۴۰ (پایین‌تر از نمره‌های بالینی) در پرسش‌نامه وسواسی جبری تجدیدنظرشده^۹ در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. با توجه به ملاحظات لازم در تعداد نمونه برای هر متغیر در مطالعه رگرسیون و ریزش ۱۰ درصد، ۳۰۰ نفر به عنوان افراد نمونه پژوهش در نظر گرفته شد.

نمونه پژوهش به روش طبقه‌ای نسبی و برحسب درصد پسر و دختر موجود در جامعه آماری و به تعداد نسبتاً مشابه انتخاب شد. دانشجویان با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و فرم رضایت، شامل آزادی حق شرکت کردن یا شرکت نکردن در پژوهش، رازداری و امکان دسترسی به نتایج را مطالعه و امضا کردند. زمان پاسخ‌دهی به سؤالات پژوهش حدود ۳۰ دقیقه بود. بعداز کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های ناقص (۳۰ پرسش‌نامه) و پرسش‌نامه‌هایی که در مقیاس وسواسی جبری، دو انحراف استاندارد از میانگین بالاتر بودند (۳۰ پرسش‌نامه)، تعداد ۲۴۰ نفر (۱۲۷ پسر و ۱۱۳ دختر) وارد تحلیل نهایی شدند. سن، جنس، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت تحصیلی و خلق منفی (اضطراب و افسردگی) به‌عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد.

نمره‌های خرده‌مقیاس‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران^{۱۰} به‌عنوان متغیر پیش‌بین^{۱۱} وارد تحلیل همبستگی و رگرسیون شد (ذهن‌آگاهی شامل خرده‌مقیاس‌های مشاهده^{۱۲}، توصیف^{۱۳}، عمل از روی آگاهی^{۱۴}،

9. OCI-R
10. Interpersonal effectiveness
11. Predictor variable
12. Observing / Noticing
13. Describing
14. Acting with awareness

می‌شد و در مجموع شامل ۳۴ سؤال بود. پرسش‌نامه بار-ان در سال ۱۹۹۷ و در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت ساخته شد. این پرسش‌نامه ۱۵ خرده‌مقیاس دارد. آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۶ و میانگین ضریب همسانی درونی آن ۰/۷۶ است. ضریب بازآزمایی بعد از یک ماه ۰/۸۵ بوده است [۴۴]. در ایران دهشیری [۴۵] ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ و ضریب بازآزمایی را بعد از یک ماه ۰/۷۳ به دست آورد [۴۶].

پرسش‌نامه وسواسی جبری تجدیدنظر شده^{۴۶}

این مقیاس را فوآ^{۴۷} و همکاران [۴۷] برای بررسی وسواس ساخته‌اند که ابزاری مناسب برای غربالگری وسواس است. این پرسش‌نامه ۱۸ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس (شست‌وشو، فکری، انباشت، واریسی، نظم‌و ترتیب و خنثی‌سازی) دارد و در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. فوآ همسانی درونی را برای نمره کل ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است. پایایی به روش بازآزمون پس از دو هفته بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ بوده است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه را قاسم‌زاده و همکارانش بررسی کرده‌اند [۴۸]. در این مطالعه آلفا برای نمره کل ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ محاسبه شد. همچنین پایایی به روش بازآزمایی و در طول دو هفته برای نمره کل ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ و ۰/۷۶ بود.

مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس^{۴۸}

این مقیاس شکل کوتاه مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس ۴۲ سؤالی است که برای ارزیابی شدت افسردگی و اضطراب و استرس در بزرگسالان طراحی شده است. هر خرده‌مقیاس هفت سؤال دارد که در مقیاس لیکرت از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شود. ضریب آلفا برای این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۳ و ۰/۸۱ است [۴۹]. در مطالعه حاضر دو خرده‌مقیاس افسردگی و اضطراب با مجموع چهارده سؤال به کار رفت. در ایران، سامانی و جوکار [۵۰] روایی و اعتبار این پرسش‌نامه را بررسی کردند که اعتبار بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۷۴ و ۰/۷۸ بود.

پرسش‌نامه محقق ساخته مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

این پرسش‌نامه محقق ساخته شامل مشخصات جمعیت‌شناختی جنس، سن، وضعیت تحصیلی، طبقه اجتماعی و اقتصادی (تحصیلات والدین، متوسط درآمد فرد و خانواده و وضعیت استیجاری یا ملکی مسکن) بود. برای بررسی وضعیت تحصیلات والدین و متوسط درآمد فرد و خانواده از روش لیکرت استفاده شد.

46. Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)

47. Foa

48. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)

به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۷ و ۰/۷۵ بوده است. در پژوهش واریسی اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در جمعیت غیربالینی ایران که توسط احمدوند و همکاران [۴۱] انجام شد، ضرایب آلفای ۰/۵۵ تا ۰/۸۳ برای خرده‌مقیاس‌ها و ۰/۸۰ برای نمره کل به دست آمده است. پایایی به روش بازآزمون برای نمره کل ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۴ بوده است.

مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر^{۴۰}

این مقیاس را سیمونز و گاهر^{۴۱} معرفی کرده‌اند [۴۲]. این مقیاس ابزار خودسنجی و ۱۵ سؤالی است و چهار خرده‌مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم دارد و بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسش‌نامه ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و آلفای کلی ۰/۸۲ به دست آمده است. علوی این مقیاس را به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی اعتباریابی کرده است. پایایی کل مقیاس ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ بوده است [۴۳].

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گراتز و روئمر^{۴۲}

این مقیاس ابزاری خودگزارشی است که گراتز و روئمر^{۴۳} آن را ساخته‌اند. این مقیاس ۳۶ ماده و ۶ خرده‌مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری درگیر شدن در رفتار معطوف به هدف، مشکلات کنترل تکانه، نبود آگاهی از هیجان‌ها، دسترسی محدود به راهبردهایی برای تنظیم هیجانی مؤثر و نبود شفافیت هیجانی) دارد [۲۰]. گراتز و روئمر در چهار تا هشت هفته همسانی درونی نمره کل این مقیاس را ۰/۹۳ و اعتبار آزمون و بازآزمون آن را ۰/۸۸ به دست آوردند. علوی برای اولین بار این ابزار را ترجمه و در جمعیت ایرانی اعتباریابی کرده است که همسانی درونی ۰/۸۶ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۸۵ بوده است [۴۳].

پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان^{۴۴}

با توجه به اینکه ابزار اختصاصی و شناخته‌شده‌ای برای مؤلفه ارتباط مؤثر با دیگران وجود ندارد، چهار خرده‌مقیاس از پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان^{۴۵} که بیشترین هم‌پوشی را با پروتکل درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک در این مؤلفه دارند، برای این منظور اختصاص یافت. خرده‌مقیاس‌های روابط بین‌فردی، همدلی، ابراز وجود و احترام به خود برای ارزیابی این مؤلفه در نظر گرفته شد که اجزای اصلی مدنظر برای این مهارت را شامل

40. Distress Intolerance Scale (DTS)

41. Simons and Gaher

42. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

43. Gratz and Roemer

44. Bar-on Emotional Quotient Inventory (BEQI)

45. Bar-on

هیجان در انواع وسواس بالاترین مقدار همبستگی را بین متغیرهای پیش‌بین (به غیر از متغیرهای کنترل) داشت. پایین‌ترین روابط همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و وسواس نظم‌و ترتیب بود. بعضی از متغیرهای پیش‌بین، رابطه مثبت با متغیرهای ملاک و برخی رابطه منفی داشتند (جدول شماره ۱).

در ماتریس همبستگی متغیرهای پیش‌بین، هیچ هم‌خطی^{۵۲} ساده و چندگانه (همبستگی بالای ۰/۷۵) وجود نداشت. بنابراین، هیچ‌یک از متغیرها در تحلیل نهایی حذف نشدند. شاخص تحمل و عامل تورم واریانس^{۵۳} نشان داد میان متغیرهای پیش‌بین هیچ هم‌پوشی و هم‌خطی معنی‌داری وجود ندارد و این متغیرها مستقل هستند و از مدل رگرسیون خارج نشده‌اند. بر اساس نتایج تحلیل‌های رگرسیون، متغیرهای مختلف با درصد وزنی متفاوتی در مدل پیش‌بینی انواع وسواس وارد شدند.

در ادامه، نتایج هفت تحلیل رگرسیون انجام‌شده برای پیش‌بینی نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری و انواع وسواس ارائه می‌شود:

بر اساس مدل رگرسیون، متغیرهای کنترل و پیش‌بین توانستند ۴۳ درصد از واریانس نمره کل نشانه‌های وسواس را پیش‌بینی کنند ($F=19/478$ و $P<0/001$ و $R=0/654$ و $R^2=0/428$ و $R^2Adj=0/406$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری نشان داد در مدل رگرسیون نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری به ترتیب متغیرهای اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، همدلی، افسردگی، روابط بین‌فردی، جنسیت و تعداد ترم حضور در دانشگاه بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی داشتند (جدول شماره ۲).

در زمینه وسواس شست‌وشو، متغیرهای کنترل و پیش‌بین توانستند ۲۷ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی

داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار آماری SPSS و از طریق سه روش تجزیه و تحلیل شد که عبارتند از: ۱. آمار توصیفی برای بررسی میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی و پیش‌بین و ملاک پژوهش؛ ۲. همبستگی پیرسون^{۴۹} برای بررسی رابطه همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و کنترل و ملاک پژوهش؛ ۳. آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی^{۵۰} به روش گام‌به‌گام^{۵۱} برای کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی و اضطراب و افسردگی و تعیین نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران برای پیش‌بینی نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری و انواع وسواس. برای انجام تحلیل رگرسیون، متغیرهای جمعیت‌شناختی در بلوک اول، متغیرهای اضطراب و افسردگی در بلوک دوم و متغیرهای پیش‌بین چهارگانه (نمره‌های خرده‌مقیاس‌های چهار مؤلفه پیش‌بین) در بلوک سوم وارد تحلیل رگرسیون شدند. نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری و انواع وسواس در هفت مدل رگرسیون جداگانه به عنوان متغیر ملاک به کار رفتند. سطح معناداری $P<0/05$ و $P<0/01$ بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $21/38$ ($1/60$) بود. نتایج بررسی ارتباط همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و کنترل پژوهش با متغیرهای ملاک نشان داد ارتباط‌های همبستگی متفاوتی (در حد ضعیف: ۰ تا ۰/۲۰ و خفیف: ۰/۲۰ تا ۰/۴۰ و متوسط: ۰/۴۰ تا ۰/۶۰) بین متغیرهای ملاک هفت‌گانه و پیش‌بین وجود دارد. بالاترین ارتباط همبستگی به ترتیب مربوط به تنظیم هیجان، افسردگی، ذهن آگاهی، اضطراب، ارتباط مؤثر با دیگران و تحمل پریشانی با وسواس فکری بود. نمره کل تنظیم

49. Pearson correlation

50. Hierarchical multiple regression

51. Step wise

52. Collinearity

53. Variance Inflation Factor (VIF)

جدول ۱. رابطه همبستگی بین متغیرهای کنترل (افسردگی و اضطراب)، پیش‌بین (چهار مهارت) و ملاک (انواع شش‌گانه وسواس و نمره کل وسواس) پژوهش.

متغیرها	شست‌وشو	وسواس فکری	اثبات	نظم و ترتیب	وارسی	خنثی‌سازی	نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری
افسردگی	۰/۲۷**	۰/۴۹**	۰/۳۳**	۰/۲۰	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۴۵**
اضطراب	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۳۱	۰/۱۹	۰/۳۷**	۰/۴۸**	۰/۵۰**
نمره کل ذهن آگاهی	-۰/۱۷**	-۰/۴۷**	-۰/۲۷**	-۰/۰۳	-۰/۲۷**	-۰/۱۲	-۰/۳۰**
نمره کل تنظیم هیجان	۰/۲۶**	۰/۵۶**	۰/۳۱**	۰/۰۵۸	۰/۳۷**	۰/۲۸**	۰/۴۲**
نمره کل تحمل پریشانی	-۰/۲۴**	-۰/۳۶**	-۰/۲۷**	-۰/۰۷	-۰/۳۲**	-۰/۲۳**	-۰/۳۴**
نمره کل ارتباط مؤثر با دیگران	-۰/۲۴**	-۰/۴۳**	-۰/۲۳**	-۰/۰۸	-۰/۲۹**	-۰/۲۸**	-۰/۳۶**

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

جدول ۲. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۳۲/۰۲۴	۶/۱۸۲		۵/۱۸۱**
جنسیت	۳/۵۷۱	۱/۱۵۰	۰/۱۸۳	۳/۱۰۳*
تعداد ترم	-۰/۵۴۸	۰/۲۶۹	-۰/۱۱۷	-۲/۰۳۳*
اضطراب	۰/۹۴۷	۰/۲۱۶	۰/۳۲۳	۴/۳۹۳**
افسردگی	۰/۵۳۴	۰/۱۸۷	۰/۲۳۰	۲/۸۵۹*
قضاوت‌نکردن	-۰/۴۹۹	۰/۱۲۳	-۰/۲۴۲	-۴/۰۶۹**
همدلی	-۰/۵۴۸	۰/۱۶۵	-۰/۳۴۲	-۳/۳۱۶*
روابط بین‌فردی	۰/۲۷۷	۰/۱۱۵	۰/۲۰۰	۲/۴۰۷*

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

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

در زمینه وسواس انباشت متغیرهای کنترل و پیش‌بینی توانستند ۲۲ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی کنند. ($F=12/855$ و $P < 0.001$ و $R=0/466$ و $R^2=0/217$ و $R^2Adj=0/201$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس انباشت نشان داد به ترتیب متغیرهای اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، عمل از روی آگاهی و سن بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی دارند (جدول شماره ۵).

در تحلیل رگرسیون وسواس نظم‌و ترتیب متغیرهای کنترل و پیش‌بینی توانستند ۸ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی کنند ($F=7/889$ ، $P < 0.001$ و $R=0/279$ ، $R^2=0/078$ ، $R^2Adj=0/068$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس نظم‌و ترتیب نشان داد متغیرهای افسردگی و مشاهده وارد مدل پیش‌بینی وسواس نظم‌و ترتیب شدند و بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی دارند (جدول شماره ۶).

در زمینه وسواس واریانس متغیرهای کنترل و پیش‌بینی توانستند

کنند. ($F=13/489$ و $P < 0.001$ و $R=0/518$ و $R^2=0/268$ و $R^2Adj=0/248$).

بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس شست‌وشو نشان داد در مدل رگرسیون وسواس شست‌وشو به ترتیب متغیرهای اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، روابط بین‌فردی و همدلی بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی داشتند (جدول شماره ۳).

در مدل پیش‌بینی وسواس فکری متغیرهای کنترل و پیش‌بینی توانستند ۴۹ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی کنند. ($F=28/845$ و $P < 0.001$ و $R=0/697$ و $R^2=0/486$ و $R^2Adj=0/469$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس فکری نشان داد در مدل رگرسیون وسواس فکری، به ترتیب متغیرهای افسردگی، دشواری در گیرشدن در رفتار هدفمند، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، تحصیلات پدر و عمل از روی آگاهی بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی دارند (جدول شماره ۴).

جدول ۳. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس شست‌وشو.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۵/۹۸۱	۱/۴۵۶		۴/۱۰۸**
جنسیت	-۰/۴۴۸	۰/۲۹۴	۰/۰۹۹	۱/۵۲۱*
اضطراب	-۰/۲۵۰	۰/۰۴۸	۰/۳۶۹	۵/۱۶۶**
قضاوت‌نکردن	-۰/۱۶۷	۰/۰۴۳	-۰/۳۲۰	-۳/۹۰۰**
همدلی	-۰/۰۷۷	۰/۰۳۲	-۰/۱۶۲	-۲/۴۳۵*
روابط بین‌فردی	-۰/۰۵۹	۰/۰۲۸	۰/۱۸۴	۲/۰۹۷*

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

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

جدول ۴. شاخص آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس فکری.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۴/۲۰۲	۱/۳۱۲		۳/۲۰۳*
بلوک ۱	۰/۳۵۵	۰/۱۰۴	۰/۱۸۲	۳/۴۱۳*
	۰/۱۴۵	۰/۰۴۰	۰/۲۵۷	۳/۵۹۹**
بلوک ۲	۰/۰۷۱	۰/۰۴۹	۰/۰۹۹	۱/۴۴۳*
	۰/۱۲۹	۰/۰۳۵	۰/۲۳۳	۳/۶۶۸**
بلوک ۳	-۰/۱۰۰	۰/۰۳۱	-۰/۱۹۹	-۳/۲۰۷*
	-۰/۰۷۰	۰/۰۲۹	-۰/۱۵۵	-۲/۴۰۵*

**P<۰/۰۱ ، *P<۰/۰۵

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

نظم‌و ترتیب بود. متغیرهای کنترل و پیش‌بین انواع وسواس به ترتیب بیشترین وزن، به‌طور خلاصه در جدول شماره ۹ ارائه شده است.

بحث

پژوهش حاضر بر اساس شواهد موجود درباره ارتباط اختلال و نشانه‌های وسواسی جبری با ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی، ارتباط مؤثر با دیگران، متغیرهای جمعیت‌شناختی، اضطراب و افسردگی انجام شده است. هدف این پژوهش، یکپارچه‌سازی شواهد (در قالب مطالعه مقدماتی برای تطبیق رفتاردرمانی دیالکتیک) به‌منظور استفاده در مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای نشانه‌ها و اختلال وسواسی جبری بود. همچنین یکی از اهداف اصلی پژوهش حاضر، کشف آسیب‌شناسی احتمالی تفاوت در انواع وسواس بود.

درباره روابط همبستگی، بررسی نتایج مشخص کرد که بالاترین روابط، مربوط به وسواس فکری و سپس، نمره کل نشانه‌ها با متغیرهای کنترل و پیش‌بین است که بیشتر در حد متوسط بودند. پایین‌ترین روابط همبستگی، روابط مربوط به وسواس نظم‌و ترتیب بودند. یافته‌های این پژوهش در زمینه

۳۲ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی کنند. ($F=۱۴/۲۹۳$ و $R^2=۰/۲۹۷$ ، $R^2=۰/۳۱۹$ و $R=۰/۵۶۵$ و $P<۰/۰۰۱$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس واریانس نشان داد به ترتیب متغیرهای جنسیت، اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، تحمل، رتبه کنکور و افسردگی بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی دارند (جدول شماره ۷).

در مدل پیش‌بینی وسواس خنثی‌سازی، متغیرهای کنترل و پیش‌بین توانستند ۴۵ درصد از واریانس این وسواس را پیش‌بینی کنند ($F=۲۰/۸۲۸$ و $P<۰/۰۰۱$ و $R=۰/۶۶۷$ و $R^2=۰/۴۴۵$ و $R^2=۰/۴۲۳$). بررسی شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده وسواس خنثی‌سازی نشان داد به ترتیب متغیرهای اضطراب، روابط بین‌فردی، احترام به خود، همدلی، جنسیت، تعداد ترم حضور در دانشگاه و قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی بیشترین وزن را در مدل پیش‌بینی دارند (جدول شماره ۸).

در کل بیشترین درصد واریانس تبیین‌شده توسط متغیرهای پیش‌بین، مربوط به وسواس فکری و سپس خنثی‌سازی واریسی، شست‌وشو و انباشت بود. کمترین واریانس تبیین‌شده مربوط به وسواس

جدول ۵. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس انباشت.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۱۰/۸۹۲	۲/۰۴۶		۵/۳۳۴**
بلوک ۱	-۰/۱۷۶	۰/۰۸۷	-۰/۱۳۲	-۲/۰۲۳*
	۰/۱۵۴	۰/۰۴۴	۰/۲۴۱	۳/۵۰۹**
بلوک ۲	-۰/۰۹۰	۰/۰۳۳	-۰/۲۰۰	-۲/۷۴۷*
	-۰/۰۶۲	۰/۰۳۰	-۰/۱۵۴	-۲/۰۷۸*

**P<۰/۰۱ ، *P<۰/۰۵

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

جدول ۶. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس نظم‌وترتیب.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۱/۴۹۱	۰/۹۸۸		۱/۵۰۹*
بلوک ۱	۰/۱۴۸	۰/۰۴۴	۰/۲۳۹	۳/۳۶۶*
بلوک ۲	۰/۰۹۶	۰/۰۳۷	۰/۱۸۵	۲/۵۹۷*

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

کاهش نشانه‌های وسواسی و نشانه‌های همبود افسردگی و اضطراب بوده‌اند [۱۱-۱۰، ۸-۶]. درباره رابطه بین مؤلفه ارتباط مؤثر با دیگران و اختلال یا نشانه‌های وسواسی-جبری، فقط داده‌های غیرمستقیمی در چند مطالعه وجود دارد [۳۱، ۲۹]. ارتباط متغیر سن و جنسیت با انواع وسواس در پژوهش حاضر، با پژوهش‌های قبلی همسو است [۳۹-۳۸].

درباره تحلیل‌های رگرسیون، بررسی نتایج نشان داد در همه انواع وسواس، متغیرهای کنترل و پیش‌بین با ترتیب‌ها و وزن‌های متفاوت، در تبیین نشانه‌های وسواسی-جبری نقش دارند. این موضوع می‌تواند تأییدی بر یکی از اهداف پژوهش حاضر مبنی بر آسیب‌شناسی متفاوت در انواع وسواس باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون برای نمره کل نشانه‌های وسواسی-جبری نشان داد با وجود کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی، اضطراب و افسردگی، متغیرهای قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی (ذهن‌آگاهی)، همدلی و روابط بین‌فردی (ارتباط مؤثر با دیگران) در پیش‌بینی این نوع وسواس نقش بی‌همتایی دارند. حضور متغیرهای اضطراب و افسردگی در مدل پیش‌بینی نمره کل نشانه‌های وسواسی-جبری، با یافته‌های قبلی همسو است [۳۶، ۲۲-۲۱، ۱۵]. با این وجود نتایج با یافته‌های فرگوس^{۵۴} [۱۳]

54. Fergus

ارتباط اضطراب و افسردگی با وسواس‌ها، با یافته‌های قبلی همسو بود [۳۷-۳۴، ۲۵، ۲۲، ۲۱]. بالاترین روابط همبستگی در بین همه متغیرها (پیش‌بین و کنترل)، مربوط به ارتباط وسواس‌های فکری، خنثی‌سازی و نمره کل نشانه‌های وسواسی-جبری با متغیرهای پیش‌بین و کنترل بود که در حد متوسط بودند (بین ۰/۴۰ و ۰/۶۰). وسواس‌های دیگر، همبستگی خفیف و وضعیفی با متغیرهای پیش‌بین و کنترل داشتند. این نتایج می‌تواند حاکی از آسیب‌شناسی متفاوت در انواع وسواس و اهمیت قابل توجه اضطراب و افسردگی در انواع وسواس باشد.

بالاترین ارتباط همبستگی متغیرهای پیش‌بین پژوهش حاضر با وسواس فکری بود که می‌تواند به معنی آسیب‌شناسی اختصاصی برای انواع وسواس باشد و احتمال دارد که در سایر انواع دیگر وسواس، متغیرهای دیگری بیشتر دخیل باشند. وجود ارتباط قابل توجه انواع وسواس با اضطراب، با طبقه‌بندی DSM-5 برای اختلال وسواسی-جبری در طبقه مجزا مغایرت دارد. یافته‌های همبستگی در زمینه متغیر تنظیم هیجان، با یافته‌های قبلی [۵۱-۱۳] همسو است. یافته‌های پژوهش پیش‌رو درباره رابطه بین متغیر تحمل پریشانی و انواع وسواس با یافته‌های پیشین همسو است [۲۳-۲۱].

در زمینه مؤلفه ذهن‌آگاهی مطالعه همبستگی‌ای صورت نگرفته است و پژوهش‌های موجود اکثراً حاکی از اثربخشی مداخله در

جدول ۷. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس واری.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۴/۱۵۱	۰/۸۲۹		۵/۰۰۵**
جنسیت	۱/۰۰۲	۰/۲۵۸	۰/۲۴۴	۳/۸۸۰**
رتبه کنکور	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۴۳	۲/۳۱۳*
اضطراب	۰/۱۳۴	۰/۰۴۹	۰/۲۱۷	۲/۷۲۹*
افسردگی	۰/۰۶۶	۰/۰۴۰	۰/۱۳۵	۱/۶۷۵*
قضاوت‌نکردن	-۰/۰۷۷	۰/۰۲۸	-۰/۱۷۸	-۲/۷۳۵*
تحمل	-۰/۱۱۶	۰/۰۵۱	-۰/۱۵۲	-۲/۳۷۸*

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

جدول ۸. شاخص‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای کنترل و پیش‌بینی‌کننده وسواس خنثی‌سازی.

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	۲/۴۷۹	۱/۱۳۱		۲/۱۹۱*
جنسیت	۱/۱۰۹	-۰/۲۴۶	-۰/۲۶۲	۴/۵۰۸**
تعداد ترم	-۰/۱۸۰	-۰/۰۵۷	-۰/۱۷۷	-۳/۱۵۶**
اضطراب	-۰/۲۷۰	-۰/۰۴۲	-۰/۴۲۵	۶/۴۵۱**
احترام به خود	-۰/۰۸۹	-۰/۰۲۳	-۰/۲۸۸	-۳/۹۲۲**
روابط بین فردی	۰/۰۹۳	-۰/۰۲۴	-۰/۳۰۹	۳/۸۸۰**
همدلی	-۰/۱۲۸	-۰/۰۳۶	-۰/۲۶۲	-۳/۵۹۰**
عدم واکنش به تجربه درونی	۰/۰۹۰	-۰/۰۴۳	-۰/۱۳۴	۲/۱۱۳*

** $P < 0.01$ ، * $P < 0.05$

مجله روانشناسی بالین ایران

با یافته‌های فرگوس و همکاران [۱۳] ناهم‌سو است. در پژوهش آنها، تنظیم هیجان در پیش‌بینی وسواس شستشو نقش داشت. شواهدی مبنی بر وجود مطالعه رگرسیون برای وسواس شستشو و ذهن‌آگاهی و ارتباط مؤثر با دیگران وجود نداشت.

نتایج تحلیل رگرسیون در زمینه وسواس فکری نتایج نشان داد بعد از کنترل اثر متغیرهای کنترل، متغیرهای دشواری در گیرشدن در رفتار هدفمند، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی و عمل از روی آگاهی در پیش‌بینی این نوع وسواس نقش داشتند. این نتایج در برخی جهات با یافته‌های قبلی که درباره نقش اضطراب و افسردگی بوده، همسو است [۲۱، ۲۲، ۱۳]. با این تفاوت که در مطالعه محمدی [۳۶] هیچ‌یک از متغیرهای افسردگی و اضطراب در پیش‌بینی این نوع وسواس نقش نداشتند.

با اینکه در مطالعه فرگوس تنظیم هیجان در پیش‌بینی انواع وسواس و از جمله این نوع وسواس نقش داشتند، ولی

ناهم‌سو است. در پژوهش آنها تنظیم هیجان در پیش‌بینی نمره کل نشانه‌ها نقش داشت. گرچه شواهدی مبنی بر وجود مطالعه رگرسیون برای ذهن‌آگاهی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش‌بینی نمره کل نشانه‌های وسواسی جبری وجود ندارد.

نتایج تحلیل رگرسیون در زمینه وسواس شست‌وشو نتایج نشان داد با وجود کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، اضطراب و افسردگی، متغیرهای قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی (ذهن‌آگاهی)، روابط بین فردی و همدلی (ارتباط مؤثر با دیگران) وارد مدل شدند که شباهت زیادی با الگوی نمره کل نشانه‌ها داشت، یعنی اضطراب در بین کل متغیرها و قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی در بین متغیرهای پیش‌بین بیشترین وزن را داشتند. نقش متغیر اضطراب در مدل پیش‌بینی وسواس شست‌وشو در پژوهش حاضر، با یافته‌های قبلی همسو است [۲۱، ۲۲، ۳۶]. همچنین نتایج پژوهش حاضر درباره نقش متغیر تنظیم هیجان در پیش‌بینی وسواس شست‌وشو،

جدول ۹. متغیرهای کنترل و پیش‌بینی وارد شده در مدل رگرسیون انواع وسواس به ترتیب بیشترین وزن.

علائم	متغیرهای پیش‌بین
نمره کل وسواس	اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، همدلی، افسردگی، روابط بین فردی، جنسیت، تعداد ترم حضور در دانشگاه
شست‌وشو	اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، روابط بین فردی، همدلی
فکری	افسردگی، دشواری در گیرشدن در رفتار هدفمند، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، تحصیلات پدر، عمل از روی آگاهی
انباشت	اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، عمل از روی آگاهی، سن
نظم‌وترتیب	افسردگی، مشاهده
وارسی	جنسیت، اضطراب، قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی، تحمل، رتبه کنکور
خنثی‌سازی	اضطراب، روابط بین فردی، احترام به خود، جنسیت، همدلی، تعداد ترم حضور در دانشگاه، عدم واکنش به تجربه درونی

مجله روانشناسی بالین ایران

و ارتباط مؤثر با دیگران در انواع وسواس هستند و تنظیم هیجان و تحمل پریشانی فقط در یک مورد وارد مدل شدند.

با وجود نبود مطالعات رگرسیون در زمینه ارتباط بین وسواس و دو مؤلفه ذهن آگاهی و ارتباط مؤثر با دیگران، مطالعات مختلف مداخلاتی و همبستگی حاکی از ارتباط این دو مؤلفه با وسواس بوده‌اند [۶-۷، ۱۱-۱۳، ۳۱].

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با شواهد قبلی نشان داد نشانه‌ها یا اختلال وسواسی جبری پدیده‌ای است که دامنه گوناگونی از نشانه‌ها و آسیب‌شناسی متفاوت و اختلالات همبود قابل توجهی دارد که مستلزم درمان‌های اختصاصی برای هر نوع آن و توجه ویژه به اختلالات همبود است. بنابراین لازم است در تبیین یا درمان انواع مختلف وسواس، مؤلفه‌های متعدد و متفاوتی را مدنظر قرار داد. با توجه به مسائل اثربخشی و تبعیت از درمان در درمان‌های سنتی وسواس، مؤلفه‌های جدیدتری می‌توانند به‌تنهایی یا در ترکیب با مداخلات سنتی، برای موارد مقاوم به درمان یا افزایش اثربخشی این درمان‌ها بررسی شوند.

همچنین نتایج نشان داد با اینکه مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک متناسب با نشانه‌شناسی اختلال مرزی، کارایی خاص خودشان را دارند، ولی تمام این مؤلفه‌ها در نشانه‌های وسواسی جبری کنار هم قرار نمی‌گیرند و این نکته، آسیب‌شناسی متفاوت در انواع وسواس را برجسته می‌کند. از این رو باید به آسیب‌شناسی متفاوت در انواع وسواس و درمان‌های اختصاصی برای هر کدام و مدنظر داشتن نقش قابل توجه افسردگی و اضطراب توجه شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. با توجه به اجرای پژوهش در جمعیت غیربالیینی دانشجویی، تعمیم یافته‌ها به جمعیت بالینی یا عمومی باید با احتیاط انجام شود. با اینکه بر اساس مدل ابعادی و مطالعات قبلی مشخص شده است که بین جمعیت غیربالیینی و بالینی شباهت‌هایی وجود دارد [۵۲]، اما تفاوت‌ها را نباید نادیده گرفت [۵۳].

از محدودیت‌های دیگر پژوهش، نبود ابزار اختصاصی برای مؤلفه ارتباط مؤثر با دیگران بود که البته تلاش شد تا متناسب با مدل نظری پژوهش از نزدیک‌ترین ابزار، استفاده شود. همچنین وجود تعداد زیاد سؤال‌ها و پرسش‌نامه‌ها از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود. با اینکه سعی شد از ابزارهای کوتاه‌تری استفاده شود، ولی خستگی را باید در نظر گرفت. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود، نمی‌توان استنباط علی درباره نتایج به دست آورد.

بر اساس نتایج پژوهش و محدودیت‌های آن پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی به صورت طرح‌های مداخلاتی یا طولی در نمونه غیربالیینی یا بالینی (موردی یا مقایسه‌ای) برای روشن شدن ماهیت نتایج انجام شود. با توجه به اینکه پژوهش در حوزه ارتباط

خرده‌مقیاس‌هایی که در این مطالعه وارد مدل شدند با مطالعه فرگوس متفاوت بود. درباره متغیرهای ذهن آگاهی و ارتباط مؤثر با دیگران و وسواس فکری، مطالعه رگرسیون انجام نشده است. با اینکه در پژوهش‌های قبلی، متغیر تحمل پریشانی در پیش‌بینی وسواس فکری نقش داشته است [۲۱-۲۲]، اما در این مطالعه نقشی نداشت.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد در وسواس انباشت بعد از کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی، افسردگی و اضطراب، متغیرهای قضاوت‌نکردن درباره تجربه درونی و عمل از روی آگاهی در پیش‌بینی این نوع وسواس نقش داشتند. حضور متغیر اضطراب در مدل پیش‌بینی وسواس انباشت با یافته محمدی [۳۶] همسو است.

نتایج تحلیل رگرسیون در زمینه وسواس نظم‌و ترتیب، نشان داد بعد از کنترل اثر متغیرهای کنترل فقط متغیر مشاهده (ذهن آگاهی) وارد مدل شد. شواهد مطالعه رگرسیون درباره وسواس نظم و ترتیب وجود ندارد. در مطالعه حاضر، متغیر افسردگی در مدل پیش‌بینی وسواس نظم و ترتیب وارد شد که برخلاف مطالعه محمدی است.

نتایج تحلیل رگرسیون درباره وسواس واری‌نشان داد بعد از کنترل اثر متغیرهای کنترل، متغیرهای قضاوت‌نکردن و تحمل وارد مدل پیش‌بینی شدند. در پژوهش‌های پیشین متغیر تحمل پریشانی فقط با وسواس فکری ارتباط بی‌همتایی داشته است. بنابراین، نتایج با یافته‌های قبلی همسو نیست [۲۲]. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر حضور متغیرهای اضطراب و افسردگی در مدل رگرسیون وسواس واری‌نشان در مقایسه با مطالعه محمدی، درباره اضطراب همسو و درباره افسردگی، ناهمسو است [۳۶].

نتایج تحلیل رگرسیون در ارتباط با وسواس خنثی‌سازی نشان داد بعد از کنترل اثر متغیرهای کنترل، متغیرهای روابط بین‌فردی، احترام به خود، همدلی (روابط بین‌فردی) و عدم واکنش به تجربه درونی (ذهن آگاهی) وارد مدل شدند. حضور متغیر اضطراب در مدل پیش‌بینی وسواس خنثی‌سازی، با یافته محمدی همسو بود [۳۶].

بیشترین همسویی تحلیل‌های رگرسیون مطالعه حاضر با مطالعات قبلی در زمینه متغیرهای کنترل افسردگی و اضطراب و جمعیت‌شناختی مانند جنسیت است. در زمینه متغیرهای پیش‌بین تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در پیش‌بینی انواع وسواس، خرده‌مقیاس‌های متفاوتی نسبت به مطالعات قبلی وارد شدند و نتایج تا حدی با یافته‌های قبلی همسو نبود، ولی در کل حاکی از ارتباط این مؤلفه‌ها با وسواس بود [۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۳]. از سوی دیگر مطالعه رگرسیون در دو بُعد ذهن آگاهی و ارتباط مؤثر با دیگران، وجود ندارد. با این وجود در مطالعه حاضر، بیشترین متغیرهای وارد شده در مدل‌های پیش‌بینی، متغیرهای ذهن آگاهی

References

- [1] Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
- [2] Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-Compulsive Disorders*. 1992; 1-14. doi: 10.1007/978-3-642-77608-3_1
- [3] Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research & Therapy*. 1978; 16(4):233-48. PMID: 718588
- [4] Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1993; 31(8):713-20. doi: 10.1016/0005-7967(93)90001-b
- [5] Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder - A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:185. doi: 10.1186/1471-244x-12-185
- [6] Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 2006; 37(1):3-13. doi: 10.1016/j.beth.2005.02.001
- [7] Hanstede M, Gidron Y, Nyklíček I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2008; 196(10):776-9. doi: 10.1097/nmd.0b013e31818786b8
- [8] Alizadeh A, Mohammadi A. [Effectiveness of mindfulness based exposure therapy on obsessive-compulsive disorder: A case report (Persian)]. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2014; 2(3):66.
- [9] Izadi R, Abedi MR. [Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy (Persian)]. *Feyz*. 2013; 17(3):275-86.
- [10] Firoozabadi A, Shareh H. [Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2009; 11(2):1-7.
- [11] Mousavi Madani N., Atashpour H, Molavi H. [The effect of group mindfulness training on the symptoms of obsessive-compulsive disorder in women of Isfahan (Persian)]. *Journal of Social Psychology*. 2010; 5(15):57-71.
- [12] Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science & Practice*. 2003; 10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- [13] Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive & Related Disorders*. 2014; 3(3):243-8. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.06.001
- [14] Jacob ML, Morelen D, Suveg C, Brown Jacobsen AM, Whiteside SP. Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety, Stress & Coping*. 2012; 25(2):229-37. doi: 10.1080/10615806.2011.571255
- [15] Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive & Related Disorders*. 2014; 3(2):109-14. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.02.005

وسواس با مؤلفه‌های شناختی رفتاری نسل سوم، در آغاز راه است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مختلفی در جمعیت‌های مختلف (سنی، تحصیلی و...) انجام شود. همچنین این مؤلفه‌ها را می‌توان به‌تنهایی یا در ترکیب با مداخلات شناختی رفتاری و دارویی بررسی کرد. نکته قوت طرح‌های مداخلاتی این است که محدودیت‌های اجرایی طرح‌های پرسش‌نامه‌ای را ندارند و تشخیص و ارزیابی و پیگیری دقیق در طول زمان را فراهم می‌سازند و روابط علی را نیز آشکار خواهند کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد متغیرهای ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران، افسردگی، اضطراب و متغیرهای جمعیت‌شناختی، بانسانه‌های وسواسی جبری ارتباط دارند. متغیرهای متعددی با هر یک از انواع وسواس رابطه داشتند که ترتیب آن‌ها در انواع وسواس متفاوت بود. نقش برجسته اضطراب و افسردگی در بیشتر وسواس‌ها، از یافته‌های دیگر این پژوهش بود. با توجه به اینکه روش این پژوهش از نوع همبستگی است انتظار می‌رود که پژوهش‌های آتی ارتباط این متغیرها با نشانه‌ها یا اختلال وسواسی جبری را در قالب طرح‌های آزمایشی کنترل‌شده و موردی بررسی کنند تا روابط علی و پایایی نتایج برای درمان نشانه‌ها و اختلال وسواسی جبری مشخص شود. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر با تأکید بر کشف آسیب‌شناسی متفاوت و نقش مؤلفه‌های چندگانه در انواع وسواس انجام شد، امید است که در پژوهش‌های آینده هم این روند با استفاده از متغیرهای پژوهش حاضر یا متغیرهای دیگر ادامه یابد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از دانشجویان علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی تهران برای مشارکت در پژوهش، از آقای دکتر ابوالفضل محمدی به خاطر راهنمایی‌های ارزنده در طول پژوهش و از خانم‌ها خدیجه علوی و زهرا احمدوند به خاطر ارسال برخی از پرسش‌نامه‌های پژوهش کمال تشکر را داریم.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است.

اِبنّا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

- [16] Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 141(2):286-93.
- [17] Karami, Jahangir; Momeni, Khodamorad, Zaki Yi, A. [The relationship between alexithymia, positive affect and negative affect symptoms of obsessive-compulsive (Persian)]. *Urmia Medical Journal*, 2013; 24(7):534-542.
- [18] Narimani M, Almadani-Some'eh S, Mikaeeli N, Basharpour S. [The comparison of intolerance of uncertainty, emotion regulation and marital satisfaction in OCD-patients and normal individuals (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 6(4):21-32.
- [19] Zahiroddin A, Agahi Z, Borjali A, Rajezi S. [Comparison of emotion regulation strategies among individuals with obsessive-compulsive disorder and substance abusers (Persian)]. *Pejouhan-deh*. 2014; 19(1):18-24.
- [20] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1):41-54.
- [21] Cogle JR, Timpano KR, Fitch KE, Hawkins KA. Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and anxiety*. 2011; 28(10):906-14. doi: 10.1002/da.20846
- [22] Cogle JR, Timpano KR, Goetz AR. Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*. 2012; 52(4):515-20. doi: 10.1016/j.paid.2011.11.017
- [23] Cogle JR, Timpano KR, Sarawgi S, Smith CM, Fitch KE. A multimodal investigation of the roles of distress tolerance and emotional reactivity in obsessive-compulsive symptoms. *Anxiety, Stress & Coping*. 2013; 26(5):478-92. doi: 10.1080/10615806.2012.697156
- [24] Hezel DM, Riemann BC, McNally RJ. Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 43(4):981-7. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.03.005
- [25] Macatee RJ, Capron DW, Schmidt NB, Cogle JR. An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of psychiatric research*. 2013; 47(10):1462-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.019
- [26] McKay M, Wood JC, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger; 2007.
- [27] Cain NM, Ansell EB, Simpson HB, Pinto A. Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Personality Assessment*. 2014; 97(1):90-9. doi: 10.1080/00223891.2014.934376
- [28] Matano RA, Locke KD. Personality disorder scales as predictors of interpersonal problems of alcoholics. *Journal of Personality Disorders*. Guilford Publications; 1995; 9(1):62-7. doi: 10.1521/pedi.1995.9.1.62
- [29] Moritz S, Niemeyer H, Hottenrott B, Schilling L, Spitzer C. Interpersonal ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*. 2012; 41(05):594-609. doi: 10.1017/s1352465812000574
- [30] Belus JM, Baucom DH, Abramowitz JS. The effect of a couple-based treatment for OCD on intimate partners. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; 45(4):484-8. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.07.001
- [31] Esmaeeli M, Ahadi H, Delavar A, Shafei-abadi A. [Effects of emotional intelligence factors training on enhancing mental health (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2007; 13(2):158-165.
- [32] ALiloo, Mahmoud. [Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder (Persian)]. Tehran: Counseling Center of Tehran University; 2011.
- [33] Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(7):1205-16. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.019
- [34] Shams G, Karam Ghadir N, Ismaili Torkanboori Y, Amini H, Ebrahim Khani N, Naseri Bafrooni A, et al. [The prevalence of obsessive-compulsive symptoms in adolescents and its comorbidity with other psychiatric symptoms (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2007; 9(4):50-59.
- [35] Mehin H. [Association between obsessive-Compulsive syndrome, with anxiety, depression and Schizotypy in outpatients (Persian)]. *Quarterly Journal of Faculty of Literature & Humanities*. 2002; (183, 184):267-302.
- [36] Mohammadi, A., Fata Laden, Yazdan Doost, Rokhsareh, [Predictors of obsessive-compulsive symptoms in students (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2009; 15(3):274-282.
- [37] Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Publications, Inc.; 2004.
- [38] Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression & Anxiety*. 2005; 21(3):112-7. doi: 10.1002/da.20065
- [39] Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurrieta N, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression & Anxiety*. 2008; 25(10):832-8. doi: 10.1002/da.20332
- [40] Baer RA. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13(1):27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- [41] Ahmadvand, Z., & Heydarinasab L. [An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7(3):229-237.
- [42] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation & Emotion*. 2005; 29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
- [43] Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fardard J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 35-124.
- [44] Bar-On R. *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems. 1997.
- [45] Dehshiri G. [Standardization emotional intelligence questionnaires to assess various aspects of intelligence of students at Teh-

- ran University (Persian)] (MA thesis). Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2003.
- [46] Fathi Ashtiani, A. [Psychological tests (Persian)]. Tehran: Be'sat Publications; 2014.
- [47] Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*. 2002; 14(4):485-96. doi: 10.1037/1040-3590.14.4.485
- [48] Ghassemzadeh H, Shams G, Abedi J, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Rajabloo M. Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. *Psychology*. 2011; 2(3):210-15. doi: 10.4236/psych.2011.23032
- [49] Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998; 10(2):176-81. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- [50] Samani Siamak, Joukar, B. [A study on the reliability and validity of the short form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Persian)]. *Journal of Social Sciences & Humanities of Shiraz University*. 2007; 26(3):65-77.
- [51] Fernández de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, et al. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(2):204-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.01.004
- [52] Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22(3):475-84. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.012
- [53] Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Publications Inc.; 2004.

Research Paper

Perceived Family Functioning and Suicidal Ideation Among University Students: Hopelessness as a Moderator



Asadollah Akbari¹, *Leili Panaghi², Mojtaba Habibi³, Mansoureh Alsadat Sadeghi⁴

1. MSc, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
2. MD of Community Medicine, Associate Professor, Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
3. PhD of Health Psychology, Assistant Professor, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. PhD of Public Psychology, Assistant Professor, Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.



Citation: Akbari A, Panaghi L, Habibi M, Sadeghi MA. [Perceived Family Functioning and Suicidal Ideation Among University Students: Hopelessness as a Moderator (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):284-291. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.284>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.284>

Received: 07 Jun. 2016

Accepted: 03 Oct. 2016

ABSTRACT

Objectives The present study aims to determine whether the association between family function and suicidal ideation on one hand and correlation of family functions and hopelessness on the other hand can be supposed that hopelessness acts as a moderator in the association between family functions and suicidal ideation.

Methods For this, 373 accessible Shahid Beheshti students were selected and measured with self-reporting means. After performing Family Assessment Devices, Beck Hopelessness Scale and Beck scale for suicidal ideation, the gathered data were analyzed through simple correlation and hierarchical regression by SPSS 19.

Results There are significant positive correlations between understanding total family function and hopelessness, family function and suicidal ideation and also between hopelessness and suicidal ideation of students. Therefore, hopelessness has a moderating role in the association between understanding family function and suicidal ideation.

Conclusions The association between family function and suicidal ideation increases at higher levels of hopelessness while in lower levels of hopelessness, this association is not significant.

Key words:

Suicidal ideation,
Family function,
Hopelessness

* Corresponding Author:

Leili Panaghi, MD

Address: Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 29902389

E-mail: panaghi@sbu.ac.ir

کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی دانشجویان: نقش تعدیل کننده ناامیدی

اسدالله اکبری^۱، لیلی پناغی^۲، مجتبی حبیبی^۳، منصوره سادات صادقی^۴

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۲- دکترای پزشکی اجتماعی، دانشیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۳- دکترای روانشناسی سلامت، استادیار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- دکترای روانشناسی عمومی، استادیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ خرداد ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱۲ مهر ۱۳۹۵

هدف: پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که بر اساس رابطه موجود میان کارکرد خانواده و افکار خودکشی از یک سو و رابطه کارکرد خانواده و ناامیدی از سوی دیگر، آیا می توان فرض کرد در رابطه میان کارکرد خانواده و افکار خودکشی ناامیدی به شکل تعدیل کننده عمل می کند؟

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل دانشجویان ساکن خوابگاه در دانشگاه شهیدبهشتی در سال ۱۳۹۳ است که از میان آن ها ۳۷۳ دانشجو به صورت در دسترس انتخاب و با استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی سنجیده شدند. پس از اجرای پرسش نامه های ابزار سنجش خانواده (FAD)، مقیاس ناامیدی بک (BHS) و مقیاس افکار خودکشی بک (BSS)، داده های به دست آمده با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و به روش همبستگی و رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه تحلیل شد.

یافته ها: نتایج این تحلیل نشان داد که بین ادراک کارکرد کلی خانواده و ناامیدی ($r=0/40, P \leq 0/001$)، ادراک کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی ($r=0/34, P \leq 0/001$) و بین ناامیدی و افکار خودکشی دانشجویان ($r=0/63, P \leq 0/001$) همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. یافته مهم دیگر این پژوهش، تأیید نقش تعدیل کننده ناامیدی است.

نتیجه گیری: رابطه ادراک کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی در سطوح بالای ناامیدی بیشتر می شود، در حالی که در سطوح پایین ناامیدی این رابطه چشمگیر نیست.

کلیدواژه ها:

افکار خودکشی، کارکرد خانواده، ناامیدی

مقدمه

خودکشی، اقدام به خودکشی^۲ و خودکشی کامل^۳ می رسد [۵]. افکار خودکشی می تواند اقدام به خودکشی را پیش بینی کند، بنابراین برای پیشگیری اولیه از خودکشی ضروری است که مطالعات عمیق تری روی همبسته های افکار خودکشی انجام شود [۶]. از طرف دیگر برخی پژوهشگران معتقدند نسل بعدی پژوهش های خودکشی باید بر چگونگی تعامل متغیرها و عوامل خطر سازی که به چنین پیامد خطرناکی منجر می شود، بپردازد [۷]. واگنر و سیلورمن و مارتین [۸] نیز پیشنهاد کرده اند در آینده مطالعاتی روی نشانه های خودکشی انجام شود و به بررسی رابطه تعاملی عواملی مانند ناامیدی بپردازد که ارتباط آن ها با خودکشی مشخص شده است. در این پژوهش بررسی سطوح متفاوت ناامیدی به عنوان متغیر تعدیل کننده و ارتباط آن با کارکرد

دانشجویان در زمره گروه هایی هستند که به دلیل ماهیت انتقالی زندگی دانشجویی، در معرض عوامل استرس زا قرار می گیرند [۱، ۲]. این فشارها می تواند زمینه ساز ناهنجاری های متعددی در دانشجویان شود و آن ها را به عنوان گروه در معرض خطر معرفی کند. رفتارهای خودکشی از جمله افکار خودکشی، در میان دانشجویان بسیار شایع است [۳]. در ایران نرخ خودکشی دانشجویی در سال ۱۳۸۳، ۴/۱۹۶ در صد هزار نفر، در سال ۱۳۸۴، ۵/۱۷۸ در صد هزار نفر و در سال ۱۳۸۵، ۴/۹۰ در صد هزار نفر محاسبه شده است [۴].

بسیاری از پژوهشگران خودکشی را به شکل طیفی در نظر می گیرند که با نبود افکار خودکشی^۱ شروع می شود و به افکار

2. Suicide attempt
3. completed suicide

1. Suicidal ideation

* نویسنده مسئول:

دکتر لیلی پناغی

نشانی: تهران، اوین، دانشگاه شهیدبهشتی، پژوهشکده خانواده.

تلفن: ۲۳۸۹-۲۹۹۰ (۲۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: panaghi@sbu.ac.ir

این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که با توجه به رابطه میان کارکرد خانواده و افکار خودکشی از یک طرف و رابطه کارکرد خانواده و ناامیدی از طرف دیگر، آیا می‌توان فرض کرد ناامیدی در رابطه بین کارکرد خانواده و افکار خودکشی نقش تعدیل کننده دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری را تمام دانشجویان در حال تحصیل در مقاطع مختلف دانشگاه شهیدبهبشتی تهران در سال ۱۳۹۳ که ساکن خوابگاه هستند، تشکیل می‌دهد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شده است و حجم نمونه ابتدا ۳۷۶ نفر بود که پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، ۳۷۳ پرسش‌نامه برای تحلیل آماری انتخاب شد. پژوهشگر پس از هماهنگی‌های قانونی، به خوابگاه‌های دانشگاه شهیدبهبشتی تهران مراجعه کرد و پرسش‌نامه‌ها را به دانشجویان تحویل داد و به دانشجویان توضیح داد که این پرسش‌نامه‌ها برای انجام طرح پژوهشی گردآوری شده است. دانشجویان مجبور به شرکت در طرح نیستند و در صورت شرکت در طرح، اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۳۰ دقیقه زمان برد. بیشتر پرسش‌نامه‌ها به صورت گروهی ارائه شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی در نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

ابزار سنجش خانواده^{۱۲}

این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سؤال است که ایشتاین و بالدوین و بیشاب آن را در سال ۱۹۸۳ براساس الگوی مک مستر تدوین کردند [۱۸]. ابزار سنجش خانواده، کارکرد خانواده را در همه ابعاد الگوی مک مستر (MMFF) طبق ادراک اعضای آن از کارکرد خانواده می‌سنجد. علاوه بر شش زیرمقیاس مک مستر (یعنی حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، دلبستگی عاطفی و کنترل رفتار) FAD مقیاس کارکرد کلی نیز دارد که سطح کلی کارکرد خانواده را اندازه می‌گیرد. برای هر گزاره چهار گزینه (کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف) وجود دارد که به ترتیب از یک تا چهار نمره می‌گیرد. در عبارات با محتوای منفی این نمره گذاری برعکس می‌شود.

به‌طور خلاصه FAD بین خانواده‌های مختلف پایایی قابل قبولی دارد. به گونه‌ای که دامنه آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های مختلف آن از ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ بوده است. پایایی در زیرمقیاس کارکرد کلی از دیگر زیرمقیاس‌ها بیشتر و در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۰ بوده است [۱۹]. در ایران همسانی درونی FAD با استفاده از آلفای کرونباخ

12. Family Assessment Device (FAD)

خانواده می‌تواند برای درمانگران سودمند باشد. در صورتی که سطح پایین ناامیدی تأثیر کارکرد خانواده را در پیش‌بینی افکار خودکشی کاهش دهد، می‌تواند به شکل تلویحی اهمیت مداخله در این متغیر را به درمانگران نشان دهد.

یکی از اساسی‌ترین عوامل شناختی خطر ساز مرتبط با افکار خودکشی، ناامیدی است. به‌طوری‌که می‌تواند نیمی از خطر خودکشی را افزایش دهد ($P < 0/001$) [۶]. ناامیدی به معنای انتظارات منفی نسبت به آینده است و مفهوم‌بندی آن دربرگیرنده انتظار وقوع اتفاق‌های نامطلوب و شکست خوردن در رسیدن به اهداف شخصی است [۹]. ناامیدی با تجربه‌های زندگی^۴، محیط اجتماعی^۵ و عوامل بیولوژیک^۶ مرتبط است [۱۰] و به‌طور کلی مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده خودکشی‌گرایی در بزرگسالی است [۱۱، ۱۲].

کارکرد خانواده به کیفیت زندگی خانوادگی در سطح سیستمی و تعاملی^۷ گفته می‌شود و با مفاهیم ارتباط والدین^۸، ارتباط خانوادگی^۹، هماهنگی^{۱۰} و انسجام در ارتباط است [۱۳]. در سطح پایین کارکرد نیز خانواده به عنوان منبع استرس مرتبط با افکار خودکشی شناخته شده است، به‌طوری‌که می‌توان با استفاده از زیرمقیاس‌های FAD نوجوانانی را که اقدام به خودکشی کرده‌اند از گروه افسرده و گروه طبیعی متمایز کرد [۱۴]. نتایج مطالعات آینده‌نگر حاکی از آن است که برخی از ویژگی‌های نظام خانواده^{۱۱} از جمله حمایت خانوادگی، انسجام، سازگاری‌پذیری و شاخص‌های کلی بدکارکردی خانواده می‌توانند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند. به عنوان مثال، یافته‌های به‌دست‌آمده از یک پژوهش طولی نشان داده است تحلیل نمره‌های کارکرد خانواده با مدل لجستیک، افکار خودکشی را تا ۰/۸۳ درصد طی دو سال آینده پیش‌بینی می‌کند [۱۵].

کارکرد خانواده ادراک‌شده به عنوان عامل خطر ساز خانوادگی به شکل معناداری با ناامیدی در ارتباط است، به گونه‌ای که کارکرد پایین خانواده ۱۵ درصد از سطح ناامیدی را در دانشجویان تبیین می‌کند [۱۶]. با وجود اینکه تأثیر خانواده بر افکار خودکشی نوجوانان معنادار است، این تأثیر به صورت غیرمستقیم است [۱۷]. در واقع افکار خودکشی نوجوانان بیشتر با ویژگی‌های فردی آن‌ها مرتبط است و ویژگی‌های فردی تحت تأثیر کارکرد خانواده قرار می‌گیرد.

4. Life experience
5. Social-environmental
6. Biological factors
7. Dyadic
8. Parental concern
9. Family communication
10. Harmony
11. Whole family system

مقیاس افکار خودکشی بک بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ ساخته شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ است. مقیاس افکار خودکشی بک روایی و پایایی بالایی دارد. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون و بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمد [۲۷]. در ایران مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشته است [۲۸]. همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و دونیمه‌سازی ۰/۷۵ به دست آمد. داده‌ها به روش همبستگی و رگرسیون سلسله‌مراتبی و با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ آمار توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

برای تعیین اثر تعدیل‌کننده ناامیدی، از نمره‌های استاندارد متغیرها و رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. متغیر وابسته، افکار خودکشی دانشجویان بود. ابتدا کارکرد کلی خانواده، سپس کارکرد کلی خانواده و ناامیدی و در نهایت اثر تعدیل‌کننده ناامیدی به شکل تعامل کارکرد کلی خانواده و ناامیدی، به عنوان متغیر پیش‌بین وارد شد. با توجه به جدول شماره ۲، می‌توان دریافت که اثر تعدیل‌کننده وجود دارد، اما درک عملکرد سطوح متفاوت متغیر تعدیل‌کننده (ناامیدی) به تحلیل بیشتری نیاز دارد.

در مرحله بعد، پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان از طریق سطوح متفاوت نمره‌های متغیر پیش‌بین (کارکرد کلی خانواده) و متغیر تعدیل‌کننده (ناامیدی) و تعامل متغیر پیش‌بین و تعدیل‌کننده (کارکرد کلی خانواده × ناامیدی) با استفاده از نمودار بررسی شد.

$$Y = a + (b1 + b3M)X + b2M$$

با در نظر گرفتن سطوح مختلف این متغیرها نه نقطه به دست آمد. این نقاط به صورت سه نمودار در یک محور رسم شد که افکار خودکشی دانشجویان در سه سطح (بالا و متوسط و پایین)

و اعتبار بازآزمایی آن با فاصله یک هفته تا ده روز محاسبه شد که نتایج آن تقریباً خوب بوده است (آلفای کرونباخ بین ۵۸ درصد تا ۸۵ درصد). آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس کارکرد کلی خانواده به نسخه اصلی نزدیک بوده است (۰/۷۰) [۲۰].

مقیاس ناامیدی بک^{۱۳} (BHS)

مقیاس ناامیدی بک، پرسش‌نامه‌ای ۲۰ سؤال‌ای است که بک و همکارانش در سال ۱۹۷۴ برای ارزیابی ناامیدی طراحی کردند [۲۱]. مقیاس ناامیدی بک، شامل ۲۰ سؤال است که میزان بدبینی و منفی‌گرایی پاسخ‌دهندگان را نسبت به آینده می‌سنجد. پاسخ‌ها به شکل درست و غلط است. پاسخ‌دهنده باید تعیین کند هر پاسخ طی هفته گذشته در مورد او صادق بوده است یا خیر. از بین این ۲۰ سؤال، ۹ سؤال به شکل غلط و ۱۱ سؤال به شکل درست کلیدگذاری شده است [۲۲].

پژوهش‌های بسیاری روایی بالا و پایایی قابل قبول مقیاس ناامیدی بک را نشان داده‌اند [۲۳-۲۵]. ضریب همخوانی درونی (کودر ریچاردسون) برای نمره‌های مختلف بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. ضریب بازآزمایی نیز به فاصله یک هفته ۰/۶۹ گزارش شده است [۲۱]. مصباح و عابدیان [۲۶] با بررسی ۵۵۱ دانشجوی خوابگاهی با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، ضریب همبستگی دو گروه را ۰/۶۹ و ثبات درونی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

مقیاس افکار خودکشی بک^{۱۴} (BSS)

مقیاس افکار خودکشی بک، ابزار خودسنجی ۲۱ سؤال‌ای است که بک و همکارانش آن را ساخته‌اند. این پرسش‌نامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و رفتارها و طرح‌ریزی‌ها برای خودکشی طی هفته گذشته است. این مقیاس میزان خطر خودکشی برحسب شدت میل به خودکشی، ترس از خودکشی، برنامه‌ریزی و نظایر آن را تخمین می‌زند.

13. Beck Hopelessness Scale

14. Beck Scale for Suicide Ideation

جدول ۱. یافته‌های توصیفی.

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	بیشینه - کمینه	افکار خودکشی	ناامیدی	کارکرد خانواده
افکار خودکشی	۲/۰۴(۴/۰۳)	۰-۲۳	۱	۰/۶۴**	۰/۳۴**
ناامیدی	۴/۰۸(۳/۸۵)	۰-۱۹	۰/۶۴**	۱	۰/۴۰**
کارکرد خانواده	۲/۰۳(۰/۵۲)	۱-۴	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۱
سن	۲۳/۵(۲/۸۱)	۱۸-۳۶	۰/۱۳*	۰/۱۴	۰/۲۴

*P<۰/۰۱; **P<۰/۰۵

جدول ۲. اثر تعدیل‌کننده ناامیدی بر کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی دانشجویان با استفاده از رگرسیون سلسله‌مراتبی.

مدل	مدل	وزن رگرسیون استاندارد نشده (B)	ضرایب استاندارد شده (Beta)	t	سطح معناداری
۱	(ثابت) کارکرد کلی خانواده	-۰/۰۶ -۰/۲۹	۰/۳۴	-۱/۳۸ ۶/۹۱	۰/۱۷ ۰/۰۰۱
۲	(ثابت) کارکرد کلی خانواده ناامیدی	-۰/۰۵ -۰/۰۹ -۰/۵۱	۰/۱۱ ۰/۵۹	-۱/۴۸ ۲/۴۷ ۱۳/۲۱	۰/۱۴ ۰/۰۱ ۰/۰۰۱
۳	(ثابت) کارکرد کلی خانواده ناامیدی کارکرد کلی خانواده × ناامیدی	-۰/۱۲ -۰/۱۱ -۰/۴۴ -۰/۱۸	۰/۱۲ ۰/۵۰ ۰/۲۱	-۳/۲۷ ۲/۸۵ ۱۰/۶۶ ۴/۷۵	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۵ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱

متغیر ملاک: افکار خودکشی (استاندارد شده).

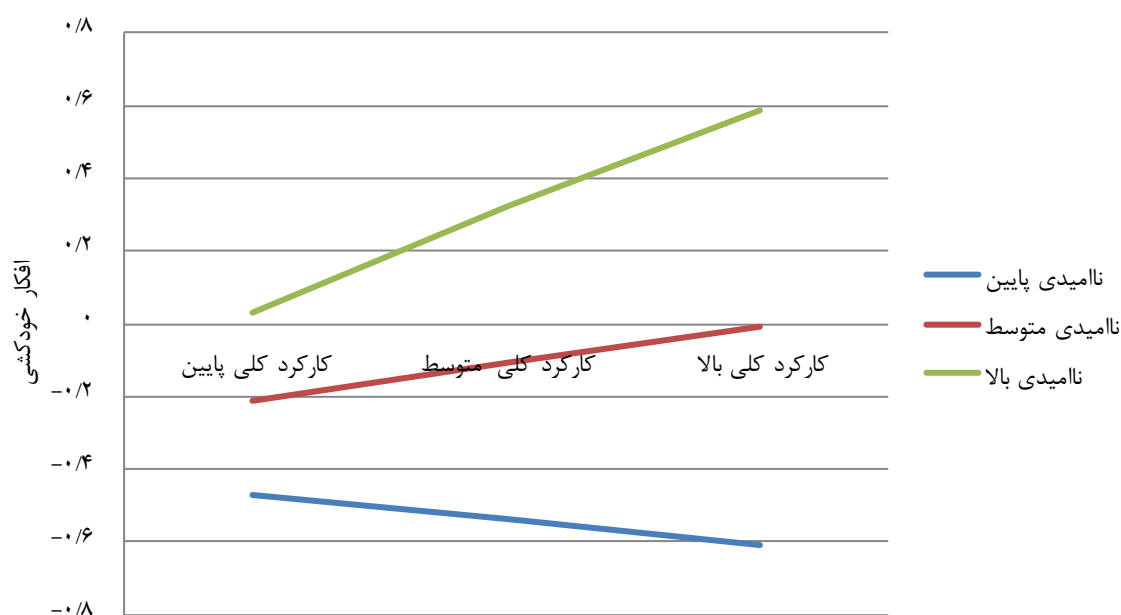
به میزان ۰/۳۲ افکار خودکشی در او افزایش می‌یابد.

در نهایت فردی که کارکرد خانواده بالایی دارد، اگر در سطح ناامیدی پایینی قرار داشته باشد به میزان $-۰/۶۱$ ، اگر در سطح ناامیدی متوسطی قرار داشته باشد به میزان $-۰/۰۱$ و اگر در سطح ناامیدی بالایی قرار داشته باشد به میزان $۰/۵۹$ افکار خودکشی در او افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، ارتباط بین کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی دانشجویان در سطوح مختلف ناامیدی متفاوت است؛ یعنی هرچه ناامیدی بیشتر باشد، میزان همبستگی بین کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی بیشتر می‌شود.

دانشجویانی که کارکرد خانواده آنان ضعیف‌تر است، در صورت ناامیدی بیشتر، افکار خودکشی در آنان بیشتر می‌شود و در صورت ناامیدی کمتر، افکار خودکشی در آنان کمتر می‌شود.

از متغیر پیش‌بین (کارکرد کلی خانواده) و متغیر تعدیل‌کننده (ناامیدی) را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در تصویر شماره ۱ دیده می‌شود، هر یک از سه نمودار، نماینده یک سطح از ناامیدی در سه سطح از کارکرد کلی خانواده است. بر اساس تصویر شماره ۱، فردی که نمره کارکرد پایین خانواده (یعنی کارکرد بهتر) دارد، در صورتی که ناامیدی پایینی داشته باشد به میزان $-۰/۴۷$ ، در صورتی که ناامیدی متوسطی داشته باشد به میزان $-۰/۲۱$ و در صورتی که ناامیدی بالایی داشته باشد به میزان $۰/۰۵$ افکار خودکشی در او افزایش می‌یابد. فردی که کارکرد کلی متوسط دارد، در صورتی که ناامیدی پایینی داشته باشد به میزان $-۰/۵۴$ ، در صورتی که ناامیدی متوسطی داشته باشد به میزان $-۰/۱۱$ و در صورتی که ناامیدی بالایی داشته باشد



تصویر ۱. اثر تعدیل‌کننده ناامیدی بر کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی دانشجویان.

بحث

تفکر منفی می‌شود که افکار خودکشی را در پی دارد.

براساس مدل ناامیدی بک از خودکشی، رفتارهای خودکشی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد ناامید است و به شکل ناقص استدلال می‌کند. در واقع زمانی که افراد تجربه‌های خود را به شکل منفی پردازش می‌کنند و تصور می‌کنند که تلاش‌هایشان برای رسیدن به هدف با شکست مواجه خواهد شد، رفتارهای خودکشی را بروز می‌دهند [۳۸]. در صورتی که ناامیدی در رابطه میان کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی نقش تعدیل‌کنندگی داشته باشد، می‌توان مدل بک را گسترش داد [۶]. سازوکارهای متعددی ممکن است کارکرد خانواده ادراک شده و ناامیدی را با افکار خودکشی مرتبط کند. مدل تعدیل‌کننده [۳۹] مطرح می‌کند که تأثیر استرس بر افکار خودکشی به میزان ناامیدی بستگی دارد. کارکرد خانواده ادراک شده ممکن است با ناامیدی در تعامل باشد تا افکار خودکشی را ایجاد کند (به این معنی که ناامیدی کم ممکن است تأثیر کارکرد پایین خانواده بر افکار خودکشی را کاهش دهد).

می‌توان گفت ارتباط میان کارکرد کلی خانواده با افکار خودکشی دانشجویان در سطوح متفاوت ناامیدی تغییر می‌کند. زمانی که ناامیدی در سطح پایین و یا متوسط است، حتی اگر کارکرد ضعیف خانواده باشد، افکار خودکشی افزایش نمی‌یابد. اما زمانی که ناامیدی شدید است، کارکرد ضعیف خانواده با افکار خودکشی ارتباط بیشتری پیدا می‌کند. این مسئله نشان می‌دهد که ناامیدی می‌تواند تأثیری را که خانواده بر پیدایش افکار خودکشی دارد، تعدیل کند. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که ناامیدی پایین می‌تواند نقش حفاظت‌کننده‌ای را در برابر شرایط بیرونی مانند داشتن خانواده آشفته داشته باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شکل در دسترس انجام شده است. افسردگی و دیگر اختلال‌هایی که با خودکشی مرتبط هستند و استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی در این پژوهش کنترل نشده است.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی کارکرد خانواده ادراک شده اعضای دیگر خانواده نیز بررسی شود تا تفاوت‌های افراد خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا در ادراک کارکرد خانواده مشخص شود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد کارکرد خانواده با افکار خودکشی ارتباط دارد، ولی نکته مهم وجود نقش تعدیل‌کننده ناامیدی است. کارکرد ضعیف خانواده در سطوح کم ناامیدی اثر چندانی بر افکار خودکشی ندارد، ولی در سطوح بالای ناامیدی اثر هم‌افزایی کارکرد ضعیف خانواده بر افکار خودکشی وجود خواهد داشت.

تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین کارکرد خانواده و افکار خودکشی و بین ناامیدی و افکار خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین در رابطه بین کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی، ناامیدی نقش تعدیل‌کننده دارد.

وجود رابطه مثبت معنادار بین کارکرد کلی خانواده ادراک شده و دو متغیر ناامیدی و افکار خودکشی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسوست [۳۱-۲۹، ۱۶، ۱۴، ۶]. ناامیدی با تجربه‌های زندگی و محیط اجتماعی مرتبط است [۱۰]. در شرایط فشار روانی میزان ناامیدی افزایش می‌یابد. برای مثال در کودکان پرورشگاهی نسبت به کودکانی که با والدین خود زندگی می‌کنند، ناامیدی بیشتر است [۳۲]. به نظر می‌رسد محیط آشفته خانوادگی می‌تواند موجب تشدید ناامیدی شود. از سوی دیگر رویدادهای استرس‌زا و مشکلات در روابط می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خودکشی باشد [۳۳]. بر اساس نظریه هم‌پوشی بلومنتل و کاپفر، نقص در کارکرد خانواده در سطح روانی اجتماعی برای فرد مشکلاتی را ایجاد می‌کند که عمدتاً حمایت اجتماعی فرد را مختل می‌کند. حمایت اجتماعی ضعیف، افکار خودکشی را تقویت می‌کند [۵].

وجود رابطه مثبت معنادار بین ناامیدی و افکار خودکشی با پژوهش‌های پیشین همسوست [۳۷-۳۴]. بر اساس مدل ناامیدی بک، رفتارهای خودکشی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد دچار ناامیدی است. در واقع زمانی که افراد تجربه‌های خود را به شکل منفی پردازش می‌کنند و تصور می‌کنند که تلاش‌هایشان برای رسیدن به هدف با شکست مواجه خواهد شد، رفتارهای خودکشی را بروز می‌دهند [۳۸].

وجود روابط چندگانه نشان می‌دهد که ناامیدی ممکن است در رابطه میان کارکرد خانواده و افکار خودکشی به شکل تعدیل‌کننده عمل کند. نتایج پژوهش حاضر نیز چنین فرضی را تأیید می‌کند. به عبارت دیگر، تأثیر کارکرد کلی خانواده بر افکار خودکشی دانشجویان در سطوح متفاوت ناامیدی تغییر می‌کند؛ یعنی در سطوح بالاتر ناامیدی، رابطه میان کارکرد کلی خانواده و افکار خودکشی بیشتر می‌شود و افراد ناامیدی که مشکلات خانوادگی بیشتری را تجربه می‌کنند، بیشتر با افکار خودکشی درگیر هستند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با وجود اینکه تأثیر خانواده بر افکار خودکشی معنادار است، این تأثیر غیرمستقیم است. افکار خودکشی بیشتر با ویژگی‌های فردی مرتبط است. در واقع ویژگی‌های فردی تحت تأثیر کارکرد خانواده قرار می‌گیرند [۱۷].

ادراک کارکرد پایین خانواده به عنوان استرس محیطی عمل می‌کند و چگونگی ادراک و پردازش و واکنش به استرس بیرونی پیامد نهایی را تعیین می‌کند. استرس بیرونی موجب برانگیختگی

References

- [1] Greenberger E, McLaughlin CS. Attachment, coping and explanatory Style in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 1998; 27(2):121-139. doi: 10.1023/a:1021607627971
- [2] McCarthy CJ, Moller NP, Fouladi RT. Continued attachment to parents: Its relationship to affect regulation and perceived stress among college students. *Measurement & Evaluation in Counseling and Development*. 2001; 33(4):198-212.
- [3] Chang EC. Cultural differences, perfectionism, and suicidal risk in a college population: Does social problem solving still matter? *Cognitive Therapy & Research*. 1998; 22(3):237-254. doi: 10.1007/s10608-015-9711-7
- [4] Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Abolmasoomi FZ. [Suicide trend in university students during 2003 to 2008 (Persian)]. *Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2010; 16(2):87-98
- [5] Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An Overview. *Counselling Psychologist*. 2000; 28(4):445-510. doi: 10.1177/0011000000284002
- [6] Kwok SY. Perceived family functioning and suicidal ideation: Hopelessness as mediator or moderator. *Nursing Research*. 2011; 60(6):422-429. doi: 10.1097/nnr.0b013e31823585d6
- [7] Dour HJ, Cha CB, Nock MK. Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research & Therapy*. 2011; 49(4):294-8. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.010
- [8] Wagner BM, Silverman MA, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*. 2003; 46(9):1171-91. doi: 10.1177/0002764202250661
- [9] Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 142(5):559-63. doi: 10.1176/ajp.142.5.559
- [10] Durant T, Mercy J, Kresnow MJ, Simon T, Potter L, Hammond WR. Racial differences in hopelessness as a risk factor for a nearly lethal suicide attempt. *Journal of Black Psychology*. 2006; 32(3):285-302. doi: 10.1177/0095798406290468
- [11] Rotheram-Borus MJ, Trautman PD. Hopelessness, depression, and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988; 27(6):700-704. doi: 10.1097/00004583-198811000-00006
- [12] Van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, Dierckx RA. Prefrontal 5-HT_{2A} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 74(2):149-158. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00482-7
- [13] Shek, DTL. Assessment of family functioning in Chinese adolescents: The Chinese version of the Family Assessment Device. *Research on Social Work Practice*. 2002; 12(4):502-524. doi: 10.1177/1049731502012004003
- [14] King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993; 32(6):1198-1206. doi: 10.1097/00004583-199311000-00013

سیاسگزاری

بدین وسیله از قطب خانواده ایرانی اسلامی که پایان نامه را مورد حمایت مالی قرار دادند سپاسگزاری می شود.

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

- [15] Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, McKeown RE, & Waller JL. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1991; 30(4):597-603. doi: 10.1097/00004583-199107000-00011
- [16] Adams DM, Overholser JC, Lehnert K. Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994; 33(4):498-507. doi: 10.1097/00004583-199405000-00008
- [17] Maraš JS, Dukić O, Marković J, Biro M. Family and individual factors of suicidal ideation in Adolescents. *Psihologija*. 2011; 44(3):245-260. doi: 10.2298/psi1103245s
- [18] Ryan CE, Epstein NB, Keitner I. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. Philadelphia: Taylor & Francis; 2005.
- [19] Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI. A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology*. 1990; 3(4):431. doi: 10.1037/h0080547
- [20] Malek Khosravi, Gh. [Family function of AD/HD children (Persian)] [PhD thesis]. Tehran: University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2003.
- [21] Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1974; 42(6):861-65. PMID: 4436473
- [22] Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck hopelessness scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1988.
- [23] Perczel Forintos D, Sallai J, Rózsa. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*. 2010; 19(2):307-321.
- [24] Hanna D, White R, Lyons K, McParland J, Shannon C, Mulholland C. The structure of the Beck Hopelessness Scale: A confirmatory factor analysis in UK students. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51(1):17-22. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.001
- [25] Steed L. Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample. *Educational & Psychological Measurement*. 2001; 61(2):303-16. doi: 10.1177/00131640121971121
- [26] Mesbah N, Abedian A. [The relationship of stress and hopelessness among dormitory students (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2006; 2(45):154-159.
- [27] Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck scale for suicide ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
- [28] Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi Kh. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers (Persian)]. *Journal of Military Medicine*. 2005; 7(1):33-37.
- [29] Hovey JD, Magaña CG. Suicide risk factors among Mexican migrant farm worker women in the Midwest United States. *Archives of Suicide Research*. 2003; 7(2):107-121. doi: 10.1080/13811110301579
- [30] McDermut W, Miller IW, Solomon D, Ryan CE, Keitner GI. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*. 2001; 42(2):96-104. PMID: 11244144
- [31] Lipschitz JM, Yen S, Weinstock LM, Spirito A. Adolescent and caregiver perception of family functioning: Relation to suicide ideation and attempts. *Psychiatry Research*. 2012; 200(2):400-403. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.051
- [32] Ören N. Hopelessness levels of children living with their parents or in an orphanage. *Self Identity*. 2012; 40(3):501-508. doi: 10.2224/sbp.2012.40.3.501
- [33] Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89(377):65-72. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x
- [34] Heisel MJ, Flett G, Hewitt PL. Social hopelessness and college student suicide ideation. *Archives of Suicide Research*. 2003; 7(3):221-235. doi: 10.1080/13811110301557
- [35] Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality & Individual Differences*. 2005; 38(6):1283-1291. doi: 10.1016/j.paid.2004.08.010
- [36] Tanaka E, Sakamoto S, Ono Y, Fujihara S, Kitamura T. Hopelessness in a community population: Factorial structure and psychosocial correlates. *Journal of Social Psychology*. 1998; 138(5):581-590. doi: 10.1080/00224549809600413
- [37] Girgin G. Evaluation of the factors affecting loneliness and hopelessness among university students in Turkey. *Social Behavior & Identity*. 2009; 37(6):811-818. doi: 10.2224/sbp.2009.37.6.811
- [38] Ellis TE. *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2006.
- [39] Baron, RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1986; 51(6):1173. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1173

Research Paper

Relationship Between Perceived Parenting Styles and Identity Styles With Intensity of Depression in Adolescents



Amin Sohrabzadeh Fard¹, *Banafsheh Gharraee², Ali Asghar Asgharnejad Farid³, Asma Aghebati³

1. MSc., Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. PhD of Clinical Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. PhD of Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Sohrabzadeh Fard A, Gharraee B, Asgharnejad Farid AA, Aghebati A. [Relationship Between Perceived Parenting Styles and Identity Styles With Intensity of Depression in Adolescents (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):292-299. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.292>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.292>

Received: 26 Feb. 2016

Accepted: 19 Jun. 2016

ABSTRACT

Objectives The aim of this study was to examine the relationship between identity styles and dimensions of perceived parenting with the intensity of depression in adolescents.

Methods In a correlation design, 200 (100 girls and 100 boys) students aged 14-18 years were selected from Tehran high schools using cluster sampling. Participants were asked to complete Beck Depression Inventory-2 (BDI-2), Parenting Style Questionnaire (PSQ) and Identity Styles Inventory (ISI) questionnaires. Data were analyzed using Pearson correlation and step-by-step regression (stepwise).

Results Significant relationship was found to exist among the dimensions of perceived parenting and identity style along with depressive intensity. Additionally, predictor variables including identity commitment, dimensions of acceptance, and control parenting with correlation ($r=0.50$) could predict 0.25 percent of depressive intensity among adolescents ($R^2=0.52$).

Conclusions It seems that identity commitment and parenting style based on parent acceptance among adolescents are two important variables in preventing depressive symptoms. Parenting style and adolescent parent communication are acceptable skills. In addition, the pathology resulting from depression among the adolescents was high, so it is important to address this problem practically.

Key words:

Parenting, Identity, Depressive, Adolescent

* Corresponding Author:

Banafsheh Gharraee, PhD

Address: Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66506853

E-mail: gharraee.b@iums.ac.ir

ارتباط بین ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی با شدت افسردگی در نوجوانان

امین سهراب‌زاده فرد^۱، *بنفشه غرایبی^۲، علی‌اصغر اصغر‌نژاد فرید^۳، اسماء عاقبتی^۳

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۲- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۳- دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.



تاریخ دریافت: ۷ اسفند ۱۳۹۴
 تاریخ پذیرش: ۳۰ خرداد ۱۳۹۵

هدف پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی با شدت افسردگی نوجوانان انجام شده است.

مواد و روش‌ها در این پژوهش دانش آموزان مقطع دبیرستان شهرستان‌های استان تهران در قالب یک طرح همبستگی به شیوه مقطعی، ۲۰۰ نفر از نوجوانان با سن ۱۴ تا ۱۸ سال به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد به مقیاس‌های افسردگی بک-۲ (BDI-II) و سبک‌های هویتی (ISI) و ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده (PSQ) پاسخ دهند. برای تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

یافته‌ها نتایج نشان داد ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی با شدت افسردگی در نوجوانان رابطه معناداری دارد. به طوری که متغیرهای پیش‌بین تعهد هویت و بُعد فرزندپروری پذیرش یا طرد و بُعد فرزندپروری کنترل آزادی با ضریب همبستگی ۰/۵۰ در ارتباط با شدت افسردگی در نوجوانان توانست در مجموع ۰/۲۵ از واریانس شدت افسردگی نوجوانان را تبیین کند ($R^2=0/25$).

نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد تعهد هویت و سبک فرزندپروری مبتنی بر پذیرش والدین دو متغیر مهم در پیشگیری از افسردگی در نوجوانان است. از آنجا که شیوه‌های فرزندپروری و ارتباط والد و نوجوان مهارتی قابل آموزش است و آسیب‌های ناشی از افسردگی در نوجوانان نیز بسیار زیاد است، توجه به آموزش این موضوع در سطح کاربردی اهمیت خاصی دارد.

کلیدواژه‌ها:

فرزندپروری، سبک‌های هویتی، افسردگی، نوجوانان

مقدمه

والدین و نوجوان افزایش و تعامل گرم بین آن‌ها کاهش می‌یابد. این مسئله در درک چگونگی نقش ارتباط والد و فرزند در مشکلات دوره رشد نوجوان، مثل مسائل سلامت روانی (افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و عزت نفس) و عملکرد تحصیلی اهمیت زیادی دارد [۷]. به طور کلی دیدگاه‌های مربوط به بررسی فرزندپروری را می‌توان به دو گروه طبقه‌بندی^۱ و ابعادی تقسیم کرد [۸].

شفر^۲ (۱۹۵۹) با مطرح کردن ابعاد محبت (طرد و کنترل) و آزادی الگویی درباره روابط والد و کودک ارائه داد. رفتار والدین در امتداد بُعد محبت و طرد، از پاسخ مثبت به رفتار خوداتکایی و تشویق زیاد و استفاده نکردن از تنبیه تا بی‌تفاوتی محض، کنار گذاشتن کودک، ندادن پاسخ مثبت و استفاده از تنبیه متغیر است. در امتداد محور کنترل و آزادی، رفتار والدین

نیمی از اختلالات روانی در اواسط نوجوانی آغاز می‌شود [۱]. دوره نوجوانی زمان اوج شروع افسردگی است [۲]. افسردگی در کودکان و نوجوانان اغلب مشکلی پایدار، تضعیف‌کننده و تخریب‌کننده عملکرد اجتماعی و تحصیلی است که نیازمند ارائه خدمات سلامت روان است [۳]. افسردگی نوجوانان ارتباط زیادی با افزایش میزان اقدام به خودکشی دارد که دومین علت مرگ در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله است [۴].

در یک بررسی فراتحلیلی با استفاده از آزمون افسردگی بک (BDI)، شیوع افسردگی در نوجوانان ایرانی ۴۳ درصد نشان داده شد [۵]. عوامل مختلفی در افسردگی نوجوانان دخیل هستند، یکی از این عوامل شیوه‌های تربیتی والدین و ارتباط والد و نوجوان است [۶، ۵]. کیفیت ارتباط والد و فرزند ارتباط مستقیمی با سلامت روانی و سازگاری در نوجوان دارد. در دوره بلوغ تعارض بین

1. Typological
 2. Shafer

* نویسنده مسئول:

دکتر بنفشه غرایبی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روان‌شناسی بالینی.

تلفن: ۶۶۵۰۶۸۵۳ (۲۱) ۰۹۸

پست الکترونیکی: gharraee.b@iums.ac.ir

اجتماعی) و تعهد (به‌دست‌آوردن مجموعه پایداری از هدف‌ها و ارزش‌ها) و ترکیب این دو، چهار وضعیت هویت‌یابی را مشخص کرد که عبارتند از: کسب هویت (اکتشاف و تعهد زیاد نسبت به ارزش‌ها)، ضبط هویت (احساس تعهد بدون کاوش کردن)، وقفه هویت (کاوش بدون احساس تعهد) و پراکندگی هویت (نبود کاوش و احساس تعهد) [۱۶].

برزنوسکی^۵ بر اساس نظریه ماریسا و اریکسون به تدوین نظریه‌ای در خصوص سبک‌های هویتی پرداخت که عوامل شناختی را در تکوین مراحل و سبک‌های هویتی مهم می‌داند. وی سبک‌های هویتی را به سه دسته تقسیم کرد که عبارتند از: سبک اطلاعاتی و هنجاری و سردرگم/اجتنابی [۱۷]. افراد با سبک هویت اطلاعاتی درباره دیدگاه خود شکاک هستند و همواره متمایلند که قضاوت خود را تا پردازش و ارزیابی اطلاعات مربوط به خود به تعویق بیندازند. افراد با سبک هویت هنجاری در مواجهه با تعارض‌های هویت به‌طور نسبتاً خودآیند از انتظارات و توقعات «دیگران مهم» تبعیت می‌کنند. افراد با سبک هویت سردرگم/اجتنابی در مواجهه با تعارضات و تصمیمات فردی اهمال‌کار و ناراضی هستند و علاقه‌مندند رفتار آن‌ها از طریق تقاضاها و مشوق‌های محیطی تعیین و کنترل شود [۱۸، ۱۹].

پژوهش‌های مربوط به رابطه سبک‌های هویتی با افسردگی در نوجوانان محدود است و بیشتر پژوهش‌ها به بررسی سبک‌های هویتی با بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان پرداخته‌اند. همچنین یافته‌های پژوهشی بین سبک اطلاعاتی و سبک هنجاری با بهزیستی روان‌شناختی متغیر است. برای مثال برخی تحقیقات نشان دادند سبک اطلاعاتی (نه سبک هنجاری) با عزت نفس رابطه مثبتی دارد [۲۰]. برخی پژوهش‌های دیگر یافته‌های متضادی به‌دست آورده‌اند [۲۱]. در برخی دیگر از پژوهش‌ها ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی با سبک اطلاعاتی و سبک هنجاری تفاوتی ندارد [۲۲]. در اکثر پژوهش‌ها بین سبک هویتی سردرگم/اجتنابی با نمره پایین در بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان رابطه مثبتی یافت شده است [۲۳، ۲۴].

اثرات زیان‌بار افسردگی بر حوزه‌های مختلف زندگی نوجوانان و اهمیت بررسی شیوه‌های تربیتی والدین به عنوان متغیری که تحت تأثیر فرهنگ و محیط اجتماعی افراد و تعیین‌کننده رابطه والد و نوجوان است، همچنین شیوه‌های دستیابی به هویت به عنوان مهم‌ترین دغدغه رشدی نوجوانان، اهمیت بررسی این موضوعات در این مرحله از رشد نوجوانان را نشان می‌دهد. در پژوهش‌هایی که سبک‌های فرزندپروری را بررسی کرده‌اند، کمتر به بررسی ابعاد فرزندپروری پرداخته شده است.

بیشتر پژوهش‌ها سبک‌های فرزندپروری را در ارتباط با مشکلات کودکی بررسی کرده‌اند، همچنین پژوهش‌ها درباره

از استقلال‌بخشی نسبتاً کامل به کودک تا کنترل کامل بر فعالیت‌های او در نوسان است [۹]. بامریند (۱۹۹۱) سه سبک والدینی را مشخص کرد که عبارتند از: مقتدرانه (کنترل و پاسخ‌دهی زیاد) و مستبدانه (کنترل زیاد اما پاسخ‌دهی کم) و سهل‌انگار (کنترل کم اما پاسخ‌دهی زیاد) [۱۰].

امروزه مدل‌های نظری بیشتر بر دیدگاه بُعدی تأکید دارند تا طبقه‌بندی و برای تعیین هر سبک، ابعاد را به صورت جداگانه بررسی می‌کنند. برخلاف دیدگاه اول که برای ارزیابی سبک فرزندپروری نگرش والدین را بررسی می‌کرد، در دیدگاه بُعدی بر نگرش کودک به رفتار والدین تأکید بیشتری می‌شود [۸]. منظور از اصطلاح ادراک فرزند از شیوه‌های فرزندپروری، ادراکی است که فرزند از سطوح پاسخ‌دهندگی (گرمی) با درخواست (کنترل) در رفتار والدین دارد. در همین زمینه می‌توان عنوان کرد آنچه فرزند از رفتار والدین ادراک می‌کند نسبت به نگرش والدین به رفتار فرزندپروری خود، اهمیت بیشتری دارد [۱۱، ۱۲].

در دیدگاه ابعادی مشخص شده است که رشد مثبت کودکان تقریباً همیشه پیامد تربیتی والدین (مثل گرمی و پاسخ‌دهی)، تشویق به استقلال (دموکراتیک و خودمختاری)، و کنترل مناسب است [۱۳]. لیبویتی [۱۴] در پژوهشی نشان داد بین سبک فرزندپروری مقتدرانه با علائم افسردگی رابطه معکوس معنادار ($r = -0.41$) و بین سبک فرزندپروری مستبدانه با علائم افسردگی رابطه مستقیم معنادار وجود دارد ($r = 0.27$). در چین کاو و همکاران [۱۵]، در پژوهش خود نشان دادند صمیمیت و حمایت کم و قدرت‌طلبی زیاد در پدر و مادر ارتباط معناداری با ریسک افزایش افسردگی دارد. از طرف دیگر در بررسی فراتحلیلی (متاآنالیز) مک لئود [۳] نتایج نشان داد فرزندپروری تنها ۰/۸ از واریانس افسردگی در کودکان را تشکیل می‌دهد.

علاوه بر اهمیت شیوه‌های تربیتی والدین بر سلامت روانی نوجوانان، ویژگی‌های مهم دوره نوجوانی مثل استقلال‌طلبی و تلاش برای یافتن هویت مستقل نیز در این دوره اهمیت زیادی دارد. در واقع یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان، دستیابی افراد به هویت پایدار است. رشد هویتی شامل فعالیت‌های جست‌وجوگر نسبت به دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و آرزوها و متعهدبودن به آن‌ها در طول زندگی است.

در فرضیه‌های روان‌شناسی (اریکسون^۳ ۱۹۶۸ و بلاس^۴ ۱۹۶۷) اشاره شده است که در این دوره نوجوانان شیوه ارتباط خود را با والدین تغییر می‌دهند و در پی تلاش برای ساختن هویتی مستقل برای خود هستند. ماریسا در سال ۱۹۶۶ با تأکید بر محوری دو بُعدی به توصیف پیامد فرایند هویت‌یابی پرداخت. او با تأکید بر بُعد اکتشاف (جست‌وجوی ارزش‌ها و باورها و نقش‌های

3. Erikson

4. Blos

5. Berzonsky

را ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضریب اعتبار پرسش‌نامه به ترتیب برای بُعد کنترل و آزادی ۰/۶۳ و ۰/۷۴ و برای بعد محبت و طرد ۰/۸۲ و ۰/۹۳ به‌دست آمده است. همسانی درونی سؤال‌های پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای بعد کنترل و آزادی ۰/۶۷ و برای بعد محبت و طرد ۰/۹۵ است [۲۸].

سیاهه سبک هویت (ISI)

برزونسکی (۱۹۸۹) نخستین بار سیاهه سبک هویت را برای ارزیابی سبک هویت با قابلیت اجرای گروهی و به صورت خودگزارشی طراحی کرد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار که روی ۶۱۷ نفر اجرا شده بود، برای سبک اطلاعاتی ۰/۷۰، سبک هنجاری ۰/۶۴ و سبک آشفته و دوری جو ۰/۷۶ گزارش شده است [۲۹]. در پژوهش وایت و همکاران [۳۰] ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری، اجتنابی و تعهد هویت به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در بررسی دهکردی و همکاران [۳۱] نتایج پژوهش با تأکید بر تغییرناپذیری ساختار عاملی سیاهه سبک هویت بین دو جنس در پایه‌های تحصیلی مختلف نشان داده شد که این سیاهه سودمندی لازم را برای اندازه‌گیری سبک‌های هویتی در نوجوانان هر دو جنس دارد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین کل نمره شدت افسردگی نوجوانان در نمونه پژوهش ۱۳/۸۳ بود (جدول شماره ۱). در جدول شماره ۲ ماتریکس همبستگی متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود. بین بُعد فرزندپروری پذیرش و طرد با شدت افسردگی در نوجوانان همبستگی معکوس معنادار ($P < 0/01$) و بین بُعد فرزندپروری کنترل و آزادی با شدت افسردگی در نوجوانان همبستگی مستقیم معنادار ($P < 0/05$) وجود دارد. همچنین بین سبک هویت هنجاری و تعهد هویت با شدت افسردگی نوجوانان همبستگی معکوس معنادار ($P < 0/01$) دیده شد. سبک هویت اجتنابی با شدت افسردگی همبستگی مستقیم معنادار ($P < 0/05$) دارد. بین سبک هویت اطلاعاتی با شدت افسردگی رابطه معنادار دیده نشد.

برای پیش‌بینی شدت افسردگی نوجوانان بر اساس ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی از روش آماری رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد (جدول شماره ۳). با توجه جدول شماره ۳ که تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر شدت افسردگی نوجوانان را نشان می‌دهد، میزان F به‌دست‌آمده برای سه متغیر تعهد هویت، بُعد فرزندپروری پذیرش و طرد و بُعد فرزندپروری کنترل و آزادی معنادار است.

ارتباط سبک‌های هویتی با افسردگی نوجوانان بسیار محدود است. پژوهش‌های انجام‌شده درباره سبک هویتی و بهزیستی روانی نتایجی متغیر و متفاوت داشتند. در این مطالعه ارتباط و نقش پیش‌بین ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی در شدت افسردگی نوجوانان بررسی شده است.

روش

در پژوهش حاضر از طرح همبستگی به شیوه مقطعی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان دبیرستانی (۱۴ تا ۱۸ ساله) بود که در دبیرستان‌های شهر تهران مشغول تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، به این صورت که ابتدا لیست مناطقی که مدارس مقطع دبیرستان دخترانه و پسرانه داشتند از آموزش و پرورش شهر تهران گرفته شد، سپس از بین آن‌ها دو منطقه و از هر منطقه یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شد. با توجه به حجم نمونه مورد نیاز (۲۰۰ نفر) چهار مدرسه انتخاب و از هر مدرسه به‌طور تصادفی ۵۰ نمونه انتخاب شد. معیار انتخاب تعداد نمونه بر اساس تعداد حداقل ۲۰ نمونه برای هر متغیر پیش‌بین بود [۲۵].

پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II)

نسخه جدید مقیاس افسردگی بک، ۲۱ سؤال دارد و فرمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی است. این پرسش‌نامه بر اساس چهار گزینه (۰ تا ۳) بر حسب شدت وضعیت گزارش‌شده توسط آزمودنی نمره‌گذاری شده است [۲۶]. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. ضریب آلفای BDI-II برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ به‌دست آمد [۲۷]. به‌طور کلی ضرایب همسانی درونی^۷ هر یک از سؤال‌ها و دیگر مشخصه‌های آماری پرسش‌نامه و ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد BDI-II در جمعیت ایران روایی^۸ مناسبی دارد و برای تحلیل آماری و روان‌سنجی می‌توان به نمره‌های آن اعتماد کرد [۲۷].

مقیاس ادراک از شیوه‌های فرزندپروری

این پرسش‌نامه را نقاشان (۱۳۵۸) در شیراز بر اساس کارهای شيفر (۱۹۵۹) تهیه کرده است که ۷۷ ماده دارد و ابعاد مختلف کنترل و آزادی و محبت و طرد را در روابط خانوادگی از زاویه نگرش آزمودنی‌ها می‌سنجد. این پرسش‌نامه به سبک مقیاس لیکرت طراحی شده است. سازنده این پرسش‌نامه ضریب پایایی

6. Beck Depression Inventory

7. Internal consistency

8. Validity

9. Identity Styles Inventory

جدول ۱. میانگین (و انحراف معیار) هر یک از متغیرهای پژوهش.

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
شدت افسردگی	۱۳/۸۳ (۸/۹)
بعد فرزند پروری پذیرش-طرده	۱۳۸/۲۱ (۲۳/۵)
بعد فرزندپروری کنترل-آزادی	۱۳۲/۳۰ (۱۳/۹)
سبک هویت اطلاعاتی	۳۴/۹۶ (۶/۳)
سبک هویت هنجاری	۳۱/۲۰ (۵/۸)
سبک هویت اجتنابی	۲۵/۵۳ (۶/۲)
تعهد هویت	۳۷/۳۲ (۶/۱)

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۲. ماتریکس همبستگی متغیرهای پژوهش.

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ شدت افسردگی	۱						
۲ بعد فرزندپروری پذیرش-طرده	-.۴۰**	۱					
۳ بعد فرزندپروری کنترل-آزادی	۰/۱۶*	-.۱۳	۱				
۴ سبک هویتی اطلاعاتی	-.۰۸	-.۱۹**	۰/۱۲	۱			
۵ سبک هویتی هنجاری	-.۲۳**	۰/۳۷**	۰/۲۰**	۰/۴۰**	۱		
۶ سبک هویتی اجتنابی	۰/۱۵*	-.۱۸*	۰/۰۰۲	-.۰/۰۰۳	-.۰/۱۰	۱	
۷ تعهد هویت	-.۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۰۰۳	۰/۳۰**	۰/۶۵**	-.۰/۲۶**	۱

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

** معناداری همبستگی در سطح ۰/۰۱

* معناداری همبستگی در سطح ۰/۰۵

افسردگی نوجوانان دارند. با نگاهی به ضرایب بتا می‌توان دریافت تعهد هویت و بعد فرزندپروری پذیرش و طرده به ترتیب بیشترین سهم را در تغییرات شدت افسردگی نوجوانان دارد. به طوری که با تغییر هر انحراف معیار در متغیرهای تعهد هویت و بعد فرزندپروری پذیرش و طرده، به ترتیب ۰/۴۱- و ۰/۲۷- انحراف معیار در شدت افسردگی نوجوانان تغییر ایجاد خواهد کرد؛ یعنی با افزایش تعهد هویت و سبک فرزندپروری همراه با پذیرش

در گام اول متغیر تعهد هویت به تنهایی ۱۶ درصد از واریانس شدت افسردگی را تبیین کرد. در گام دوم با اضافه شدن متغیر بعد فرزندپروری پذیرش و طرده میزان پیش‌بینی به ۲۳ درصد رسید و در نهایت در گام سوم با اضافه شدن متغیر بعد فرزندپروری کنترل و آزادی ۲۵ درصد از واریانس شدت افسردگی در نوجوانان تبیین شد. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد هر سه متغیر پیش‌بین به دلیل معناداری آماره t، تأثیر آماری معناداری در تبیین شدت

جدول ۳. ضرایب رگرسیون و شاخص‌های آماری ارتباط بین ابعاد فرزندپروری ادراک شده و سبک‌های هویتی با شدت افسردگی نوجوانان.

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R ²	B	Beta	F	T	P
گام اول	تعهد هویت	۰/۴۱	۰/۱۶	-.۰/۵۹۵	-.۰/۴۱	۴۰/۱۳۳	-۶/۲۰۵	۰/۰۰۱
گام دوم	بعد فرزند پروری پذیرش-طرده	۰/۴۸	۰/۲۳	-.۰/۱۰۳	-.۰/۲۷	۲۸/۷۹۸	-۲/۸۷۵	۰/۰۰۱
گام سوم	بعد فرزند پروری کنترل-آزادی	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۰۸۶	۰/۱۳۵	۲۱/۰۷۷	۲/۱۴۱	۰/۰۳۴

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

پژوهش در این موضوع محدود است و بیشتر سبک‌های هویتی در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی بررسی شده است.

با توجه به همبستگی سبک هنجاری با تعهد هویت در این پژوهش ($r=0/65$) می‌توان تبیین کرد عامل مهم در پیشگیری از افسردگی در نوجوانان با توجه به تجربه بحران هویت در نوجوانی، تعهد هویت و ثبات ناشی از آن است. از آنجا که در سبک هویت هنجاری تعهد هویت ناشی از تعهد به ارزش‌های «دیگران مهم» و درونی کردن آن‌هاست تا اکتشاف و جست‌وجوی فعال هویت، ممکن است ثبات و تأثیر مثبت تعهد هویت در سبک هنجاری، مقطعی و مربوط به زمان حاضر باشد. هویت با حوزه‌هایی چون خودکارآمدی و تعیین اهداف در زندگی ارتباط دارد [۳۶].

در مطالعه‌ای نشان داده شد سبک هویت اجتنابی و اجتناب از مواجهه با مسائل مربوط به هویت با بهزیستی روانی رابطه منفی دارد و با اضافه شدن متغیر «تعهد» بهزیستی روانی افراد به مقدار زیادی پیش‌بینی می‌شود [۳۷]. اریکسون رسیدن به هویت پایدار را پیش‌نیاز رابطه صمیمی می‌داند [۲]. یکی از حوزه‌های مهم سبب‌شناسی افسردگی، کیفیت روابط بین فردی افراد است. در واقع دستیابی نوجوان به تعهد هویت باعث تقویت و ثبات در روابط اجتماعی نوجوان می‌شود که عامل مهمی در پیشگیری از افسردگی است.

از بین متغیرهای مطالعه‌شده به ترتیب تعهد هویت، بُعد فرزندپروری پذیرش و طرد و بُعد فرزندپروری کنترل و آزادی به عنوان متغیرهای پیش‌بین شدت افسردگی شناخته شدند. والدینی که از استقلال فرزند خود حمایت می‌کنند، به انتخاب‌های آن‌ها احترام می‌گذارند، علاقه‌مند به آگاه شدن از زندگی فرزند خود هستند و قواعد منطقی و روشنی را وضع می‌کنند، فرزندانشان عزت نفس بیشتری دارند و علائم کمتری از افسردگی نشان می‌دهند [۱۴]. کنترل والدین باعث افزایش اضطراب، تردید به خود، ترس از شکست و کمال‌گرایی منفی در نوجوان می‌شود که نتیجه آن نگرانی در فرایند جست‌وجوی هویت است که به‌نوبه خود عامل افسردگی و کاهش بهزیستی روانی در نوجوانان است [۳۸].

پذیرش والدین به نوجوان فرصت می‌دهد که دیدگاه‌ها و نظرهای خود را بیان کند. والدین طردکننده و زورگو اجازه ابراز نظر و دیدگاه را به فرزندانشان نمی‌دهند و نسبت به نظرهای مستقلانه آن‌ها بی‌اعتنایی می‌کنند. نوجوانانی که رفتار والدین آن‌ها پذیرا و همراه با محدودیت منطقی است، رشد بهتری در استقلال دارند و نمرهای بهتری در شایستگی روانی و اجتماعی می‌گیرند. نوجوانانی که والدین کنترل‌کننده و حمایت‌گر دارند ممکن است مشکلاتی در استقلال و فردیت داشته باشند، این مسئله عامل مهمی در افسردگی و اضطراب و کاهش شایستگی اجتماعی است [۶].

والدین، شدت افسردگی در نوجوانان کاهش می‌یابد. ضریب بتا برای بُعد فرزندپروری کنترل و آزادی $0/135$ است. علامت ضریب بتا (Beta) نشان می‌دهد با افزایش بُعد فرزندپروری همراه با کنترل والدین، شدت افسردگی نوجوانان افزایش می‌یابد.

بحث

عوامل خانوادگی جزو مهم‌ترین مولفه‌های تبیین‌کننده منشأ مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان است [۶]. گرمی و محبت والدین منبعی است که به کودکان کمک می‌کند در محیط خود جست‌وجو کنند و از این رهگذر به احساس ایمنی و اعتماد و جهت‌گیری مثبت نسبت به دیگران دست یابند. پذیرش از طرف والدین شرط لازم برای ایجاد رفتارهای خاص مانند حرمت و اعتمادبه‌نفس بالاست [۲۳]. هدف این پژوهش بررسی ارتباط و نقش پیش‌بین متغیرهای ابعاد فرزندپروری ادراک‌شده و سبک‌های هویتی با شدت افسردگی در نوجوانان است. همان گونه که در یافته‌ها نشان داده شد بُعد فرزندپروری پذیرش و طرد با شدت افسردگی نوجوانان همبستگی معکوس و بُعد فرزندپروری کنترل و آزادی با شدت افسردگی نوجوانان همبستگی مستقیم معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های لیبوتی [۱۴]، کاا و همکاران [۱۵]، و میلووسکی [۳۲] همخوان است.

والدینی که در ارتباط با فرزند خود پذیرش بالا و در عین حال محدودیت و کنترل منطقی‌ای بر آن‌ها دارند، علائم افسردگی در فرزندانشان کمتر است [۳۲]. رفتار والدینی که همراه با انتقاد بیش از حد و رد کردن است، باعث آسیب‌دیدن عزت نفس و توانایی حل مسئله در فرزندان می‌شود، این امر زمینه را برای افسردگی فرزندان آماده می‌کند. درحالی‌که نظارت والد بر فرزند نشانه حمایت است، فرزندپروری همراه با کنترل سخت‌گیرانه از طریق محدود کردن استقلال نوجوان، او را مستعد افسردگی می‌کند. در واقع رفتار سرد والد و قوانین سخت‌گیرانه باعث کاهش احساس تسلط و درماندگی فرزند می‌شود. صمیمیت و پاسخ‌دهی و تشویق والدین به خودمختاری نوجوان باعث استقلال، اعتمادبه‌نفس، خودمختاری و بالابردن توانایی تصمیم‌گیری در نوجوان می‌شود که ابزارهای بارز برای دستیابی به هویت پایدار هستند [۳۳].

سبک‌های هویتی به عنوان عاملی مهم در سلامت روان مخصوصاً در سنین نوجوانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد [۳۴]. تعهد به میزان سرمایه‌گذاری شخص و تصمیم فرد برای پذیرفتن ارزش‌ها و اعتقادات و مسیرهای شغلی ویژه بدون در نظر گرفتن این مسئله که این‌ها توسط فرد تشکیل شده‌اند یا به‌وسیله دیگران اشاره دارد. این تعهدات شالوده هویت دریافتی توسط فرد است که اریکسون آن را به‌عنوان نتیجه مطلوب بحران هویت نوجوان در مقابل سردرگمی هویت معرفی می‌کند [۳۵]. یکی از یافته‌های قابل توجه در این مطالعه همبستگی معکوس سبک هویت هنجاری با شدت افسردگی نوجوانان است. پیشینه

References

- [1] Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 156:8-23. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.007
- [2] Cairns KE, Yap MBH, Reavley NJ, Jorm AF. Identifying prevention strategies for adolescents to reduce their risk of depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 183:229-38. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.019
- [3] McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ. Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(8):986-1003. doi: 10.1016/j.cpr.2007.03.001
- [4] Peden M. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [5] Sajjadi H, Mohaqeqi Kamal SH, Rafiey H, Vameghi M, Forouzan AS, Rezaei M. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. *Global Journal of Health Science*. 2013; 5(3):16-27. doi: 10.5539/gjhs.v5n3p16
- [6] Matejevic M, Jovanovic D, Ilic M. Patterns of family functioning and parenting style of adolescents with depressive reactions. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*. 2015; 185:234-9. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.460
- [7] Smokowski PR, Evans CBR, Cotter KL, Webber KC. Ethnic identity and mental health in American Indian youth: Examining mediation pathways through self-esteem, and future optimism. *Journal of Youth & Adolescence*. 2013; 43(3):343-55. doi: 10.1007/s10964-013-9992-7
- [8] Asghari MS, Besharat MA. The relation of perceived parenting with integrative self-knowledge. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*. 2011; 30:226-30. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.045
- [9] Pellerin LA. Applying Baumrind's parenting typology to high schools: toward a middle-range theory of authoritative socialization. *Social Science Research*. 2005; 34(2):283-303. doi: 10.1016/j.ssresearch.2004.02.003
- [10] Silk JS, Morris AS, Kanaya T, Steinberg L. Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence*. 2003; 13(1):113-28. doi: 10.1111/1532-7795.1301004
- [11] Krampen G. Perceived childrearing practices and the development of locus of control in early adolescence. *International Journal of Behavioral Development*. 1989; 12(2):177-93. doi: 10.1177/016502548901200203
- [12] Anlı İ, Karlı TA. Perceived parenting style, depression and anxiety levels in a Turkish late-adolescent population. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*. 2010; 2(2):724-7. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.03.091
- [13] Fan J, Zhang LF. The role of perceived parenting styles in thinking styles. *Learning & Individual Differences*. 2014; 32:204-11. doi: 10.1016/j.lindif.2014.03.004
- [14] Laboviti B. Perceived parenting styles and their impact on depressive symptoms in adolescent 15-18 years old. *Journal of Educational & Social Research*. 2015; 5(1):171-76. doi: 10.5901/jesr.2015.v5n1p171

نتیجه گیری

پیشرفت فناوری و رسانه‌های جمعی و وجود دامنه زیادی از اطلاعات، دستیابی به هویت را برای نوجوان سخت‌تر کرده است. همچنین حساس بودن دوره نوجوانی و خطرهای و استرس‌هایی که نوجوان در این دوره با آن‌ها مواجه است، او را در مقابل مشکلات روانی از جمله افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند. در واقع ارتباط با والدین پذیرا و حمایتگر و پاسخگو که به استقلال نوجوان احترام می‌گذارند و قواعد روشن و منطقی‌ای وضع می‌کنند، دستیابی نوجوان به هویت را آسان می‌کند و او را در مقابل آسیب‌های این دوره مقاوم می‌سازد. از آنجا که شیوه‌های فرزندپروری مهارتی آموزشی است و آسیب‌های مربوط به اختلال افسردگی و درمان آن برای جامعه پرهزینه است، انجام مداخلات مربوط به آموزش شیوه‌های فرزندپروری و ارتباط مؤثر والد و نوجوان امری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به یافته‌های پژوهش یکی از راه‌های پیشگیری از آسیب‌های دوره نوجوانی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین (با تمرکز بر ارتباط والد و نوجوان) و آموزش مهارت همدلی به والدین و نوجوانان (با توجه به بُعد فرزندپروری پذیرش و طرد) است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تأثیر آموزش شیوه‌های فرزندپروری و مهارت همدلی به والدین در کاهش افسردگی نوجوانان بررسی شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش خودگزارشی برای گردآوری اطلاعات و محدود بودن نمونه پژوهش به دو منطقه آموزش و پرورش و محدود بودن جامعه پژوهش به شهر تهران اشاره کرد. به همین دلیل تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط انجام شود.

سپاسگزاری

از تمام کسانی که در این مسیر ما را یاری کردند، مخصوصاً مشاوران مدارس منطقه ۵ و ۶ آموزش و پرورش تهران کمال سپاسگزاری را داریم. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد پژوهشیار ۲۵۶۶۴ مصوب مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

- [15] Gao J, Li Y, Cai Y, Chen J, Shen Y, Ni S, et al. Perceived parenting and risk for major depression in Chinese women. *Psychological Medicine*. 2012; 42(5):921-30. doi: 10.1017/s0033291711001942
- [16] Kroger J, Martinussen M, Marcia JE. Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*. 2010; 33(5):683-98. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.11.002
- [17] Berzonsky MD, Ciecuch J, Duriez B, Soenens B. The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. *Personality & Individual Differences*. 2011; 50(2):295-9. doi: 10.1016/j.paid.2010.10.007
- [18] Berzonsky MD. Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality & Individual Differences*. 2008; 44(3):645-55. doi: 10.1016/j.paid.2007.09.024
- [19] Berzonsky MD, Kuk LS. Identity style, psychosocial maturity, and academic performance. *Personality & Individual Differences*. 2005; 39(1):235-47. doi: 10.1016/j.paid.2005.01.010
- [20] Crocetti E, Rubini M, Meeus W. Capturing the dynamics of identity formation in various ethnic groups: Development and validation of a three-dimensional model. *Journal of Adolescence*. 2008; 31(2):207-22. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.09.002
- [21] Johnson EA, Nozick KJ. Personality, adjustment, and identity style influences on stability in identity and self-concept during the transition to university. *Identity: An International Journal of Theory & Research*. 2011; 11(1):25-46. doi: 10.1080/15283488.2011.540737
- [22] Beaumont SL, Zukanovic R. Identity development in men and its relation to psychosocial distress and self-worth. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2005; 37(1):70-81. doi: 10.1037/h0087246
- [23] Pellerone M, Spinelloa C, Sidoti A, Micciche S. Identity, perception of parent-adolescent relation and adjustment in a group of university students. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*. 2015;190:459-64. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.05.026
- [24] Phillips TM, Pittman JF. Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence*. 2007; 30(6):1021-34. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.03.002
- [25] Jewell NP. *Statistics for epidemiology*. Philadelphia: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2003.
- [26] Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research & Therapy*. 1997; 35(8):785-91. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00025-9
- [27] Khoshnam S, Borjali A, Karegari Padar L, Amiri H. [Effectiveness of emotion-focused therapy on patients with major depression disorder (Persian)]. *Journal of Contemporary Psychology*. 2014; 9(1):95-106.
- [28] Pakdaman S, Khanjani M. [The role of perceived parenting in the relationship between attachment and collectivism styles among university students (Persian)]. *Journal of Social Psychology Research*. 2012; 1(4):81-102.
- [29] Berzonsky MD, Kuk LS. Identity style, psychological Maturity, and academic performance. *Personality & Individual Differences*. 2005; 39(1):235-247. doi: 10.1016/j.paid.2005.01.010
- [30] White JM, Wampler RS, Winn KI. The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research*. 1998; 13(2):223-45. doi: 10.1177/0743554898132007
- [31] Aliakbari Dehkordi M, Khodaei A, Shokri O, Daneshvarpoor Z. [Cross-group invariance of factorial structure of the identity style inventory among Iranian adolescents (Persian)]. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*. 2013; 9(35):237-248.
- [32] Milevsky A, Schlechter M, Netter S. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child & Family Studies*. 2007; 16(1):39-47. doi: 10.1007/s10826-006-9066-5
- [33] Smits I, Soenens B, Luyckx K, Duriez B, Berzonsky M, Goossens L. Perceived parenting dimensions and identity styles: Exploring the socialization of adolescents' processing of identity-relevant information. *Journal of Adolescence*. 2008; 31(2):151-64. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.08.007
- [34] Phillips TM, Pittman JF. Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence*. 2007; 30(6):1021-34. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.03.002
- [35] White RJ. *The role of parenting style, ethnicity, and identity style on identity commitment and career decision self-efficacy* [PhD thesis]. California: University of Southern California; 2009.
- [36] Ryan RM, Deci EL. *On assimilating identities to the self: A self-determination theory perspective on internalization and integrity within cultures*. New York: Guilford Press; 2003.
- [37] Shokri O, Tajik Esmaeili, Daneshvarpoor Z, Ghanaei Z, Dastjerdi R. [Individual differences in identity styles and psychological rehabilitation: the role of identity commitment (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2007; 9(2):33-46
- [38] Pesigan IJA, Luyckx K, Alampay LP. Brief report: Identity processes in Filipino late adolescents and young adults: Parental influences and mental health outcomes. *Journal of Adolescence*. 2014; 37(5):599-604. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.04.012

Research Paper

Exploring the Reducing Satisfactory Response in Married Women of Reproductive Age: Qualitative Study



*Zohreh Ghorashi¹, Effat Merghati Khoei²

1. PhD of Reproductive Health, Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
2. PhD of Sexual Health, Assistant Professor, Research Center of Spinal Cord Injuries, Institute of Neuroscience, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Ghorashi Z, Merghati Khoei E. [Exploring the Roots of Not Being Responsive Toward Male Sexual Request in Married Women of Reproductive Age (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):300-307. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.300>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.300>

Received: 29 Jun. 2016

Accepted: 16 Dec. 2016

ABSTRACT

Objectives Sexual relationship is a mutual interaction, which its promotion requires appropriate contribution of both partners. Given the complaints of lack of female contribution in sexual relationships where the male is the initiator, this article aims at exploring the roots of not being responsive toward male sexual request in married women.

Methods This was a qualitative study with content analysis approach for exploring the concept of sexual behavior in married women of reproductive age. In-depth interviews and focus group discussions were conducted with 52 Iranian women in Rafsanjan and Isfahan. Fifty-two subjects from target group were in Rafsanjan and Isfahan cities that voluntarily took part in 4 individual deep interviews and 8 focused group consisted of 48 participants. All sessions and discussions were recorded and transcribed verbatim. Inspired by the Graneheim approach, content analysis was adopted to extract the meanings and perceptions.

Results From study data, we extracted three main themes: "attention and affection prerequisite," "deviation from sexual script" and "individual wishes."

Conclusions With respect to sexual and marital life quality promotion in women, it is essential for caregivers to take care of women expectations and sexual authority. We suggest these contents be mentioned in premarital consult.

Key words:

Sexual responsiveness, Married women in reproductive age, Qualitative study

* Corresponding Author:

Zohreh Ghorashi, PhD

Address: Department of Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Tel: +98 (34) 34255900

E-mail: zghorashi@yahoo.com

تبیین علل کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی در زنان متأهل در سنین باروری: یک تحقیق کیفی

*زهرة قرشی^۱، عفت‌السادات مرقاتی‌خویی^۲

۱- دکترای بهداشت باروری، استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
 ۲- دکترای سلامت جنسی، استادیار، مرکز تحقیقات ضایعات مغزی نخاعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۹ تیر ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۲۶ آذر ۱۳۹۵

هدف: رابطه جنسی تعاملی دوطرفه است که برای ارتقای کیفیت آن، تعامل بهینه هر دو طرف رابطه نیاز است. یکی از مشکلات در روابط جنسی زوجها، عدم رضایتمندی زن به رابطه است. نارضایتی در صورتی است که انتظار و درخواست صرفاً از جانب مرد مطرح شود. هدف این مقاله تبیین علل کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی زنان متأهل در مقابل درخواست جنسی همسر است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش برای تبیین و تحلیل رفتارهای جنسی زنان متأهل در سنین باروری از روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوا استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل تمام زنان متأهل در سنین باروری در شهرهای رفسنجان و اصفهان بودند. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ۵۲ نفر از گروه هدف در شهرهای رفسنجان و اصفهان بودند که در ۴ مصاحبه فردی عمیق و ۸ گروه متمرکز متشکل از ۴۸ شرکت‌کننده به‌طور داوطلبانه شرکت کردند. اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، ضبط و تایپ شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی به سبک گرانهایم تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از داده‌های تحقیق درباره علل کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی زنان، سه معنای اصلی پیش‌نیاز توجه و محبت و انحراف از معیارهای طرح‌واره جنسی و خواست‌های فردی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: برای ارتقای سلامت جنسی زنان و به‌ویژه ارتقای کیفیت زندگی زناشویی لازم است که متخصصان حوزه سلامت جنسی به تغییرات رفتارهای جنسی زنان و توقعات و انتظارات و اقتدار جنسی آنان توجه کنند. پیشنهاد می‌شود این نکات در آموزش‌های جنسی قبل و حین ازدواج برای زنان و مردان لحاظ شوند.

کلیدواژه‌ها:

پاسخگویی جنسی، زنان متأهل سنین باروری، تحقیق کیفی

مقدمه

می‌برند که میل جنسی بالا و باثبات داشته باشند و همسرشان نیز صمیمیت هیجانی باثبات داشته باشد [۲]. در متن جامعه و در مراکز مشاوره نیز مکرراً با مردانی برمی‌خوریم که از کاهش میل و پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی همسران خود شکایت دارند.

متفاوت بودن میل جنسی زنان و مردان موضوعی است که سابقه‌ای طولانی دارد. قبل از عصر روشنفکری وجود میل و لذت جنسی در زن لازمه موفقیت باروری شناخته می‌شد، حتی این لذت را به عنوان پاداش درد سخت زایمان می‌شناختند. در قرن نوزدهم نه‌تنها از این عقیده چیزی باقی نماند، بلکه حتی این بحث وجود داشت که آیا زن چیزی به نام اشتیاق جنسی را تجربه می‌کند یا خیر. تولمن معتقد است که هنوز عبارتی از این عقاید افراطی در جهان‌بینی غربی باقی مانده است و زنان اقلیت سفیدپوست را عاری از چنین میلی می‌پندارند [۳].

رابطه جنسی رابطه‌ای دوطرفه است و ارتقای کیفیت آن به مشارکت هر دو طرف رابطه نیازمند است. ورود رضایت‌بخش زن و مرد در رابطه زناشویی موفق اصلی اساسی است. واردنشدن مرد به رابطه می‌تواند بیانگر ناقص بودن رابطه باشد، اما واردنشدن زن مانع تداوم رابطه نخواهد شد. ماین (۱۹۹۹) در توضیح «جنسینگی مردم‌محورانه» بیان می‌کند که در رابطه جنسی مردم‌محور دو جزء دخول و ارگاسم مرد الزامی است. اگرچه انتظار می‌رود زن نیز به ارگاسم دست یابد، اما اگر به ارگاسم زن نرسد به رابطه خدشه وارد نخواهد شد [۱].

مردان عموماً طالب همراهی همسر هنگام رابطه جنسی هستند. در تحقیق شریر (۲۰۱۵) مشخص شد مردان زمانی از کیفیت روابط جنسی خود رضایت دارند و از صمیمیت فیزیکی لذت

* نویسنده مسئول:

دکتر زهرة قرشی

نشانی: رفسنجان، خیابان جمهوری اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی.

تلفن: ۳۴۲۵۵۹۰۰ (۳۴) ۰۹۸

پست الکترونیکی: zghorashi@yahoo.com

مفهوم‌سازی رفتارهای جنسی زنان از دیدگاه خود آن‌ها بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش را زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان رفسنجان تشکیل دادند. رفسنجان یکی از شهرهای بزرگ استان کرمان است. جمعیت شهرستان حدود دویست هزار نفر است که بیشتر قوم فارس و شیعه‌مذهب هستند. این شهرستان به علت داشتن معادن و محصولات کشاورزی نسبت به دیگر شهرستان‌های استان، وضع اقتصادی بهتری دارد. همچنین در این شهرستان سطح تحصیلات دختران و زنان نسبت به دهه‌های گذشته ارتقا یافته است.

در این پژوهش، پژوهشگر که ساکن رفسنجان بود داده‌ها را جمع‌آوری کرد. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه فردی و بحث در گروه‌های متمرکز بود. ابتدا چهار مصاحبه فردی انجام شد. انجام این مصاحبه‌ها به پژوهشگر کمک کرد که شیوه کار را بازنگری کند و فهم خود را از شرکت‌کنندگان پژوهش توسعه دهد. داده‌های عمیق اصلی از بحث گروه‌های متمرکز حاصل شد. جمع‌آوری داده‌ها از بهمن ۱۳۹۰ تا تیر ۱۳۹۱ به مدت شش ماه انجام شد، اما تعاملات غیررسمی با جامعه تا یک سال طول کشید.

شرکت‌کنندگان بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ماماها‌های مراکز بهداشتی‌درمانی که با زنان متأهل در سنین باروری در تماس بودند، از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش دعوت کردند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ایرانی بودن، سن بین ۱۵ تا ۴۹ سال، متأهل بودن و تمایل و توانایی شرکت در بحث بود. از ۵۲ شرکت‌کننده، ۴ نفر در مصاحبه فردی و ۴۸ نفر در بحث گروه‌های متمرکز شرکت کردند. ابتدا هدف پژوهش و نحوه انجام آن به همه شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. همچنین در شروع بحث یک نام مستعار برای همه شرکت‌کنندگان انتخاب شد و درباره حفظ حریم خصوصی و محرمانه‌ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد.

در هر گروه متمرکز بین سه تا ده نفر شرکت کردند و هر بحث ۵۵ تا ۸۰ دقیقه طول کشید. پژوهشگر بحث را با طرح یک سؤال شروع و شرکت‌کنندگان را به ادامه بحث ترغیب کرد. برای هر جلسه از قبل چند سؤال کلی در نظر گرفته شده بود. در همه جلسات بحث و مصاحبه صحبت‌ها ضبط شد و سپس صحبت‌ها تایپ شد.

در این پژوهش داده‌ها با روش تحلیل محتوا به شیوه گرانهایم تجزیه و تحلیل شد. برای تأمین اعتبار و اعتماد داده‌ها، از درگیری طولانی مدت و استفاده از چند شیوه گردآوری داده‌ها استفاده شد. همچنین برای تأمین اعتبار به شیوه بازخوانی هم‌تا، با دعوت از ۱۶ نفر از ماماها‌های باسابقه شهرستان رفسنجان در یک جلسه صبحانه کاری، صحت فرضیه‌های حاصل از پژوهش تأیید شد. برای تأیید فرضیات اصلی پژوهش، از شش نفر از شرکت‌کنندگان دعوت شد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به سختی کار هنگام شروع بحث و جلب اطمینان شرکت‌کنندگان برای صحبت درباره

زربریگن (۲۰۰۴) به تفاوت تخیلات جنسی زن و مرد اشاره می‌کند و عقیده دارد که زنان حتی در تخیلات جنسی نیز به موضوعات رؤیایی عاطفی و هیجانی تمایل دارند [۴]. بیسون نظریه‌پرداز معروف میل جنسی زنان معتقد است میل جنسی زنان بیش از آنکه درونی باشد، پاسخگو است. پاسخگویی میل جنسی زنان نیز صرف‌نظر از تأثیر عوامل محیطی و فرهنگی، تا حد زیادی به کیفیت کلی رابطه زناشویی و تمایل به صمیمیت وابسته است. از نظر بیسون زنان در رابطه جنسی بیش از آنکه خواهان ارضای میل درونی باشند طالب تأمین، توجه، آرامش، خلوت و صمیمیت از سوی شریک جنسی هستند. [۵]

هایس (۲۰۰۸) در بررسی علل کاهش عملکرد جنسی زنان دریافت که در افت میل جنسی زنان عوامل ارتباطی اهمیت دارند. کیفیت روابط بین‌فردی با همسر عامل مهمی در کاهش میل جنسی زنان است و نسبت به افزایش سن و یائسگی تأثیری بیشتری بر میل جنسی زنان می‌گذارد [۶]. لوین (۲۰۰۲) نیز به تأثیر مثبت و منفی روابط بین‌فردی بر میل جنسی زنان اشاره می‌کند، درحالی‌که چنین تأثیری در تمایلات جنسی مردان گزارش نشده است.

لوین معتقد است زنان صمیمیت جنسی را پیش‌زمینه تعاملات جنسی می‌دانند، درحالی‌که مردان انتظار دارند از تعاملات جنسی به صمیمیت جنسی دست یابند. البته لوین اشاره می‌کند در رابطه جنسی دوطرفه نیاز مبرمی به مشارکت دوجانبه وجود دارد. اگر در چنین روابطی همیشه یک فرد پیش‌قدم شود و فرد دیگر صرفاً برای رضایت او وارد رابطه شود و علائق و خواسته‌های خود را زیر پا گذارد، به مرور زمان نقش فرد منفعل و بی‌ثبات و شکننده خواهد شد. در این تحلیل هیچ نقش جنسیتی مفروض نیست. لوین معتقد است در این روابط، طرف منفعل هر جنسیتی که داشته باشد، چون همیشه علائقش را در مقابل شریک جنسی فعال خود قربانی کرده است با تغییر یافتن میزان صمیمیت و احترام و عاطفه بین آن‌ها در طول زمان، میل جنسی متفاوتی را تجربه خواهد کرد [۷].

در فرهنگ ایرانی و در بستر مردمحورانه، زنان عمدتاً طرف منفعل رابطه هستند و اصالت رابطه را به ارضای همسر موکول میکنند [۸، ۹]. طبق نظریه لوین دور از انتظار نخواهد بود که این افراد با افت کیفیت رابطه بین‌فردی با همسر دچار کاهش میل و عملکرد جنسی شوند. با توجه به اهمیت تأثیر بستر اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای جنسی [۱۰، ۱۱] لازم است ریشه تنوع رفتارهای جنسی در بستر فرهنگی اجتماعی جامعه بررسی شود. این مقاله به بررسی علل عدم پاسخ‌گویی رضایت‌بخش جنسی زنان متأهل در سنین باروری در شهرستان رفسنجان می‌پردازد.

روش

این پژوهش یک مطالعه کیفی است. در بخش کیفی مطالعه

یکی از خصوصی‌ترین موضوعات زندگی اشاره کرد.

یافته‌ها

از داده‌های تحقیق درباره علل کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی زنان سه معنای اصلی پیش‌نیاز توجه و محبت، انحراف از معیارهای طرح‌واره جنسی و خواسته‌های فردی استخراج شد.

پیش‌نیاز توجه و محبت

از دیدگاه زنان میل جنسی مرد برخاسته از گزینه جنسی است و بدون نیاز به پیش‌زمینه ظهور می‌کند، درحالی‌که بروز اشتباهی جنسی زنان مشروط به کیفیت روابط زناشویی و رضایت قلبی و روانی برای عملکرد جنسی و احترام و تکریم از طرف همسر است.

برای اثبات این فرضیه لیلا، شرکت‌کننده ۳۷ ساله، محبت همسر را پیش‌زمینه توانایی ابراز جنسی خود عنوان می‌کند و اهمیت محبت همسر را آن قدر می‌بیند که بدون بروز آن میل و خواسته جنسی خود را کور و خاموش گزارش می‌کند: «مرد بیشتر تمایل نشون میده. زن باید بهش محبت بشه تا بتونه نشون بده. شوهر آدم باید بیشتر به آدم محبت کنه تا زن تمایل جنسی نشون بده. تا محبت نکنه اصلاً نمی‌تونی تمایل نشون بدی» (ف-ج ۲).^۱ از دیدگاه لیلا میل جنسی یک زن عامل مستقلی نیست، بلکه عاملی کاملاً بالقوه و وابسته به شریک جنسی است. به فعل رسیدن این عامل بالقوه نیز نه فقط با تمنا شریک جنسی بلکه با جذب زن به کمک محبت و عاطفه مرد محقق خواهد شد.

واکاوای روایات زنان نشان می‌دهد توقع محبت در آنان زیاد و سنگین نیست و هزینه غیرمتعارفی را از سوی مرد نمی‌طلبد. خواست زنان فقط همراهی و درک متقابل است. همراهی و درک متقابل در صحنه‌های زندگی منجر به همراهی و درک متقابل در عرصه زندگی جنسی می‌شود. به نظر می‌رسد گسستگی روانی از همسر باعث ناتوانی در برقراری پیوند عاطفی از سوی زن هنگام صمیمیت جنسی می‌شود.

برای فروغ، معلم ۳۰ ساله، همکاری همسر و محبت و توجه پیش‌زمینه پاسخگویی جنسی است. در غیاب این عوامل نه فقط تحریک اشتها جنسی او به تأخیر می‌افتد، بلکه عملکرد جنسی وی نیز با نارضایتی همراه می‌شود: «علت اینکه خانم‌ها دیر جواب میدن، اینه که از قبلش با هم یک کنتاکتی داشتن. به علت همین هم دیر جواب میدن. با نارضایتی جواب میدن. نارضایتی نه به خاطر روابط جنسی، به خاطر توجه نکردن و محبت. هر زمانی که در زندگی شخصی خودم محبت بینمون بیشتر بوده، هر زمانی که به من کمکی کرده، مثلاً لباسی شستم روی بند پهن کردم، بعد اگه پیشنهاد داده با رضا و رغبت (جواب دادم)» (ف-ج ۶).

رویا زن جوان ۳۳ ساله که یازده سال زندگی مشترک را تجربه کرده است، از اینکه هیچ‌گاه نتوانسته از ظرفیت جنسی مطلوب برخوردار باشد، شکایت می‌کند. از نظر رویا میل جنسی او هنگامی می‌تواند بروز کند که قبل از آن در روابط عاطفی با همسرش به حالت تعادل رسیده باشد. در غیراین صورت نه تنها میلی را تجربه نخواهد کرد، بلکه صحنه روابط و تعاملات جنسی به صحنه تسویه حساب‌های قدیمی بدل خواهد شد. «من که گفتم نمی‌تونم، بیشتر به خاطر ناآرامی بدنمه. هیچ‌وقت آرامش ندارم. توی خونه و توی رابطه‌هامون هم بگومگو داریم و خیلی استرس توی زندگی‌مه. بیشتر فکر می‌کنم به خاطر اون، یعنی بین خودم و شوهرم همیشه استرس و درگیری لفظی هست. فکر می‌کنم به خاطر اون هیچ‌وقت آمادگی ندارم و هیچ‌وقت میلی ندارم. من می‌خوام اذیت‌هایی را که به من کرده، اینجوری جبران کنم. خلاص. مال من اینجوریه. لجبازی. من می‌گم تو که قصد داشتی چرا این بداخلاقی را کردی. همین بداخلاقی دیگه من را زده می‌کنه. کسی که قصد داره به کمی به اخلاق خوشی نشان می‌ده. به ذره با آدم مهربون رفتار می‌کنه» (ف-ج ۶).

تحلیل روایات زنان نشان می‌دهد که آنچه مرد می‌خواهد در زمینه روابط جنسی انجام دهد برخلاف زن تحت تأثیر تخریب روابط بین فردی تضعیف نمی‌شود. هر چند کوچک‌ترین دلخوری و کدورت از شوهر به آسانی انگیزش جنسی زن را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد، در مقابل چنین تأثیری از انگیزش جنسی مردان از سوی زنان گزارش نشده است. «ولی شوهر من عقیده‌اش اینه هر دعوایی و هر بحثی پیش اومد، حالا که وقتشه اون را ولش کن. ولی من کینه‌ای‌ام. من به دل می‌گیرم. اصلاً نمی‌تونم آرامش داشته باشم» (رویا ف-ج ۶).

بی‌قیدی گاه از سوی زنان به پررویی تعبیر می‌شود. اگرچه مریم میل جنسی خود را قوی می‌داند و روابط بین فردی مطلوبی را با همسرش گزارش می‌کند، اما انگیزش جنسی خود را در مواقع دلخوری از همسر، کور و ناکارآمد می‌بیند. از نظر او فرصت بروز انگیزش جنسی همسرش در چنین مواقعی جز پررویی و جسارت تعبیر دیگری نمی‌تواند داشته باشد. «تاراحتی از دست شوهر اثر داره. وقتی آدم از دست شوهرش ناراحته لحظه اول نمی‌تونه قبول کنه. خیلی وقت‌ها نمی‌تونه قبول کنه. خیلی وقت‌ها می‌گیم چطور روش می‌شه. این کار را کرده هنوز این حرف را به من زده، تمام شب مرا خراب کرده، حالا هم آمده این را می‌خواد» (مریم، ف-ج ۴).

از نظر دریا انگیزش جنسی غیرمشروط مرد می‌تواند گاهی خوشایند و گاه ناخوشایند تعبیر شود. نگرش دریا به بی‌قیدی این است که همسرش در چنین مواقعی فقط با هدف ارضای جنسی خود وارد رابطه جنسی می‌شود و در مواقعی که کدورتی بین او و همسرش وجود دارد، دیگر همسرش به خواسته‌ها و ارضای جنسی

۱. در قسمت نتایج مقاله شماره گروه متمرکز که از آن نقل قول شده همراه با نام مستعار فرد شرکت‌کننده در پراپتز آورده شده است.

شدید مردان برای تقلید از این صحنه‌ها در صحبت‌های زنان به چشم می‌خورد. شاید زنان به دلیل جامعه‌پذیری جنسی خاص همواره محدوده‌ای خاص را در روابط جنسی برای خود قائلند و زیرا پانگذاشتن این مرزها را غیراخلاقی و غیرموجه و شدیداً نپسندیده می‌پندارند. درحالی‌که جامعه‌پذیری جنسی مردان در بستر اجتماعی مردم‌محور همواره مجال مانور گسترده‌ای را به آن‌ها داده است. «می‌گفت خوشم نمی‌آید این کارها دوره از... می‌گفت روم نمی‌شه. می‌گفت من تا حالا این کار را نکردم. بعد تو ماهواره دیدم پسره تلویزیون را باز کرد گفت ببین اینجوری. طریقتش را یادم داد. از من خواست من هم کردم. می‌گفت آگه نکنم می‌ره به زن دیگه می‌گیره. اونم مجبور شده این کار را کرده» (حنا، ف-ج ۱).

بروز چنین انگیزشی در مردان به دنبال تماشای کانال‌های ماهواره‌ای که باعث بروز ناهماهنگی بین انگیزش جنسی مردان و زنان می‌شود، مشکل‌آفرین است و زنان از این پدیده با ناراحتی یاد می‌کنند. «مخصوصاً با دیدن این فیلم‌ها. خانم‌ها می‌گن آقا می‌خواد من مثل حیوان هر چیزی امشب این فیلم دیده... تا دیروقت فیلم می‌بینم، بعد هم که ما خوابیدیم نصف شب مرا از خواب بیدار می‌کنه و توقع داره به صورت اون فیلم من هم همان شکل باشم» (لاله، ف-ج ۶). اجماع گسترده‌ای بین زنان درباره اثرات منفی تمایل مردان به تقلید از این برنامه‌های سمعی و بصری وجود دارد. به نظر می‌رسد زنان تمایل کمتری به تقلید و تجربه اشکال جدید روابط جنسی دارند و تمایل یک‌طرفه مردان را نوعی آزار و خشونت و اجبار جنسی به حساب می‌آورند.

خواسته‌های فردی

زنان می‌خواهند همسرشان به ترجیحات آن‌ها هم به عنوان یکی از دو طرف رابطه جنسی دقت کنند و در تعاملات جنسی آن‌ها را مدنظر قرار دهند. این ترجیحات شامل زمان مناسب برقراری رابطه جنسی و نوع این رابطه می‌شود. شروع رابطه در زمانی که مطلوب زنان نیست و تمایل به برقراری تعاملاتی که از نظر ایشان خارج از معمول است، همه می‌تواند این حس را در زن برانگیزد که شریک جنسی‌اش به او نه به عنوان یکی از دو طرف یک رابطه لذت‌بخش، بلکه به عنوان وسیله التذاذ می‌نگرد و این از تکریم مقام همسری او بعید است. چنین حسی اثرات منفی‌ای بر انگیزش جنسی زنان می‌گذارد.

«از صبح که مرد سر کار است، عصر هم که آمد چایش را بخوره، شامش را بخوره. اصلاً هیچ اهمیتی نده که این خانم لباسش عوض شده، خوراکش تنوع توش بوده، خونه... هیچ اهمیتی به این‌ها نده. خیلی با بی‌میلی، با بی‌محبیتی خوابش را هم بکنه. ساعت دو نصفه شب یادش بیاد باید غریزه‌اش ارضا بشه. آن وقت بیاد طرف زن با یک حالت طلبکارانه. انگار زن وظیفه‌اش است این کار را برای او انجام بده و مثل یک حیوان تو دست و پاش باشه. الان هم یک موردی پیش آمده سر دیدن فیلم‌های مبتذل و ماهواره خیلی مردها، ۶۰ یا ۷۰ درصد

او بها نمی‌دهد. اما اگر انگیزش جنسی شوهر با قصد دلجویی همراه باشد، بی‌شک راهگشا و ارزشمند است. «بستگی به این داره که چطور بیاد، مثلاً با خشونت بیاد یا با آرامش بیاد. اینکه فقط بخواد خودش را ارضا کنه یا اینکه نه، از کرده‌اش پشیمونه. خوب، خانم هم کوتاه میاد» (ف-ج). از نظر دریا این بی‌قیدبودن انگیزش جنسی مرد اگر با قصد عذرخواهی همراه شود، می‌تواند قفل بسته صمیمیت دوجانبه را بشکند. درحالی‌که اگر التذاذ یک‌طرفه مطرح شود، قفلی بر قفل بسته قبل اضافه خواهد شد.

انحراف از معیارهای طرح‌واره جنسی

از دیدگاه گانگن و سیمون طرح‌واره‌های جنسی راهنماهایی برای تفکرات و احساسات و رفتار جنسی در موقعیت‌های مختلف هستند. به این ترتیب در بستر فرهنگی که هر فرد در آن به دنیا می‌آید و رشد می‌کند، داستان‌های فرهنگی با تعیین‌کننده‌های اجتماعی در زمینه امور جنسی مشخص می‌کند که چه چیزی معمولی، مورد نیاز، مهم، یا غیرمعمول است [۱۰]. سازه طرح‌واره جنسی زنان شرکت‌کننده این پژوهش در بستر جامعه سنتی و مردم‌محور، ترکیبی خاص و نه‌چندان ناهمگون دارد. به‌خصوص که بیشتر شرکت‌کنندگان این پژوهش را زنان نسل اول و دوم تشکیل می‌دادند. در این طرح‌واره خاص و نه‌چندان ناهمگون، استفاده جنسی از رسانه‌ها غالباً پذیرفته‌شده نیست، درحالی‌که به نظر می‌رسد در طرح‌واره جنسی همسران آن‌ها که بسته به جنسیتشان طرح‌واره جنسی با محدودیت کمتری دارند، استفاده جنسی از رسانه به مراتب پذیرفته‌شده‌تر است.

به نظر می‌رسد استفاده از رسانه‌های شنیداری و دیداری به‌خصوص کانال‌های ماهواره‌ای یکی از تأثیرگذارترین بسته‌های فرهنگی در روابط جنسی خانواده‌ها باشد. تقریباً در تمام جلسات گروه متمرکز و حتی مصاحبه‌های فردی، بحث درباره این رسانه‌ها به میان آمد و تأثیرپذیری چشمگیر انگیزش جنسی مردان از این برنامه‌ها مطرح شد. زنان عمدتاً از تقلید این اشکال خاص روابط جنسی ناراضی‌اند. از نظر شرکت‌کنندگان زنانی که در چنین صحنه‌هایی نمایش داده می‌شوند، زنان روسپی هستند که شکل‌های نامأنوسی از روابط جنسی را نمایش می‌دهند. گروهی از شرکت‌کنندگان تصور می‌کنند همسرانشان حین برقراری روابط جنسی با آن‌ها، با مردان فیلم‌ها هم‌ذات‌پنداری می‌کنند و زن روسپی فیلم را به جای زن خود تصور می‌کنند. «در جوابش اون موقع‌هایی که می‌گفت من می‌گفتم این‌ها که می‌بینی از این راه دارن پول درمیارن. دارن نون می‌خورن. نه لذتی می‌برن. نه... یه زنای خرابی هستن که از این راه پول درمیارن. آگه این کارها را نکنن، پس چکار کنن. اینا را بهش می‌گفتم من هیچ‌وقت به خودم اجازه نمی‌دم مثل اینا باشم» (نداء، ف-ج ۷).

طبق صحبت‌های شرکت‌کنندگان، انگیزش جنسی مردان به شدت تحت تأثیر دیدن این صحنه‌ها قرار می‌گیرد و تمایل

هسته اصلی برای ترغیب به تعاملات جنسی اشاره می‌کنند [۱۳].

رگان (۱۹۹۵) نیز در تحقیق خود بر تفاوت‌های میل جنسی در زنان و مردان اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرد زنان و مردان معتقدند که ریشه میل جنسی زنان بیش از هر چیز در روابط دوجانبه با همسر است و از احساس عشق تأثیر می‌پذیرد [۱۴].

زنان شرکت‌کننده در تحقیق معتقد بودند شوهرانشان به استفاده از فیلم‌ها و صحنه‌های تحریک‌آمیز علاقه‌مندند و از اینکه مردان تمایل دارند صحنه‌های این فیلم‌ها را تقلید کنند، شکایت داشتند. محققان زیادی تمایل مردان را به استفاده از فیلم‌های هرزه‌نگاری از فرهنگ‌های مختلف گزارش کرده‌اند [۱۵-۱۷].

تحقیقات نشان می‌دهد تفاوت جنسیتی در استفاده از محصولات هرزه‌نگاری به شکل‌های مختلفی وجود دارد. اگرچه مردان و زنان با دیدن فیلم‌های محرک خود را در وضعیت فیلم تصور می‌کنند و دچار تحریک جنسی می‌شوند، اما مردان بیشتر سعی می‌کنند هنرپیشه فیلم را به شکل عینی تصور کنند [۱۸].

تحقیق روی نگاه‌های زنان و مردان هنگام تماشای فیلم محرک نشان می‌دهد که مردان بیشتر به صحنه محرک فیلم توجه دارند، در حالی که زنان توجه بیشتری به پس‌زمینه و موقعیت و جزئیات غیرمحرک فیلم نشان می‌دهند [۱۹].

در تحقیقی که برای پیدا کردن تفاوت‌های جنسیتی در میزان تحریک با دیدن مکرر فیلم‌های محرک انجام شد، به مدت چهار روز فیلم واحدی به مردان و زنان نشان داده شد. در روز پنجم به هر دو گروه دو فیلم دیگر ارائه شد. یک فیلم با هنرپیشه‌های قبلی و نوع جدیدی از روابط، فیلم دیگر با هنرپیشه‌های جدید و شکل قبلی روابط. مردان از دیدن هنرپیشه‌های جدید و زنان از دیدن هنرپیشه‌های قبلی و نوع جدید ارتباط بیشتر تحریک شدند. نتایج این تحقیق این فرضیه را مطرح می‌کند که مردان به تنوع شریک جنسی بیشتر علاقه‌مندند، اما زنان ترجیح می‌دهند شریک جنسی ایمن و همیشگی داشته باشند [۲۰].

پژوهشگر معتقد است در شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر که در طرح‌واره جنسی سنتی، جامعه‌پذیری جنسی را پشت سر گذاشته‌اند، محدودیت‌های درک‌شده از نقش جنسیتی این اجازه را به آن‌ها نمی‌دهد که از تماشای فیلم‌های هرزه‌نگاری احساس خوشایندی داشته باشند. در مقابل شوهران این زنان که در بستر سنتی مردمحور، طرح‌واره سنتی لیبرال و اغماض‌گر را درونی کرده‌اند، به خود اجازه می‌دهند با تمایل بیشتری به تماشای این فیلم‌ها بنشینند. این ناهماهنگی در انتخاب جنسی باعث می‌شود پاسخگویی جنسی زنان کاهش یابد.

توجه به خواسته‌های فردی زنان یکی دیگر از عواملی بود که طبق روایات زنان، پاسخگویی جنسی آنان را تحت تأثیر قرار می‌داد. یکی از این خواسته‌ها توجه به زمان‌بندی رابطه جنسی با

مردها وقتی این فیلم‌ها را می‌بینند، اعمال زناشویی‌شان خشن می‌شه. یعنی توقع دارن این فیلم را که می‌بینن خانمشان هم همین کار را براشون انجام بده» (لاله، ف-ج۶).

مسئولیت‌های مادری و خانه‌داری زنان نیز یکی از عواملی است که به انتظار زنان از وقت‌شناسی مردان دامن می‌زند و مستقیماً بر انگیزش جنسی زنان تأثیر می‌گذارد. زنان اکثراً از همسر و همراه زندگی‌شان توقع دارند به محدودیت‌های زمانی آن‌ها در برنامه‌ریزی ارتباط زناشویی توجه کنند و همراه آن‌ها باشند.

«اینکه به موقع کار انجام بشه خیلی مهمه. آقا از سر کار میاد خستگی‌اش را رفع کنه. خب الان تلویزیون هست، فوتیبال هست، تا چه موقع شب. خب خانم خونه هم در طول روز خستگی‌اش را هم داره. صبح زود هم باید پاشه بچه را روانه مدرسه کنه، به وقتش. حالا امشب اگر برنامه‌ای هست، از یکی از این کارها صرف‌نظر کنه. مثلاً امشب باشگاه نره. آقا میاد تلویزیونش را می‌بینه، خانمش خوابه، میگه خب بیدار می‌شه. حالا خانم وقتی یک ساعت خوابیده بیدارش کنی تا اون بخواد هوا بباد. من شب یک ساعت خوابیدم، شوهرم بیدارم کرده، خانم‌ها هم که دوست دارند طول بکشه. دیگه دیر خوابیده باشم. صبح هم که پاشم بچه را روانه کنم» (هستی، ف-ج۶).

در همه موقعیت‌های مذکور آنچه برای زنان غیرقابل پذیرش است، بی‌توجهی شوهر به زن است. خواه این بی‌توجهی در ندیدن تغییرات مثبت محیط منزل و ظاهر فردی زن متجلی شود، یا در اهمیت‌ندادن به خواسته‌ها و ترجیحات زن در شکل و زمان تعاملات جنسی نمود پیدا کند. هر چه باشد و به هر شکل که نمود پیدا کند، بی‌توجهی مرد اثر مخرب چشمگیری بر انگیزش جنسی زنان دارد.

بحث

بررسی روایات زنان در این تحقیق نشان داد در درجه اول آنچه باعث می‌شود پاسخ‌گویی رضایت‌بخش جنسی آن‌ها مختل شود، دریافت‌نکردن توجه و محبت کافی از سوی همسر است. زنان شرکت‌کننده در تحقیق بیان کردند که نحوه مطلوب برخورد مرد با زن و توجه و تعامل با او و در نظر گرفتن ترجیحات و خواسته‌های او سبب ایجاد انگیزش قوی در زن برای ورود به تعاملات جنسی می‌شود، عکس این مطلب نیز صادق است. عجز کردن ارتباطات جنسی با عاطفه و صمیمیت اصلی است که در تحقیقات و متون مختلف به آن پرداخته شده است [۷، ۱۱، ۱۲].

در همه تحقیقات به این موضوع اشاره شده است که زنان از رابطه جنسی توقع دریافت عاطفه دارند و پیش‌شرط آن‌ها برای ورود به تعامل جنسی رضایت‌بخش، تعادل عاطفی است. همچنین عشق و احساسات مثبت انگیزشی قوی برای ورود آن‌ها به تعامل جنسی خواهد بود. سیمز نیز بیان می‌کند زنان متأهل از اینکه عشق‌ورزی و صمیمیت در رابطه جنسی آنان با گذشت زمان کاهش یافته است ناراضی‌اند. زنان به روابط صمیمانه به عنوان

References

- [1] Maines RP. The technology of orgasm: "Hysteria" the vibrator, and women's sexual satisfaction. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; 1999.
- [2] Shrier L, Blood E. Momentary desire for sexual intercourse and momentary emotional intimacy associated with perceived relationship quality and physical intimacy in heterosexual emerging adult couple. *Journal of Sex Research*. 2015; 53(8):968-78. doi: 10.1080/00224499.2015.1092104
- [3] Tolman DL, Diamond LM. Desegregating sexuality research: Cultural and biological perspectives on gender and desire. *Annual Review of Sex Research*. 2001; 12:33-74. PMID: 12666736
- [4] Zurbriggen E, Yost M. Power, desire, and pleasure in sexual fantasies. *Journal of Sex Research*. 2004; 41(3):288-300. doi: 10.1080/00224490409552236
- [5] Basson R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(1):51-65. doi: 10.1080/009262300278641
- [6] Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5(7):1681-93. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x
- [7] Levine SB. Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002; 28(1):39-51. doi: 10.1080/009262302317251007
- [8] Merghati-khoei E. Language of love in culture of silence: Sexual understanding of Iranian women and socio-cultural determinants [PhD thesis]. Kensington, Sydney: University of New South Wales; 2005.
- [9] Merghati-Khoei E, Ghorashi Z, Yousefi A, Smith TG. How do Iranian women from Rafsanjan conceptualize their sexual behaviors. *Sexuality & Culture*. 2014; 18(3):592-607. doi: 10.1007/s12119-013-9212-3
- [10] Gagnon JH, Simon W. Sexual conduct; The social sources of human sexuality. Chicago: Aldine Publications; 1973.
- [11] Simon w, Gagnon JH. Sexual scripts. In P. Aggleton & R. Parker editors. *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. London: UCL Press; 1999.
- [12] Westheimer R. *Human Sexuality: A Psychosocial Perspective*. 2nd edition. Philadelphia: Williams & wilkins; 2004.
- [13] Sims KE, Meana M. Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2010; 36(4):360-80. doi: 10.1080/0092623x.2010.498727
- [14] Regan P, Berscheid E. Gender differences in beliefs about the causes of male and female sexual desire. *Personal Relationships*. 1995; 2:345-58. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00097.x
- [15] Sigusch V, Schmidt G, Reinfeld A, Wiedemann-Sutor I. Psychosexual stimulation: Sex differences. *Journal of Sex Research*. 1970; 6(1):10-24. doi: 10.1080/00224497009550639
- [16] Reed JP, Reed RS. Pornography research using direct erotic stimuli. *Journal of Sex Research*. 1972; 8(3):237-46. doi: 10.1080/00224497209550756

توجه به مسئولیت‌های خانه‌داری و مادری آنان بود.

سیمز (۲۰۱۰) در تحقیقی کیفی بر دلایل کاهش میل جنسی زنان آمریکایی پس از ازدواج به دلایل مشابهی اشاره می‌کند. سیمز این عوامل را «اثر تضعیف‌کننده مسئولیت» می‌نامد. از نظر زنان شرکت‌کنندگان در پژوهش سیمز، مسئولیت‌های مختلف خانه‌داری و درگیری فکری برای متعادل کردن بودجه خانواده ذهن آنان را چنان مشغول می‌کند که جایی برای افکار و احساسات شهوانی باقی نمی‌ماند. مادر بودن نیز نقش جنسیتی این زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مادران اشاره می‌کنند که وقتی ۹۰ درصد ذهن آن‌ها با مادر بودن اشغال شود، معشوقه‌بودن برایشان احساس خجالت به همراه می‌آورد [۱۳]. در شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر به چنین مفهومی اشاره نشده است که قابل انتظار است. زنان آمریکایی قبل از ازدواج و مادر شدن، معشوقه‌بودن را تجربه کرده‌اند و پس از اینکه نقش مادری را می‌پذیرند، بین این دو نقش تضاد ایجاد می‌شود. در حالی که در شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، معشوقه‌بودن زمینه را برای مادر شدن فراهم می‌کند و هم‌زمانی و توالی این نقش‌ها به یکی شدن آن‌ها می‌کند.

در تحقیق حاضر با در نظر گرفتن فرهنگ بومی، تأمین عواطف زنان و ورود رضایت‌بخش آنان به رابطه جنسی به شکل انتظار از همسر برای دیده‌شدن، جدا کردن رابطه واقعی جنسی با هرزه‌نگاری، توجه به مشکلات و زمان‌بندی مناسب برای رابطه جنسی نمود پیدا کرده است. از نظر پژوهشگر در نظر گرفتن این توقعات زنان و گوشزد به مردانی که از کاهش پاسخگویی رضایت‌بخش جنسی زنان شکایت دارند، توسط مشاوران و درمانگران خانواده ضروری است.

نتیجه‌گیری

در ارتقای سلامت جنسی زنان و به‌ویژه ارتقای کیفیت زندگی زناشویی لازم است که متخصصان حوزه سلامت جنسی به تغییرات در رفتارهای جنسی زنان، توقعات و انتظارات و اقتدار جنسی آنان توجه کنند. این توقعات و انتظارات شامل طیف وسیعی از خواسته‌ها و افکار و احساسات است که باید آشکار شود و به گفتار درآید. پیشنهاد می‌شود این موارد در آموزش‌های جنسی قبل و حین ازدواج برای زنان و مردان لحاظ شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر اساس بخشی از پایان‌نامه مقطع دکتری بهداشت باروری خانم زهره قرشی نوشته شده است. بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای تأمین مالی طرح تحقیقاتی سپاسگزاری می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است]

- [17] Petersen JL, Hyde JS. A Meta-Analytic Review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(1):21-38. doi: 10.1037/a0017504
- [18] Money J, Ehrhardt A. *Man and woman boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1972.
- [19] Rupp HA, Wallen K. Sex differences in viewing sexual stimuli: An eye-tracking study in men and women. *Hormones & Behavior*. 2007; 51(4):524-33. doi: 10.1016/j.yhbeh.2007.01.008
- [20] Kelley K, Musialowski D. Repeated exposure to sexually explicit stimuli: Novelty, sex, and sexual attitudes. *Archives of Sexual Behavior*. 1986; 15(6):487-98. doi: 10.1007/bf01542313

Research Paper

Factor Structure of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in an Iranian Sample



Shiva Soraya¹, Leila Kamalzadeh¹, Vahideh Nayeri¹, Esmat Bayat², Kaveh Alavi³, *Seyed Vahid Shariat⁴

1. Psychiatrist, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. MSc., Department of General Psychology, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Psychiatrist, Assistant Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Psychiatrist, Associate Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Soraya Sh, Kamalzadeh L, Nayeri V, Bayat E, Alavi K, Shariat SV. [Factor Structure of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in an Iranian Sample (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):308-317. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.308>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.308>

Received: 31 Mar. 2016

Accepted: 14 Sep. 2016

ABSTRACT

Objectives The study was performed to determine the factor structure of the Persian translation of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5).

Methods After translation and back translation of PID-5, it was performed on 217 subjects, including 114 healthy students and 103 patients with personality disorders. Exploratory factor analysis was done using principal component analysis and direct oblimin rotation to determine the main factors of the inventory and factor loading of the facets. We used SPSS 20 for data analyses.

Results Using direct oblimin rotation, 5 factors were extracted. The 1st factor Depression-Anxiety includes 8 facets: anhedonia, anxiousness, depressivity, distractibility, emotional lability, impulsiveness, separation insecurity and submissiveness. The 2nd factor Antagonism includes 6 facets: attention seeking, callousness, deceitfulness, grandiosity, hostility and manipulateness. The 3rd factor Detachment includes 4 facets: intimacy avoidance, restricted affectivity, withdrawal and suspiciousness. The 4th factor includes 5 facets: preservation, rigid perfectionism, impulsiveness, irresponsibility and risk taking. Finally, eccentricity, perceptual dysregulation, unusual beliefs, and experiences were categorized under the 5th factor

Conclusions The Persian version of PID-5 has acceptable construct validity and could be used as an assessment tool for personality disorders in Iranian samples, if other types of validity and reliability of the tool are proved to be satisfactory.

Key words:

Personality disorder, validity, Factor analysis, Inventory

* Corresponding Author:

Seyed Vahid Shariat, MD

Address: Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66506862

E-mail: vahid.shariat@gmail.com

ساختار عاملی پرسش‌نامه شخصیتی (PID-5) DSM-5 در نمونه ایرانی

شیوا ثریا^۱، لیلا کمال‌زاده^۱، وحیده نیری^۱، عصمت بیات^۲، کاوه علوی^۳، سیدوحید شریعت^۴

۱- روان‌پزشک، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- روان‌پزشک، استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- روان‌پزشک، دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ فروردین ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۲۴ شهریور ۱۳۹۵

هدف: این پژوهش با هدف ترجمه و بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه شخصیتی DSM-5 (PID-5) در زبان فارسی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** در این پژوهش مقطعی، جامعه آماری به روش در دسترس از بین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران انتخاب شد. پس از برگرداندن PID-5 به فارسی و ترجمه مجدد به انگلیسی، پرسش‌نامه روی ۲۱۷ نفر (۱۱۴ دانشجوی سالم و ۱۰۳ بیمار مبتلا به اختلالات شخصیت) اجرا شد. داده‌های به‌دست‌آمده به روش تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS و روش تحلیل اجزای اصلی و چرخش مایل سنجیده، بار عاملی هر وجه مرتبط با هر کدام از عوامل پنج‌گانه استخراج شد.

یافته‌ها: در تحلیل عاملی پنج عامل استخراج شد. عامل اول شامل گویه‌های «بی‌لذتی»، «مضطرب‌بودن»، «افسردگی‌پذیری»، «حواس‌پرتی»، «ناپایداری هیجانی»، «تکانش‌گری»، «تألمنی در جدایی» و «سلطه‌پذیری»؛ عامل دوم شامل «توجه‌جویی»، «سنگ‌دلی»، «فرب‌کاری»، «خودبزرگ‌بینی»، «خصوصیت» و «دغل‌کاری»؛ عامل سوم شامل «گریز از صمیمیت»، «عاطفه‌پذیری محدود»، «نزوا» و «شکاکیت»؛ عامل چهارم شامل «درج‌زدگی»، «کمال‌طلبی نامتعطف»، «تکانش‌گری»، «مسئولیت‌ناپذیری» و «خطرپذیری» و عامل پنجم شامل «غرابیت»، «کژتنظیمی ادراکی»، «باورها» و «تجارب نامعمول» می‌شود.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسش‌نامه از نظر رویه‌سازی، وضعیت قابل قبولی دارد و با تأیید روایی و پایایی، قابلیت دارد که بین مخاطبان ایرانی فارسی‌زبان به عنوان ابزاری برای بررسی اختلالات شخصیتی، کاربری بالینی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها:

اختلال شخصیت، روایی، تحلیل عاملی، پرسش‌نامه

مقدمه

به اختلالات شخصیت رویکرد مقوله‌ای پرداخته است [۱، ۳]. رویکرد مقوله‌ای کاربرد آسانی دارد و ارتباط حرفه‌ای را تسهیل می‌بخشد و به درمانگر این امکان را می‌دهد که برای تعیین نیازهای درمانی مشخص کند که مراجع دچار اختلال شخصیت هست یا نه [۱].

این رویکرد اطلاعات مفیدی را درباره حالات شدید یا نمونه یک اختلال شخصیت (پروتوتایپ) به‌دست می‌دهد، ولی حالات خفیف و مختلط بیماری را به‌خوبی بیان نمی‌کند [۴]. شاید مهمترین محدودیت رویکرد مقوله‌ای خالص این است که نمی‌توان با این رویکرد تمام ابعاد و ویژگی‌های شخصیتی مراجعان را مشخص ساخت. این رویکرد وجوه مختلف مزاج و سطح تکاملی منش (کاراکتر) را در نظر نمی‌گیرد. با در نظر گرفتن محاسن و محدودیت‌های این دو رویکرد، در ویرایش پنجم راهنمای

شخصیت شامل الگوهای پایدار ادراک و تفکر درباره محیط و فرد است که در گستره‌های از موقعیتهای فردی و اجتماعی به نمایش گذاشته می‌شود [۱]. طبق تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی (DSM-5)، اختلال شخصیت الگویی پابرجا از تجربه درونی و رفتار است که از آنچه در فرهنگ فرد مورد انتظار است، فاصله قابل توجهی دارد [۲]. این اختلالات معمولاً از نوجوانی و جوانی شروع می‌شود و در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و یا بروز اختلال در برخی کارکردهای وی می‌شود.

در ارزیابی اختلال شخصیت دو رویکرد اصلی وجود دارد که عبارتند از رویکرد مقوله‌ای و رویکرد ابعادی [۱]. چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی (DSM-IV-TR)

* نویسنده مسئول:

دکتر سید وحید شریعت

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۶۸۶۲۰۶۶۵۰ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: vahid.shariat@gmail.com

بالایی گزارش شد [۱۳]. در مطالعه مارکون و همکاران (۲۰۱۳) ویژگی‌های روانسنجی از جمله ساختار عاملی ۵-PID بررسی شد و روایی سازه مناسبی داشت [۱۴]. مطالعه دیگری که روی نسخه اسپانیایی این پرسش‌نامه انجام شده، از روش تحلیل عاملی بر اساس چرخش Procrustes استفاده کرده است که با پژوهش پیشرو شباهت‌هایی داشته است [۱۵].

در مطالعه مشابهی در بلژیک نیز ساختار عاملی ۵-PID در زبان آلمانی سنجیده شد [۱۶]. الداجانی (۲۰۱۵) نتیجه بازبینی‌اش را روی ۳۰ مقاله در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه منتشر کرد [۱۷]. مقالاتی که تاکنون منتشر شده‌اند نشان می‌دهند خصوصیات روان‌سنجی ۵-PID قابل قبول است. ساختار این پرسش‌نامه با الگوهای شخصیت و سایکوپاتولوژی موجود سازگاری دارد و نمایانگر روایی سازه مناسب این ابزار است. البته به دلیل تفاوت‌های فرهنگی نمی‌توان از پرسش‌نامه‌هایی که در دیگر فرهنگ‌ها استاندارد شده‌اند، به‌طور مستقیم استفاده کرد و برای هر فرهنگ و زبانی باید دوباره فرایند اعتباریابی انجام شود، زیرا صفات شخصیتی هم در دیدگاه واژه‌شناختی و هم در رویکرد مفهومی کاملاً به فرهنگ وابسته است. ترجمه دقیق و مناسب پرسش‌نامه‌ها برای استفاده از آن‌ها ضروری است و باید پرسش‌نامه ترجمه‌شده با توجه به تفاوت‌های بین‌زبانی و بین‌فرهنگی و حفظ روایی آن استفاده شود. هدف از انجام این مطالعه ترجمه و بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه ۵-PID در زبان فارسی است.

روش

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی است که ساختار عاملی فرم بلند ۲۲۰ سؤالی پرسش‌نامه شخصیتی ۵-DSM (PID-۵) را در دانشجویان پزشکی و بیماران سرپایی روان‌پزشکی ارزیابی کرده است (سال ۹۴-۱۳۹۳). برای انجام این پژوهش دو گروه در نظر گرفته شدند: دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران که به‌طور غیرتصادفی (در دسترس) انتخاب شدند و بیماران سرپایی روان‌پزشکی که از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه انسیتو روان‌پزشکی تهران و مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران به‌گونه‌ای انتخاب شدند که روان‌پزشک عضو هیئت علمی دانشگاه در آن‌ها اختلال شخصیت را تشخیص داده بود و همچنین در دوره‌های حاد یا تشدید اختلالات محور اقرار نداشتند و سایکوتیک نیز نبودند.

معیارهای ورود به مطالعه در دانشجویان پزشکی شامل رضایت به شرکت در مطالعه و نداشتن اختلالات مازور روان‌پزشکی (اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال افسردگی مازور) بود. در بیماران علاوه بر رضایت شرکت در مطالعه، پرونده روان‌پزشکی آن‌ها مطالعه و نوع اختلال روان‌پزشکی تعیین می‌شد. این افراد نباید دچار اختلالات مازور روان‌پزشکی (اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی نوع یک

تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی، هر دو رویکرد مقولهای و ابعادی ارائه شده است. در متن این راهنما رویکرد مقول‌های DSM-IV-TR عیناً تکرار شده است، اما در ضمیمه آن دو رویکرد تقلیلگرایانه و ابعادی نیز معرفی شده و در پایگاه اینترنتی آن چند پرسشنامه به منظور ارزیابی ابعادی شخصیت و اختلالات آن معرفی شده است.

از جمله پرسش‌نامه‌هایی که بارویکرد ابعادی تدوین شده‌اند می‌توان به پرسش‌نامه تجدیدنظر شده شخصیت نئو، پرسشنامه منش و سرشت (TCI) کلونینجر، پرسشنامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل (۱۶PF)، پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک و پرسش‌نامه شخصیتی بر اساس DSM-5 (PID-5) اشاره کرد. پرسش‌نامه شخصیت نئو به آزمون پنج عامل بزرگ معروف است [۴، ۵]. پرسش‌نامه سرشت و منش کلونینجر، موسوم به TCI، نیز به بررسی ابعادی چهار بُعد مزاج و سه بُعد منش می‌پردازد [۶]. پرسش‌نامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل (۱۶PF) نیز ۱۶ بُعد اساسی شخصیت موسوم به صفات عمقی را اندازه‌گیری می‌کند [۷، ۸]. پرسشنامه شخصیتی آیزنک نیز به بررسی دو بُعد اساسی روان‌رنجورگرایی در برابر ثبات و برونگرایی در برابر درونگرایی می‌پردازد [۹].

ابزارهای طراحی‌شده ابعادی مانند مدل پنج عامل بزرگ چهارچوبی فراگیر برای توصیف شخصیت و اختلالات آن فراهم می‌آورند، اما درباره این موضوع که آیا می‌توان با استفاده از خصوصیات شخصیتی اختلالات شخصیت را نیز بررسی کرد اختلاف نظر وجود دارد. نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان دادند نمی‌توان تمام اختلالات شخصیت را با استفاده از این ابزارها دسته‌بندی کرد [۱۰]. همچنین ابزارهای طراحی‌شده ابعادی گویه‌های کافی‌ای برای ارزیابی اختلالات شخصیت ندارند [۱۱].

در ویرایش جدید DSM، یک پرسشنامه خودسنجی با رویکرد ابعادی به نام ۵-PID برای پژوهش‌های بیشتر طراحی و معرفی شده است. این پرسش‌نامه بر خلاف دیگر پرسش‌نامه‌های شخصیتی بر رویکرد ابعادی مبتنی است. این پرسش‌نامه ۲۵ صفت اولیه را در پنج حوزه عمده ارزیابی می‌کند. این پنج حوزه عبارتند از: عاطفه منفی، گسستگی، ستیزه‌گری، مهارگسیختگی و روان‌پریش‌گرایی و شامل دو فرم بلند ۲۲۰ سؤالی و کوتاه ۲۵ سؤالی است که با مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً اشتباه یا اغلب اشتباه) تا ۳ (کاملاً درست یا اغلب درست) نمره‌گذاری می‌شود [۱۲]. با توجه به ویژگی‌های ۵-PID این ابزار در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و تاکنون به چندین زبان ترجمه و روایی و پایایی آن ارزیابی شده است.

در مطالعه ایدان جیرایت (۲۰۱۲) که روی تعداد زیادی از دانش‌آموزانی (۲۴۶۱ نفر) با تکمیل پرسش‌نامه ۵-PID انجام شد، در آنالیز اکتشافی با ساختار مدل پنج عاملی، همگرایی

ملاحظات اخلاقی این مطالعه نیز عبارتند از اینکه در این مطالعه هیچ مداخله‌ای انجام نشد. تمام نمونه‌ها فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند و تمام داده‌های آن‌ها در مراحل پژوهش محرمانه باقی ماند. به گروه بیماران توضیح داده شد که شرکت نکردن در مطالعه، آن‌ها را از هیچ کدام از خدماتی که نیاز دارند، محروم نخواهد کرد؛ برای انجام این مطالعه از شرکت‌کنندگان هزینه‌ای دریافت نشد؛ تمام اطلاعات فردی محرمانه باقی ماند و پس از تحلیل آماری فقط اطلاعات کلی منتشر شد؛ به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که شرکت در مطالعه سود آنی‌ای برای آن‌ها نخواهد داشت؛ شرکت‌کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند از نتایج آزمون خود مطلع شوند؛ و از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا در صورت تمایل، پست الکترونیک خود را بنویسند تا نتایج مطالعه پس از تحلیل آماری به اطلاع آن‌ها برسد.

داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد. برای تحلیل عاملی اکتشافی از شیوه تحلیل اجزای اصلی استفاده شد. کفایت نمونه با استفاده از آماره KMO (کیزر و مهیر و الکین) که برابر با ۰/۹۱۱ و بالاتر از ۰/۷ بود و همچنین مناسب بودن نمونه برای انجام تحلیل عاملی با معنادار بودن آزمون کرویت بارتلت تأیید شد.

برای تعیین تعداد عوامل از ارزش ویژه بالاتر از یک (معیار کیزر) استفاده شد [۱۸]. در این مرحله مشخص شد که هر عامل چه اندازه از واریانس کل نمره‌ها را تبیین می‌کند. عوامل به‌گونه‌ای انتخاب شدند که در هر عامل دستکم سه وجه قرار گرفته باشد [۱۹]. برای حفظ وجوه در عوامل بار عاملی حداقل معادل از فرمول $CV = n - \sqrt{2/5} \cdot 152$ استفاده شد (n=۲۱۷) [۱۸]. با این فرمول بار عاملی حدود ۰/۳۵ بود که باعث می‌شد با چرخش عوامل، تعداد زیادی از وجوه در دو عامل بارگذاری شود، به همین دلیل بار عاملی حداقل ۰/۴ در نظر گرفته شد. بدون چرخش، تعداد زیادی از وجوه در دو یا چند عامل بارگذاری می‌شدند، به همین دلیل از چرخش عوامل استفاده شد.

عوامل استخراج‌شده بدون چرخش با هم همبستگی قابل توجهی داشتند، به همین دلیل از دو شیوه چرخش مایل (ابلیمین مستقیم^۱ و پروماکس^۲) استفاده شد. عوامل استخراج‌شده در دو شیوه چرخش مایل به هم شبیه بودند، اما در چرخش پروماکس همبستگی بیشتری بین آن‌ها دیده شد، به همین دلیل چرخش ابلیمین مستقیم ترجیح داده شد. در اولین مرحله از تحلیل عاملی، تلاش شد تمام گویه‌های پرسش‌نامه به تحلیل عاملی وارد شود، اما به علت محدودیت تعداد نمونه این کار میسر نشد.

تعداد عوامل استخراج‌شده حدود ۵۰ عامل بود و بیشتر این عوامل نیز تنها درصد کمی از واریانس کل را تبیین می‌کردند. به

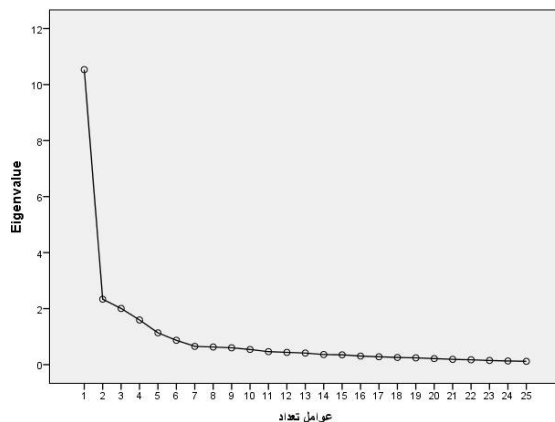
و اختلال افسردگی مازور) بودند. وجود علائم سایکوتیک با مصاحبه بالینی و با استفاده از سؤالات مرتبط در مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته بر اساس DSM-IV (SCID) تعیین می‌شد. داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و سن ۱۶ تا ۸۰ سال نیز از جمله ملاک‌های ورود به مطالعه بود.

برای ترجمه پرسش‌نامه، ابتدا یک روان‌پزشک و سه دستیار آشنا به زبان انگلیسی، به‌طور مستقل سؤالات پرسش‌نامه را ترجمه کردند. سپس در یک کارگروه چهارنفره این ترجمه‌ها تطبیق و ویرایش شد. متن ترجمه‌شده به یک روان‌پزشک مسلط به زبان فارسی و انگلیسی و ناآگاه از روند ترجمه داده شد تا ترجمه فارسی را دوباره به انگلیسی برگرداند. ترجمه انگلیسی به‌دست‌آمده با متن اصلی مطابقت داده شد و در صورت وجود مشکل، روند تصحیح ترجمه و مطابقت با متن اصلی چند نوبت ادامه یافت تا زمانی که سؤالات فارسی دقیقاً مطابق سؤالات انگلیسی ترجمه شدند.

ترجمه نهایی به شش روان‌پزشک عضو هیئت علمی دانشگاه داده شد تا هر سؤال را از نظر وضوح در مقیاس سه‌گزینه‌ای (واضح، بی‌نظر، ناواضح) نمره‌گذاری کنند. اگر بیش از یک نفر سؤال را واضح نمی‌دانست، متن سؤال ویرایش می‌شد. همچنین در یک ستون جلوی متن سؤالات، وجه متناظر آن‌ها در PID-5 نوشته شد و از روان‌پزشکان درخواست شد تا در مقیاس پنج‌گزینه‌ای مشخص کنند که این سؤال تا چه اندازه به مفهوم وجه نوشته‌شده مرتبط است. در این مرحله هیچ سؤالی حذف نشد. در مرحله بعد این پرسش‌نامه به ۱۰ بیمار سرپایی روان‌پزشکی و ۱۵ دانشجوی داده شد تا به شکل مشابهی وضوح سؤالات را تعیین کنند. ویرایش نهایی پرسش‌نامه بر اساس این دیدگاه‌ها تهیه شد.

پس از اتمام مراحل ترجمه و آماده‌سازی، با توجه به اینکه سؤال‌ها ۲۵ وجه داشتند به ازای هر وجه ۱۰ نفر و در مجموع ۲۵۰ نفر برای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد، اما در نهایت ۲۱۷ نفر پرسش‌نامه را تکمیل کردند. پرسش‌نامه به ۷۴ بیمار سرپایی با اختلال شخصیت و ۱۴۳ دانشجوی پزشکی داده شد. با تمام شرکت‌کنندگان مصاحبه تشخیصی بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته DSM-IV برای اختلالات شخصیت (محور II و SCID-II) انجام شد. برای هماهنگی ابتدایی ۱۰ مصاحبه با افراد سالم و بیماران مبتلا به اختلال محور II انجام شد و روند تشخیص‌گذاری مرور شد. مصاحبه‌ها در محل تکمیل پرسش‌نامه‌ها انجام شد. در مصاحبه تشخیصی ۲۹ نفر از دانشجویان پزشکی که به اختلالات شخصیت دچار بودند، به گروه بیماران منتقل شدند و در نهایت ۱۰۳ نفر در گروه بیماران و ۱۱۴ نفر در گروه دانشجویان سالم قرار گرفتند. تمام پرسش‌نامه‌ها شرایط تحلیل نهایی را داشتند. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید شد.

1. Direct oblimin
2. Promax



مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

تصویر ۱. عوامل استخراج شده در تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه PID-5.

استخراج شد (جدول شماره ۳). در عامل پنجم با وجود تبیین حدود ۷ درصد از واریانس کل نمره‌های پرسش‌نامه، هیچ وجهی با بار عاملی مثبت و بالاتر از ۰/۴ بارگذاری نشد. سه وجه «غرابت»، «کژتنظیمی ادراکی» و «باورها و تجارب نامعمول» با بارهای عاملی منفی و بالا (بالاتر از ۰/۷-) در این عامل قرار داشتند که می‌توان آن‌ها را با نمره‌گذاری معکوس با عنوان «روان‌پریشی‌گرایی» در نظر گرفت. همبستگی عوامل استخراج شده در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود سه عامل افسردگی اضطراب، مخالف‌جویی و گسستگی با یکدیگر

همین دلیل، میانگین نمره‌های وجوه محاسبه شد و هر وجه به صورت یک گویه در نظر گرفته شد. این شیوه در بیشتر مطالعات پیشین نیز کاربرد داشته است [۲۰، ۱۴]. در نهایت همبستگی نمره‌های عوامل استخراج شده با نمره‌های عوامل مشابه بر اساس مطالعات دیگر تعیین شد. در این مطالعه همسانی درونی و پایایی بازآزمون و روایی هم‌زمان پرسش‌نامه نیز محاسبه شد که در جای دیگری گزارش شده است [۲۲، ۲۱].

یافته‌ها

متوسط سن (\pm انحراف معیار) این افراد $28/1 \pm 9/6$ سال بود که در محدوده ۱۶ تا ۷۸ سال (میانگین ۲۵ سال) قرار داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی این افراد در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. فراوانی اختلالات شخصیت بر اساس معیارهای DSM-IV-TR نیز در جدول شماره ۲ آورده شده است. از میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت، ۵ نفر (۲/۳ درصد) در کلاستر A، ۴۴ نفر (۲۰/۳ درصد) در کلاستر B و ۴۵ نفر (۲۰/۷ درصد) در کلاستر C اختلالات شخصیت قرار داشتند و ۹ نفر (۴/۱ درصد) نیز دچار اختلالات شخصیت دیگری بودند یا به مخلوطی از اختلالات شخصیت کلاسترهای مختلف مبتلا بودند. در این پرسش‌نامه با در نظر گرفتن ارزش ویژه بالاتر از یک (معیار کیزر)، پنج عامل استخراج شد (تصویر شماره ۱) که در کل ۷۰/۴ درصد از واریانس نمره‌ها را تبیین کردند (جدول شماره ۳).

به کمک روش چرخش مایل ایلیمین مستقیم، پنج عامل

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی (n=۲۱۷).

درصد فراوانی	فراوانی	طبقات	خصوصیت
۳۳/۶	۷۳	مرد	جنسیت
۶۶/۴	۱۴۴	زن	
۶/۵	۱۴	زیردیپلم	سطح تحصیلات
۱۳/۸	۳۰	دیپلم	
۸/۸	۱۹	فوق دیپلم و لیسانس	
۴/۱	۹	فوق لیسانس و دکترا	
۶۵/۹	۱۴۳	دانشجوی پزشکی	
۰/۹	۲	نامشخص	
۶۰/۴	۱۳۱	مجرد	وضعیت تأهل
۳۱/۸	۶۹	متأهل	
۱/۸	۴	جداشده	
۶/۰	۱۳	نامشخص	

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی انواع اختلالات شخصیت بر اساس معیارهای DSM-IV-TR در ۲۱۷ نفر.

اختلال شخصیت	فراوانی	درصد در کل افراد	درصد در بین اختلالات شخصیت
پارانویید	۳	۱/۴	۲/۹
اسکیزوئید	۳	۱/۴	۲/۹
اسکیزوتایپال	۵	۲/۳	۸/۹
مرزی	۳۲	۱۴/۷	۳۱/۱
خودشیفته	۱۰	۴/۶	۹/۷
نمایشی	۷	۳/۲	۶/۸
ضد اجتماعی	۴	۱/۸	۳/۹
وسواسی-جبری	۴۳	۱۹/۸	۴۱/۷
وابسته	۱۳	۶/۰	۱۲/۶
اجتنابی	۹	۴/۱	۸/۷
افسرده	۲	۰/۹	۱/۹
منفعل-پرخاصگر	۱	۰/۵	۱/۰
خودشکن	۱	۰/۵	۱/۰
جمع	*۱۰۳	۴۷/۵	۱۰۰/۰

*مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

*جمع فراوانی اختلالات شخصیت بیشتر از ۱۰۳ مورد است، چون تعدادی از افراد دچار دو تا چهار اختلال شخصیت بودند.

«سنگدلی» می‌شد. این عامل با عامل مخالفت‌جویی همبستگی ۰/۹۸۳ داشت. عامل سوم گسستگی بود که شامل وجوه «گریز از صمیمیت»، «عاطفه‌پذیری محدود»، «انزوا» و «شکاکیت» می‌شد. این عامل با عامل گسستگی همبستگی ۰/۸۷۹ داشت. عامل چهارم مهار گسیختگی بود که شامل وجوه «تکانش‌گری»، «درج‌زدگی (با نمره‌گذاری معکوس)»، «کمال‌طلبی نامنعطف (با نمره‌گذاری معکوس)»، «مسئولیت‌ناپذیری» و «خطرپذیری» می‌شد. این عامل با عامل مهار گسیختگی همبستگی ۰/۷۸۷ داشت. عامل پنجم روان‌پریش‌گرایی بود که شامل وجوه «باورها و تجارب نامعمول» و «غرابت» و «کژتنظیمی ادراکی» می‌شد. این عامل با عامل روان‌پریش‌گرایی همبستگی ۱/۰۰۰ داشت.

اولین عامل استخراج‌شده در بررسی حاضر، مفهوم کلی اضطراب و افسردگی را دربر داشت. در مطالعات قبلی این عامل از وجوه نسبتاً مشابهی تشکیل شده بود. در مطالعه حاضر و مطالعه مارکون و همکاران (۲۰۱۳)، وجه «بی‌لذتی» در دو عامل عاطفه منفی و گسستگی بارگذاری شده است [۱۲]. با توجه به مقدار بار عاملی که در این مطالعه در عامل اول بالاتر بود و مفهوم اساسی بی‌لذتی در افسردگی، این وجه در همین عامل قرار داده شد. قرارگیری وجه «درج‌زدگی» در عامل عاطفه منفی در مطالعه مارکون و همکاران و قرارگیری آن در عامل مهار گسیختگی (با

همبستگی مثبت و با پایداری رفتار همبستگی صفر تا کمی منفی و با روان‌پریش‌گرایی رابطه منفی نشان داد. همچنین پایداری رفتاری با روان‌پریش‌گرایی همبستگی ضعیفی داشت.

بحث

این پژوهش با هدف ترجمه و بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه PID-5 در زبان فارسی انجام شد. با توجه به بررسی روایی محتوایی پرسش‌نامه و همسانی درونی مناسب گزارش شده داخل هر وجه، می‌توان تصور کرد هر گویه شامل تعدادی گویه هم‌راستا بوده است. با اجرای تحلیل عاملی اکتشافی به روش عامل اصلی و چرخش ابلیمین پنج عامل به دست آمد که در مجموع بیش از ۷۰ درصد از واریانس نمره‌های پرسش‌نامه را توجیه کرد. عوامل به‌دست‌آمده بدین شرح است: عامل اول افسردگی اضطراب یا عاطفه منفی بود که شامل وجوه «بی‌لذتی»، «مضطرب‌بودن»، «افسردگی‌پذیری»، «حواس‌پرتی»، «ناپایداری هیجانی»، «تامنی در جدایی» و «سلطه‌پذیری» می‌شد. این عامل با عامل عاطفه منفی (بر اساس مجموع تحلیل‌های عاملی) همبستگی ۰/۸۷۷ داشت.

عامل دوم مخالفت‌جویی بود که شامل وجوه «توجه‌جویی»، «فریب‌کاری»، «دغل‌کاری»، «خصوصیت»، «خودبزرگ‌بینی» و

جدول ۳. بارهای عاملی گویه‌ها (وجه)، مقدار عدد بحرانی (Eigenvalue) و درصد تبیین واریانس در ۵ عامل استخراج‌شده و چرخش یافته با روش direct oblimin پرسش‌نامه شخصیتی DSM-5 (PID-5).

سطح	عامل اول: افسردگی-اضطراب یا عاطفه منفی	عامل دوم: مخالفت‌جویی	عامل سوم: گسستگی	عامل چهارم: پایداری رفتار	عامل پنجم: روان‌پریشی‌گرایی
بی‌لذتی	۰/۶۱۰	-۰/۱۳۰	۰/۴۸۵	-۰/۱۱۹	-۰/۰۵۲
مضطرب بودن	۰/۷۱۹	-۰/۰۲۴	۰/۰۲۳	۰/۱۶۹	-۰/۲۶۳
توجه‌جویی	۰/۴۰۶	۰/۶۵۶	-۰/۳۱۳	۰/۱۵۸	۰/۰۲۳
سنگلی	۰/۰۵۱	۰/۵۰۴	۰/۴۲۸	-۰/۲۳۰	-۰/۰۲۱
فریبکاری	۰/۲۱۸	۰/۶۳۸	۰/۰۲۴	-۰/۱۹۵	۰/۰۹۸
افسردگی‌پذیری	۰/۷۰۹	-۰/۱۳۹	۰/۲۲۵	-۰/۱۸۰	-۰/۲۶۹
حواس‌پرتی	۰/۶۳۵	۰/۰۳۲	۰/۱۴۵	-۰/۱۸۶	-۰/۲۳۴
غرابیت	۰/۱۴۳	۰/۰۷۷	۰/۱۴۹	-۰/۰۹۰	-۰/۲۳۳
ناپایداری هیجانی	۰/۶۲۹	۰/۱۳۵	-۰/۱۹۹	۰/۰۲۵	-۰/۳۸۴
خودبزرگ‌بینی	-۰/۲۰۷	۰/۸۴۶	۰/۰۹۴	۰/۱۷۸	-۰/۱۱۱
خصومت	۰/۳۱۱	۰/۴۳۸	۰/۲۲۸	۰/۰۱۳	-۰/۱۲۲
تکانشگری	۰/۴۴۱	۰/۱۳۹	-۰/۰۰۷	-۰/۴۴۵	-۰/۲۸۲
گریز از صمیمیت	-۰/۰۰۴	۰/۰۵۱	۰/۶۹۸	۰/۰۰۹	-۰/۰۱۶
مسئولیت‌ناپذیری	۰/۳۵۳	۰/۳۱۶	۰/۱۵۸	-۰/۴۵۹	-۰/۱۰۱
دغل‌کاری	-۰/۰۶۳	۰/۸۳۵	۰/۰۴۳	-۰/۱۴۸	-۰/۰۰۴
کژتنظیمی ادراکی	۰/۲۱۶	۰/۰۰۴	۰/۰۶۵	-۰/۰۴۰	-۰/۲۶۰
درج‌زدگی	۰/۴۵۳	۰/۱۰۷	۰/۲۱۱	۰/۴۲۹	-۰/۲۹۱
عاطفه‌پذیری محدود	-۰/۱۷۷	۰/۱۰۶	۰/۸۷۹	۰/۰۴۵	۰/۰۶۷
کمال‌طلبی نامتعطف	۰/۰۷۶	۰/۱۴۸	۰/۱۸۴	۰/۷۵۱	-۰/۲۳۸
خطرپذیری	-۰/۱۴۲	۰/۱۹۰	۰/۰۱۳	-۰/۵۹۰	-۰/۳۴۷
ناامنی در جدایی	۰/۶۹۳	۰/۱۸۹	-۰/۱۲۳	-۰/۰۳۱	-۰/۰۸۹
سلطه‌پذیری	۰/۲۳۷	۰/۰۸۲	۰/۰۰۷	۰/۱۴۵	۰/۲۶۵
شکاکیت	۰/۳۲۰	۰/۲۷۲	۰/۲۲۶	۰/۰۳۹	-۰/۲۸۷
باورها و تجارب نامعمول	۰/۱۶۶	۰/۱۰۶	-۰/۰۳۶	۰/۱۰۱	-۰/۹۲۶
انزوا	۰/۲۶۹	-۰/۱۳۲	۰/۶۸۳	۰/۱۸۳	-۰/۱۴۴
مقدار Eigenvalue	۱۰/۵۳۳	۲/۳۳۸	۲/۰۰۶	۱/۵۹۵	۱/۱۳۷
درصد تبیین واریانس	۴۲/۱۳	۹/۳۵	۸/۰۳	۶/۳۸	۴/۵۵

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

* آستانه ۰/۴ برای بار قابل قبول عاملی در نظر گرفته شده است.

شاخص کیزر و مهیر و اولکین (KMO) برای کفایت نمونه ۰/۱۱۹ و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنی‌دار بود ($X^2=۳۸۱۰/۸$, $df=۳۰۰$, $P<۰/۰۰۱$).

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین عوامل استخراج شده از پرسش نامه شخصیتی DSM-5 (PID-5) بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش Direct oblmin با هم.

مخالفت جویی	گسستگی	پایداری رفتار	روان پریشی گرایی
افسردگی-اضطراب	۰/۲۲۴	۰/۱۱۲	-۰/۳۸۹
مخالفت جویی	۰/۱۷۲	-۰/۱۱۲	-۰/۴۲۱
گسستگی		-۰/۰۲۹	-۰/۳۳۷
پایداری رفتار			۰/۰۹۵

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

مارکون و همکاران، «توجه جویی» بار عاملی مقبولی را در زیر گروه مخالفت جویی به دست آورده است.

در مطالعه مشابهی در بلژیک [۱۶]، ساختار عاملی PID-5 در زبان آلمانی سنجیده شد. در نسخه آلمانی «شکاکیت» و «خصوصیت» زیر عامل افسردگی اضطراب جای می گیرند. در عامل مخالفت جویی مشابهت های بیشتری بین دو نسخه فارسی و آلمانی وجود دارد. وجوه «سنگدلی»، «توجه جویی»، «خودبزرگ بینی» و «خصوصیت» در هر دو نسخه در این عامل طبقه بندی شده اند. «ناپایداری هیجانی» در نسخه آلمانی زیر عامل گسستگی قرار دارد، اما در نسخه فارسی چنین نیست. «دغل کاری» و «افسردگی پذیری» نیز در نسخه آلمانی در عامل ناپایداری رفتاری قرار گرفته اند، در حالی که در این مطالعه چنین نبود. در مطالعه آلمانی، عامل روان پریشی گرایی شامل وجوه «درجاذگی» و «حواس پرتی» بود که بار عاملی ضعیفی داشت و با شیوه های مشابه شامل «شکاکیت» نیز بود. «باورها و تجارب نامعمول» و «کژتنظیمی ادراکی» نیز بالاترین بار عاملی را در این عامل داشتند که با مطالعه حاضر مشابه بود.

الداجانی (۲۰۱۵) نتیجه بازبینی اش را روی ۳۰ مقاله در زمینه ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه منتشر کرد [۱۷]. بین نتایج بررسی الداجانی و تحلیل عاملی مطالعه حاضر مطابقت زیادی وجود دارد. اگر در ساختار عاملی ها هر وجه منحصر زیر یک عامل قرار گیرد، شفافیت ساختار پرسش نامه نیز بیشتر می شود و شاید بتوان به گنجانده شدن دو وجه زیر دو عامل مختلف به عنوان یکی از محدودیت های نسبی این مطالعه اشاره کرد. در این پژوهش تلاش شد بر اساس بهترین شواهد، یعنی مقدار بار عاملی و مفهوم بالینی و یافته های پژوهشگران دیگر، این محدودیت تا اندازه ای برطرف شود.

در گروه های بررسی شده دو محدودیت عمده وجود داشت، اولاً گروه دانشجویان برآورد دقیقی از جمعیت عمومی به دست نمی دهد و گروه بیماران نیز برآیند و نماینده بیماران روان پزشکی یا حتی بیماران سرپایی روان پزشکی هستند. ثانیاً به دلیل محدودیت نمونه، دو گروه کنار هم تحلیل شد. ممکن است ساختار عاملی پرسش نامه ها در گروه های جمعیتی مختلف

جهت معکوس) در مطالعه حاضر از جمله اختلافات دو مطالعه بود. وجه «شکاکیت» با وجود اهمیت بالینی، در هیچ یک از عوامل بارگذاری نشد و صرفاً بر اساس مفهوم بالینی و یافته های پژوهشگران دیگر در عامل گسستگی قرار داده شد.

در مطالعه مارکون و همکاران نیز وجه «شکاکیت» در هیچ عاملی بار بالاتر از ۰/۴ نداشت، اما از آنجا که در عامل عاطفه محدود بیشترین بار عاملی را نشان می داد، در این عامل قرار داده شد. در مطالعه مارکون و همکاران عامل «مهارت گسیختگی» در جهت مخالف عامل «پایداری رفتار» در روش ابلیمین مستقیم و هم راستا با عامل «ناپایداری رفتار» در روش چرخش پرومکس قرار داشت. تمایز اصلی دو مطالعه در وجه «درجاذگی» بود که توضیح داده شد. عامل «مخالفت جویی» نیز تشابه مفهومی و آماری زیادی بین دو مطالعه داشت، عامل «روان پریشی گرایی» نیز دقیقاً مشابه بود.

مطالعه دیگری که روی نسخه اسپانیایی این پرسش نامه انجام شده [۱۵]، از روش تحلیل عاملی بر اساس چرخش Procrustes استفاده کرده است. در تحلیل عاملی این مطالعه «کمال پذیری نامنعطف» و «عاطفه پذیری محدود» زیر عامل افسردگی و اضطراب قرار گرفته است. در نسخه فارسی تهیه شده بر اساس تحلیل عاملی، «حواس پرتی» و «تکانش گری» در زیر عامل افسردگی اضطراب طبقه بندی شدند که در نسخه اسپانیایی صدق نمی کند. از دیگر تفاوت های این عوامل می توان به ارتباط معکوس «خطر پذیری» با عامل گسستگی در نسخه اسپانیایی اشاره کرد که در نمونه ایرانی با ناپایداری رفتاری مرتبط است و «افسردگی پذیری» و «شکاکیت» نیز با بار عاملی قابل قبولی در زیر گسستگی طبقه بندی شدند.

از دیگر تفاوت های نسخه اسپانیایی زبان با مطالعه حاضر، بار عاملی مقبول «افسردگی پذیری» و «بی لذتی» و «سنگدلی» در زیر گروه گسستگی است. در عامل روان پریشی گرایی نیز قرارگیری وجوه «کمال طلبی نامنعطف» و «خطر پذیری» و «درجاذگی» جالب توجه است. در عامل «مخالفت جویی» مطالعه حاضر در تمام وجوه با مطالعه اسپانیایی مطابقت دارد. در نسخه اسپانیایی نیز مانند یافته های مطالعه پیش رو و مطالعه

References

- [1] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2009.
- [2] American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington D.C.: American Psychological Association; 2013.
- [3] American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington D.C.: American Psychological Association; 2000.
- [4] Costa J, McCrea, Robert R. NEO-PI-R Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc; 1992.
- [5] Goldberg L. The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*. 1993; 48(1):26-34. doi: 10.1037//0003-066x.48.1.26
- [6] Cloninger C. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Washington: Washington University Press; 1994.
- [7] Cattell RB, Cattell AK, Cattell H. 16PF Fifth Edition Questionnaire. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing; 1993.
- [8] Russell MT, Karol D. The 16PF Fifth Edition administrator's manual. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing; 2002.
- [9] Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton; 1975.
- [10] De Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, Wille B, Markon K, Krueger RF. General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*. 2013; 20(3):295-307. doi: 10.1177/1073191113475808
- [11] Edmundson M, Lynam DR, Miller JD, Gore WL, Widiger TA. A five-factor measure of schizotypal personality traits. *Assessment*. 2011; 18(3):321-34. doi: 10.1177/1073191111408228
- [12] Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012; 121(2):424-32. doi: 10.1037/a0026665
- [13] Wright AGC, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012; 121(4):951-7. doi: 10.1037/a0027669
- [14] Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. The development and psychometric properties of an informant-report form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*. 2013; 20(3):370-83. doi: 10.1177/1073191113486513
- [15] Gutierrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Bailles E, et al. Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*. 2015. doi: 10.1177/1073191115606518
- [16] Bastiaens T, Claes L, Smits D, De Clercq B, De Fruyt F, Rossi G, et al. The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 personality disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment*. 2016; 23(1):42-51. doi: 10.1177/1073191115575069

تفاوت‌های عمده‌ای داشته باشد. در ساختار اجتماعی و تحصیلی جامعه زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی مختلفی وجود دارد که ممکن است در استنباط افراد از مفاهیم و سؤال‌ها مؤثر باشد. کشور ایران با وسعت جغرافیایی و دربرداشتن اقوام متعدد، تنوع فرهنگی بالایی دارد. در افرادی که زبان مادری آن‌ها فارسی نیست نیز پژوهش‌های دیگری لازم است.

دیگر محدودیت مهم این مطالعه قرارگرفتن افراد مبتلا به اختلال شخصیت در یک زیرگروه (کلاستر) است. در مطالعه پیش‌رو تنها دو اختلال شخصیت مرزی و وسواسی‌جبری مبتلایان قابل توجهی داشت (بیش از ۳۰ نفر). در این دو اختلال شخصیت نیز هم‌ابتلائی با دیگر اختلالات شخصیت دیده شد که خلوص نمونه را برای مقایسه با تک اختلال شخصیتی کاهش می‌دهد. در نتیجه نسخه فارسی پرسش‌نامه PID-5 از نظر روایی سازه وضعیت قابل قبولی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد نسخه فارسی پرسش‌نامه PID-5 شامل پنج عامل می‌شود و از نظر روایی سازه نیز وضعیت قابل قبولی دارد. این نسخه با تأیید روایی و پایایی قابلیت این را دارد که در جامعه مخاطبان ایرانی فارسی‌زبان به عنوان ابزار تحلیل اختلالات شخصیتی، کاربری بالینی داشته باشد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمام دانشجویان و بیماران که در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاری می‌شود. این مقاله نتیجه پایان‌نامه دوره دستیاری نویسنده اول مقاله، با شماره ثبت ۱۸۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

- [17] Al-Dajani N, GralnickTM, Bagby RM. A psychometric review of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*. 2016;98(1):62-81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572
- [18] Norman GR, Streiner DL. *Biostatistics: The bare essentials*. Hamilton, Ontario: B. C. Decker Publications; 2000.
- [19] Russell WD. In search of underlying dimensions: the use (and abuse) of factor analysis in personality and social psychology bulletin. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 2002; 28(12):1629-1646. doi: 10.1177/014616702237645
- [20] Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*. 2013; 20(3):312-26. doi: 10.1177/1073191113485810
- [21] Kamalzadeh L, Nayeri V, Soraya S, Shariat SV, Alavi K. [Test-retest reliability and internal consistency of the Persian Version of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in medical students and psychiatric patients (Persian)]. *Journal of Isfahan Medical School*. 34(393):901-907.
- [22] Nayeri V, Soraya S, Kamalzadeh L, Bayat E, Shariat SV, Alavi K. [The translation and pschometric assessment of personality inventory for DSM-5 (Persian)]. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2016; (In press).

Research Paper

Structural Equation Modeling of Dysfunctional Attitudes and Depression Symptoms: Investigation of the Mediation Role of Ruminative Response Style



*Hamid Reza Golzar¹, Abdolaziz Aflakseir², Javad Molazadeh²

1. MSc., Department of Clinical Psychology, Faculty of Education & Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

2. PhD of Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education & Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.



Citation: Golzar HR, Aflakseir A, Molazadeh J. [Structural Equation Modeling of Dysfunctional Attitudes and Depression Symptoms: Investigation of the Mediation Role of Ruminative Response Style (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):318-329. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318>

Received: 02 Jul. 2016

Accepted: 23 Oct. 2016

ABSTRACT

Objectives The aim of this study was to investigate the mediation role of ruminative response style in the relationship between dysfunctional attitudes and depression symptoms.

Methods This correlational and descriptive study was conducted on 200 undergraduate students (99 females and 101 males) who were selected by convenience sampling method out of Shiraz University students in academic year 2012-2013. To measure the study variables, the revised form of depression scale, short form of dysfunctional attitudes scale and ruminative response style scale were used. To examine the study hypotheses, the simultaneous multiple regression model according to Baron and Kenny (1986) and structural equation modelling were used. To study the fitness of the proposed model, the absolute, adjusted and comparative fit indices and to determine the significance of indirect effect of moderate variable, the snowball sampling were used by SPSS16 and Amos graphic.

Results The results showed that dysfunctional attitudes were negative and significant predictor of depression symptoms both directly and indirectly through ruminative response style. Moreover, the results of the absolute (RMSEA= 0.06), comparative (CFI =0.97) and adjusted (AGFI=0.91) fit indices showed that the proposed model had a close relationship with data of fitness sample and the theoretical assumptions.

Conclusions Finally, the model parameters matched the model in terms of optimal fit.

Key words:

Dysfunctional attitudes, Depression Symptoms, Ruminative response style, Structural equation modeling

* Corresponding Author:

Hamid Reza Golzar, MSc.

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Education & Psychology, University of Shiraz, Iran.

Tel: +98 (71) 53662371

E-mail: Hamidrezagolzar65@gmail.com

مدل‌سازی معادله‌های ساختاری نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی: بررسی نقش واسطه‌ای سبک پاسخ‌نشخوار

* حمیدرضا گلزار^۱، عبدالعزیز افلاک‌سیر^۲، جواد ملازاده^۳

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ تیر ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش: ۰۲ آبان ۱۳۹۵

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی معادله‌های ساختاری نگرش‌های ناکارآمد با علائم افسردگی و بررسی نقش واسطه‌ای سبک پاسخ‌نشخوار برای تبیین علائم افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش توصیفی همبستگی حاضر با حضور ۲۰۰ نفر (۹۹ دختر و ۱۰۱ پسر)، به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشجویان دانشگاه شیراز در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از فرم تجدیدنظرشده مقیاس افسردگی و فرم کوتاه‌شده مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و مقیاس سبک پاسخ‌نشخوار استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از رگرسیون چندگانه هم‌زمان مطابق مراحل بارون و کنی (۱۹۸۶) و از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برای بررسی برازش مدل پیشنهادی از شاخص‌های مطلق و ایجازی و تطبیقی، و برای تعیین معناداری تأثیر غیرمستقیم متغیر واسطه‌ای از روش نمونه‌گیری‌های مکرر (خودراه‌انداز) به‌وسیله نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و Amos graphic استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد نگرش‌های ناکارآمد، هم به‌طور مستقیم و هم به‌واسطه سبک پاسخ‌نشخوار، پیش‌بینی‌کننده منفی و معنادار علائم افسردگی هستند. نتایج شاخص‌های برازش مطلق $RMSEA=0/06$ و ایجازی $AGFI=0/91$ و تطبیقی $CFI=0/97$ نشان داد مدل طراحی‌شده با داده‌های نمونه برازش مناسب و ارتباط نزدیکی با فرض‌های نظری دارد.

نتیجه‌گیری: نگرش‌های ناکارآمد به‌واسطه سبک پاسخ‌نشخوار با علائم افسردگی رابطه دارد و این مدل می‌تواند تبیین و سبب‌شناسی نشانه‌های افسردگی را تسهیل کند.

کلیدواژه

افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، سبک پاسخ‌نشخوار، معادله‌های ساختاری

مقدمه

موقعیت و وضعیت مشخص وجود دارد [۲]. از این رو بنیادی‌ترین تصور رویکردهای شناختی این است که شناخت‌ها، روابط بین رویدادهایی است که افراد تجربه می‌کنند و هیجاناتی که افراد احساس می‌کنند، میانجی‌گری می‌کند. رویکردهای شناختی در تبیین سبب‌شناسی اختلالات هیجانی، دو طبقه از عوامل علیّی مجاور^۲ (نزدیک) و انتهایی^۳ (دوربرد) را در طیف زمانی^۴ (زنجیره علیّی تقریبی) مطرح می‌کنند. علل مجاور به عامل خطر اشاره دارد که به لحاظ زمانی بلافاصله قبل از اختلال رخ می‌دهد. علل انتهایی به عامل خطر اشاره دارد که به لحاظ زمانی قبل از عامل خطر مجاور رخ می‌دهد و می‌تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد [۳].

افسردگی^۱ یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که متخصصان سلامت روان با آن مواجه هستند. پژوهش‌ها و برآوردها بیانگر خطر روزافزون شدت افسردگی در میان افراد جامعه است. شیوع افسردگی در طول عمر ۲۰/۸ و در طول یک سال ۹/۵ تخمین زده شده است [۱]. یکی از تحولات مهم در چند دهه اخیر، در رویکردهای روان‌شناختی نسبت به اختلالات هیجانی به‌خصوص افسردگی، موفقیت‌های قابل توجه و مهم رویکردهای شناختی نسبت به سبب‌شناسی و درمان افسردگی است [۱].

رویکردهای شناختی عموماً بر این نظر مبتنی هستند که طیفی از فرایندهای شناختی بهنجار و نابهنجار در رویارویی با

2. Proximal factor

3. Distal factor

4. Long-term distal- proximal continuum

1. Depression

* نویسنده مسئول:

حمیدرضا گلزار

نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی.

تلفن: ۵۳۶۶۳۳۷۱ (۷۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: hamidrezagolzar65@gmail.com

دهم) اشاره کرد [۱۰]. ویرسما و همکاران^{۱۳} دریافتند بیماران افسرده مزمن به شکل معناداری به سبک پاسخ نشخوار گرایش دارند [۱۱]. هیل و مکلاگالین^{۱۴} و نولن هوکسما نشان دادند افزایش نمره‌های سبک نشخوار با علائم افسردگی همبسته است [۱۲]. در ایران باقری‌نژاد و صالحی فردی و طباطبایی [۱۳] به بررسی رابطه نشخوار فکری و افسردگی و اضطراب^{۱۵} در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی پرداختند. نتایج نشان داد نشخوار فکری پس از کنترل اثر سن و جنس و میزان اضطراب به‌طور معناداری افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.

با وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، یافته‌های پیشین درباره رابطه نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ایرانی نیز تأیید شد. با وجود اینکه در سطح نظری و تجربی ارتباط نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوار با افسردگی بررسی شده، اما تاکنون در ایران پژوهشی که رابطه سلسله‌مراتبی نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوار و علائم افسردگی را بررسی کرده باشد، یافت نشد. پژوهش حاضر در قالب مدل علی، برگرفته از مدل تبادل استرس آسیب‌پذیری شناختی^{۱۶} هانکین و آبرامسون^{۱۷} [۱۴] مطرح شد.

در این مدل سبک پاسخ نشخوار، فهم نقش آسیب‌پذیری‌های شناختی را در ایجاد علائم افسردگی تسهیل می‌بخشد. در این مدل نگرش‌های ناکارآمد به عنوان متغیر برون‌زاد و سبک پاسخ نشخوار به عنوان متغیر واسطه‌ای و علائم افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد هستند. هدف اصلی این پژوهش بررسی این سؤال بود که آیا نگرش‌های ناکارآمد به واسطه سبک پاسخ نشخوار، علائم افسردگی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کنند. فرضیه پژوهش به این صورت ارائه شد: نگرش‌های ناکارآمد به واسطه سبک پاسخ نشخوار پیش‌بینی‌کننده معنادار علائم افسردگی هستند.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی با مدل معادله‌های ساختاری است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از رگرسیون چندگانه هم‌زمان مطابق با مراحل بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد. از شاخص‌های مطلق و ایجازی و تطبیقی، برای بررسی برازش مدل پیشنهادی و تعیین معناداری تأثیر غیرمستقیم متغیر میانجی از روش نمونه‌گیری‌های مکرر (خودرأه‌انداز) و نرم‌افزار Amos نسخه ۱۶ استفاده شد. در این مدل نگرش‌های ناکارآمد به عنوان متغیر برون‌زاد در قالب متغیر مکنون (پیش‌بین) و علائم افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد (ملاک) و سبک پاسخ نشخوار به عنوان متغیر واسطه‌ای بررسی شدند.

13. Wiersma

14. Hilt and Mcaughlin

15. Anxiety

16. Cognitive vulnerability-transactional stress

17. Hankin and Abramson

در مدل‌های شناختی عموماً مجموعه‌ای از شبکه‌های زنجیره‌ای علی در ایجاد و گسترش آسیب‌پذیری‌های شناختی و متعاقباً علائم افسردگی نقش دارند.

در پژوهش حاضر نگرش‌های ناکارآمد^۵ (نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی) به عنوان متغیر پیش‌بین و انتهای بر مبنای نظریه شناختی بک^۶ [۴] ساخته شده است. مطابق مدل شناختی بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این نگرش‌ها در برابر تغییر انعطاف‌ناپذیر و افراطی و مقاوم هستند، بنابراین ناکارآمدند. نگرش‌های ناکارآمد در خصوص موفقیت (اگر من در امتحان ریاضی مردود شوم، فرد شکست‌خورده‌ای هستم) یا عوامل درون‌فردی، (من دوست داشتنی نیستم، مگر اینکه زیبا باشم) یا عوامل بین‌فردی (من اگر دوستی نداشته باشم، آدم بی‌اهمیتی هستم) مطرح می‌شوند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که سبک نگرش‌های ناکارآمدی به کار می‌گیرند، در خطر علائم افسردگی قرار می‌گیرند. هالورسن، وانگ، ایسمن و واترلو^۷ [۵] در مطالعه‌ای طولی دریافتند نگرش‌های ناکارآمد در طرح‌واره‌های ناسازگار^۸ اولیه، دوره‌های افسردگی و شدت علائم را در نه سال بعد پیش‌بینی می‌کنند. توماس و والتر^۹ همبستگی مثبت و معناداری بین دو متغیر آسیب‌پذیری شناختی^{۱۰} یعنی نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخواری^{۱۱} با افسردگی نشان دادند [۶]. کرکیلی و کلپی و سیگیلیس^{۱۲} در راستای حمایت از مدل شناختی بک بیان می‌کنند نگرش‌های علائم و ناکارآمدی، علائم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند [۷].

پاسخ نشخوار به عنوان متغیر مجاور و میانجیگر از نظریه سبک پاسخ گرفته شده است [۸، ۹]. طبق این نظریه پاسخ‌های نشخواری می‌توانند به عنوان افکار تکرارشونده و رفتارهایی تعریف شوند که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی و دلایل و پیامدهای آن متمرکز می‌کند. برای نمونه می‌توان به تمرکز بر احساس افسردگی (احساس می‌کنم دوست ندارم کاری انجام دهم) و تمرکز برای یافتن دلیل افسردگی (چه اشتباهی از من سر زده که چنین احساسی دارم) و نگرانی درباره پیامدهای علائم افسردگی (وقتی چنین احساسی دارم نمی‌توانم کارهایم را انجام

5. Dysfunctional attitudes

6. Beck

7. Halvorsen, Wang, Eisemann and Waterloo

8. Schema

9. Thomas and Altareb

10. Cognitive vulnerability

11. Ruminative response

12. Kerqeli, Kelpi and Tsigilis

همبستگی هر سؤال، نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج نشان تمام سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی معناداری دارند ($P < 0/001$). ضرایب همبستگی بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۱ متغیر بود.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^{۱۹}

این نسخه ۲۰ سؤالی از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ۴۰ سؤالی بک، برون، استیر و ویسمن و در سه خرده‌مقیاس موفقیت و وابستگی و خودکنترلی تهیه شده است [۲۰]. سؤالات این مقیاس بر اساس طیف هفت گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق: نمره ۱، تا کاملاً مخالف: نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس کمترین نمره ۲۰ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. برای تعیین پایایی مقیاس در نمونه هنجاری شده ایران از آلفای کرونباخ استفاده شد که آلفای محاسبه‌شده برای این مقیاس ۰/۸۹ بود که ضریب پایایی خوب این مقیاس را بیان می‌کند. اعتبار این ابزار با پرسش‌نامه بک و پرسش‌نامه افکار اتوماتیک سنجیده شد که همبستگی خوبی داشت. پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد بسیار خوب گزارش شد.

در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آمد. برای بررسی روایی نیز ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج نشان داد تمام سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی معناداری دارند ($P < 0/001$). ضرایب همبستگی بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۵ متغیر بود. نمره زیرمقیاس‌ها با نمره کل آزمون برای زیرمقیاس‌های موفقیت و وابستگی و خودکنترلی، ۰/۵۳ و ۰/۶۰ و ۰/۵۷ حاصل شد. در مجموع پایایی و روایی این مقیاس در حد متوسط ارزیابی شد.

پرسش‌نامه پاسخ‌نشخوار^{۲۰}

نولن هوکسما و مارو^{۲۱} پرسش‌نامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار مدل متفاوت از واکنش به خلق منفی را ارزیابی می‌کند [۲۱]. پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. سبک پاسخ نشخوار ۲۲ سؤال دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر سؤال را در مقیاسی از نمره یک (هرگز) تا چهار (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند [۲۲]. در این مقیاس کمترین نمره ۲۲ و بیشترین ۸۸ است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری بر پایه شواهد تجربی، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد.

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد همبستگی بازآزمایی برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است [۲۳]. باقری نژاد و همکاران

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه شیراز در مقطع کارشناسی و در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بود. شیوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود که از میان چهار دانشکده علوم پایه، مهندسی، ادبیات و علوم انسانی ۲۰۰ نفر (۹۹ پسر و ۱۰۱ دختر) به صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند و با جلب اعتماد شرکت‌کنندگان نسبت به اینکه مشخصات آنان محرمانه خواهد ماند، به صورت انفرادی به سؤالات پژوهش پاسخ دادند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری روان‌پزشکی غیر از افسردگی و نداشتن بیماری پزشکی که مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش باشد و داشتن تمایل و زمان لازم برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش.

پس از مراجعه حضوری به دانشجویان و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درباره سابقه اختلالات روانی مثل بستری شدن و مصرف دارو و تشخیص هر یک از اختلالات روانی از سوی مراکز و متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی پرسیده و غربالگری لازم انجام شد. با توجه به پیشنهاد کلین (۱۹۹۸) که بیان می‌کند به ازای هر پارامتر محاسبه‌شده به ده آزمودنی نیاز است، حجم نمونه در مدل‌های ساختاری با توجه به ۲۰ پارامتر محاسبه‌شده، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم^{۱۸}

این مقیاس شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت علائم افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند. حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ و حداقل آن صفر است [۱۵]. مطالعات انجام‌شده درباره اعتبار ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک در کشورهای مختلف نشان می‌دهد این پرسش‌نامه اعتبار قابل قبولی دارد. کاپسی و همکاران [۱۶] در نمونه غیربالینی و بالینی، ضرایب همسانی درونی یک را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۲ را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ محاسبه کردند.

قاسمزاده و همکاران [۱۷] ضریب پایایی کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی را ۷۴ گزارش کردند. کارمودی [۱۸] ضریب آلفای کرونباخ را در یک نمونه دانشجویی ۰/۹۱ به دست آورد. رجبی و کسمایی [۱۹] ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی در حد مطلوب ۰/۷۵ به دست آمد. برای بررسی روایی ضریب

19. DAS

20. RRS

21. Morrow

18. BDI-II

جدول شماره ۴ بیانگر همبستگی سبک پاسخ نشخوار و نگرش‌های ناکارآمد با ضریب $0/45$ ، همبستگی سبک پاسخ نشخوار و علائم افسردگی با ضریب $0/57$ و همبستگی نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی با ضریب $0/38$ است که همگی در سطح کمتر از $0/01$ معنادار هستند ($P < 0/01$). همان‌گونه که یافته‌های **جدول شماره ۴** نشان می‌دهد تمام ضرایب معنادار هستند، به همین دلیل امکان بررسی مدل فراهم شد.

تحلیل مسیر

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش با توجه به اینکه قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای سبک پاسخ نشخوار و نگرش‌های ناکارآمد نیز مدنظر بود، از رگرسیون چندگانه هم‌زمان مطابق با مراحل بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد. این مراحل عبارتند از:

۱. رگرسیون هم‌زمان نگرش ناکارآمد بر علائم افسردگی (**جدول شماره ۵**، مرحله ۱)، ۲. رگرسیون هم‌زمان نگرش‌های ناکارآمد بر سبک پاسخ نشخوار (**جدول شماره ۵**، مرحله ۲)، ۳. رگرسیون هم‌زمان سبک پاسخ نشخوار بر افسردگی (**جدول شماره ۵**، مرحله ۳)، ۴. رگرسیون هم‌زمان سبک پاسخ نشخوار و نگرش‌های ناکارآمد بر افسردگی (**جدول شماره ۵**، مرحله ۴)، ۵. مقایسه مرحله یک و چهار، چنانچه ضرایب رگرسیون نگرش‌های ناکارآمد از مرحله یک به سه کاهش یابد نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای سبک پاسخ نشخوار بین نگرش‌های ناکارآمد با علائم افسردگی است.

جدول شماره ۵ مقادیر R و R^2 را نشان می‌دهد. مقدار R همبستگی ساده بین دو متغیر و به عبارتی شدت همبستگی بین دو متغیر را نشان می‌دهد. این مقادیر برای نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی $0/38$ ، برای نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوار $0/45$ ، برای سبک پاسخ نشخوار و علائم افسردگی $0/57$ و برای

برای نخستین بار این مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردند [۱۳]. آن‌ها پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ $0/88$ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی، همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج حاکی از آن است که تمام سؤال‌ها با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی معناداری دارند ($P < 0/01$). ضرایب همبستگی بین $0/30$ تا $0/72$ متغیر بود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر نگرش‌های ناکارآمد به عنوان متغیرهای درون‌زاد و سبک پاسخ نشخوار به عنوان متغیر واسطه‌ای و علائم افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد هستند. براین اساس یافته‌های پژوهش در سه بخش ارائه می‌شوند. بخش اول شامل اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش است، بخش دوم یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر را شامل می‌شود و بخش سوم شامل مدل‌یابی معادله‌های ساختاری و برازش مدل مذکور می‌شود.

در **جدول شماره ۱** شاخص‌های توصیفی مربوط به سن شرکت‌کنندگان از جمله میانگین ($21/66$)، انحراف‌معیار ($1/12$)، بالاترین نمره (27) و کمترین نمره (18) آورده شده است.

در **جدول شماره ۲** شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان علائم افسردگی در بین شرکت‌کنندگان آورده شده است. بیشترین میزان علائم بهنجار با فراوانی 71 و $25/67$ درصد و کمترین میزان علائم شدید با فراوانی 4 و $2/01$ درصد است.

شاخص‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف‌معیار، حداقل و حداکثر نمره افراد در متغیرهای پژوهش در **جدول شماره ۳** آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به سن شرکت‌کنندگان.

متغیر	میانگین	انحراف‌معیار	بالاترین نمره	کمترین نمره	تعداد
سن	۲۱/۶۶	۱۱/۲	۲۷	۱۸	۲۰۰

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان علائم افسردگی شرکت‌کنندگان بر اساس نمره پرسش‌نامه افسردگی بک.

میزان افسردگی	فراوانی	درصد
بهنجار	۷۱	۳۵/۶۷
خفیف	۷۴	۳۷/۱۸
متوسط	۵۰	۲۵/۱۲
شدید	۴	۲/۰۱
کل	۱۹۹	۱۰۰

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش.

متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
نگرش‌های ناکارآمد	۱۱۵/۲۸(۱۶/۰۷)	۳۶	۱۵۶	۲۰۰
سبک پاسخ نشخوار	۵۱/۱۵(۱۱/۰۴)	۲۶	۸۰	۲۰۰
علائم افسردگی	۱۱/۵۸(۱۲/۸۴)	۰۰	۵۸	۲۰۰

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

جدول ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش.

متغیرها	۱	۲	۳
نگرش‌های ناکارآمد	۱		
سبک پاسخ نشخوار	۰/۴۵**	۱	
علائم افسردگی	۰/۳۸**	۰/۵۷**	۱

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

P<۰/۰۱**

با سبک پاسخ نشخوار با کاهش ضریب بتا در مقایسه با مرحله اول توانسته است پیش‌بینی‌کننده معنادار علائم افسردگی باشد ($P<۰/۰۵$, $\beta=۰/۱۴$).

یافته‌های جدول شماره ۵ بیانگر سبک پاسخ نشخوار نقش واسطه‌ای نسبی در رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بوده است که مدل معادله‌های ساختاری این متغیرها چگونه است. آزمون تحلیل عاملی برای تعیین روابط هر متغیر با شاخص‌های آن انجام شد و مدل معادله‌های ساختاری نیز روابط علی متغیرهای پژوهش را تعیین کرد که نتایج آن در جدول شماره ۶ آمده است.

بر اساس جدول شماره ۶ روابط پنهان بین متغیر نگرش‌های ناکارآمد با شاخص‌های آن معنادار بوده است. بیشترین اثر را موفقیت (۰/۸۷) و کمترین اثر را وابستگی (۰/۶۱) داشته است. روابط بین سبک پاسخ نشخوار و عوامل آن نیز معنادار بوده است و بیشترین اثر را سبک پاسخ علائم متمرکز بر خلق منفی (۰/۹۰) و کمترین اثر را سبک پاسخ متمرکز بر علل و پیامدهای خلق

نگرش‌های ناکارآمد سبک پاسخ نشخوار و علائم افسردگی ۰/۵۹ است. مقدار R^2 نشان می‌دهد که چه مقدار از متغیر وابسته می‌تواند توسط متغیر مستقل تبیین شود. بر اساس یافته‌های این جدول نگرش‌های ناکارآمد ۰/۱۴ از واریانس علائم افسردگی و ۰/۲۰ از واریانس سبک پاسخ نشخوار را تبیین می‌کند، همچنین سبک پاسخ نشخوار ۰/۳۳ از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کند.

در مرحله چهار نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوار ۰/۳۵ از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کنند. ضریب استاندارد شده (Beta) نشان‌دهنده نقش مؤثر متغیر مستقل در پیش‌بینی معادله رگرسیون است. در تحلیل داده‌های رگرسیون ضرایب بتا حاکی از آن بود که در روابط مستقیم نگرش‌های ناکارآمد پیش‌بینی‌کننده معنادار و مثبت علائم افسردگی است ($\beta=۰/۳۸$ ، $P<۰/۰۱$)، همچنین نگرش‌های ناکارآمد پیش‌بینی‌کننده معنادار و مثبت سبک پاسخ نشخوار است ($\beta=۰/۴۵$ ، $P<۰/۰۱$)، سبک پاسخ نشخوار پیش‌بینی‌کننده معنادار و مثبت علائم افسردگی است ($\beta=۰/۵۷$ ، $P<۰/۰۱$)، متغیر نگرش‌های ناکارآمد هم‌زمان

جدول ۵. رگرسیون هم‌زمان متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و سبک پاسخ نشخوار بر افسردگی.

مرحله	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R ²	B	β	سطح معناداری
۱	نگرش‌های ناکارآمد	علائم افسردگی	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۳۰	۰/۳۸	<۰/۰۱
۲	نگرش‌های ناکارآمد	سبک پاسخ نشخوار	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۳۱	۰/۴۵	<۰/۰۱
۳	سبک پاسخ نشخوار	علائم افسردگی	۰/۵۷	۰/۳۳	۰/۶۷	۰/۵۷	<۰/۰۱
۴	نگرش‌های ناکارآمد	علائم افسردگی	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۱۱	۰/۱۴	<۰/۰۵
	سبک پاسخ نشخوار	علائم افسردگی	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۵۹	۰/۵۱	<۰/۰۱

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

جدول ۶. روابط بین متغیرهای پژوهش و شاخص‌های آن‌ها.

تأثیر استاندارد مستقیم متغیرهای مدل پژوهش						
متغیرها	علائم افسردگی	نگرش‌های ناکارآمد	سبک پاسخ نشخوار	انحراف استاندارد	سطح معناداری	
شناختی	۰/۸۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۸	۰/۰۰۱	
رفتاری	۰/۸۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۸	۰/۰۰۱	
جسمانی	۰/۸۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۰۰۱	
موفقیت	۰/۰۰	۰/۸۷	۰/۰۰	۰/۱۹	۰/۰۰۱	
وابستگی	۰/۰۰	۰/۶۱	۰/۰۰	۰/۱۲	۰/۰۰۱	
کنترل	۰/۰۰	۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۱۵	۰/۰۰۱	
پاسخ متمرکز بر علائم	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۰	۰/۱۴	۰/۰۰۱	
پاسخ متمرکز بر خود	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۸۴	۰/۱۰	۰/۰۰۱	
پاسخ متمرکز بر علل و پیامدهای خلق	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۴	۰/۰۶	۰/۰۰۱	

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران

نشخوار (۰/۵۶) است (جدول شماره ۷). به این ترتیب می‌توان مدل ساختاری روابط پنهان و آشکار متغیرها را با یکدیگر و با شاخص‌های آن‌ها مطابق با تصویر شماره ۲ ترسیم کرد. بر اساس این تصویر نگرش‌های ناکارآمد از طریق سبک پاسخ نشخوار تأثیر غیرمستقیم (۰/۲۸) بر علائم افسردگی داشته است. اثر کلی بر علائم افسردگی ۰/۴۴ برآورد شد. برای تعیین معناداری

منفی (۰/۷۴) داشته‌اند. روابط پنهان بین علائم افسردگی نیز با شاخص‌های آن معنادار بوده است. بیشترین اثر را رفتاری (۰/۸۹) و کمترین اثر را جسمانی (۰/۸۱) داشته است.

متغیرهای پژوهش بر علائم افسردگی تأثیر مستقیم داشته‌اند و بیشترین تأثیر بر علائم افسردگی مربوط به سبک پاسخ

جدول ۷. روابط بین متغیرهای پژوهش بر حسب مدل معادله‌های ساختاری.

تأثیر استاندارد مستقیم متغیرهای پژوهش			
متغیرها	نگرش‌های ناکارآمد	سبک پاسخ نشخوار	علائم افسردگی
سبک پاسخ نشخوار	۰/۵۱***	۰/۰۰	۰/۰۰
علائم افسردگی	۰/۱۶**	۰/۵۶***	۰/۰۰
تأثیر استاندارد غیره مستقیم متغیرهای پژوهش			
متغیرها	نگرش‌های ناکارآمد	سبک پاسخ نشخوار	علائم افسردگی
سبک پاسخ نشخوار	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
علائم افسردگی	۰/۲۸	۰/۰۰	۰/۰۰

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران

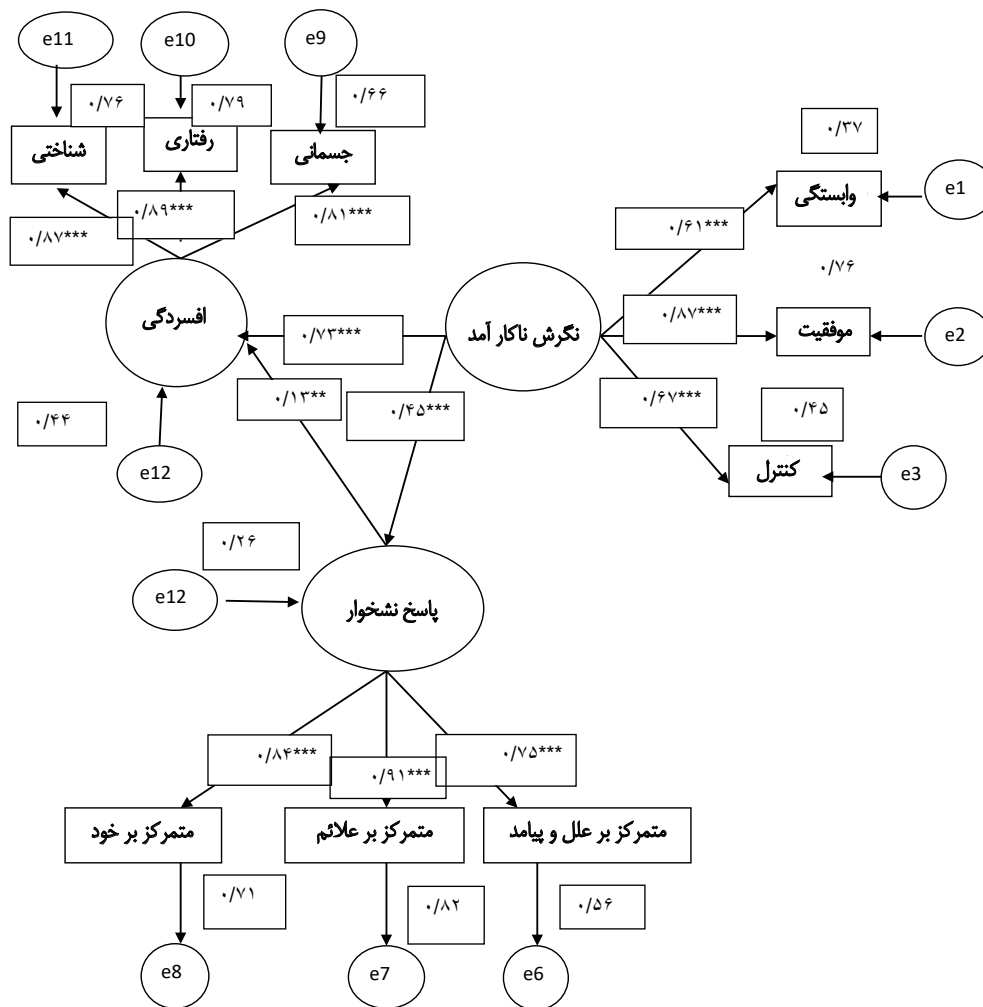
** P < ۰/۰۵

*** P < ۰/۰۱

جدول ۸. شاخص‌های نیکویی برازش مدل معادله‌های ساختاری پژوهش.

شاخص	مجذور خی	df	AGFI	GFI	CFI	IFI	NFI	RMSEA	P
بrazش مدل	۴۴/۲۸	۲۴	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۰۶	۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران



تصویر ۲. مسیرهای مدل.

** $P < 0.05$

*** $P < 0.01$

نباشد، بر برازندگی مدل دلالت دارد. آزمون مجذور خی توان بالایی دارد و هر چه حجم نمونه افزایش یابد، توان آزمون افزایش پیدا می کند، حتی اگر مدل با داده ها برازش قابل قبولی داشته باشد باید به شاخص های دیگر برازش نیز توجه کرد.

شاخص جذر میانگین مجذورهای خطای تقریب (RMSEA) به عنوان یکی از ملاک های مدل سازی ساختار کوواریانس شناخته شده است و مهم ترین شاخصی است که مبنای پذیرش یا رد یک مدل مفروض قرار می گیرد. مدل های RMSEA از ۰/۰۱ تا ۰/۰۵ برازندگی عالی، ۰/۰۶ تا ۰/۰۸ برازندگی خوب، ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ قابل قبول و بزرگ تر از ۰/۱۰ غیر قابل قبول است. شاخص نیکویی برازش (GFI) نسبت واریانس موجود در کواریانس همبستگی نمونه است، این شاخص باید بزرگ تر یا مساوی ۰/۹۰ باشد تا بتواند قابل قبول بودن مدل را نشان دهد (جدول شماره ۸).

اثر غیرمستقیم متغیر واسطه ای از روش نمونه گیری های مکرر خودرانداز با فاصله اطمینان ۹۵ درصدی از توزیع نمونه گیری استفاده شد. نتایج آزمون خودرانداز نشان داد سهم واسطه گری متغیرها برای نگرش های ناکارآمد برابر ۰/۲۸ (در دامنه ۹۵ درصد ۰/۲۰ تا ۰/۳۹) و معنادار بود ($P < 0.01$).

پس از برآورد متغیرها برازش مدل بررسی شد. درباره اینکه کدام شاخص های برازش گزارش شوند، یکی از پرطرفدارترین توصیه ها، توصیه جاکارد و وان (۱۹۹۶) است که پیشنهاد می کنند حداقل سه آزمون برازش گزارش شود. در این پژوهش از سه آزمون برازش مطلق و نسبی و ایجازی استفاده شد تا ملاک های مختلف منعکس شود. برای بررسی برازش مدل پیشنهادی از مجموع آماره های برازش، شاخص های مطلق (مجذور خی - RMSEA و GFI) و ایجازی (AGFI) و تطبیقی (CFI و IFI و NFI) اندازه گیری شد. اگر آزمون مجذور خی از لحاظ آماری معنادار

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد خلق پایین به عنوان یکی از علائم افسردگی افکار منفی را فرامی‌خواند، این افکار منفی بدون هدف در ذهن می‌چرخند و به دنبال آن افراد انگیزه عمل و توانایی حل مسئله را از دست می‌دهند و به صورت منفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازند، در نتیجه منجر به ایجاد و تشدید علائم افسردگی می‌شود. افراد با سبک پاسخ نشخوار فکری به دلیل گرایش به انزوا، مرور احساسات ناشی از مشکل، انتقاد از خود و نگرانی درباره حل نشدن مشکل، علائم افسردگی بیشتری را از خود نشان می‌دهند.

مولدز و همکاران [۲۹] نشان داده‌اند پاسخ‌های نشخواری با قدرت انطباق ضعیف‌تر و خصومت و استرس بیشتر نیز رابطه دارند که بروز هر کدام از این‌ها می‌تواند نقش موثری در پیدایش علائم افسردگی داشته باشد. از دیگر یافته‌های عمده پژوهش حاضر، تأیید نقش میانجیگری سبک پاسخ نشخوار در رابطه با نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی است. مدل‌های شناختی عموماً فرض می‌کنند در ایجاد و گسترش آسیب‌پذیری‌های شناختی مجموعه‌ای از شبکه‌های زنجیره‌ای علی وجود دارد [۲] که عموماً در مدل‌های استرس آسیب‌پذیری سبک پاسخ نشخوار و نگرش‌های ناکارآمد به عنوان پیش‌آیندهای آسیب‌پذیری شناختی در شبکه زنجیره‌ای علی علائم افسردگی مطرح هستند.

با نگاهی به مؤلفه‌های کمال‌گرایانه و نامنعطف، نگرش‌های ناکارآمد قابل درک هستند، مثلاً نگرش ناکارآمد می‌تواند برای دستیابی به موفقیت (اگر من در امتحان ریاضی شکست بخورم، فرد شکست خورده‌ای هستم) یا عوامل بین‌فردی (اگر من دوستان زیادی نداشته باشم، فرد بی‌ارزشی هستم) یا عوامل درون‌فردی (اگر من تناسب اندام خوبی نداشته باشم، ناشایست هستم) باشد.

در اینجا فرد در رویارویی با رویدادهای منفی و رایج زندگی، به جای تعدیل کردن افکار غیرمنطقی خود و فراگیری راهبرد مسئله‌مدار، سعی می‌کند به پیامدهای باورها و نگرش‌های ناکارآمد خود متمرکز شود. در این صورت یا بر خود متمرکز می‌شود (فکر می‌کند که چرا مشکلاتی دارد که دیگران ندارند، یا چرا نمی‌تواند بهتر به اداره کردن امور بپردازد)، یا بر علائم منفی خلق خود متمرکز می‌شود (فکر می‌کند تمرکز کردن دشوار است و احساس دردمندی و حذف ناتوانی می‌کند) و یا بر علل و پیامدهای احتمالی خلق منفی متمرکز می‌شود (فکر می‌کند اگر در همین حالت باقی بماند، نمی‌تواند وظایفش را انجام دهد).

حذف این‌ها موجب انزوای بیشتر فرد، انتقاد از خود، مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی درباره حل نشدن مشکل، کاهش قدرت سازگاری، تجربه استرس بیشتر و از دست دادن انگیزه عمل و توانایی حل مسئله می‌شود. هر کدام از این نکات از مصادیق و مؤلفه‌های حائز اهمیت در سبک پاسخ نشخوار است [۳۰]. در مجموع می‌توان گفت افراد با نگرش‌های ناکارآمد در

بایرن (۱۹۹۸) در شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) پیشنهاد می‌کند این شاخص باید آماره برازش برگزیده‌ای برای پژوهش مدل‌سازی معادله‌های ساختاری باشد و مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۹۰ بیانگر برازش خوب است. مقادیر قابل قبول شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ است. بنابراین از مجموع شاخص‌های برازش مطلق RMSEA=۰/۰۶ و ایجازی AGFI=۰/۹۱ و تطبیقی CFI=۰/۹۷، می‌توان دریافت که مدل طراحی شده با داده‌های نمونه برازش مناسب و ارتباط نزدیکی با فرض‌های نظری دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی شدت علائم افسردگی در قالب نظریه آسیب‌پذیری‌های شناختی بود. در این پژوهش مسیرها به صورت مرحله‌ای بحث و تفسیر شد. همان گونه که یافته‌های حاصل از جدول شماره ۵ نشان می‌دهد نگرش‌های ناکارآمد، علائم افسردگی را به‌طور مثبتی پیش‌بینی می‌کنند. شواهد پژوهشی متعدد تأییدکننده یافته مذکور است، از جمله یافته‌های ابلا و هانکین [۲۴]، ابلا و اسکیتچ [۲۵]. این پژوهشگران دریافتند سطوح بالاتر نگرش‌های ناکارآمد با سطوح بالاتر علائم افسردگی هم‌بسته است.

دی‌الساندرو و بارتون^{۲۲} [۲۶] در آزمون نظریه استرس آسیب‌پذیری‌شناختی بک، نگرش ناکارآمد را به عنوان عامل خطر در بروز علائم افسردگی بعدی معرفی می‌کنند. مواقعی که افراد با نگرش‌های ناکارآمدی با رویدادهای منفی زندگی مواجهه می‌شوند، مستعد ایجاد تفاسیر سوگیری‌شده به شکل منفی از خودشان و جهان و آینده هستند که منجر به بروز علائم افسردگی در افراد می‌شود [۲۷].

ارتباط نگرش‌های ناکارآمد و شدت علائم افسردگی را در شرکت‌کنندگان می‌توان در قالب چهار فکر اصلی بیان کرد که عبارتند از: ۱. من باید تأیید کسانی را که برایم مهم هستند، جلب کنم؛ ۲. من باید همواره تلاش کنم و فرد مؤثری باشم؛ ۳. من باید آنقدر دقیق عمل کنم که به هیچ‌وجه به خود و دیگران آسیبی نرسانم؛ ۴. من باید در کارهای مهم عملکرد خوبی داشته باشم. در بررسی این نگرش‌ها نوعی باید‌های مطلق‌گرایانه و کمال‌گرایانه و نیاز به تأیید و موثربودن مشخص است که بر اساس نظریه عقلانی‌هیجانی، ریشه اصلی مشکلات هیجانی است. از دیگر یافته‌های حاصل در جدول شماره ۵، رابطه معنادار و مثبت سبک پاسخ نشخوار بر شدت علائم افسردگی است.

این یافته با پژوهش‌های جورمن^{۲۳} [۲۸]، مولدز، کنریس، استار و وونگ^{۲۴} [۲۹] و نولن هوکسما و همکاران [۳۰] همسو است.

22. D.Alessandro and Burton

23. Joormann

24. Moulds, Kandris, Star and Wong

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

رویارویی با رویدادهای کم و بیش معمول زندگی استرس و علائم افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند که این به نوبه خود موجب ظهور و بروز خلق منفی در فرد می‌شود. خلق منفی در فرد به جای فراگیری دیگر راهبردهای سبک پاسخ تفکر از قبیل حل مسئله یا حواس‌پرتی به سبک تفکر نشخوارگری پاسخ می‌دهد. فرد در پاسخ به خلق منفی، بر خود یا علائم و علل و پیامدهای خلق منفی تمرکز می‌کند.

نتایج شاخص‌های برازش مطلق $RMSEA=0/06$ و ایجازی $AGFI=0/91$ و تطبیقی $CFI=0/97$ نشان داد مدل طراحی شده با داده‌های نمونه برازش مناسب و ارتباط نزدیکی با فرض‌های نظری در مدل‌های آسیب‌پذیری شناختی نسبت به علائم افسردگی دارد. مدل‌های آسیب‌پذیری شناختی دو طبقه از عوامل علی مجاور^{۲۵} (نزدیک) و انتهایی^{۲۶} (دوربرد) را در طیف زمانی کوتاه‌مدت و بلندمدت^{۲۷} (زنجیره علی تقریبی) مطرح می‌کنند. علل مجاور به یک عامل خطر نسبی اشاره دارد که به لحاظ زمانی بلافاصله قبل از یک اختلال رخ می‌دهد. علل انتهایی به یک عامل خطر نسبی اشاره دارد که به لحاظ زمانی قبل از عامل خطر مجاور رخ می‌دهد و می‌تواند آن را تحت رابطه قرار دهد. تمایز این دو نسبی است و در ماهیت یک عامل خطر می‌تواند هم مجاور و هم انتهایی باشد [۳].

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است و باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. بهتر است نتایج تنها به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، تعمیم داده شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های دیگر و به روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. پژوهش حاضر در قالب طرح همبستگی صورت گرفته است و در استنباط روابط علی باید احتیاط کرد. در این پژوهش بیش از ۷۰ درصد از آزمودنی‌ها بر پایه تنها مقیاس موجود، یا افسرده نبودند و یا افسردگی در حد خفیف داشتند، بنابراین نتیجه‌گیری باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در راستای شبکه زنجیره علی که در آسیب‌شناسی شناختی افسردگی مطرح است، متغیرها و مکانیزم‌های میانجیگر سبک پاسخ نشخوار در بروز و شدت علائم افسردگی شناسایی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر نقش واسطه‌ای سبک پاسخ نشخوار در رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی است. این یافته می‌تواند تبیین و سبب‌شناسی نشانه‌های افسردگی را با توجه به متغیرهای آسیب‌پذیری شناختی تسهیل کند.

25. Proximal factor

26. Distal factor

27. Long-term distal-proximal continuum

References

- [1] Barlow DA. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. New York: Guilford Publications Inc.; 2006.
- [2] Riskind JH, Alloy LB. The cognitive vulnerability to depression (CVD) Project: Current findings and future directions. In Alloy LB, Riskind JH, editors. *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. New Jersey: Paulist Press; 2006.
- [3] Ingram RE, Atchley RA, Segal ZV. *Vulnerability to depression: From cognitive neuroscience to prevention and treatment*. New York: Guilford Publications Inc.; 2011.
- [4] Kooshki S, Jamali M, Salehi M, Akbari H. [The effectiveness of stress reduction strategies based on mindfulness and dysfunction attitudes in a group of patients with heart disease (Persian)]. *Psychol Studies*. 2012; 15(4):93-112.
- [5] Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy & Research*. 2009; 34(4):368-79. doi: 10.1007/s10608-009-9259-5
- [6] Thomas J, Altareb B. Cognitive vulnerability to depression: An exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 2011; 85(1):117-21. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02015.x
- [7] Kërqli A, Kelpi M, Tsigilis N. Dysfunctional attitudes and their effect on depression. *Procedia - Social & Behavioral Sciences*. 2013; 84:196-204. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.534
- [8] Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 1987; 101(2):259-82. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.259
- [9] Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100(4):569-82. doi: 10.1037/0021-843x.100.4.569
- [10] Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993;102(1):20-28. doi: 10.1037/0021-843x.102.1.20
- [11] Wiersma JE, van Oppen P, van Schaik DJF, van der Does AJW, Beekman ATF, Penninx BWJH. Psychological Characteristics of Chronic Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011; 72(3):288-94. doi: 10.4088/jcp.09m05735blu
- [12] Hilt LM, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Examination of the response styles theory in a community sample of young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2010; 38(4):545-56. doi: 10.1007/s10802-009-9384-3
- [13] Bagherinezhad M, Salehi Fadradi J, Tabataba'i M. [The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students (Persian)]. *Studies in Education & Psychology*. 2010; 11(1):21-38.
- [14] Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*. 2001; 127(6):773-96. doi: 10.1037/0033-2909.127.6.773
- [15] Beck A. T, Steer R.A, Brown G. K. *Beck Depression Inventory -2nd edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
- [16] Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression & Anxiety*. 2008; 25(10):104-110. doi: 10.1002/da.20371
- [17] Ghassemzadeh H, Mojtaba'i R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression & Anxiety*. 2005; 21(4):185-92. doi: 10.1002/da.20070
- [18] Carmody DP. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students of diverse ethnicity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2005; 9(1):22-8. doi: 10.1080/13651500510014800
- [19] Rajabi GhR, Karjoo Kasmaei S. [Psychometric properties Beck Depression Inventory-Second edition (BDI-II-Persian) (Persian)]. *Educational Measurement*. 2012; 10(3):139-157.
- [20] Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment*. 1991; 3(3):478-83. doi: 10.1037/1040-3590.3.3.478
- [21] Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1991; 61(1):115-21. doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115
- [22] Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Ruminative reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy & Research*. 2003; 27(3):247-259. doi: 10.1023/a:1023910315561
- [23] Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. New York: Wiley & Sons. 2004.
- [24] Abela JRZ, Hankin BL. Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In Abella JRZ, Hankin BG, editors. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Guilford Publications, Inc.; 2008
- [25] Abela JRZ, Skitch SA. Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research & Therapy*. 2007; 45(6):1127-40. doi: 10.1016/j.brat.2006.09.011
- [26] D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the dysfunctional attitudes scale for children: Tests of Beck's Cognitive Diathesis-Stress Theory of Depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy & Research*. 2006; 30(3):335-53. doi: 10.1007/s10608-006-9046-5
- [27] Alloy LB, Abramson LY, Gibb BE, Crossfield AG, Pieracci AM, Spasojevic J, et al. Developmental antecedents of cognitive vulnerability to depression: Review of findings from the cognitive vulnerability to depression project. Current findings and future directions. In Alloy LB, Riskind JH, editors. *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. New Jersey: Paulist Press; 2006.

- [28] Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy & Research*. 2006; 30(2):149–60. doi: 10.1007/s10608-006-9035-8
- [29] Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong ACM. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research & Therapy*. 2007; 45(2):251–61. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.003
- [30] Dobson KS, Dozois DJA. Risk factors in depression. New York: Elsevier; 2008.

Research Paper

Dropout in Outpatient Psychiatric Clinic, Roozbeh Hospital: One Year Follow-Up



*Zahra Mirsepassi¹, Javad Alaghband Rad², Vandad Sharifi³, Valentine Artounian¹, Parvaneh Farhad Beigi⁴, Fattaneh Abdi⁵, Omran Mohammad Razaghi³, Hamidreza Naghavi¹, Homayoun Amini⁶, Sara Jafari⁷

1. Psychiatrist, Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Psychiatrist, Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MSc., Cognitive Psychology, Institute for Cognitive Science Studies, Tehran, Iran.
5. MSc., Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Psychiatrist, Professor, Psychosomatic Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
7. Psychiatrist, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Mirsepassi Z, Alaghband Rad J, Sharifi V, Artounian V, Farhad Beigi P, Abdi F, et al. [Dropout in Outpatient Psychiatric Clinic, Roozbeh Hospital: One Year Follow-Up (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):330-339. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.348>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.348>

Received: 04 Aug. 2016

Accepted: 15 Nov. 2016

ABSTRACT

Objectives Mental illnesses are common among outpatient clinics, but only some of these patients receive adequate treatments and attend. The purpose of this study is to evaluate the dropout rate and identify the predictors of dropouts in outpatient clinics in Roozbeh Psychiatric Hospital.

Methods A questionnaire designed by expert psychiatrists was filled. The questionnaire consists of information collected from medical records of 400 patients who consulted outpatient clinics of Roozbeh Psychiatric Hospital. The data were analyzed using SPSS16.

Results The total dropout rate was 57.8% (males: 33.5% and females: 24.3%). The dropout rates in adult and child and adolescent clinics were 58% and 43.8%, respectively. A total of 11% of total dropout rate was in patients under 18 years, 41.8% was in patients aged 18 to 65 years, and 5% was in patients aged 65 years and over. There were significant relationships between drop out rate and variables of patients' age, educational degrees, occupation, referral point, and type of diagnosis. However, no significant relationships were found between drop out rate and gender or marital status of the patients.

Conclusions Dropout is a common barrier in delivering outpatient psychiatric treatments. There need to be proper interventions to reduce such dropouts.

Keywords:

Dropout, Continuity of care, Outpatient, Psychiatric clinic

* Corresponding Author:

Zahra Mirsepassi, MD

Address: Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 55412222

E-mail: z-mirsepassi@sina.tums.ac.ir

میزان عدم پیگیری درمان در درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه: پیگیری یکساله

*زهرا میرسیاسی^۱، جواد علاقیبندراد^۲، ونداد شریفی^۳، والتین آرتونیان^۱، پروانه فرهادیگی^۴، فتانه عبدی ماسوله^۵، عمران محمدرزاقی^۶، حمیدرضا نقوی^۱، همایون امینی^۶، سارا جعفری^۷

- ۱- روانپزشک، استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۲- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۳- روانپزشک، دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۴- کارشناسی ارشد روانشناسی شناختی، پژوهشکده علوم شناختی، تهران، ایران.
- ۵- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۶- روانپزشک، استاده، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
- ۷- دکترای روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: اختلالات روان‌پزشکی در میان جمعیت عمومی و مراجعان درمانگاه‌های سرپایی شایع هستند، ولی فقط بخشی از افرادی که نیازمند درمان‌های روان‌پزشکی هستند، برای بررسی تشخیصی و درمان به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند. از بین این مراجعه‌کنندگان نیز تعداد اندکی درمان را پیگیری می‌کنند و بقیه افراد درمان را ادامه نمی‌دهند. این پژوهش با هدف تعیین میزان ریزش (عدم مراجعه) بیماران به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه و تعیین عوامل مرتبط با آن انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پرونده ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه در سال ۱۳۹۲ بررسی شد و اطلاعات لازم در چک‌لیستی که جمعی از متخصصان طراحی کرده بودند، یادداشت شد. داده‌ها به روش آزمون خی دو و رگرسیون لجستیک و با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شده است.

یافته‌ها: میزان ریزش در درمانگاه سرپایی ۵۷/۸ درصد بود. این میزان در درمانگاه افراد بزرگسال ۵۸ درصد و در درمانگاه کودک‌ونوجوان ۴۳/۸ درصد به‌دست آمده است. بیماران با سن کمتر از ۱۸ سال ۱۱ درصد از ریزش و بیماران ۱۸ تا ۶۵ سال ۴۱/۸ درصد از ریزش و بیماران بیشتر از ۶۵ سال ۵ درصد از ریزش را تشکیل می‌دادند. بیماران مرد ۳۳/۵ درصد از ریزش و بیماران زن ۲۴/۳ درصد از ریزش را به خود اختصاص می‌دادند. بین سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی بیماران، منبع ارجاع و نوع تشخیص با میزان ریزش رابطه معنادار وجود داشت، اما رابطه بین جنسیت و وضعیت تأهل بیماران با میزان ریزش معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: ریزش و عدم پیگیری درمان مشکلی شایع در روند درمان سرپایی بیماران مراجعه‌کننده به روان‌پزشک است که در بیماران بزرگسال میزان آن بیشتر است. به همین دلیل برنامه‌ریزی برای انجام مداخلات لازم برای کاهش میزان ریزش بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

تاریخ دریافت: ۱۴ مرداد ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۲۵ آبان ۱۳۹۵

کلیدواژه

ریزش، عدم مراجعه، درمانگاه سرپایی روان‌پزشکی

مقدمه

تحمیل می‌کنند. با وجود این، تنها بخشی از افرادی که نیازمند درمان روان‌پزشکی هستند، برای بررسی تشخیصی و درمان به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند. از بین افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند تنها برخی از آنان درمان را پیگیری می‌کنند [۸-۵]. عوامل مختلفی در پیگیری درمان روان‌پزشکی نقش دارند. برخی از این عوامل عبارتند از: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل بیماران. اگرچه نتایج مطالعات درباره نقش این عوامل یکسان نبوده است [۹-۱۶].

شناسایی ویژگی‌های مؤثر در عدم پیگیری درمان باید مدنظر

اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی و در سطح مراقبت‌های اولیه بسیار شایع است [۱، ۲]. بر اساس آخرین پژوهش انجام‌شده در ایران، شیوع اختلالات روان‌پزشکی ۲۳/۶ تا ۳۳/۳ درصد است [۳، ۴]. در یک مطالعه منتشرنشده که علاقیبند و همکاران (۲۰۰۳) انجام داده‌اند، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان حدود ۳۰ درصد تخمین زده شده است (اپیدمیولوژی روان‌پزشکی کودک و نوجوان در ایران) [۲۲].

این اختلالات هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیمی بر جامعه

* نویسنده مسئول:

دکتر زهرا میرسیاسی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: z-mirsepasi@sina.tums.ac.ir

ابتدا ۳۰ پرونده به عنوان پایلوت بررسی و اطلاعات مربوطه در پرسش‌نامه‌ها وارد شد. در جلساتی با متخصصان تغییرات لازم در پرسش‌نامه‌ها اعمال شد، سپس اطلاعات لازم از بقیه پرونده‌ها جمع‌آوری شد. این اطلاعات شامل شماره پرونده بیماران، محل سکونت آنان، تاریخ اولین مراجعه، سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، نام درمانگاه، منبع ارجاع، تشخیص افتراقی اول، تشخیص افتراقی دوم، تشخیص افتراقی سوم و تعداد مراجعات مجدد به درمانگاه با فاصله زمانی یک سال بود. هر یک از سه روان‌پزشک، مسئولیت تکمیل تعدادی از پرسش‌نامه‌ها را بر عهده گرفتند. جلسات هماهنگی بین این سه فرد برگزار شد و در موارد مشکوک با یکدیگر به توافق رسیدند. در مواردی که اطلاعات در پرونده ثبت نشده بود، در پرسش‌نامه خالی گذاشته شد و به عنوان اطلاعات از دست‌رفته در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌ها بدون ثبت نام و نام‌خانوادگی تکمیل شدند و تنها شماره پرونده مراجعان ثبت شد و اطلاعات گرفته‌شده درباره هر فرد به صورت محرمانه باقی ماند.

حجم نمونه لازم برای تخمین میزان ریزش ۵۰ درصد با در نظر گرفتن کل مراجعه‌کنندگان به درمانگاه، معادل ۷۲۰۰ بیمار در سال و فرض خطای ۴ درصد، با در نظر گرفتن خطای نوع یک ۵ درصد و نوع دو ۲۰ درصد، ۴۲۳ بیمار بود که برای جمعیت‌های محدود (مراجعان به درمانگاه) تصحیح شد و حجم نمونه از ۴۲۳ بیمار به ۴۰۰ بیمار رسید.

آمارهای توصیفی از جمله یافتن درصد و میانگین بیماران در هر یک از درمانگاه‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS محاسبه شد. در مواردی که فراوانی نسبی نتایج قابل تأملی را گزارش کرده بود، از رتبه درصدی نیز استفاده شد. ابتدا با آزمون خی دو مشخص شد که کدام متغیرها در ریزش مؤثر هستند و سپس متغیرهایی که در آزمون خی دو معنادار گزارش شده بودند، با روش رگرسیون لجستیک بررسی شدند. سطح معناداری ۰/۰۱ به عنوان سطح قابل ورود به تحلیل در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده برای بار اول به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه در بازه زمانی ذکر شده، ۲۸۱ بیمار (۷۲/۵ درصد) به درمانگاه بزرگسال، ۸۹ بیمار (۲۲/۲ درصد) به درمانگاه کودک و نوجوان و ۳۰ بیمار (۷/۵ درصد) به درمانگاه مغز و اعصاب مراجعه داشتند. در مورد وضعیت سنی مراجعان به درمانگاه، ۹۵ بیمار (۲۳/۸ درصد) کمتر از ۱۸ سال، ۲۷۹ بیمار (۶۹/۸ درصد) ۱۸ تا ۶۵ سال و ۲۶ بیمار (۶/۵ درصد) بیشتر از ۶۵ سال سن داشتند.

در گروه بیماران کمتر از ۱۸ سال ۴۴ بیمار (۱۱ درصد)، در گروه ۱۸ تا ۶۵ سال ۱۶۷ بیمار (۴۱/۸ درصد) و در گروه بالاتر از ۶۵ سال ۲۰ بیمار (۵ درصد) ریزش داشتند. در ارزیابی با آزمون

قرار گیرد. شناسایی این ویژگی‌ها کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن آن‌ها بتوانیم برای بهبود روند درمان و ادامه پیگیری‌ها مداخلاتی طراحی کنیم. بر اساس بررسی‌های، تاکنون در ایران میزان ریزش بیماران در مراکز دولتی روان‌پزشکی بررسی نشده است. یک مطالعه در کرمانشاه انجام شد که ۱۵۰۰ بیمار سرپایی روان‌پزشکی را به مدت ۲ سال پیگیری و میزان ریزش را بررسی کرد. این مطالعه در یک مرکز خصوصی کرمانشاه انجام شد. نتایج نشان داد عدم پیگیری درمان در جوانان، مردان، سطوح پایین تحصیلات، افراد بیکار و افراد با سابقه طلاق بیشتر است و از نظر نوع تشخیص، پیگیری نکردن درمان در اختلالات مرتبط با مواد و اسکیزوفرنیا و اختلالات سایکوتیک بیشتر است [۱۷].

بررسی پیگیری درمان در بیماران مراجعه‌کننده به یک درمانگاه سرپایی روان‌پزشکی در کشور و میزان عدم پیگیری درمان و مقایسه آن با مراکز روان‌پزشکی دیگر کشورها، کمک می‌کند تا علل احتمالی و موانع موجود در روند پیگیری درمان در بیماران و تفاوت‌های احتمالی آن را با مراکز کشورهای دیگر دریابیم.

روش

در پژوهش حاضر منظور از ریزش بیماران، مواردی است که بیماران تنها یک بار به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه (بیمارستان دانشگاهی) مراجعه کرده‌اند و بعد از آن در بازه زمانی یک ساله، برای پیگیری به این مرکز مراجعه نکرده‌اند. هدف اصلی این مطالعه تعیین میزان ریزش بیمارانی است که برای اولین بار به درمانگاه سرپایی مراجعه کرده‌اند، هدف فرعی پژوهش پیگیری یک‌ساله و تعیین عوامل مرتبط با این ریزش است.

بیمارستان روزبه درمانگاه‌های روان‌پزشکی بزرگسال، کودک و نوجوان و مغز و اعصاب دارد. مطالعه حاضر مطالعه‌ای گذشته‌نگر است که پرونده‌های درمانگاهی مراجعان را بررسی کرده است. بر اساس اطلاعات سیستم سلامت بیمارستان روزبه در طول سال ۷۲۰۰ مراجع به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه مراجعه می‌کنند. در سال ۱۳۹۲ به طور تصادفی اطلاعات مربوط به یک هفته در هر ماه بررسی شده است. بدین منظور پرونده‌های مراجعانی که برای اولین بار به درمانگاه سرپایی بیمارستان روان‌پزشکی روزبه مراجعه کرده بودند بررسی شد.

مراجعان به یکی از سه درمانگاه بزرگسال، کودک و نوجوان و مغز و اعصاب مراجعه کرده‌اند و در اولین معاینه به‌وسیله روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب (عضو هیئت علمی یا کادر درمان) و در معاینه‌های پیگیری به‌وسیله روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب (عضو هیئت علمی یا کادر درمان) یا دستیار معاینه شده‌اند. با همکاری جمعی از اساتید و صاحب‌نظران و متخصصان روان‌پزشکی، چک‌لیستی تهیه شد و سه متخصص روان‌پزشکی پرونده‌ها و ابزارها را بررسی کردند.

مرد بودند که از این تعداد ۱۰۱ بیمار (۶۴/۳ درصد) ریزش داشتند. در درمانگاه کودک و نوجوان، ۲۷ بیمار (۳۰/۳ درصد) دختر و ۶۲ بیمار (۶۹/۷ درصد) پسر بودند. میزان ریزش بین دو جنس تقریباً مشابه بود (۴۴/۴ درصد در دختران و ۴۳/۵ درصد در پسران). رابطه جنسیت با ریزش معنادار نبود ($P=0/477$, $df=1$).

در زمینه سطح تحصیلات، در درمانگاه بزرگسال ۷۴ بیمار (۲۶/۳ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. ۶۰/۹ درصد از بیمارانی که تحصیلات ابتدایی داشتند، ریزش داشتند. رابطه تحصیلات با

خی سن بیماران ریزش معنادار داشت. ($P=0/009$, $df=2$). در تحلیل رگرسیون لجستیک از بین سه گروه رابطه گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال ریزش معناداری داشت ($P=0/037$).

در زمینه جنسیت بیماران، از ۴۰۰ بیمار مراجعه کننده، ۱۷۴ بیمار (۴۳/۵ درصد) زن بودند، از این تعداد ۹۷ بیمار (۲۴/۳ درصد) ریزش داشتند. ۲۲۶ بیمار (۵۶/۵ درصد) نیز مرد بودند، از این تعداد ۱۳۴ بیمار (۳۳/۵ درصد) ریزش داشتند. در درمانگاه بزرگسال ۱۲۴ بیمار (۴۴/۱ درصد) زن و ۱۵۷ بیمار (۵۵/۹ درصد)

جدول ۱. ویژگی های دموگرافیک بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان روزبه.

متغیر	گروه	تعداد
سن	زیر ۱۸ سال	۹۵
	۱۸-۶۵ سال	۲۷۹
	بالتر از ۶۵ سال	۲۶
جنس	مذکر	۲۲۶
	مونث	۱۷۴
تحصیلات	بی سواد	۴۳
	پنجم دبستان	۵۵
	سیکل	۶۷
	دیپلم	۸۱
	تحصیلات دانشگاهی	۶۳
شغل	بیکار	۸۵
	کارمند	۲۸
	شغل آزاد	۴۴
	خانه دار	۹۴
	کارگر	۱۴
	بازنشسته	۱۸
	دانشجو	۱۷
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱۴
	متارکه کرده	۷
	بیوه	۱
محل سکونت	متاهل	۱۵۳
	شهر تهران	۲۸۱
	استان تهران	۵۴
	دیگر استان ها	۶۴
	نامشخص	۱

جدول ۲. منبع ارجاع بیماران در درمانگاه بزرگسال و کودک و نوجوان بیمارستان روزبه.

درمانگاه کودک و نوجوان		درمانگاه بزرگسال		منبع ارجاع
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۶/۴	۶۸	۶۶/۲	۱۸۶	خود بیمار و خانواده
۲۰	۱۸	۲۰/۳	۵۷	پزشکان
۰	۰	۷/۵	۲۱	بیمه‌ها
۰	۰	۰/۷	۲	نیروی انتظامی
۲/۲	۲	۲/۵	۷	پزشکی قانونی
۱/۱	۱	۲/۱	۶	نظام‌وظیفه

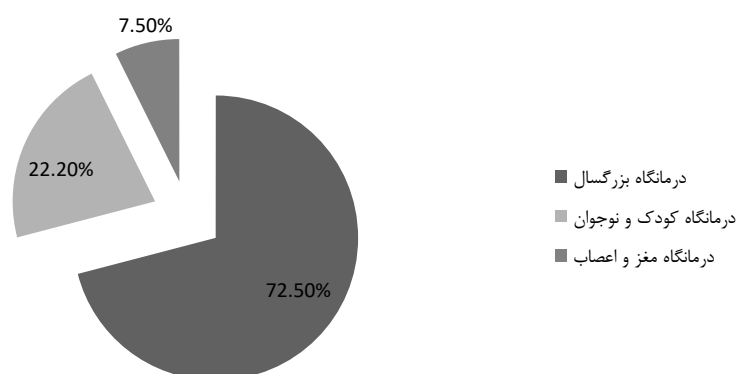
مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

بیشترین ریزش در گروه بیکار (۷۵/۹ درصد) و کمترین ریزش در گروه خانه‌دار دیده شد (۴۵ درصد). رابطه شغل بیماران با ریزش معنادار بود ($df=7, P=0/000$). در تحلیل رگرسیون لجستیک رابطه بین بازنشستگی و ریزش معنادار گزارش شد ($P=0/011$). درزمینه وضعیت تأهل، از بین ۲۸۱ بیمار مراجعه‌کننده به

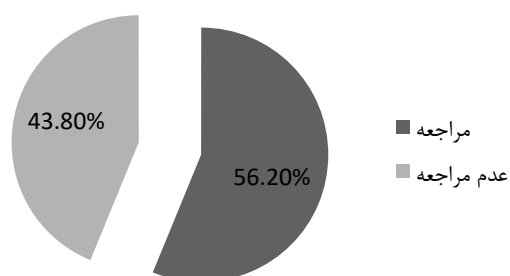
ریزش معنادار بود ($df=5, P=0/016$).

درزمینه وضعیت شغلی، در درمانگاه بزرگسال ۸۰ بیمار (۲۸/۵ درصد) خانه‌دار، ۷۹ بیمار (۲۸/۱ درصد) بیکار، ۴۳ بیمار (۱۵/۳ درصد) شغل آزاد، ۲۵ بیمار (۸/۹ درصد) کارمند، ۱۵ بیمار (۵/۳ درصد) بازنشسته و ۱۵ بیمار (۵/۳ درصد) دانشجو بودند.

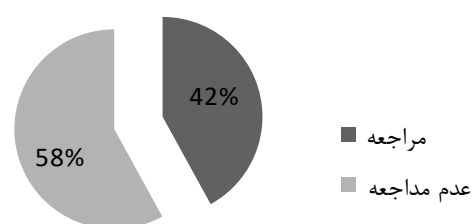
درمانگاه بیمارستان روزبه



درمانگاه کودک و نوجوان



درمانگاه بزرگسال



مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

تصویر ۱. میزان عدم مراجعه بیماران به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه بعد از اولین معاینه.

جدول ۳. تعیین رابطه نوع تشخیص با میزان ریزش بیماران در درمانگاه بزرگسال بیمارستان روزبه در پیگیری یکساله.

تشخیص	تعداد بیماران	درصد بیماران	تعداد ریزش	درصد ریزش
سایکوتیک	۱۶	۵/۷	۷	۲/۵
دوقطبی	۱۶	۵/۷	۹	۳/۲
افسردگی	۴۹	۱۷/۴	۲۶	۹/۳
اضطراب	۱۵	۵/۳	۷	۲/۵
سوء مصرف مواد	۴	۱/۴	۳	۱/۱
اختلالات جنسی	۴	۱/۴	۲	۰/۷
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۵	۱/۸	۴	۱/۴
اوتیسم	۱	۰/۴	۱	۰/۴
اختلال تیک	۱	۰/۴	۱	۰/۴
اختلالات مغز و اعصاب	۸	۲/۸	۷	۲/۵
افسردگی و اضطراب موارد دیگر	۳	۱/۱	۱	۰/۴
افسردگی و اضطراب	۲۰	۷/۱	۹	۳/۲
اضطراب و موارد دیگر	۲	۰/۷	۱	۰/۴
افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۱	۰/۴	۰	۰
افسردگی و موارد دیگر	۹	۳/۲	۴	۱/۴
دوقطبی و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۱	۰/۴	۱	۰/۴
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی و موارد دیگر	۲	۰/۷	۱	۰/۴
اضطراب و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۲	۰/۷	۱	۰/۴
افسردگی و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۱	۰/۴	۰	۰
دوقطبی و موارد دیگر	۱	۰/۴	۱	۰/۴
افسردگی و سوء مصرف مواد	۱	۰/۴	۱	۰/۴
موارد دیگر	۴۴	۱۵/۷	۳۳	۱۱/۷
در پرونده ثبت نشده است	۷۵	۲۶/۷	۴۳	۱۵/۳

درصد نسبت به کل بیماران درمانگاه بزرگسال (۱۸۲ نفر)

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

۲۳۱ بیمار (۵۷/۸ درصد)، تنها یک بار به درمانگاه مراجعه کردند و پس از آن در بازه زمانی یکساله مراجعه نکردند. این میزان در درمانگاه بزرگسال، ۱۶۳ بیمار (۵۸ درصد) و در درمانگاه کودک و نوجوان ۳۹ بیمار (۴۳/۸ درصد) بود. تعداد مراجعان درمانگاه مغز و اعصاب ۳۰ بیمار بود که همگی تنها یک بار به درمانگاه مراجعه داشتند. (تصویر شماره ۱)

در زمینه منبع ارجاع، در درمانگاه بزرگسال ۱۸۶ بیمار (۶۶/۲ درصد) از سوی خود بیمار یا خانواده ارجاع شده بودند که بیشترین میزان ارجاع را تشکیل می دادند. ۵۷ بیمار (۲۰/۳ درصد)

درمانگاه بزرگسال، ۱۱۴ بیمار مجرد، ۱۵۳ بیمار متأهل، ۱ بیمار بیوه و ۷ بیمار مطلقه بودند. میزان ریزش بیماران در گروه مجرد ۶۹ بیمار (۲۴/۶ درصد)، در گروه متأهل ۸۶ بیمار (۳۰/۶ درصد) در گروه مطلقه ۳ بیمار (۱/۱ درصد) و در گروه بیوه ۱ بیمار (۰/۴ درصد) بوده است. بیشترین میزان ریزش در گروه بیماران متأهل و پس از آن در گروه بیماران مجرد بوده است. این رابطه از نظر آماری معنادار نبود ($df=3, P=0/581$).

جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه را نشان می‌دهد. از بین ۴۰۰ بیمار،

جدول ۴. تعیین رابطه نوع تشخیص با میزان ریزش در درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه در پیگیری یکساله.

تشخیص	تعداد افراد	درصد افراد	تعداد ریزش	درصد ریزش
سایکوتیک	۱	۱/۱	۰	۰
دوقطبی	۲	۲/۲	۰	۰
اضطراب	۴	۴/۵	۱	۱/۱
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۲۴	۲۷	۹	۱۰/۱
اوتیسم	۵	۵/۶	۳	۳/۴
افسردگی و اضطراب	۱	۱/۱	۰	۰
اضطراب و موارد دیگر	۱	۱/۱	۱	۱/۱
اضطراب و اوتیسم	۱	۱/۱	۰	۰
دوقطبی و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۵	۵/۶	۲	۲/۲
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی و موارد دیگر	۱۳	۱۴/۶	۴	۴/۵
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی و اوتیسم و موارد دیگر	۲	۲/۲	۰	۰
اضطراب و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۷	۷/۹	۴	۴/۵
افسردگی و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی	۱	۱/۱	۰	۰
اضطراب و اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی و اوتیسم	۱	۱/۱	۱	۱/۱
اختلال بیش فعالی و کم تمرکزی و تیک	۱	۱/۱	۰	۰
موارد دیگر	۱۱	۱۲/۴	۱۱	۱۲/۴
در پرونده ثبت نشده است	۹	۱۰/۱	۳	۳/۴

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

درصد نسبت به کل بیماران درمانگاه کودک و نوجوان (۹۸ نفر)

از سوی نظام وظیفه ارجاع شده بودند. هیچ بیماری از بیمه‌ها و نیروی انتظامی ارجاع نشده بود (جدول شماره ۲). رابطه منبع ارجاع با میزان ریزش معنادار بود ($P=0/000$, $df=6$).

با کنار گذاشتن بیماران ارجاع شده از پزشکی قانونی و نظام وظیفه، ۸۶ بیمار برای بار اول به درمانگاه کودک و نوجوان مراجعه داشتند که ۳۷ نفر (۴۳ درصد) مجدداً به درمانگاه مراجعه نکردند. در درمانگاه بزرگسال شایع‌ترین تشخیص‌ها افسردگی (۴۹ بیمار، ۱۷/۴ درصد)، اضطراب (۱۵ بیمار، ۵/۳ درصد) و همبودی افسردگی و اضطراب (۲۰ بیمار، ۷/۱ درصد) بود. بین تشخیص‌های ذکر شده در پرونده‌های بیماران، بیشترین میزان ریزش در بیماران افسرده دیده شد (۹/۳ درصد) (جدول شماره ۳).

در این مطالعه تشخیص اول به معنی محتمل‌ترین تشخیص در بیمار است که ممکن است به صورت کوموربیدیتی نیز باشد، که هر یک کد جداگانه‌ای گرفتند. تشخیص دوم و سوم به معنای تشخیص‌های افتراقی دوم و سوم است. شایع‌ترین تشخیص در درمانگاه کودک و نوجوان، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و

از سوی پزشکان دیگر، ۲۱ بیمار از سوی بیمه، ۲ بیمار از سوی نیروی انتظامی، ۷ بیمار از سوی پزشکی قانونی و ۶ بیمار از سوی نظام وظیفه ارجاع شده بودند. منبع ارجاع دو بیمار نیز در پرونده ذکر نشده بود. ۱۲/۸ درصد بیماران از سوی بیمه‌ها، پزشکی قانونی، نظام وظیفه و نیروی انتظامی ارجاع شده بودند و همگی تنها یک بار به درمانگاه مراجعه کرده بودند. (جدول شماره ۲)

با کنار گذاشتن بیماران ارجاع شده از بیمه‌ها، پزشکی قانونی، نظام وظیفه و نیروی انتظامی، ۳۵۷ بیمار با مراجعه اول به درمانگاه داشتیم که از این تعداد ۱۹۰ بیمار (۵۳/۲ درصد) مجدداً به درمانگاه مراجعه نکردند. ۲۴۳ بیمار به درمانگاه بزرگسال مراجعه کرده بودند که ۱۲۵ نفر از آنان (۵۱/۴ درصد) مجدداً به درمانگاه مراجعه نکردند.

در زمینه منبع ارجاع در درمانگاه کودک و نوجوان، ۶۸ بیمار (۷۶/۴ درصد) به‌وسیله خود بیمار و خانواده ارجاع شده بودند که بیشترین ارجاع را تشکیل می‌دادند و ۱۸ بیمار (۲۰ درصد) به‌وسیله پزشکان، دو بیمار از سوی پزشکی قانونی و یک بیمار

۷۶/۴ درصد بود. به عبارت دیگر در درمانگاه کودک و نوجوان ارجاع به وسیله خود بیمار و خانواده بیشتر بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار بود.

شایع‌ترین تشخیص‌ها در درمانگاه بزرگسال، افسردگی و اضطراب و همبودی افسردگی و اضطراب بود و بیشترین میزان ریزش در بیماران با تشخیص افسردگی دیده شد. در مطالعه‌ای بیشترین میزان ریزش در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و مبتلایان به سوءمصرف مواد گزارش شده است و مبتلایان به افسردگی ریزش کمتری داشته‌اند [۱۱۸]. این یافته بر خلاف یافته‌های مطالعه حاضر است. در پژوهش پیش‌رو بیشترین میزان ریزش در درمانگاه بزرگسال در مبتلایان به افسردگی دیده شد که از نظر آماری معنادار بود.

در مطالعه‌ای که میزان ریزش بیماران افسرده در درمانگاه سرپایی بررسی شد، بیماران افسرده که همبودی با اختلالات اضطرابی داشتند، ریزش بیشتری داشتند [۱۱۲]. از کل موارد ریزش، بیشترین میزان در گروه ۱۸ تا ۶۵ سال بود که در آنالیز چندمتغیره (رگرسیون لجستیک) نیز قوی‌ترین رابطه را با ریزش داشت. علت این امر ممکن است مشغله‌های مرتبط با نقش‌های اجتماعی و رفتاری‌های شغلی در این گروه سنی باشد. در مطالعه‌ای که در دانمارک انجام شد، افراد با سن کمتر از ۴۴ سال ریزش بیشتری داشتند [۱۱۴]. مطالعه دیگری که در انگلستان انجام شد، نشان داد سالمندان ریزش کمتری دارند [۱۱۱]. در پژوهشی دیگر رابطه معناداری بین سن و ریزش بیماران گزارش نشده، اما میزان ریزش در سن پایین بیشتر گزارش شد [۱۱۳]. مطالعه دیگری که روی بیماران افسرده انجام شد نیز نشان داد عدم پیگیری درمان در جوان‌ها بیشتر است [۱۱۲].

در درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه، اغلب مراجعان مرد بودند. در درمانگاه بزرگسال ریزش در مردان بیشتر بود. در درمانگاه کودک و نوجوان میزان ریزش در دو جنس تفاوت عمده‌ای نداشت. در کل، رابطه ریزش با جنسیت بیماران معنادار نبود. یک مطالعه نشان داد در درمانگاه کودک و نوجوان، ریزش در پسرها کمتر است [۹]. در مطالعه دیگری ریزش در زنان بالاتر گزارش شد، هرچند از نظر آماری معنادار نبود [۱۱۳]. در یک مطالعه دیگر که در دانمارک انجام شد، ریزش در مردان بیشتر دیده شد [۱۱۴].

در مراجعان به درمانگاه بزرگسال بیمارستان روزبه، تحصیلات بیماران با ریزش رابطه معنادار داشت، و افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی ریزش بیشتری داشتند. در یک مطالعه ریزش با سطح تحصیلات رابطه معنادار نداشت، هرچند افرادی که ۱۶ سال یا بیشتر تحصیل کرده بودند ریزش کمتری داشتند [۱۱۳].

در این پژوهش، وضعیت اشتغال بیماران با ریزش رابطه معنادار داشت. در ارزیابی رابطه انواع مشاغل با ریزش، رابطه بین بازنشستگی و ریزش معنادار بود که ممکن است وضعیت مالی

تمرکز بوده است. در ۲۴ بیمار (۲۷ درصد) اختلال بیش‌فعالیت و نقص توجه و تمرکز به تنهایی و در ۳۰ بیمار (۳۳/۷ درصد) اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و تمرکز به عنوان همبودی با دیگر اختلالات وجود داشته است (جدول شماره ۴). رابطه نوع تشخیص با میزان ریزش بیماران معنادار بود ($df=27, P=0/003$)

همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، در درمانگاه بزرگسال ۱۶۳ بیمار (۵۸ درصد) مجدداً به درمانگاه مراجعه نکردند. در مواردی که مراجعه مجدد وجود داشت، بیشترین مورد مربوط به یک بار مراجعه بعد از اولین معاینه بود (۳۲ بیمار، ۱/۴ درصد). در درمانگاه کودک و نوجوان ۳۹ بیمار (۴۳/۸ درصد) مجدداً به درمانگاه مراجعه نکردند. در بین بیمارانی که مجدداً به درمانگاه مراجعه کردند، بیشترین تعداد مراجعه سه نوبت بوده است (۱۲ بیمار، ۱۳/۵ درصد).

از بین ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی ۲۸۱ بیمار (۷۰/۳ درصد) در شهر تهران و ۵۴ بیمار (۱۳/۵ درصد) در استان تهران و ۶۴ بیمار (۱۶ درصد) در استان‌های دیگر سکونت داشتند. بیشترین میزان ریزش در افراد ساکن شهر تهران بود (۱۶۰ بیمار، ۴۰ درصد).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین میزان ریزش در درمانگاه سرپایی بیمارستان روزبه و بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی و عوامل بالینی بر روی ریزش انجام شده است. در این مطالعه میزان ریزش در درمانگاه به طور کلی ۵۷/۸ درصد، در درمانگاه بزرگسال ۵۸ درصد و در درمانگاه کودک و نوجوان ۴۳/۸ درصد بود. میزان ریزش در درمانگاه بزرگسال و کودک و نوجوان بیمارستان روزبه، در مقایسه با میزان ریزش در برخی از کشورهای توسعه‌یافته بیشتر بوده است. [۹، ۱۱، ۱۳، ۱۸-۲۰].

در کشورهای در حال توسعه اطلاعات محدودتری در دسترس است. در مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ، میزان ریزش جمعیت کودک و نوجوان در درمانگاه‌های سرپایی ۲۷/۲ درصد گزارش شده است [۹]. در مطالعه دیگری در انگلستان، میزان ریزش ۱۵/۹ درصد بوده است [۱۱۱]. یک پژوهشگر سوئدی میزان ریزش را ۱۵/۶ درصد گزارش کرده است [۱۱۹]. در مطالعات مختلف، تعریف مدت‌زمان عدم مراجعه (ریزش) متفاوت بوده است که این امر می‌تواند در ایجاد این تفاوت‌ها نقش داشته باشد.

در مطالعه‌ای میزان ریزش در کودک و نوجوان در مقایسه با بزرگسال کمتر بود [۲۱]. اختلاف در میزان ریزش در درمانگاه بزرگسال و کودک و نوجوان بیمارستان روزبه از نظر آماری معنادار بود ($df=1, P=0/019$). علت این امر می‌تواند حساسیت بیشتر خانواده‌ها روی درمان کودک و نوجوان و انگیزه بیشتر آنان در ادامه درمان باشد.

منبع ارجاع در درمانگاه بزرگسال در ۶۶/۲ درصد از بیماران، خود بیمار یا خانواده بود. این میزان در درمانگاه کودک و نوجوان

آن دیگر برای پیگیری درمان مراجعه نمی‌کنند. این امر اهمیت پیوستگی مراقبت را نشان می‌دهد. علل مختلفی می‌تواند در عدم پیگیری درمان نقش داشته باشد که توصیه می‌شود در مطالعات بعدی علل آن از دیدگاه بیماران بررسی شود.

لازم است مداخلاتی برای کاهش میزان ریزش بیماران، به‌ویژه بیمارانی که در معرض خطر بیشتری هستند، طراحی شود. این مداخلات می‌تواند شامل یادآوری زمان ملاقات با پزشک به بیماران از طریق تماس تلفنی یا پیامک، عقد قرارداد درمانی با بیمار و ایجاد تعهد در بیمار برای پیگیری درمان، کوتاه کردن مدت زمان انتظار بیماران و خانواده‌ها، استفاده از رابط درمان، آموزش به بیماران و تلاش برای افزایش انگیزه آنان برای ادامه درمان و آموزش‌های وسیع‌تر در سطح جامعه و نیز در رسانه‌ها باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات با حجم نمونه بیشتر و مدت زمان پیگیری طولانی‌تر انجام شود تا علت عدم مراجعه بیماران به‌ویژه از دیدگاه بیماران بررسی شود.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره ۲۷۳۴۴-۳۰-۳-۹۳ است.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

افراد و محدود شدن منبع درآمد آنان بعد از بازنشستگی و کاهش انگیزه‌های آنان بعد از این دوران در این امر نقش داشته باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد رابطه وضعیت تأهل با ریزش معنادار نیست، هرچند بیشترین میزان ریزش در گروه متأهل و پس از آن در گروه مجرد دیده شد. نتایج یک پژوهش نشان داد افراد متأهل بیشتر احتمال دارد که در روند درمان ریزش داشته باشند. در این پژوهش نقش نگرش منفی همسران نسبت به درمان روان‌پزشکی به عنوان علت مطرح شده بود [۱۷]. یافته‌های این پژوهش با پژوهش پیش رو همسو است.

مطالعه دیگری که در ایران و در مراکز خصوصی روان‌پزشکی انجام شده است، میزان ریزش را در درمان دارویی ۲۰ درصد گزارش کرده است. از نظر نوع تشخیص نیز مصرف مواد و اسکیزوفرنیا و دیگر سایکوزها ریزش بیشتری داشته‌اند [۱۷]. میزان ریزش در مطالعه حاضر در کل درمانگاه ۵۸ درصد بود که در مقایسه با مطالعات قبلی بیشتر شده است. از نظر نوع تشخیص نیز بیشترین میزان ریزش در در بیماران افسرده دیده شد. علت تفاوت در نتایج، ممکن است عوامل اجتماعی و اقتصادی باشد. در مراکز خصوصی اغلب مراجعه‌کنندگان در سطوح بالای اجتماعی و اقتصادی هستند و محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی کمتری برای پیگیری درمان دارند. مطالعه حاضر بیماران را تنها به مدت یک سال از اولین مراجعه آنها به درمانگاه پیگیری کرده است که از محدودیت‌های این مطالعه است و لازم است در مطالعات بعدی به آن پرداخته شود.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی داشته است، از جمله می‌توان به این نکات اشاره کرد: این پژوهش مطالعه‌ای گذشته‌نگر است، بنابراین محدودیت‌های مربوط به مطالعات گذشته‌نگر را دارد. در برخی موارد اطلاعات به‌طور کامل در پرونده‌ها وارد نشده بود که این امر نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، در این پژوهش از روش‌های ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری استفاده نشد. این مطالعه علت عدم مراجعه بیماران را بررسی نکرده است و همچنین به رضایت بیماران از درمان، اختلال عملکرد، شدت بیماری، توان مالی بیماران و موانع موجود در مرکز برای ملاقات با روان‌پزشک (مدت زمان انتظار طولانی، شرح‌حال‌های متوالی به افراد مختلف شامل کارورز و دستیار و استاد، مصاحبه در حضور چندین فراگیر، شلوغی درمانگاه و سروصدای بیماران بدحال، پیگیری درمان به‌وسیله دستیار در مراجعات بعدی و مراجعه به مطب خصوصی پزشکان مرکز بعد از اولین مراجعه که می‌تواند در عدم مراجعه مجدد بیماران به درمانگاه سرپایی بیمارستان روزه برای پیگیری درمان مؤثر باشد) نپرداخته است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان می‌دهد بخش عمده‌ای از بیماران روان‌پزشکی تنها یک بار به درمانگاه مراجعه می‌کنند و پس از

References

- [1] Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(7):537-46. doi: 10.1007/s00127-007-0204-1
- [2] Sharifi V, Daliri S, Amini A, Mohammadi M. [Psychiatric Problems in General Outpatient Clinics: Prevalence and Reasons for Help Seeking (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2011; 16(4):484-489.
- [3] Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archive of Iranian Medicine*. 2015; 18(2):76-84. doi: 015182/AIM.004
- [4] Sharifi V, Daliri S, Amini H, Mohammadi M. [Psychiatric problems in general outpatient clinics: Prevalence and reasons for help seeking (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011; 16(4):484-489
- [5] Codony M, Alonso J, Almansa J, Bernert S, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services*. 2009; 60(8):1051-58. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1051
- [6] Wang J. Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. *Medical Care*. 2007; 45(3):224-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000244506.86885.a5
- [7] Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590):841-50. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61414-7
- [8] Adeponle AB, Baduku AS, Adelekan ML, Suleiman GT, Adeyemi SO. Prospective study of psychiatric follow-up default and medication compliance after discharge at a psychiatric hospital in Nigeria. *Community Mental Health Journal*. 2008; 45(1):19-25. doi: 10.1007/s10597-008-9155-6
- [9] Lai K, Pang A, Wong CK, Lo MK, Lum F. Outcome and characteristics of dropouts from a child and adolescent psychiatry clinic in Hong Kong. *European Psychiatry*. 1996; 11:320. doi: 10.1016/0924-9338(96)88995-4
- [10] Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37(6):276-82. doi: 10.1007/s001270200020
- [11] Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. *Psychiatric Services*. 2007; 58(6):868-71. doi: 10.1176/ps.2007.58.6.868
- [12] Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN, et al. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 97(1-3):197-202. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.017
- [13] Olfson M, Mojtabai R, Sampson N, Hwang I, Druss B, Wang P, et al. Dropout from outpatient mental health care in the united states. *Psychiatric Services*. 2009; 60(7):898-907. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.898
- [14] Munk-Jørgensen P, Andersen B. Diagnoses and dropout among patients of Danish psychiatrists in private practice. *Psychiatric Services*. 2009; 60(12):1680-2. doi: 10.1176/appi.ps.60.12.1680
- [15] McFarland BR, Klein DN. Mental health service use by patients with dysthymic disorder: Treatment use and dropout in a 7 1/2-year naturalistic follow-up study. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46(4):246-53. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.002
- [16] Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. Dropping out of psychiatric treatment: A prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 94(4):266-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09859.x
- [17] Khazaie H, Rezaie L, de Jong DM. Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35(3):314-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.10.008
- [18] Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(5):801-5. doi: 10.1176/ajp.150.5.801
- [19] Johansson H, Eklund M. Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2006; 41(2):140-7. doi: 10.1007/s00127-005-0009-z
- [20] Lerner Y, Levinson D. Dropout from outpatient mental health care: results from the Israel National Health Survey. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2011; 47(6):949-55. doi: 10.1007/s00127-011-0402-8
- [21] Block AM, Greeno CG. Examining Outpatient Treatment Dropout in Adolescents: A literature review. *Child & Adolescent Social Work Journal*. 2011; 28(5):393-420. doi: 10.1007/s10560-011-0237-x
- [22] Alagheband Rad J, Naghavi HR, Shahrivar Z, Hakim Shooshtari M, Shirazi E, Mohammadi MR, et al. [An epidemiological study of psychiatric disorders in children and adolescents 6 to 18 years old (Persian)]. Tehran: National Research Center of Medical Sciences; 2000.

Research Paper

Investigations of the Relation Between Social Anxiety, Cognitive and Behavioral Aspect of It and Sex and Gender-Role in Adolescence



Mahnaz Aliakbari Dehkordi¹, Hossein Zare², Aliasghar Asgharnejad Farid³, *Razieh Hashemian⁴

1. PhD of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, South Tehran Branch, Payam-Noor University, Tehran, Iran.
2. PhD of Psychology, Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Humanities, South Tehran Branch, Payam-Noor University, Tehran, Iran.
3. PhD of Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MSc. of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, South Tehran Branch, Payam-Noor University, Tehran, Iran.



Citation: Aliakbari Dehkordi M, Zare H, Asgharnejad Farid A, Hashemian R. Investigations of the Relation Between Social Anxiety, Cognitive and Behavioral Aspect of It and Sex and Gender-Role in Adolescence. (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017; 22(4):340-347. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.340>

doi: <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.340>

Received: 14 Jun. 2016

Accepted: 18 Oct. 2016

ABSTRACT

Objectives Social anxiety is one of the most common disorders of adolescence. Among the factors affecting the disorder to determine the sex (female or male) reported conflicting results, while the relation between gender role consistent with some anxiety disorders. The aim of this study was to compare social anxiety and its cognitive (AFNE) and behavioral (TISC) aspects based on different sex and gender roles (femininity, masculinity, androgyny and indistinct).

Methods Students (N=277) aged 12 to 13 years were selected using cluster sampling. They were asked to complete research questionnaires including Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) and Child Sexual Role Inventory (CSRI).

Results The results of T-test, correlation analysis and variance analysis showed significant positive relationships between femininity and social anxiety and its cognitive and behavioral aspects. Significant negative relationships between masculinity and these variables ($P < 0.5$) were also found. More significant mean scores were observed for social anxiety and its cognitive and behavioral aspects in the group by feminine gender-role in comparison with other groups (masculine, androgen and indistinct). However, there was no significant difference in the scores of social anxiety and its cognitive and behavioral aspects in both sexes.

Conclusion The gender-role schema can be considered as a factor associated with social anxiety and its cognitive and behavioral aspects in adolescents.

Keywords:

Social anxiety,
Gender role, Sex,
Adolescence

* Corresponding Author:

Razieh Hashemian, MSc.

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, South Tehran Branch, Payam-Noor University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 44207529

E-mail: ahashemian70@gmail.com

بررسی رابطه ابعاد رفتاری و شناختی اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی با جنسیت و نقش‌های جنسیتی

مهناز علی‌اکبری دهکردی^۱، حسین زارع^۲، علی‌اصغر اصغر نژاد فرید^۳، راضیه هاشمیان^۴

- ۱- دکترای روانشناسی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
- ۲- دکترای روانشناسی، استاده، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
- ۳- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۵ خرداد ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۲۷ مهر ۱۳۹۵

اهداف مطالعات نشان می‌دهد اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع دوره نوجوانی است. از میان عوامل اثرگذار بر این اختلال، بررسی جنس (مذکر یا مؤنث) نتایج متناقضی را نشان می‌دهد؛ در حالی که رابطه نقش جنسیتی با برخی از اختلالات اضطرابی تأیید شده است. از این رو هدف مطالعه حاضر مقایسه اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در انواع جنس و نقش جنسیتی (زنانه، مردانه، آندروژنی و نامتمایز) بود.

مواد و روش‌ها نمونه‌های این پژوهش را ۲۷۷ نفر از دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۳ تشکیل می‌دادند. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA) و نقش جنسی کودکان (CSRI) را تکمیل کردند.

یافته‌ها نتایج براساس آزمون همبستگی تی و تحلیل واریانس نشان داد زنانگی با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن رابطه مثبت معنی‌دار و مردانگی با این متغیرها رابطه منفی معنادار دارد ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در گروه دارای سنخ جنسیتی زنانه به‌طور معنی‌داری بیش از گروه‌های دیگر (مردانه و آندروژن و نامتمایز) بود ($P < 0/05$). این در حالی است که نمرات اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در دو جنس (مذکر و مؤنث) تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری طرح‌واره‌های نقش جنسیتی می‌تواند به عنوان عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در نوجوانانی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

اضطراب اجتماعی، نقش جنسیتی، جنس، نوجوانی

مقدمه

دیگر جنس را مؤثر بر بُعد شناختی یافته‌اند [۵].

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده در فرهنگ‌های متفاوت و بُعد اجتماعی متغیر اضطراب اجتماعی، نقش جنسیتی^۲ یکی از حوزه‌هایی است که می‌تواند بررسی شود. جنسیت بر چسبی اجتماعی است که بیانگر خصیصه‌های روانی و اجتماعی یک جنس است. طرح‌واره‌های نقش جنسیتی باورهای فرهنگی اجتماعی جامعه درباره ویژگی‌های رفتاری مناسب یا مورد انتظار یک جنس را منعکس می‌کند. این خودانگاره‌ها از نهادهایی چون خانواده و مدرسه آغاز می‌شود و در محیط‌های کاری و جمع دوستان به تدریج از کودکی تا بزرگسالی به افراد منتقل می‌شود [۶]. شکل‌گیری نقش جنسیتی از همان ابتدای کودکی آغاز می‌شود. کودکان با دریافت پیام‌های اجتماعی متفاوتی که به دختران و پسران داده می‌شود، یاد می‌گیرند رفتارهای تجویز شده اجتماعی را پرورش دهند که به جنس آن‌ها

اضطراب اجتماعی عبارت از بروز اضطراب چشمگیر بالینی در اثر رویارویی با انواع معینی از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که اغلب به رفتار اجتنابی منجر می‌شود [۱]. گزارش‌های همه‌گیرشناسی احتمال ابتلای زنان به اضطراب اجتماعی را مانند اختلالات اضطرابی دیگر بیشتر از مردان برآورد کرده است؛ ولی تعداد اندکی از پژوهش‌ها این نسبت را مساوی می‌داند [۲]. ممکن است بتوان علت این اختلاف را تفاوت در شاخصه‌های تشخیصی و دیدگاه ارزیاب‌کننده‌ها دانست [۳]. این ناهماهنگی در بررسی رابطه ابعاد شناختی و رفتاری اضطراب اجتماعی با جنس^۱ (زن یا مرد) بیشتر به چشم می‌خورد. در برخی پژوهش‌ها دختران نمره‌های بالاتری در بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی به دست آوردند و در بُعد شناختی در دو جنس تفاوتی مشاهده نشد [۴]؛ در حالی که گروهی

2. Gender-role

1. Sex

* نویسنده مسئول:

راضیه هاشمیان

نشانی: تهران، دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۴۴۲۰۷۵۲۹ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: ahashemian70@gmail.com

مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA)^۴

اولین ابزار اندازه‌گیری این پژوهش، مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA) بود. این مقیاس شامل ۲۸ گویه و دو عامل بود که بر اساس الگوی لانگ می‌تواند دو عامل آن را به دو صورت نام‌گذاری کرد: ۱. شناختی: درک و ترس از ارزشیابی منفی (۱۵ گویه)؛ ۲. رفتاری: تنش و بازداری در برخورد اجتماعی (۱۳ گویه). زیرمقیاس اول (AFNE)^۵ ترس و نگرانی نوجوانان درباره ارزیابی منفی به وسیله همسالان و حضار شنونده و زیرمقیاس دوم (TISC)^۶ تنش یا آرمیدگی اجتماعی و صحبت یا بازداری رفتاری در برخوردهای اجتماعی و آمادگی برای مواجهه اجتماعی را تشکیل می‌داد. سؤال‌های روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شد و حاصل کار سه نمره اضطراب اجتماعی کل و درک و ترس از ارزشیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی را دربر داشت که نمره بالاتر بیانگر اضطراب بالاتر بود [۱۴].

همسانی درونی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعدد تأیید شده بود [۱۴، ۱۵]. افزون‌براین نتایج تحلیل عاملی تأییدی در ایران نشان می‌داد ساختار دو عاملی برازش مناسبی با داده‌ها داشت و ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزشیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۶۸ و ۰/۸۳ محاسبه شده بود [۱۶].

پرسش‌نامه نقش جنسی کودکان (CSRI)^۷

دومین مقیاس به کاررفته پرسش‌نامه نقش جنسی کودکان (CSRI) بود. این مقیاس ۶۰ گویه و دو عامل مردانگی و زنانگی را دربر داشت که هر کدام از عامل‌ها شامل ۲۰ عبارت (به عنوان عبارات پُرکننده) بود. میانگین هر عامل میزان زنانگی یا مردانگی را نشان می‌داد. نمره بالاتر بیانگر زنانگی یا مردانگی بیشتر بود. آزمایش‌شونده در مقیاسی چهاردرجه‌ای مشخص می‌کرد هر گویه چقدر درباره او صحت دارد (۴ = درباره من بسیار درست است؛ ۳ = تا حدودی درباره من درست است؛ ۲ = کمی درباره من درست است؛ ۱ = اصلاً درباره من درست نیست). بولدیزار^۸ (۱۹۹۱) اعتبار این پرسش‌نامه را با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در عامل‌های مردانگی ۰/۸۹ و زنانگی ۰/۹۰ تأیید کرده است [۱۷].

علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۲۰۱۱) پایایی عامل‌ها را در هنجاریابی داخلی این پرسش‌نامه روی کودکان ۹ تا ۱۳ سال تأیید و ضریب آلفای کرونباخ را برای مردانگی ۰/۷۹ و زنانگی

مرتبط است. نتیجه این عملکرد شکل‌گیری رفتارها و شخصیت زنانه یا مردانه است. از نظر بوم (۱۹۷۴) وقتی کودکان معنا و تصویری از خود می‌سازند که در بردارنده مفاهیم مردانگی یا زنانگی است، هویت جنسیتی شکل می‌گیرد و جنسیت به بخشی از خودپنداره آن‌ها تبدیل می‌شود [۱۹].

برخی از بررسی‌ها نظریه نقش جنسیتی را به منظور بررسی علل زمینه‌ای تفاوت سطح اضطراب دختران و پسران پیشنهاد می‌دهد [۸، ۹]. پژوهشگران دریافتند مردانگی با اضطراب و حساسیت به علائم اضطرابی رابطه منفی دارد [۸، ۱۰]. مردانگی با سطوح کلی ترس و وحشت از قبیل ترس از شکست و انتقاد و ترس از ناشناخته‌ها و ترس پزشکی رابطه منفی دارد [۱۱]؛ در حالی که بین زنانگی و ترس و اضطراب و همچنین حساسیت به علائم اضطرابی رابطه مستقیمی وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت نقش جنسیتی به عنوان میانجی بین مؤنث‌بودن و حساسیت به علائم اضطرابی قرار می‌گیرد [۸، ۱۰].

نتایج پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد نقش جنسیتی (زنانه یا مردانه) اضطراب در زنان را ۳ درصد پیش‌بینی می‌کند. از این میان نقش جنسیتی زنانه در پیش‌بینی اختلال در عملکرد اجتماعی مؤثرتر است و می‌تواند ۵ درصد واریانس کل را داشته باشد [۱۲]. در مقابل بین نقش جنسیتی آندروژن^۳ (دوجنسیتی) و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبتی وجود دارد و این متغیر می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی باشد [۱۳]. به نظر می‌رسد شواهدی برای حمایت از نظریه «نقش جنسیتی در تبیین تفاوت نتایج پژوهشی بررسی اضطراب از نظر جنس» وجود دارد؛ اما تاکنون تأثیر این نظریه بر اضطراب اجتماعی، به‌ویژه در نوجوانان، مشخص نشده است. با توجه به مطالب گفته‌شده این مطالعه با هدف بررسی تفاوت‌های جنسی و نقش جنسیتی در ابعاد رفتاری و شناختی اضطراب اجتماعی در نوجوانان انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی مقایسه‌ای بود که روی ۲۷۷ نفر از دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و دبیرستانی شهر تهران انجام شد. گروه نمونه شامل ۱۷۴ دختر و ۱۰۳ پسر از دانش‌آموزان پایه ششم و هفتم بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا یک دبستان دخترانه، یک دبستان پسرانه، یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه انتخاب شد که تمایل به همکاری داشتند و پس از گرفتن مجوز از مدیر مدرسه، همه دانش‌آموزان پایه ششم و هفتم با رضایت آگاهانه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. برای اندازه‌گیری اضطراب نوجوانان از ابزارهای زیر استفاده شده است:

4. Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA)

5. Apprehension and Fear of Negative Evaluation (AFNE)

6. Tension and Inhibition in Social Contact (TISC)

7. Children's Sex Role Inventory (CSRI)

8. Boldizar

3. Androgyny

۰/۶۸ محاسبه کرده‌اند [۱۸].

یافته‌ها

پس از حذف داده‌های پرت نمونه (هفت نفر) ۲۷۰ نفر باقی ماندند که ۱۶۸ نفر دختر (۶۲/۸ درصد) و ۱۰۲ نفر پسر (۳۷/۸ درصد) بودند. از مجموع دختران ۶۳/۷ درصد ۱۲ سال و ۳۶/۳ درصد ۱۳ سال و از مجموع پسران ۴۶ درصد ۱۲ سال و ۵۴ درصد ۱۳ سال داشتند. **جدول شماره ۱** می‌توان ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را مشاهده کرد.

همان‌طور که در **جدول شماره ۱** مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد زنانگی به ترتیب ۲/۷۸ و ۰/۴۰ و میانگین و انحراف استاندارد مردانگی به ترتیب ۲/۶۸ و ۰/۴۱ بود. در **جدول شماره ۲** به کمک این داده‌ها و با توجه به الگوی دوبعدی نقش جنسیتی پم که پیش‌تر توضیح داده شد، توزیع نقش جنسیتی در آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است:

همان‌طور که در **جدول شماره ۲** مشاهده می‌شود، مردانگی در پسرها (۲۶/۵ درصد) بیشتر از زنانگی (۱۷/۶ درصد) و زنانگی در دخترها (۳۷/۵ درصد) بیشتر از مردانگی (۱۶/۷ درصد) بود و بیشترین سنخ جنسیتی را چه در دختران و چه در پسران شخصیت آندروژنی تشکیل می‌داد. از میان کل نمونه‌های این مطالعه ۲۱ درصد شخصیت مردانه، ۳۰ درصد شخصیت زنانه، ۴۶ درصد شخصیت آندروژنی و ۴ درصد نامتمایز بود. به منظور بررسی رابطه میان میزان زنانگی و مردانگی در نوجوانان با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن از ضریب

براساس الگوی دوبعدی پم (۱۹۷۴) مردانگی و زنانگی دو بُعد جداگانه است؛ به طوری که فرد در هر دوی ابعاد ذکر شده نمراتی جداگانه کسب می‌کند. شخصیت زنانه مربوط به کسانی است که در بُعد زنانه نمره بیشتر از میانگین جامعه و در بُعد مردانه نمره کمتر کسب کرده باشند. در مقابل شخصیت مردانه با نمره بیشتر از میانگین در بُعد مردانه و نمره کمتر از میانگین در بُعد زنانه مشخص می‌شود. چنانچه نمره‌ها در هر دو بُعد زنانه و مردانه بیشتر از میانگین جامعه باشد شخصیت آندروژنی یا دو جنسیتی، و اگر نمره‌های هر دو بُعد زنانه و مردانه کمتر از میانگین جامعه باشد، سنخ جنسیتی نامتمایز تشخیص داده می‌شود [۱۹].

براساس این الگو با کمک نمرات به دست آمده و محاسبه میانگین و انحراف استاندارد نمرات بُعد زنانه و مردانه، آزمون شوندرگان بدین صورت در چهار گروه تقسیم شدند: ۱. زنانه: نمره زنانگی بیشتر از میانگین و نمره مردانگی کمتر از میانگین؛ ۲. مردانه: نمره مردانگی بیشتر از میانگین و نمره زنانگی کمتر از میانگین؛ ۳. آندروژنی: نمره زنانگی و مردانگی بیشتر از میانگین؛ ۴. نامتمایز: نمره زنانگی و مردانگی کمتر از میانگین. در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل همبستگی، آزمون تی، تحلیل واریانس و روش پیگیری شفه استفاده و تمامی فرضیه‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ > p و به کمک نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS بررسی شد.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌های پژوهش.

متغیر	میانگین (انحراف استاندارد)	حداقل نمرات	حداکثر نمرات
زنانگی	۲/۷۸ (۰/۴۰)	۱/۷۵	۳/۵۸
مردانگی	۲/۶۸ (۰/۴۱)	۱/۸۰	۳/۸۰
اجتناب از برخورد اجتماعی (بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی)	۳/۱۳ (۰/۳۹)	۱/۹۲	۴/۵۴
درک و ترس از ارزیابی منفی (بُعد شناختی اضطراب اجتماعی)	۳/۱۱ (۰/۳۴)	۱/۸۷	۴/۰۷
نمره کلی اضطراب اجتماعی	۳/۱۲ (۰/۲۸)	۲/۳۴	۳/۸۶

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۲. جدول توزیع فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک جنس و نقش جنسیتی.

	مردانه		زنانه		آندروژن		نامتمایز		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
پسر	۲۷	۲۶/۵	۱۸	۱۷/۶	۵۵	۵۴	۲	۲	۱۰۲
دختر	۲۸	۱۶/۷	۶۳	۳۷/۵	۷۰	۴۱/۷	۷	۴/۲	۱۶۸
کل	۵۵	۲۰/۴	۸۱	۳۰	۱۲۵	۴۶/۳	۹	۳/۳	۲۷۰

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۳. ضرایب همبستگی میزان زنانگی و مردانگی با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن.

متغیر	نمره کلی اضطراب اجتماعی	درک و ترس از ارزیابی منفی (بُعد شناختی اضطراب اجتماعی)	اجتناب از برخورد اجتماعی (بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی)
زنانگی	۰/۴۴**	۰/۳۰**	۰/۳۵**
مردانگی	-۰/۵۰**	-۰/۴۱**	-۰/۳۵**

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

** همبستگی در سطح ۰/۱۰ معنی‌دار است.

* همبستگی در سطح ۰/۵۰ معنی‌دار است.

همبستگی پیرسون استفاده شده است. خلاصه نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتیجه آزمون لوین، هر کدام از گروه‌های مطالعه شده از نظر متغیرهای اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن همگن بودند ($P < ۰/۰۵$). با تکیه بر همگنی هر گروه، نتایج آزمون تی، همان‌طور که در جدول شماره ۴ درج شده است نشان می‌دهد بین میانگین نمرات بُعد شناختی و رفتاری و نمره کلی اضطراب اجتماعی در میان دو جنس تفاوت معناداری دیده نمی‌شود ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه ارتباط جنس با اضطراب و ابعاد شناختی و رفتاری آن با احتمال ۹۵ درصد رد می‌شود. افزون‌براین به منظور مقایسه اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در نوجوانان از نظر سنخ جنسیتی، روش تحلیل واریانس چندمتغیری به کار رفت که اضطراب اجتماعی و ابعاد آن به عنوان متغیر وابسته و نقش‌های جنسیتی به عنوان

براساس نتایج جدول شماره ۳ زنانگی با بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی ($r = ۰/۳۵$ و $P < ۰/۰۱$) و بُعد شناختی اضطراب اجتماعی ($r = ۰/۳۰$ و $P < ۰/۰۱$) و نمره کلی اضطراب اجتماعی ($r = ۰/۴۴$ و $P < ۰/۰۱$) همبستگی مثبت معنی‌دار داشت. همچنین بین مردانگی با بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی ($r = -۰/۳۵$ و $P < ۰/۰۱$) و بُعد شناختی اضطراب اجتماعی ($r = -۰/۴۱$ و $P < ۰/۰۱$) و نمره کلی اضطراب اجتماعی ($r = -۰/۵۰$ و $P < ۰/۰۱$) همبستگی منفی معنی‌دار مشاهده شد. برای مقایسه اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در نوجوانان از نظر جنس و نقش جنسیتی از آزمون تی استفاده شد. یافته‌های حاصل از این آزمون در جدول شماره ۴ می‌شود.

جدول ۴. خلاصه نتایج مقایسه میانگین‌های اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن در دو جنس.

متغیر وابسته	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	سطح معناداری
اجتناب از برخورد اجتماعی (بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی)	۰/۰۵	۲۶۸	۰/۸۴
درک و ترس از ارزیابی منفی (بُعد شناختی اضطراب اجتماعی)	۰/۰۴	۲۶۸	۰/۵۲
نمره کلی اضطراب اجتماعی	۰/۰۳	۲۶۸	۰/۶۰

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس MANOVA بر اضطراب اجتماعی و ابعاد آن.

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اجتناب از برخورد اجتماعی (بُعد رفتاری اضطراب اجتماعی)	۱۸۷	۶/۱	۰/۰۱۴	۰/۰۲	۰/۶۹۲
ترس از ارزیابی منفی (بُعد شناختی اضطراب اجتماعی)	۱۸۷/۱	۶/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۷۳۶
نمره کلی اضطراب اجتماعی	۱۶۸/۶۵	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۹۱

مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالین ایران

اعتماد به نفس، شجاع، مستقل، محکم، فرمانده و قوی می‌تواند در مقابله با اضطراب یاری‌رسان باشد [۲۱].

بر مبنای نتایج پژوهش حاضر آنچه در جامعه به عنوان صفات زنانه تلقی می‌شود و سنخ جنسیتی زنانه را می‌سازد با آنچه در روان‌شناسی به اضطراب اجتماعی تعبیر می‌شود، رابطه مستقیمی وجود دارد. گفتنی است صفاتی که مردانه شناخته می‌شود و سنخ جنسیتی مردانه را تشکیل می‌دهد، با اضطراب اجتماعی رابطه منفی دارد.

از همان سال‌های اولیه پیش‌دبستانی شکل‌گیری نقش جنسیتی با ترجیحات و رفتارهای مربوط به جنسیت شروع می‌شود و عوامل زیستی، اجتماعی، والدین، رسانه‌های گروهی و به‌ویژه عوامل فرهنگی در آن دخیل است [۱۸]. حین رشد از دختران حمایتگری و دلسوزی و وابستگی و از پسران مستقل و مقاوم‌بودن انتظار می‌رود [۲۲]. دختران از کودکی به ابراز احساسات تشویق می‌شوند و همه آن‌ها را به عنوان موجوداتی احساسی، آرام، منفعل و محتاط و در مقابل پسران را به عنوان موجوداتی مهاجم، فعال، با اعتماد به نفس، رقابتی و مستقل می‌پذیرند [۲۳]. در مدرسه استرس پسران که به‌ویژه در نوجوانی بیشتر به شکل پرخاشگری بروز می‌کند، به عنوان رفتار ناسازگارانه شناخته و برای رفع آن تلاش می‌شود؛ ولی رفتارهای کناره‌جویانه دختران که در واقع پاسخی آنان به استرس است، اغلب ناسازگار انگاشته نمی‌شود [۲۴].

این باورهای اجتماعی که کلیشه‌ها یا طرح‌واره‌های جنسیتی را از همان ابتدای کودکی در انسان می‌سازد، در نوجوانی بخشی از خودپنداره او می‌شود و درک او را از آنچه هست تحریف می‌کند. طرح‌واره‌های جنسیتی بر شناخت اجتماعی انسان تأثیر می‌گذارد و شیوه اندیشیدن او درباره محیط‌های اجتماعی و روابطش با این محیط‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این طرح‌واره‌های شکل گرفته در برابر اطلاعات مخالف نیز دوام می‌آورد و همچنین می‌تواند اثر خودتأییدکنندگی یا پیشگویی خودکام‌بخش داشته باشد و باعث شود نوجوان به شیوه‌ای رفتار کند که طرح‌واره‌هایش تأیید شود [۷].

پژوهش حاضر نشان داد اجتناب از برخورد اجتماعی (بعد رفتاری اضطراب اجتماعی) و ترس از ارزیابی منفی (بعد شناختی اضطراب اجتماعی) در افرادی که سنخ جنسیتی زنانه دارند، بیشتر از سنخ‌های دیگر جنسیتی است. در تبیین این یافته می‌توان به عزت‌نفس اشاره کرد. در بسیاری از جوامع عزت‌نفس می‌تواند به عنوان صفت پذیرفته‌شده مردانه مدنظر قرار گیرد [۲۵]. در تحقیقات بسیاری ارتباط مثبت مردانگی با عزت‌نفس بیشتر و در مقابل ارتباط معکوس زنانگی با این متغیر در هر دو جنس بررسی و به اثبات رسیده است [۲۵-۲۸]. علاوه بر این عزت‌نفس را می‌توان میانجی زنانگی و علائم اضطراب دانست [۲۹].

نوجوانان با عزت‌نفس پایین در برابر انتقاد و طردشدن یا هر گونه رویداد دیگر آسیب‌پذیرند. رویدادی که در زندگی روزمره شاهدهی

عامل گروه‌سازی وارد تحلیل شد. بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری Wilks Lambda=۰/۹۵۳ و $F=۴/۰۸$ در سطح معناداری $P=۰/۰۰۳$ می‌توان بیان کرد که این بررسی از لحاظ آماری در سطح $P<۰/۰۵$ معنادار است. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ نمایش داده شده است.

بر اساس جدول شماره ۵ نمره‌های هر کدام از متغیرها به شرح زیر است: اجتناب از برخورد اجتماعی ($F=۶/۱$ و $P=۰/۰۱۴$)، ترس از ارزیابی منفی ($F=۶/۷۷$ و $P=۰/۰۱$) و اضطراب اجتماعی ($F=۱۱/۰۱$ و $P=۰/۰۰۱$). پس برابری میانگین نمره‌های بعد شناختی و رفتاری و نمره کلی اضطراب اجتماعی در میان انواع نقش‌های جنسیتی با احتمال ۹۹ درصد رد می‌شود. در نتیجه می‌توان نقش‌های جنسیتی را با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن مرتبط دانست. با توجه به نابرابری حجم نمونه در گروه‌های طبقه‌بندی‌شده از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد بین زنانگی و مردانگی، زنانگی و آندروژن، و زنانگی و نامتماز از نظر متغیرهای پژوهشی اجتناب از برخورد اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، و نمره کلی اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و نمره هر سه متغیر اضطرابی در سنخ زنانه بیشتر از سایر سنخ‌های جنسیتی بود. اما اختلاف میانگین متغیرهای وابسته بین سایر سنخ‌های جنسیتی معنادار نبود (سطح معناداری آزمون $P\leq ۰/۰۵$).

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تفاوت‌های جنسی و نقش جنسیتی در ابعاد رفتاری و شناختی اضطراب اجتماعی در نوجوانان انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش ارتباط بین جنس (زن یا مرد) و اضطراب اجتماعی را رد کرد. در تایید نامتماز بودن اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن از نظر جنس، پژوهش‌های اندکی وجود دارد [۲۰] و اغلب پژوهش‌ها درصد ابتدای زنان را بیش از مردان برآورد کرده است [۲۱]. با توجه به بعد اجتماعی که در اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد، شاید شایسته‌تر باشد در تبیین این نتیجه به عوامل اجتماعی اثرگذار بیشتر پرداخته شود. به‌زعم رویکرد اجتماعی ویژگی‌ها و رفتارهای افراد در اجتماع بر مبنای جنسیت، یعنی خصوصیات روانی و اجتماعی آنان تعیین می‌شود نه جنس زیستی و هیچ‌یک از صفات رفتاری به‌طور ذاتی مردانه یا زنانه نیست؛ بلکه این جامعه و فرهنگ حاکم بر آن است که صفات مربوط به یک جنس را مشخص می‌کند.

بر اساس پژوهش‌هایی که بیش از پانزده سال در سی کشور جهان انجام گرفته است محققان به توافقی فرهنگی درباره کلیشه‌های زنانه و مردانه دست یافته‌اند. از میان این ویژگی‌ها صفاتی که می‌تواند به‌وجود آوردنده اضطراب باشد از قبیل ترسو، وابسته، حساس، خجالتی، ضعیف و نگران همگی در دسته صفات زنانه جای دارد. در مقابل صفات مردانه مانند توانمند، با

بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

بر بی‌کفایتی و ناشایستگی یا بی‌ارزشی باشد. آن‌ها وقتی مسخره یا سرزنش یا متهم می‌شوند یا دیگران نظر خوبی به آن‌ها ندارند، عمیقاً آشفته می‌شوند. آنان از امکان ارزیابی منفی (بعد شناختی اضطراب اجتماعی) دیگران نگرانی شدیدی دارند و هر قدر احساس آسیب‌پذیری آن‌ها بیشتر باشد، سطح اضطرابشان بیشتر خواهد شد. از آنجا که این دیدگاه قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی را آزاردهنده می‌داند، آن‌ها تا جایی که بتوانند از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند (بعد رفتاری اضطراب اجتماعی) [۲۴].

کلیشه‌های جنسیتی باورهای تحریف‌شده‌ای در انسان به وجود می‌آورد که به‌ویژه در نوجوانی (زمان شکل‌گیری هویت و به گفته اریکسون دوره حل بحران هویت) بر شناخت اجتماعی نوجوانان تأثیر نامطلوبی می‌گذارد و اضطراب اجتماعی را در آنان تشدید می‌کند. بنابراین شاید بتوان با آموزش خانواده‌ها و اولیای مدرسه و تأثیر بر رسانه‌های جمعی نقش کلیشه‌های جنسیتی را بر رشد شناختی کودکان کاهش داد و با پرورش توانایی‌های شخصی هر فرد جدا از مؤنث یا مذکر بودن، فرصت پرورش توانایی‌های فردی او را فراهم کرد.

نتیجه‌گیری

درکل می‌توان نتایج حاصل از پژوهش حاضر را حاوی دو یافته اصلی دانست که عبارتند از: ۱. میانگین اضطراب اجتماعی و دو زیرمقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی (بعد شناختی) و اجتناب از برخورد اجتماعی (بعد رفتاری) در ابتدای نوجوانی (۱۲ تا ۱۳ سال) در دو جنس تفاوت معناداری ندارد؛ ۲. میانگین اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری در سنخ جنسیتی زنانه از سنخ جنسیتی مردانه و آندروژن و نامتمايز بیشتر است. گفتنی است با توجه به مقطعی بودن پژوهش می‌توان زنانگی را با اضطراب اجتماعی و ابعاد شناختی و رفتاری آن مرتبط دانست.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

این پژوهش مانند مطالعات دیگر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر شود. استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی به عنوان تنها عامل بررسی رفتار می‌تواند موجب جهت‌گیری نتایج شود. علاوه بر آن با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی نوجوانان ۱۲ تا ۱۳ سال شهر تهران انجام شده است و متغیرهای بررسی‌شده از متغیرهای فرهنگی و اجتماعی و ریش شناختی تأثیر می‌پذیرد، تعمیم نتایج به دیگر فرهنگ‌ها و سنین مختلف جای بحث دارد. از این‌رو در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود فرهنگ‌های دیگر و سنین مختلف بررسی شود و همچنین کلیشه‌هایی ذهنی مدنظر قرار گیرد که به‌طور اختصاصی بتواند بر اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد.

سپاسگزاری

در پایان از مدیران مدارس منطقه‌های سه و پنج تهران قدردانی می‌شود که در انجام این مطالعه با پژوهشگران همکاری کردند.

References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2000.
- [2] Brook A, Christina A, Schmidt LA. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008; 4(1):123-43. doi: 10.2147/ndt.s1799
- [3] Hidalgo RB, Barnett SB, Davidson JR. Social anxiety disorder in review: Two decades of Progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2001; 4(3):279-98. doi: 10.1017/s1461145701002504
- [4] Geravand F, Afzali MH, Shokri O, Parsian M, Puklek M, Khodaei A, et al. [Gender and age differences in social anxiety in adolescence (Persian)]. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2011; 7(26):165-74.
- [5] Levpuscek MP, Videc M. Psychometric properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. *Studia Psychologica*. 2008; 50(1):49-65.
- [6] Zohrevand R. [The relationship between perception of gender roles and sexual satisfaction (Persian)]. *Women in Development & Politics*. 2004; 2(2):117-25.
- [7] Baron R, Byrne D, Branscombe N. *Social psychology* [Y. Karimi, Persian trans]. Tehran: Ravan Publication; 2011.
- [8] Stassart C, Hansez I, Delvaux M, Depauw B, Etienne A. A French translation of the revised childhood anxiety sensitivity index (CASI-R): Its factor structure, reliability, and validity in a nonclinical sample of children aged 12 and 13 years old. *Psychologica Belgica*. 2013; 53(1):57-74. doi: 10.5334/pb-53-1-57
- [9] Walsh TM, Stewart SH, McLaughlin E, Comeau N. Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004; 18(5):695-706. doi: 10.1016/s0887-6185(03)00043-4
- [10] Muris CM, Knoops M. The relation between gender role orientation and fear and anxiety in nonclinic-referred children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2005; 34(2):326-32. doi: 10.1207/s15374424jccp3402_12
- [11] Ginsburg GS, Silverman WK. Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2000; 14(1):57-67. doi: 10.1016/s0887-6185(99)00033-x
- [12] Aliakbari Dehkordi M, Shokrkon H. [The relationship between gender role and mental health & its components in employed women (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2011; 2(5):37-48.
- [13] Asgari P, Ehteshamzadeh P, Pirzamani S. [Relationship of social acceptance, sex-role (androgyny) with psychological well-being in female students (Persian)]. *Woman and Culture*. 2010; 2(5):99-110.
- [14] Puklek M. Sociocognitive aspects of social anxiety and its developmental trend in adolescence [PhD Dissertation]. Ljubljana: University of Ljubljana; 1997.
- [15] Zhou X, Xu Q, Ingles CJ, Hidalgo MD, LaGreca AM. Reliability and validity of the Chinese version of the social anxiety scale for adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*. 2008; 39(2):185-200. doi: 10.1007/s10578-007-0079-0
- [16] Khodaei A, Shokri O, Puklek M, Gravand F, Tolabi S. [Factor structure and psychometric properties of the social anxiety scale for adolescents (SASA) (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(3):209-16.
- [17] Boldizar PJ. Assessing sex typing and androgyny in children: The children's sex role inventory. *Journal of Developmental Psychology*. 1991; 27(3):505-15. doi: 10.1037/0012-1649.27.3.505
- [18] Aliakbari Dehkordi M, Mohtashami T, Hasanzadeh P, Sahryari H. [The study of psychometric characteristics of children's sex role inventory in Iranian population (Persian)]. *Social Cognition*. 2014; 4:7-15.
- [19] Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42(2):155-62. doi: 10.1037/h0036215
- [20] Degonda M, Wyss M, Angst J. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1993; 243(1):16-22. doi: 10.1007/bf02191519
- [21] Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JRT. Social anxiety disorder in review: Two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2001; 4(3):279-98. doi: 10.1017/s1461145701002504
- [22] Khamseh A. [Examine gender role schemas and cultural stereotypes of female students (Persian)]. *Women's Studies*. 2005; 2(6):115-34.
- [23] Arrindell AW, Eisemann M, Richter J, Oei T, Caballo EV, Ende J, et al. Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(7):795-807. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00188-2
- [24] Rice F. *Human development: A life-span approach* [M. Foroughan, Persian trans]. 4th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2001.
- [25] Spence JT, Helmreich RL. Masculine instrumentality and feminine expressiveness: Their relationships with sex role attitudes and behavior. *Psychology of Women Quarterly*. 1980; 5(2):147-63. doi: 10.1111/j.1471-6402.1980.tb00951.x
- [26] Feather NT. Masculinity, femininity, self-esteem, and sub-clinical depression. *Sex Roles*. 1985; 12(5):491-500. doi: 10.1007/bf00288171
- [27] Orlofsky JL. Sex-role orientation, identity formation, and self-esteem in college men and women. *Sex Roles*. 1997; 3(6):561-75. doi: 10.1007/bf00287839
- [28] Antill J, Cunningham J. Self-esteem as a function of masculinity in both sexes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 6(3):783-85.
- [29] Kimlicka T, Cross H, Tarnai J. A comparison of androgynous, feminine, masculine, and undifferentiated women on self-esteem, body satisfaction, and sexual satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*. 1983; 7(3):291-94. doi: 10.1111/j.1471-6402.1983.tb00843.x

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

گروه داوران همتای مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران در سال ۱۳۹۵

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی	دکتر امراله ابراهیمی
دکتر منصور صالحی	دکتر حمیدرضا احمدخانیها
دکتر روح الله صدیق	دکتر مسعود احمدزاد اصل
دکتر سیامک طهماسبی	دکتر رضا آرزومندان
دکتر محمدرضا عابدی	دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید
دکتر اسما عاقبتی	دکتر مهدی اکبری
دکتر سعید عبادی زارع	دکتر عبدالله امیدی
دکتر کاوه علوی	دکتر معصومه امین اسماعیلی
دکتر حسن فرهی	دکتر مهدی امینی
دکتر محمد قدیری	دکتر مهدی بخشی زاده
دکتر ابوالفضل قریشی	دکتر لیلی پناغی
دکتر عاطفه قنبری	دکتر امیر حسین جلالی
دکتر شهر بانو قهاری	دکتر مجتبی حبیبی
دکتر رؤف قیومی	دکتر سید مهدی حسن زاده
دکتر محمد علی گودرزی	دکتر میترا حکیم شوشتری
دکتر مژگان لطفی	دکتر مریم حنا سابزاده
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی	دکتر مژگان خادمی
دکتر هما محمد صادقی	دکتر حسین داداش زاده
دکتر پروانه محمد خانی	دکتر محبوبه دادفر
دکتر علی محمدزاده	دکتر رزیتا داوری آشتیانی
دکتر ابوالفضل محمدی	دکتر محمود دهقانی
دکتر ربابه مزینانی	دکتر بهروز دولتشاهی
دکتر نهاله مشتاق	دکتر اسحق رحیمیان بوگر
دکتر نادره معماریان	دکتر عباس رمضانی فرانی
دکتر مرتضی ناصر بخت	دکتر کمیل زاهدی تجربی
دکتر علی اکبر نجاتی صفا	دکتر فاطمه زرگر
دکتر مهیار ندر محمدی	دکتر حسین شاره
دکتر احمد علی نوربالا	دکتر سید وحید شریعت
دکتر ربابه نوری	دکتر زهرا شهرپور
دکتر سپهر هاشمیان	دکتر فرشاد شیبانی

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Winter 2017. Vol 22. Num 4

Table of Contents

- 266 E-Health, Telemedicine and Telepsychiatry Shirazi, E., Hakim Shooshtari, M., Shalbafan, M, R., Hadi, F., Bidaki, R.
- 270 The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms: A Dialectical Behavior Therapy (DBT) Approach Esfand Zad, A, H., Shams, G., Pasha Meysami, A., Erfan, A.
- 284 Perceived Family Functioning and Suicidal Ideation Among University Students: Hopelessness as a Moderator Akbari, A., Panaghi, L., Habibi, M., Alsadat Sadeghi, M.
- 292 Relationship Between Perceived Parenting Styles and Identity Styles With Intensity of Depression in Adolescents Sohrabzadeh Fard, A., Gharraee, B., Asgharnejad Farid, A, A., Aghebati, A.
- 300 Exploring the Roots of Not Being Responsive Toward Male Sexual Request in Married Women of Reproductive Age Ghorashi, Z., Merghati Khoei, E.
- 308 Factor Structure of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in an Iranian Sample Soraya, Sh., Kamalzadeh, L., Nayeri, V., Bayat, E., Alavi, K., Shariat , S, V.
- 318 Structural Equation Modeling of Dysfunctional Attitudes and Depression Symptoms: Investigation of the Mediation Role of Ruminative Response Style Golzar, H, R., Aflakseir, A., Molazadeh, J.
- 330 Dropout in Outpatient Psychiatric Clinic, Roozbeh Hospital: One Year Follow-Up Mirsepasi, Z., Alaghband Rad, J., Sharifi, V., Artounian, V., Farhad Beigi, P., Abdi, F., Razaghi, O, M., Naghavi, H., Amini, H., Jafari, S.
- 340 Investigations of the Relation Between Social Anxiety, Cognitive and Behavioral Aspect of It and Sex and Gender-Role in Adolescence Aliakbari Dehkordi, M., Zarea, H., Asgharnejad Farid, A., Hashemian, R.
-

Iranian Journal of **PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY**

Volume 22, Number 4, Winter 2016

ISSN 1735-4315

E-ISSN 2228-7515

Annual subscription rate: Rls. 200000

Owner: Iran University of Medical Sciences

Chair Manager: Seyed Ahmad Vaezi, MD

Chief Editor: Banafshe Gharraee, PhD., Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences

Deputy Editor: Ahmad Ashouri, PhD., Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences

Manager Editorial Board: Noushin Khademolreza, MD., Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences

Executive Director: Zohre Rakh

Journal Executive: Maryam Norouzei

Publisher: Negah Institute for Scientific Communication

www.nirp.ir

Tel: +98 (21) 88925838

Fax: +98 (21) 88931032

Proof Reading Editors: Vahideh Towhidlou, Somayeh Salimian, Maryam Hashemian, Mina Amani

Graphics: Fatemeh Rezaee

Web Master: Atabak Sarbakhsh

Subscription

Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (ex-Andeesheh va Raftar) is a quarterly bilingual publication (Persian and English languages) published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences. Abstracts of all articles will be in both English and Persian. The Editorial Board welcome the articles in either English or Persian language in the field of psychiatry, clinical psychology and mental health.

The authors are responsible for statements made in their articles. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology does not reflect the official attitude or position of Tehran Psychiatric Institute or that of the Editorial Board.

Address: Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology,

Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Niayesh St., Sattarkhan Ave.,

Post Code: 1445613111

P.O.B.: 14565-441

Tel: +98 (2166506899

Fax: +98 (21) 88925838

Email: ijpcp@iums.ac.ir

Site: <http://ijpcp.iums.ac.ir>



Iran University of
Medical Sciences
and Health Services



Negah Institute
for Scientific
Communication

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Members of Editorial Board (Alphabetic Order)

- | | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Hassan Ashaeri, MD
Professor of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Mohammad Kazem Atefvahid, PhD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Abbas Attari, MD
Professor of Isfahan University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Nourmohammad Bakhshani, PhD
Associate Prof. of Zahedan University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Abbas Bakhshipour Roudsari, PhD
Professor of Tabriz University</p> <p style="text-align: center;">Behrooz Birashk, PhD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Jafar Bolhari, MD
Professor of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Keith Stephen Dobson, PhD
Professor University of Calgary, Canada</p> <p style="text-align: center;">Mehrdad Eftekhari, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">S. Hossein Fatemi, MD, PhD
Professor of University of Minnesota, USA</p> <p style="text-align: center;">Arthur Freeman, PhD
Professor Emeritus of Touro College, New York, USA</p> <p style="text-align: center;">S. Nassir Ghaemi, MD
Professor of Tufts Medical Center, USA</p> <p style="text-align: center;">Ali Ghaleiha, MD
Associate Prof. of Hamadan University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Banafsheh Gharraee, PhD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Mohammad Alli Ghoreishizadeh, MD
Professor of Tabriz University of Medical Sciences</p> | <p style="text-align: center;">Hassan Haghshenas, PhD
Professor of Shiraz University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">S. Kazem Malakouti, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Ahmad Mohit, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Ramin Mojtabai, MD
Associate Professor, Department of Mental Health, Johns Hopkins
School of Public Health, USA</p> <p style="text-align: center;">Hamid Mostafavi Abdolmaleky, MD
Assistant Prof. of Harvard University, USA</p> <p style="text-align: center;">Mehdi Nasr Esfahani, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Maryam Rasoulian, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Mohsen Rezaeian, PhD
Professor of Rafsanjan University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Ali Sahraian, MD
Professor of Shiraz University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Amir Shabani, MD
Professor of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Vandad Sharifi, MD
Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Elham Shirazi, MD
Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences</p> <p style="text-align: center;">Mohammad Taghi Yasamy, MD
Regional Adviser/Mental Health and Substance Abuse WHO/EMRO</p> <p style="text-align: center;">Hassan Ziaaddini, MD
Associate Prof. of Kerman University of Medical Sciences</p> |
|--|--|