

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

محمد طاهری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

*معصومه پورمحمدرضای تجربی استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

سعید سلطانی بهرام کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

*مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، بلوار رحمت، خیابان شهید کشوری (لشکری)، کوچه ۲۵، پلاک ۳۹۵

تاریخ وصول: ۹۰/۵/۴

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۷

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی بین سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بود.

روش کار: در مطالعه‌ی همبستگی حاضر، با استفاده از روش تمام‌شماری ۱۲۷ مادر دارای فرزند پسر شاغل به تحصیل در مقطع راهنمایی مدارس استثنایی شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند و پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان (AAS) و مقیاس امیدبزرگسالان (AHS) را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی اسپیرمن و تحلیل واریانس یک سویه استفاده شد.

یافته‌ها: امید به زندگی با سبک دلبستگی ایمن در مادران ارتباط مثبت معنی‌دار ($P < 0/001$) و با سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) ارتباط منفی معنی‌دار داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در واقع، نمره‌های امید به زندگی در مادران با سبک دلبستگی ایمن افزایش می‌یابد، در حالی که هر اندازه سبک دلبستگی مادران، نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) باشد میانگین نمره‌های امید به زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، امید به زندگی، دلبستگی، کم‌توان ذهنی، مادر

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

از تمام مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دوره‌ی راهنمایی شیراز و هم‌چنین معلمان و مسئولان آموزش و پرورش شیراز که در این پژوهش شرکت و ما را یاری رساندند و از همکاران آقایان حمید درودی و امیر طاهری و نیز سرکار خانم بهار عرشی به پاس همکاری و راهنمایی آن‌ها در طول پژوهش سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability

Abstract

Introduction: The purpose of study was to determine the relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability.

Materials and Methods: In this correlation study, all of mothers (N=127) whose sons were in special education in Shiraz were selected. Subjects completed adult attachment questionnaire (AAS) and scale of life expectancy (AHS). Data were analyzed by with Spearman correlation coefficient and one-way analysis of variance.

Results: Findings showed positive and significant ($P<0.001$) correlation between life expectancy and secured attachment style in mothers. There was also a negative and significant ($P<0.001$) correlation with unsecured (avoidant and ambivalent) attachment style.

Conclusion: Life expectancy may improve in mothers with secured attachment style and decrease in those with unsecure (avoidant and ambivalent) attachment style.

Keywords: Attachment, Education, Intellectually disabled, Life expectancy, Mother

Mohammad Taheri

M.Sc. in psychology and education of exceptional children, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

**Masoumeh*

Pourmohammadrezaye Tajrishi
Assistant professor of psychology, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

Saeed Soltani Bahram

M.Sc. in social well-being, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

***Corresponding Author:**

Number 395, 25th Alley, Shahid Keshvari (Lashkari) St., Rahmat Blvd., Shiraz, Iran
taheri.m1980@gmail.com
Received: Jul. 26, 2011
Accepted: Feb. 06, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by the research committee of Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation. No grant has supported the present study. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Taheri M, Pourmohammadrezaye Tajrishi M, Soltani Bahram S, Qasemi Kh. Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of educable intellectually disabled boys. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 24-35.

مقدمه

اگر چه فرآیند تولد نوزاد با رنج‌های فراوانی همراه است لیکن برای والدین لذت‌بخش می‌باشد. با وجود بسیاری از مشکلات که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می‌شوند امید به سالم و طبیعی بودن کودک معمولاً موجب احساس اعتماد در آن‌ها و در نتیجه پذیرش کودک می‌گردد. به محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند، تمام آرزوها و امیدهای آن‌ها مبدل به یاس شده و مشکلات، شروع می‌شود (۱). در واقع، تولد کودک کم‌توان ذهنی نمایانگر فروپاشی تصویری است که والدین در سر می‌پروراندند (۲). مادر، نخستین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. رویارویی مادر با فرزند کم‌توان ذهنی، نیاز کودک به مراقبت دایمی، اهمیت فراهم ساختن شرایط ویژه رشد، تجربه‌ی تنش والدین ناشی از وجود رفتارهای آیینی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می‌نمایند. وجود چنین مشکلاتی افزایش میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را در مقایسه با مادران کودکان عادی در پی خواهد داشت. هم‌چنین داشتن توقعات و انتظارات دور از توانایی کودکان و برآورده نشدن آن‌ها موجب ناکامی والدین می‌شود. بنا بر این تولد یک کودک کم‌توان ذهنی در مادرانی که به مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک کودک سالم و با ویژگی‌های طبیعی را داشته‌اند موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در مادر فراهم می‌کند که بالطبع غم، اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت. در مجموع، چنین شرایطی می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی در مادر شود و پیامدهای منفی هم‌چون اضطراب، پرخاشگری (۱) حرمت به خود پایین (۳) و افسردگی شدید (۴) را در مادران به دنبال داشته باشد و سلامت آن‌ها را به خطر اندازد. یکی از مهم‌ترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روان‌شناختی از دست دادن امید به زندگی است (۵). به نظر می‌رسد که امیدواری در تمام ابعاد زندگی

ضروری باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۶). امید به عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (۷). هم‌چنین امید می‌تواند به عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (۸).

آثار سودمند امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلفی تایید شده است (۹). به عنوان مثال، همبستگی مثبت امید با عاطفه‌ی مثبت (۱۰)، احساس خودارزشمندی (۱۱) حرمت خود (۱۲) و همبستگی منفی با افسردگی (۱۳) اضطراب (۱۴) احساس فرسودگی (۱۵) و به طور کلی با عاطفه‌ی منفی نشان داده شده است (۱۶). از نظر اسنایدر^۱ و همکاران، ملالت و افسردگی با انسداد یا عدم تحقق اهداف ارتباط دارد و برای فرد، واجد اهمیت است. سطح پایین امید، پیش‌بینی‌کننده‌ی سطح افسردگی و کاستی‌های روانی اجتماعی است (۱۷).

بررسی علمی امید به زندگی در انسان قدمتی کوتاه دارد و دوران ابتدایی خود را می‌گذراند (۱۸). اسنایدر برای اولین بار، نظریه‌ی امید را مطرح کرد و آن را متشکل از قدرت اراده، قدرت راهیابی، داشتن هدف و تشخیص موانع دانست (۶). گروپمن^۲ امید را احساس وجد و نشاط در نظر می‌گیرد که هنگامی تجربه می‌شود که فرد آینده‌ی بهتری را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد (۱۹). امید، عبور از موانع مهم و پرتگاه‌های عمیق را در طی مسیر تسهیل می‌کند. امید به فرد جرات می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آن‌ها را پیدا کند. بر خلاف گروپمن که خصیصه‌ی انفعالی برای امید در نظر می‌گیرد و آن را مانند دارونما تلقی می‌کند، اسنایدر معتقد است که امید، خصیصه‌ی فعالی است که در بر گیرنده‌ی داشتن هدف، قدرت برنامه‌ریزی و اراده برای دستیابی به هدف، توجه به موانع رسیدن به هدف و توانایی رفع آن‌ها است (۱۸). ناامیدی، فرد را در وضعیت غیر فعالی قرار

¹Snyder²Groopman

می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و در مورد آن‌ها تصمیم بگیرد. ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف‌ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می‌شود. در حقیقت ناامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می‌شود. هم‌چنین سبب می‌شود که فرد به طور دایم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد (۵).

یکی از متغیرهایی که در پژوهش‌های مختلف، رابطه‌ی مستقیم آن با امید به زندگی مورد تایید قرار گرفته، دلبستگی است. دلبستگی به معنی برقراری پیوند عاطفی عمیق با افراد خاص در زندگی تلقی می‌شود به گونه‌ای که فرد از تعامل با آن‌ها احساس شغف و نشاط به دست آورد و به هنگام تنش در کنار آن‌ها به احساس آرامش دست یابد (۲۰). نظریه‌ی دلبستگی بر پایدار ماندن پاسخ‌هایی تاکید می‌ورزد که در خلال نوزادی در تعامل بین نوزاد و مراقب وی به وجود می‌آید. رفتارهای دلبستگی و پیامدهای آن‌ها در سراسر زندگی فعال باقی می‌ماند و به هیچ وجه به دوره‌ی کودکی محدود نمی‌شوند (۲۱). در بزرگسالی، افکار و احساسات و نگرش نسبت به رابطه‌ی دلبستگی، بدون شک می‌تواند بر نحوه‌ی رفتار تاثیر بگذارد (۲۲). پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که الگوی دلبستگی می‌تواند زمینه‌ساز نحوه‌ی برخورد فرد با مسایل زندگی باشد و شیوه‌ی نگرش فرد را نسبت به مسایل و مشکلات، مشخص سازد.

هم‌چنین، الگوی دلبستگی، تعیین‌کننده‌ی آمادگی فرد برای حل و فصل مشکلات، کنش‌ها و واکنش‌های فرد در برابر مشکلات اجتماعی و ناکامی‌ها است (۲۳). افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در رویارویی با مسایل و مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای فعال استفاده می‌کنند (۲۴) و برای کاهش عواطف منفی از الگوی شناخت‌های مخالف با عاطفه (بهترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) بهره می‌برند در صورتی که افراد نایمن از الگوی شناخت‌های موافق با عاطفه (بدترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کنند (۲۵).

افراد دلبسته‌ی ایمن بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته‌تر مانند والایی‌گرایی و افراد دلبسته‌ی نایمن بیشتر از مکانیسم‌های رشد نیافته‌تر و روان‌آزرده استفاده می‌کنند (۲۶). هم‌چنین در مطالعات مختلف، رابطه‌ی مستقیم بین سبک دلبستگی ایمن با حرمت خود، اعتماد به دیگران (۲۷) و سلامت روان (۱۰) و بین دلبستگی نایمن و اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب (۲۸)، عواطف منفی و تنش (۲۹)، نگرش‌های ناکارآمد و حرمت خود پایین (۳۰) و خشم (۳۱) نشان داده شده است.

از سوی دیگر ویژگی‌های گوناگونی با سبک دلبستگی در ارتباط می‌باشند که در نتیجه می‌توانند بر روی امید به زندگی افراد تاثیر گذار باشند. از جمله‌ی این ویژگی‌ها، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌باشند (۳۲) لذا در پژوهش حاضر دو ویژگی جمعیت‌شناختی یعنی سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال نیز مورد بررسی قرار گرفته شده است.

طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۵، در حدود دو میلیون و هشت هزار معلول وجود دارند که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر، گروه کم‌توان‌های ذهنی را تشکیل می‌دهند. بنابراین تعداد قابل ملاحظه‌ای از خانواده‌های ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول، هم‌چنین فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی در امان نیستند و این عوامل می‌تواند آسیب‌ها و آثار منفی بر وضعیت بهداشت روانی مادران بر جای گذارده، ثبات و کیفیت زندگی خانوادگی و فردی آن‌ها را برهم زند (۳۳). این تاثیر منفی در مورد پسران کم‌توان ذهنی که یک و نیم برابر بیشتر از دختران کم‌توان ذهنی هستند، بیشتر است زیرا مشکلات اجتماعی در این پسران بیشتر از دختران همسان آن‌ها است و نیز تعداد پسران مبتلا به مشکلات رفتاری و پرخاشگری، پنج برابر دختران گزارش شده است (۳۴).

بنابراین، با توجه به مبانی نظری و پیشینه‌ی پژوهشی موجود می‌توان انتظار داشت که با افزایش شناخت علمی مادران از سبک دلبستگی و توجه به نقش اساسی آن در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده، گام مهمی در جهت تامین بهداشت روانی آن‌ها برداشته می‌شود. از یک سو، افراد دارای سبک

۱۲۷ نفر از مادران به پرسش‌نامه‌های سبک دلبستگی بزرگسالان^۱ (AAS) و مقیاس سنجش امید بزرگسالان^۲ (AHS) پاسخ دادند.

پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان (AAS): این پرسش‌نامه یک وسیله‌ی خودگزارش‌دهی است که توسط هازان و شیور^۳ و بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه‌گانه‌ی آیزورث (ایمن، اجتنابی و دو سوگرا) طراحی شده است (۳۶). پرسش‌نامه‌ی اخیر شامل توصیف‌هایی در زمینه‌ی احساس‌های فرد درباره‌ی درک او از روابط خود با افراد مهم زندگی فعلی وی می‌باشد. این توصیف‌ها روی یک مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای، از کاملاً نامناسب (۱) تا کاملاً مناسب (۹) ارایه می‌شود. آزمودنی به هر کدام از این توصیف‌ها نمره‌ی بالاتری اختصاص دهد، همان توصیف به عنوان سبک دلبستگی او محسوب می‌شود. ذوالفقاری مطلق و همکاران، روایی این پرسش‌نامه را در پژوهش خود توسط همسانی درونی سبک‌های دلبستگی ۰/۵۵ تا ۰/۷۴ به دست آوردند و پایایی آن را در دلبستگی ایمن ۰/۸۴ و در دلبستگی ناایمن دوسوگرا ۰/۷۸ محاسبه کردند (۳۷). روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۴۰-۳۸).

مقیاس سنجش امید بزرگسالان (AHS): این مقیاس در بر گیرنده‌ی ۱۲ سؤال است. برای پاسخ به هر سؤال پیوستاری از ۱ تا ۴، در نظر گرفته شده است که برای عبارت‌های قطعا غلط، اکثر موارد غلط، اکثر موارد درست و قطعا درست به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ تعلق می‌گیرد. جمله‌های منفی به طور معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌ها بین ۱۲ تا ۴۸ قرار دارد و نمره‌ی بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر امید است. این مقیاس برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمانی بین ۲ تا ۵ دقیقه برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند (۴۱). برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای

دلبستگی ایمن قادر هستند به گونه‌ی فعال، تجارب و موقعیت‌های مختلف خود را واقع‌بینانه ارزیابی کنند و در مورد آن‌ها تصمیم بگیرند. از سوی دیگر، امید به زندگی به عنوان منبع مقابله با فقدان و سازگاری شخصی تلقی شده است و افزایش آن موجب فزونی مهارت حل مسئله در افراد خواهد شد و پیامدهای مثبت را برای سلامت آن‌ها به همراه می‌آورد. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی بین سبک دلبستگی (با سه سطح ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا) و امید به زندگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی طراحی شده است. پژوهش حاضر از معدود پژوهش‌هایی است که به طور مستقیم رابطه‌ی بین سبک دلبستگی و امید به زندگی را در این گروه از مادران مورد بررسی قرار می‌دهد. در صورت تایید چنین رابطه‌ای می‌توان میزان آگاهی افراد را نسبت به پیامدهای مثبت و منفی مربوط به سلامت ناشی از سبک‌های دلبستگی افزایش داد و اقدامات پیشگیرانه‌ی لازم را جهت عدم بروز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی تدارک دید.

روش کار

نوع پژوهش حاضر، همبستگی است زیرا با استفاده از یک گروه آزمودنی، دست کم درباره‌ی دو متغیر بدون آن که هیچ یک از آن‌ها دستکاری یا کنترل شود، اطلاعاتی به دست آورده می‌شود (۳۵). در این پژوهش رابطه‌ی سبک دلبستگی با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مادران (۱۴۷ نفر) دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی شاغل به تحصیل در دوره‌ی راهنمایی مدارس استثنایی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. با استفاده از تمام‌شماری، تمام اعضای جامعه‌ی آماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ملاک‌های ورودی این پژوهش شامل سلامت کامل روانی و جسمانی مادران و نداشتن معلولیت‌های دیگر به جز کم‌توانی ذهنی در دانش‌آموزان می‌شد. از آن جایی که کل جامعه، ملاک‌های ورودی پژوهش را دارا بودند، هیچ کدام از اعضای جامعه از مطالعه خارج نشدند. البته ۲۰ نفر از مادران به دلایل مختلف حاضر به ادامه‌ی همکاری تا پایان پژوهش نشده و از مطالعه حذف شدند و تنها

¹Adults Attachment Style

²Adults Hope Scale

³Hazan and Shiver

توزیع فراوانی نمره‌های سطح امید در مادران در جدول ۱ ارایه شده است. با توجه به نتایج این جدول مشاهده می‌شود که میزان امید ۸۰/۳ درصد مادران در سطح پایین و سطح امید فقط ۸/۷ درصد مادران در سطح بالا قرار دارد. کمینه و بیشینه‌ی مقدار سطح امید در مادران به ترتیب ۱۳ و ۳۵ بود.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی سطح امید در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

سطح امید	تعداد	درصد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
پایین (۱۲-۲۴)	۱۰۲	۸۰/۳	۱۳	۲۱	۲۹/۵	۷/۳۱
متوسط (۲۵-۳۰)	۱۴	۱۱/۰	۲۵	۲۷	۱۹/۸	۷/۱۷
بالا (۳۱-۳۶)	۱۱	۸/۷	۳۱	۳۵	۱۶/۱	۵/۱۲

نتایج حاصل از بررسی میزان تحصیلات مادران نشان می‌دهد که مدرک تحصیلی ۴۰/۲ درصد از مادران سیکل، ۳۹/۴ درصد ابتدایی، ۱۳/۳ درصد دیپلم و ۷/۱ درصد آن‌ها فوق دیپلم و بالاتر بوده است. توزیع میزان تحصیلات مادران بر حسب سبک‌های دلبستگی در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بیشترین تعداد مادران (۲۲ نفر) در گروه سبک دلبستگی ایمن و دارای تحصیلات سیکل (۱۷/۳٪) و کمترین تعداد مادران (۱ نفر) در گروه سبک نایمن دوسوگرا و دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر (۰/۸٪) قرار گرفته‌اند. مقایسه‌ی تفاوت میانگین سبک دلبستگی مادران با توجه به میزان تحصیلات آن‌ها نشان می‌دهد که سبک دلبستگی مادران دارای سطح تحصیلات متفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار ($P < 0/000$) است (جدول ۳).

نتایج حاصل از مقایسه‌ی سبک دلبستگی مادران با توجه به وضعیت شغلی آن‌ها در جدول ۴ ارایه شده است. همان‌گونه که در جدول ۴ نمایان است بیشترین تعداد مادران (۳۶ نفر خانه‌دار و ۲۳ نفر کارمند، معادل ۴۶/۴٪) دارای سبک

کرونباخ استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۶۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عامل به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس به دست آمد. شاخص KMO برابر با ۰/۸۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر با ۶۴۴/۸۱ بود ($P < 0/001$) که نشان‌دهنده‌ی کفایت نمونه‌گیری گزینه‌ها و ماتریکس همبستگی آن‌ها بود (۴۲). در پژوهشی که بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد ۰/۸۹ به دست آمد (۴۱). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای پژوهش به مادران اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌های آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نسبت به عدم تهدید هر گونه خطر ناشی از تحقیق نسبت به خودشان و فرزندانشان توضیح داده و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد. ابتدا پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان به مدت ۱۰ دقیقه و به طور انفرادی توسط مادران تکمیل شد. سپس در جلسه‌ی جداگانه، مقیاس سنجش امید بزرگسالان به مدت ۵ دقیقه و به طور گروهی مجدداً توسط مادران تکمیل گردید. به منظور بیان کمی اطلاعات جمع‌آوری شده از شاخص‌های آمار توصیفی و برای بررسی رابطه‌ی میان متغیرها از همبستگی اسپیرمن (به دلیل غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها) و برای مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه از تحلیل واریانس استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

نتایج

در پژوهش حاضر توزیع سن مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی بین ۳۰ تا ۵۱ سال (با میانگین ۴۰/۳ و انحراف معیار ۵/۷۱ سال) قرار داشت. بیشترین تعداد مادران (۴۵ نفر، ۳۵/۵٪) در گروه سنی ۳۷ تا ۴۴ سال و کمترین تعداد (۳۸ نفر، ۲۹/۹٪) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۷ سال قرار داشتند.

جدول ۲- توزیع تحصیلات مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بر حسب سبک دلبستگی آن‌ها

میزان تحصیلات سبک دلبستگی	ابتدایی		سیکل		دیپلم		فوق دیپلم و بالاتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ایمن	۱۷	۱۳/۴	۲۲	۱۷/۳	۱۵	۱۱/۸	۵	۳/۹
نایمن اجتنابی	۱۷	۱۳/۴	۱۳	۱۰/۲	۲	۱/۶	۳	۲/۴
نایمن دوسوگرا	۱۶	۱۲/۶	۱۶	۱۲/۶	۰	۰/۰	۱	۰/۸
مجموع	۵۰	۳۹/۴	۵۱	۴۰/۲	۱۷	۱۳/۳	۹	۷/۱

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد و نتایج آن در جدول ۷ نمایان است.

جدول ۶- توزیع دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی با توجه به سن و پایه‌ی تحصیلی آن‌ها

سطوح سنی	تعداد	درصد	پایه‌ی تحصیلی	تعداد	درصد
کمتر از ۱۵	۱۴	۱۱/۰	اول راهنمایی	۴۴	۳۴/۶
۱۵ تا ۲۰	۱۰۲	۸۰/۳	دوم راهنمایی	۴۵	۳۵/۵
۲۰ تا ۲۰	۱۱	۸/۷	سوم راهنمایی	۳۸	۲۹/۹

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود سبک دلبستگی ایمن با امید زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط مثبت معنی‌دار دارد ($P < 0/001$). هم‌چنین سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط منفی و معنی‌دار دارد ($P = 0/019$). در نهایت، سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط منفی و معنی‌دار دارد ($P < 0/001$).

جدول ۷- ضرایب همبستگی میان سبک‌های دلبستگی و امید به

سبک دلبستگی	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
دلبستگی ایمن	۰/۴۴۹	< ۰/۰۰۱
دلبستگی نایمن اجتنابی	-۰/۲۰۷	۰/۰۱۹
دلبستگی نایمن دوسوگرا	-۰/۳۰۹	< ۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی با امید به زندگی در آن‌ها ارتباط مثبت و معنی‌دار دارد. در واقع، هر اندازه سبک دلبستگی مادر ایمن‌تر باشد، امید به زندگی در وی نیز افزایش می‌یابد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های دیگری نظیر مطالعه‌ی وی^۱ و همکاران (۲۹)، میکولینسر^۲ و همکاران (۴۰)، کافتتسیوس^۳ (۴۲)، پیتروموناکو و بارت^۴ (۴۳)، ولز^۱ (۱۴) و رضانی و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد.

جدول ۳- مقایسه‌ی میانگین سبک دلبستگی در مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با توجه به سطح تحصیلات آن‌ها

منبع تغییر	SS	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
بین گروهی	۴۹۸/۷۹۲	۳	۱۶۶/۲۶۴		
درون گروهی	۲۴۴۴/۲۰۰	۱۲۳	۱۹/۸۷۲	۸/۳۶۷	۰/۰۰۰
کل	۲۹۴۲/۹۹۲	۱۲۶			

جدول ۴- توزیع وضعیت شغلی مادران دارای دانش‌آموزان

کم‌توان ذهنی بر حسب سبک دلبستگی آن‌ها

گروه سبک دلبستگی	خانه‌دار	کارمند
	تعداد	درصد
ایمن	۳۶	۲۸/۳
نایمن اجتنابی	۳۰	۲۳/۶
نایمن دوسوگرا	۲۵	۱۹/۷
مجموع	۹۱	۷۱/۷

دلبستگی ایمن و کمترین تعداد مادران (۲۵ نفر خانه‌دار و ۸ نفر کارمند، معادل ۲۶٪) دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا توزیع شده‌اند.

مقایسه‌ی تفاوت میانگین سبک دلبستگی مادران با توجه به وضعیت اشتغال آن‌ها نشان می‌دهد که سبک دلبستگی مادران خانه‌دار و شاغل از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0/001$) (جدول ۵).

جدول ۵- مقایسه‌ی میانگین سبک دلبستگی در مادران دارای

دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی بر حسب وضعیت اشتغال آن‌ها

منبع تغییر	SS	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
بین گروهی	۱۰/۴۱۶	۳	۰/۷۵۷		
درون گروهی	۷۶/۲۶۱	۱۲۳	۰/۷۵۷	۱۴/۰۰۵	< ۰/۰۰۱
کل	۷۶/۶۷۷	۱۲۶			

با توجه به جدول ۶، مشاهده می‌شود بیشترین تعداد دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی (۱۰۲ نفر) در گروه سنی ۱۵ تا ۲۰ سال (۸۰/۳) و کمترین تعداد (۱۱ نفر) در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ (۸/۷) قرار دارند. هم‌چنین بیشترین تعداد دانش‌آموزان (۴۵ نفر) در پایه‌ی دوم راهنمایی (۳۵/۵) و کمترین تعداد آن‌ها (۳۸ نفر) در پایه‌ی سوم راهنمایی (۲۹/۹) مشغول به تحصیل بودند.

¹Wei

²Mikulincer

³Kaftetsios

⁴Pitromonaco and Barrett

افراد دیگر تکیه می‌کند و توانایی ابراز هیجان‌های خود را دارد. با توجه به ویژگی افراد با سبک دلبستگی ایمن، این مادر خود را فردی می‌بیند که ارزش عشق و مراقبت دارد و تصویری که از دیگران ساخته است تصویری قابل اعتماد و اتکا می‌باشد. بنابراین، امید به زندگی در وی به یأس و ناامیدی تبدیل نمی‌شود (۲۵).

هم‌چنین در این پژوهش نشان داده شد که سبک دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) در مادران پسران کم‌توان ذهنی با امید به زندگی در آن‌ها ارتباط منفی معنی‌دار دارد. به بیان دیگر، هر اندازه سبک دلبستگی ناایمن مادر بیشتر باشد، امید به زندگی در او نیز پایین‌تر است. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های دیگر از جمله روبرتس^۲ و همکاران (۳۰)، لویز^۳ و همکاران (۲۸)، وی و همکاران (۲۹)، فلدمن^۴ و اسنایدر (۱۵) و رضانی و همکاران (۲۷) همخوانی دارد.

درک مبتنی بر عدم دسترسی به منبع دلبستگی، منجر به ادراک ناایمنی در دلبستگی می‌شود که با تنش‌های برخاسته از تهدیدهای ارزیابی شده در هم می‌آمیزد. این وضعیت ناایمن به فرد فشار وارد می‌کند تا در مورد تداوم رفتارهای صمیمیت‌جویانه به عنوان راهبر حمایتی و حفاظتی تصمیم بگیرد. هنگامی که رفتار صمیمیت‌جویانه به عنوان یک نیاز اساسی و بنیادی ارزیابی می‌گردد، افراد راهبردهای فعال‌ساز دلبستگی را به کار می‌برند که در بر گیرنده‌ی شدت یافتن تقاضا و درخواست برای مظاهر دلبستگی و تکیه به دیگران به عنوان منبع آسایش و راحتی است (۳۲).

بیش‌فعال‌سازی نظام دلبستگی، مدارهای عصبی تحریکی را درگیر کرده و به نوبه‌ی خود حالت گوش به زنگی و میزان آستانه برای یافتن و پیدا کردن نشانه‌های مربوط به تهدید را افزایش و میزان آستانه برای یافتن نشانه‌های در دسترس نبودن مظاهر دلبستگی را کاهش می‌دهد. این دو سرنخ و نشانه، موجب فعال‌سازی نظام دلبستگی می‌شوند. نظام دلبستگی به طور مزمن و مداوم به فعالیت می‌پردازد، درد و رنج ناشی از عدم دسترسی به منبع دلبستگی تشدید می‌شود و شک و تردید

نظام دلبستگی از سه عامل عمده تشکیل شده است. یک عامل مربوط به مهار و ارزیابی رویدادها و وقایع تهدیدکننده است و مسئولیت فعال‌سازی نظام دلبستگی را به عهده دارد. عامل دوم در برگیرنده‌ی مهار و ارزیابی در دسترس و پاسخگویی افراد مهم به عنوان منبع دلبستگی است که احتمالاً حمایت و آسایش فرد را فراهم می‌نمایند، نیازهای دلبستگی را ارضا می‌کنند، توانمندی‌های فرد را تقویت می‌کنند و گنجینه‌ی تفکر و عمل را در فرد گسترش می‌دهند.

این عامل مسئولیت تفاوت و تنوع احساس دلبستگی ایمن را عهده‌دار است و می‌تواند بین افراد ایمن و ناایمن افتراق و تمایز ایجاد کند. سومین عامل متشکل از مهار و ارزیابی تداوم صمیمیت‌جویی به عنوان ابزار مقابله با دلبستگی ناایمن است. عامل سوم، مسئول پراکندگی و تنوع آن است که با نام راهبردهای بیش‌فعال‌ساز (افزاینده‌ها) یا راهبردهای غیرفعال‌ساز (کاهنده‌ها) تنظیم عاطفه، شناخته می‌شود.

راهبردهای بیش‌فعال‌ساز یا افزایش‌دهنده‌ها به افزایش و تشدید رفتارهای دلبستگی می‌انجامند و راهبردهای غیرفعال‌ساز یا کاهنده‌ها به تنظیم و در عین حال کاهش نظام دلبستگی منجر می‌شوند (۳۲). ارزیابی رویدادها و وقایع آشکار در مواقع ادراک یک تهدید احتمالی یا واقعی منجر به فعال‌سازی نظام دلبستگی می‌شود. با فعال شدن نظام دلبستگی پاسخ مثبت به سوال مربوط به در دسترس بودن منابع دلبستگی، منجر به ایجاد چرخه (شکل‌گیری و گسترش) دلبستگی ایمن می‌شود. این چرخه شامل کاهش تنش ناخوشایند، افزایش سازگاری فردی و نیز گسترش و تسهیل سایر نظام‌های رفتاری می‌گردد و به نوبه‌ی خود گسترش نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فرد را به دنبال خواهد داشت (۴۴).

بنابراین، هنگامی که سبک دلبستگی مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی ایمن است، برای کاهش عواطف منفی (داشتن کودک کم‌توان ذهنی) از الگوی شناخت‌های مخالف با عاطفه (بهترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کند و با موقعیت به وجود آمده سازگاری بیشتری حاصل می‌شود (۲۴) هم‌چنین در این شرایط، مادر خود را تنها احساس نکرده و بر حمایت‌های

²Roberts
³Lopez
⁴Feldman

¹Wells

و شاغل بودن مادران پسران کم‌توان ذهنی، می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی آن‌ها گردد.

دلبستگی ایمن در شکل‌دهی احساسات مثبت از خود از قبیل احساس قابلیت، خودارزشی و اعتقاد مثبت اثر دارد (در واقع یک مدل فعال درونی از خود است)، که سبب می‌شود مادران دلبسته‌ی ایمن در جهت تکامل علائق و قابلیت‌های یگانه و منحصر به فردشان پیش روند (۳۲) و داشتن تحصیلات بالاتر و در نتیجه امید به زندگی بیشتر یکی از نتایج همین احساسات مثبت از خود است.

از سوی دیگر مادرانی که دارای سبک دلبستگی ایمن هستند از خودمختاری بیشتری برخوردارند. چرا که خودمختاری در مادران سبب می‌شود آن‌ها از توانایی تجربه‌ی خود به عنوان فردی متمایز و جدا از دیگران، توانمند و متعهد که می‌تواند به طور مستقل زندگی خود را کنترل کند و نیز از منحصر به فرد بودن خود، لذت ببرند (۳۲). لذا شاغل بودن این مادران که در نتیجه‌ی خودمختاری و استقلال آن‌ها است، می‌تواند موجبات امید به زندگی بالاتر را میسر سازد.

در مجموع، با توجه به اهمیت امید به زندگی در سلامت روانی و کنارآمدن موثر مادران (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای تنش‌زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) (۴۱) و نیز اهمیت ثبات شخصیت و نحوه‌ی ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی خود (۴۵)، می‌توان از نتایج این تحقیق برای آگاه ساختن خانواده (به ویژه مادران)، مشاوران و دست‌اندرکاران در امر آموزش دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نسبت به اهمیت سبک دلبستگی به عنوان یکی از عوامل موثر در امید به زندگی استفاده کرد.

هم‌چنین با راهکارها و روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر دلبستگی علاوه بر (افزایش سطح امید به زندگی در مادران)، می‌توان سلامت روانی آن‌ها و در نتیجه خانواده‌ی آن‌ها را افزایش داد و این سلامت روانی و محیطی خانواده مانع از تشدید کم‌توانی فرزندان این مادران می‌گردد (۴۵).

محدود شدن پژوهش به جنس پسر، مقطع تحصیلی راهنمایی و گروه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌رود و پیشنهاد می‌شود

نسبت به توانایی‌های خود برای رسیدن به آسایش و دستیابی به حس امنیت افزایش می‌یابد.

این مدارهای تحریکی عامل مهمی در ایجاد مسایل روانی دلبستگی نایمن و اضطرابی محسوب می‌شوند. ارزیابی رفتارهای صمیمیت‌جویانه به عنوان راه‌حل‌هایی که ممکن است نتواند تنش‌های منفی را کاهش دهد، منجر به استفاده از راهبردهای غیرفعال‌ساز می‌شود. این راهبردها به صورت فاصله گرفتن از محرک‌ها و رویدادهایی که نظام دلبستگی را فعال می‌سازند، ظاهر می‌شوند و شامل مدارهای مهارکننده و بازدارنده بوده و منجر به صرف نظر از تهدید و یا سرکوبی افکار و هیجان‌های مربوط به تهدید و نشانه‌های مربوط به دلبستگی و یا واپس‌زنی و ... می‌گردند. این مدارها توسط اتخاذ نگرش خوداتکایی (که وابستگی به دیگران را کاهش می‌دهد و شکست‌ها و ضعف‌های شخصی را تایید می‌کنند) بیشتر تقویت می‌شوند (۴۴).

بنابراین از یک سو، مادرانی که سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) دارند و دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند در این موقعیت برای کاهش عواطف منفی (ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی) از الگوی شناخت‌های موافق با عاطفه (بدترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کنند (۲۵) و نیز از توانایی حل مسئله‌ی کمتر و تجربه‌ی خشم بیشتر برخوردار می‌باشند (۱۱). از سوی دیگر، این گروه از مادران خود را تنها احساس کرده و فکر می‌کنند که از حمایت‌های دیگران برخوردار نیستند (۲۴) چون خود را به عنوان فردی در نظر می‌گیرند که ارزش عشق و محبت را ندارد، تصویر او از جهان و اطرافیان به عنوان مکان و افرادی ناامن و ناراحت‌کننده است که پذیرای او نیستند، لذا امید به زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۵).

در نهایت، نتایج این مطالعه مشخص گردانید که سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال مادران پسران کم‌توان ذهنی، با سبک دلبستگی و در نتیجه امید زندگی آن‌ها ارتباط دارد. به بیان دیگر مشاهده گردید که مادران دلبسته‌ی ایمن در مقایسه با مادران نایمن اجتنابی و دوسوگرا، از سطح تحصیلات و اشتغال بیشتری برخوردار بودند. در نتیجه همین تحصیلات بالا

پژوهش‌های آینده با بررسی متغیرهای مورد مطالعه در این
 پژوهش و مقایسه آن در مادران گروه‌های مختلف کودکان
 استثنایی بر غنای اطلاعات بیافزاید و توان تعمیم‌پذیری نتایج را
 افزایش دهد.

References

1. Narimani M, Aqamohammadian H, Rajabi S. [Mental health compared to children with exceptional mental health of mothers of normal children]. *Journal of fundamentals of mental health* 2007; 9(1-2): 15-24. (Persian)
2. Mohammadi M, Dadkhah B. [Psychological and social problems compared to parents of mentally retarded children under the Welfare of Ardebil]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2001; 1(3): 206-20. (Persian)
3. Ahmadi Z. [Median levels of self-esteem compared to the mental retarded children and normal children in Ahwaz]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University, Branch of Ahwaz, College of psychology, 1998: 25-37. (Persian)
4. Lajevardi Z. [Comparison of depressed mothers can teach mentally retarded children and normal children]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University, 1992: 11-26. (Persian)
5. Shams Esfandabadi H, Hashemian K, Shafiabadi H. [Effectiveness of teaching methods on the despair and sense of humor social adjustment of depressed students in Tehran]. *Journal of new ideas in educational sciences* 2007; 3(1): 81-99. (Persian)
6. Darrodi H. [Part of couple's therapy group hoping to increase the marital satisfaction of married couples and addicts]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2010: 12-15. (Persian)
7. Doussard-Roosevelt JA, Joe CM, Bazhenova OV, Porges SW. Mother-child interaction in autistic and no autistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *J Dev Psychopathol* 2003; 15(2): 277-95.
8. Harper M. Evidence-based effective practices with older adults. *J Couns Dev* 2004; 82(2): 36-42.
9. Catherine CL, Bulter L, Koopman L. Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *J Med Psychol* 2003; 122(13): 52-7.
10. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: Chang EC. (editor). *Optimism and pessimism*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003: 189-216.
11. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq* 2002; 13: 249-75.
12. Snyder CR, Sympton SC, Yabsco FC, Borders TF, Babayak MA, Higgins RL. Development and validation of the state hope scale. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 321-35.
13. Snyder CR, Cheavens J, Sympton SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dyn* 1997; 1: 107-18.
14. Wells M. The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. Ph.D. Dissertation. USA: The University of Texas, 2005: 32-45.
15. Feldman BD, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J Soc Clin Psychol* 2005; 24(3): 401-21.
16. Sherwin ED, Elliott TR, Rybarczyk BD, Frank RG, Hanson S, Hoffman J. Negotiating the reality of care giving: Hope, burn out and nursing. *J Soc Clin Psychol* 1992; 11: 129-39.

17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving SA, Sigmon S, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60: 570-85.
18. Snyder CR. *The psychology of hope: You can get there from here*. 1st ed. New York: Free; 1994: 102-45.
19. Gropman J. *The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness*. 1st ed. New York: Random House; 2005: 45-98.
20. Sohrabi F, Rasoli B. [Relationship between attachment style and sexual relations between women's in combating corruption in the social center of Tehran]. *Journal of family research* 2008; 4(2): 43-133. (Persian)
21. Simpson JA, Collins WA, Tran S, Haydon C. Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationship: A developmental perspective. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92(2): 355-67.
22. Huntsinger ET, Luecken LJ. Attachment relationship and health behavior: The mediation role of self-esteem. *J Psychol Health* 2004; 19(4): 515-26.
23. Mehrabizadeh Honarmand M, Fati K, Shahni Yeylaq M. [Depression, you want excitement, aggression, attachment styles, and socioeconomic status as predictive of drug dependence in adolescent boys in Ahwaz]. *Journal of science education* 2008; 15(1): 153-78. (Persian)
24. Greenberger E, McLaughlin CS. Attachment, coping and explanatory style in late adolescent. *J Youth Adolesc* 1998; 27: 121-39.
25. Pereg D, Mikulincer M. Attachment style and the regulation of negative affect. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 67-80.
26. Besharat M, Sharifi M, Iravani M. The relationship between attachment styles and defense mechanisms. *Contemporary Psychology* 2001; 19: 277-89.
27. Ramezani V, Shams Esfandabadi H, Tahmasebi Sh. [Emotional consequences of attachment styles]. *Journal of research in psychological health* 2007; 1(1): 38-47. (Persian)
28. Lopez FG, Mauricio AM, Gormley B, Simko T, Berger E. Adult attachment orientations and college students' distress. *J Couns Dev* 2001; 79: 459-64.
29. Wei M, Heppner PP, Mallinckrodt B. Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress. *J Couns Psychol* 2003; 50: 438-47.
30. Roberts JE, Gotip IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 310-20.
31. Wei M, Vogel DL, Ku TU, Zakalik RA. Adult attachment, affect regulation, negative mood and interpersonal problems. *J Couns Psychol* 2005; 52: 14-24.
32. Janson SM, Milfin VA. [Attachment processes in couple and family therapy]. Bahrami F, Etemadi H, Batany S, Eshqi R, Jokar M, Dayaran MM, et al. (translators). 1st ed. Tehran: Danzhe; 2002: 153-365. (Persian)
33. Kohsali M, Mirzamani M, Mohammadkhani P, Karimlo M. [Social adjustment than mothers of mentally retarded girls with mothers teaching daughters to be normal in Kashan]. *Rehabilitation journal* 2007; 8(2): 40-7. (Persian)
34. Taheri M, Tajrishi M, Movallali G, Rahgozar M, Arshi B. [Correlation between mother's attachment style and social maturity of their educable mentally retarded sons in Shiraz's secondary schools (2008-2009)]. *Hakim* 2010; 13(2): 99-107. (Persian)
35. Homan HA. [Understanding of scientific method in the behavioral sciences]. Tehran: Samt; 2007: 259-60. (Persian)
36. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment style. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 511-24.
37. Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri AR, Mazaheri MA, Khoshabi K, Karimlo M. [Comparison of attachment style, personality and anxiety, in mothers of children with separation anxiety disorder and mothers of normal children]. *Journal of family research* 2008; 3(3): 709-26. (Persian)
38. Baldwin MW, Fehr B. On the instability of attachment style rating. *Pers Relat* 1995; 2: 247-61.
39. Nasiri H, Jokar B. [Significant life expectancy, life satisfaction and mental health in women (a group of women)]. *Journal of women's studies* 2008; 6(2): 157-78. (Persian)

40. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: psychodynamics, development, and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motiv Emot* 2003; 27: 77-102.
41. Bijari H, Qanbari Hashemabadi B, Aqamohammadian Sherbaf HR, Homaishandiz F. [Evaluate the effectiveness of group therapy approach based on the hope of extending the life expectancy of women with breast cancer]. *Journal of educational studies and psychology* 2009; 10(1): 171-84. (Persian)
42. Kafetsios K. Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Pers Individ Dif* 2004; 37: 129-45.
43. Pitromonaco PR, Barrett LF. Attachment theory as an organizational framework. *J Rev Gen Psychol* 2000; 4: 107-10.
44. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* 2002; 4: 133-61.
45. Banijamali Sh, Ahadi H. [Developmental psychology (basic concepts in child psychology)]. 3rd ed. Tehran: Pardis; 2003: 248-51.

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی
مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور برآورد پایایی و روایی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس (TOCA-R) اجرا شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع تحقیقات آزمون‌سازی است و در آن ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان سوم و چهارم ابتدایی شهر تبریز به روش نمونه‌گیری تک مرحله‌ای در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انتخاب شدند. معلمان مدارس، مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس و والدین دانش‌آموزان مقیاس درجه‌بندی رفتار مخرب (DBRS) را تکمیل کردند. در این پژوهش، به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه)، روایی همگرا و پایایی TOCA-R از تحلیل عاملی اکتشافی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: برای محاسبه‌ی روایی سازه، تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس، سه عامل پیشنهاد نمود که به ترتیب عامل‌های بی‌توجهی، پرخاشگری و رفتارهای جامعه‌پسندانه نام گرفتند. همسانی درونی این مقیاس نشان داد که TOCA از پایایی قابل قبولی برخوردار است. ضریب همبستگی بین سه زیرمقیاس رفتار انطباقی در کلاس با خرده‌مقیاس‌های رفتار مخرب معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس برای اندازه‌گیری مشکلات رفتاری در موقعیت‌های آموزشی، کارایی مناسبی دارد و می‌توان آن را در موارد تشخیصی و درمانی به کار برد.

واژه‌های کلیدی: انطباق، رتبه‌بندی، ساختار، عامل، معلم

* شهرام واحدی

دانشیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز

خلیل اسماعیل پور

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

فرزانه حاجی پور

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی،

دانشگاه تبریز

* مولف مسئول:

ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده‌ی

روان‌شناسی و علوم تربیتی

تلفن: ۰۴۱۱۳۳۹۲۰۹۰

vahedi117@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۰/۳/۱۱

تاریخ تایید: ۹۰/۹/۱۴

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه تبریز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همراهی معلمان و اولیای محترم دانش‌آموزان سپاسگزار می‌کنیم.

Original Article

A psychometric evaluation and factor structure of revised version of teacher observation of classroom adaptation scale

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to provide evidence of validity and reliability of Revised version of the Teacher Observation of Classroom Adaptation Scale (TOCAS-R) among Iranian elementary students.

Materials and Methods: This investigation is a psychometrics study. Three hundred 3rd and 4th grade students (ages 9 and 10) were selected through multi-stages sampling from Tabriz elementary schools. Samples completed TOCAS and Disruptive Behavior Rating Scale (DBRS). Exploratory factor analysis, Pearson correlation coefficient and internal consistency were used to calculate the TOCAS factor structure (construct validity), convergent validity and reliability, respectively.

Results: To obtain structure validity, principal component analysis with varimax rotation identified three factors, namely, inattention, aggression, and prosocial behavior. Cronbach alpha of the scale showed that this scale had reliable internal consistency. The TOCAS was specifically developed for assessing teachers' perceptions of children's classroom behaviors and adjustment to the school environment. Significant correlations were found between subscales of TOCAS and DBRS ($P < 0.05$).

Conclusion: TOCAS may be useful for program evaluators and researchers who are interested in using a valid, reliable, and efficient method for assessing change in student behaviors.

Keywords: Adaptation, Factor, Rating, Structure, Teacher

*Shahram Vahedi

Associate professor of educational psychology, Tabriz University

Khalil Esmaeilpour

Assistant professor of educational psychology, Tabriz University

Farzaneh Hajipour

M.Sc. in educational psychology, Tabriz University

*Corresponding Author:

Faculty of psychology and educational sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran
Tel: +984113392090
vahedi117@yahoo.com

Received: Jun. 01, 2011

Accepted: Dec. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was approved by the research committee of Tabriz University. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

VahediSh, Esmaeilpour Kh, Hajipour F. A psychometric and structure evaluation of revised version of teacher observation of classroom adaptation scale. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1): 36-45.

مقدمه

رفتارهای ناسازگارانه‌ی کودکان به مشکلات فراوانی از قبیل کاهش عملکرد تحصیلی، عزت نفس پایین و افت تحصیلی در دوره‌های بعدی تحصیل دامن می‌زند (۱). شناسایی کودکان دارای مشکلات رفتاری در سنین پایین به مداخلات اثربخش در زمینه‌ی درمان و بهبود رفتار و جلوگیری از ادامه‌ی رفتارهای نامناسب تا سنین بزرگسالی منجر خواهد شد. به عنوان مثال، مشکلات درونی‌سازی^۱ مانند افسردگی، بدون مداخلات درمانی موثر باعث کندی و توقف رشد روانی کودک خواهد شد. همچنین، رفتارهای برونی‌سازی^۲ مانند پرخاشگری، فرد را در سنین بزرگسالی در معرض رفتارهای ضداجتماعی و بزه‌کارانه قرار می‌دهد. مداخله‌ی تربیتی و درمانی کارا، مستلزم ارزیابی و سنجش رفتار کودک و شناخت محدودیت‌ها، نیازها و توانایی‌های او است. بنابراین، یکی از اهداف اصلی سنجش و ارزیابی، تسهیل تصمیم‌گیری در مورد مشکلات و تشخیص آن‌ها به منظور بهبود فرآیند درمان است (۲).

به طور کلی، بهبود عملکرد اجتماعی‌عاطفی دانش‌آموزان و شناسایی دانش‌آموزانی که در معرض ابتلا به نتایج منفی دراز مدت هستند، هدف مشترک بسیاری از محققان و مداخله‌گران پیشگیری است. معمولاً گزارش‌دهندگان رفتار کودک، پدران و مادران و آموزگاران هستند که مشاهدات خود را از رفتار کودک در یک مقیاس درجه‌بندی گزارش می‌کنند. سپس نتایج این مشاهدات با رفتار گروه هنجار مقایسه می‌گردد (۳). استفاده از چک‌لیست‌های مشکلات رفتاری برای تشخیص اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان محاسن زیادی دارد که از آن جمله می‌توان از صرفه‌جویی در ارزیابی، روایی و پایایی مطلوب، سهولت تعیین شدت اختلال و طبقه‌بندی مشکلات نام برد (۴). مقیاس‌های متعددی در این راستا به وجود آمده‌اند که معروف‌ترین آن‌ها شامل مقیاس‌های درجه‌بندی که برای تشخیص در نظام طبقه‌بندی ابعادی به کار برده می‌شوند، چک‌لیست رفتاری کودک آخنباخ^۳

(CBSLI) (۵)، پرسش‌نامه‌ی رفتار کودکان^۴ راتر (CBQ)، مقیاس درجه‌بندی کانرز^۵ (۶) و چک‌لیست تجدید نظر شده‌ی مشکلات رفتاری^۶ کوای و پترسون (۷) هستند. سیاهه‌ی مشاهده‌ای معلم از رفتار انطباقی در کلاس^۷ (TOCA-C) به عنوان یک مقیاس کوتاه و معتبر برای شناسایی اختلالات رایج رفتاری در نظام آموزشی، کاربرد گسترده‌ای دارد. بیش از ۳۰ سال است که مقیاس مذکور تهیه شده و معلمان برای ارزیابی مشاهده‌ای رفتارهای دانش‌آموزان در کلاس درس از آن استفاده می‌کنند. طی این مدت، نسخه‌های مختلفی از آن مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه‌ی اولیه TOCA (۸) توسط مرکز پژوهش مودلاون^۸ برای ارزیابی سازگاری اجتماعی تدوین شد. مقولات مقیاس مذکور، درجاتی از رفتارهای مربوط به نشانه‌شناختی بالینی را مد نظر قرار نمی‌داد، بلکه رفتارهای سازگارانه‌ی اجتماعی دانش‌آموزان سال اول را در کلاس درس ارزیابی می‌کرد. اما کارکنان آموزش‌دیده، ارزیابی‌های خود را با استفاده از مصاحبه‌ی ساخت‌یافته به دست می‌آوردند. TOCA توسط مرکز پیشگیری و مداخله‌ی زودهنگام جانز هاپکینز برای استفاده در یک مطالعه‌ی مداخله‌ی بزرگ در بالتیمور، مریلند دستخوش بازنگری اساسی قرار گرفته است. در نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی آن، رفتار فرد در کلاس درس بر اساس یک مقیاس ۶ درجه‌ای (از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) ارزیابی می‌شود. برای کمک به همسانی، برخی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند، به طوری که نمره‌ی بالاتر، منعکس‌کننده‌ی رفتار ناسازگارانه است. TOCA-R حاوی ۴۳ گویه از رفتارهای کلاس درس بود و ساختارهای اساسی سه عامل اصلی یعنی مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه/مخرب و کم‌رویی حفظ شدند (۹). مشابه با نسخه‌ی اولیه‌ی TOCA، TOCA-R توسط ارزیاب آموزش‌دیده در یک مصاحبه‌ی رو در رو اجرا می‌شد. به این ترتیب که در این فرمت به سادگی، مصاحبه‌گر هر گویه‌ی مربوط به رفتار را می‌خواند و فراوانی مربوط به آن

^۴Children Behavior Questionnaire

^۵Conners' Teachers Rating Scales

^۶Revised Behavior Problem Checklist

^۷Teacher Observation of Classroom Adaptation-Checklist

^۸Woodlawn Research Center

^۱Internalize

^۲Externalize

^۳Child Behavior Checklist

آموزگاران عامل اصلی تغییر رفتار کودک هستند. از سوی دیگر درجه‌ی توافق نظر آموزگاران با دیگر متخصصان سلامت روان، در ارتباط با سلامت روانی کودکان بالا است (۶). در واقع، مشکلات رفتاری کودکان ممکن است منعکس‌کننده‌ی شرایط ویژه کلاس و مدرسه باشد. از این رو، شناسایی به موقع مشکلات رفتاری کودکان کلاس به کمک معلمان می‌تواند یک راهبرد موثر در ارتقای بهداشت روانی آن‌ها باشد. مقاله‌ی حاضر ضمن تغییر گویه‌های TOCA-C به صورت عبارتی، روایی و ساختار عاملی و ثبات درونی نمرات زیرمقیاس را ارزیابی می‌کند. هم‌چنین بررسی می‌کند آیا TOCA-R با سنجه‌های مشاهده‌ای والدین از نشانه‌های رفتار مخرب روایی همگرایی نشان می‌دهد؟ و آیا سه عامل، مشکلات توجه^۲ (CP)، رفتار مخرب^۳ (DB)، و رفتار جامعه‌پسند^۴ در بین گروه‌های جنسی تغییر پیدا می‌کند؟

روش کار

با توجه به اهداف، فرضیه و ماهیت مطالعه، روش تحقیق حاضر توصیفی تحلیلی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش رادانش آموزان سوم و چهارم ابتدایی شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ دانش‌آموز کلاس سوم و چهارم ابتدایی (۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر) شهرستان تبریز بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای انتخاب گردیدند. به این ترتیب که از بین مدارس ابتدایی مناطق پنج‌گانه‌ی آموزش و پرورش، از هر منطقه یک مدرسه‌ی دخترانه و یک مدرسه‌ی پسرانه و از هر مدرسه حدود ۳۰ دانش‌آموز کلاس سوم و چهارم به صورت تصادفی انتخاب شدند. تاباکنیک و فیدل^۵ معتقدند که برای بررسی ساختار عاملی، نمونه‌ی ۳۰۰ نفر، تعداد مناسبی است (۱۶).

قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها، در خصوص نحوه‌ی اجرا، جمع‌آوری و ارسال آن به محقق، آموزش‌های لازم به پرسشگران ارائه گردید. سپس در هر دبستان پرسشگران با هماهنگی مدیران مدرسه، پس از تشریح اهداف پژوهش از

که توسط معلم در یک مدت تعیین شده (یعنی سه هفته‌ی گذشته) مشاهده می‌شود، ثبت می‌گردد. ویژگی‌های روان‌سنجی OCA-R به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی آزمون‌بازآزمایی، طی فاصله‌ی زمانی ۴ ماهه توسط مصاحبه‌گران مختلف، ۰/۷۵ یا بالاتر از آن برای هر زیرمقیاس گزارش شده است و ضریب آلفا نیز برای هر یک از زیرمقیاس‌ها بیش از ۰/۸۰ محاسبه شده است (۹،۱۰). روایی پیش‌بینی TOCA-R نیز مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال، نمرات بالای زیرمقیاس پرخاشگرانه و مخرب در دوران مدرسه ابتدایی، میزان خشونت در نوجوانی (۱۱) و مجرمیت در دوران جوانی را به میزان زیاد پیش‌بینی می‌کند (۱۲،۱۳). اگر چه این مقیاس، اعتبار خوبی دارد اما اجرای آن نسبتاً پرهزینه و زمان‌بر است. در پاسخ به نگرانی‌های فراوان از بابت هزینه و زمان مورد نیاز برای اجرای نسخه‌ی مصاحبه‌ای TOCA در مطالعات پژوهشی گسترده، یک نسخه‌ی جدید چک‌لیستی، تحت عنوان سیاهه‌ی مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس (TOCA-C) توسط لیف، شولتز، کیز و لالونگو^۱ تنظیم گردید که می‌تواند در پژوهش‌های مبتنی بر مدرسه در سطح بسیار وسیع مورد استفاده قرار گیرد (۱۴).

مطالعات نشان دادند که ارزیابی رفتارها ممکن است بر حسب جنسیت کودکان تغییر یابد. برخی از محققان دریافتند که پسرها به احتمال زیادتری نسبت به دختران، رفتار مخرب را در مدرسه نشان می‌دهند (۱۵). از این رو، علاوه بر بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی، یکی از اهداف مقاله‌ی حاضر این است که کشف کنیم آیا ویژگی‌های سنجه‌ی TOCA-C نیز با جنسیت تغییر می‌یابد.

از آن جا که در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس (TOCA-R) در ایران گزارشی منتشر نشده است، بررسی ساختار عاملی و پایایی آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. از یک سو، ارزیابی رفتار کودک توسط معلمان کلاس‌های عادی از آن جهت دارای اهمیت است که آموزگاران وقت زیادی را با کودکان می‌گذرانند و در بسیاری از مواقع همین

²Concentration Problems

³Disruptive Behavior

⁴Prosocial Behavior

⁵Tabachnick and Fidell

¹Leaf, Schultz, Keys, and Ialongo

فریدمن-وینه^۵ و همکاران، ضرایب پایایی برای کل مقیاس را ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ الی ۰/۹۰ برآورد کردند (۱۸).

در پژوهش حاضر، برای آماده‌سازی ابزارهای پژوهش، مقیاس‌های DBRS و TOCA-C نخست توسط پژوهشگران و دو نفر از اساتید مجرب روان‌شناسی تربیتی به طور جداگانه به فارسی ترجمه شد، سپس مقیاس‌های ترجمه شده توسط دو متخصص زبان انگلیسی به طور جداگانه به انگلیسی برگردانده شد. برای اطمینان بیشتر در مورد صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه‌ی انگلیسی و فارسی طی یک جلسه‌ی مشترک، چالش‌های موجود رفع گردید. به این ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازیابی و اعمال تغییرات و اصلاحات، روایی محتوایی این پرسش‌نامه به کمک دو نفر از اعضای هیئت علمی تایید گردید.

در این پژوهش، به منظور تعیین روایی سازه‌ای پرسش‌نامه از تحلیل تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی خرده‌آزمون‌ها با یکدیگر و با کل آزمون استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ استفاده شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه‌ی سنی ۷ تا ۸ سال قرار داشتند. تعداد افراد نمونه از نظر توزیع جنسی به یک نسبت انتخاب شدند (۵۰ درصد دختر و ۵۰ درصد پسر).

هم‌چنین بیشترین فراوانی شرکت‌کنندگان از نظر وضعیت مالی خانواده، متوسط (۶۱/۳٪) بود و کمترین آنان را به لحاظ وضعیت مالی در حد عالی (۳٪) و ضعیف (۵٪) تشکیل می‌داد. ۶۰ درصد آزمودنی‌ها در بین خانواده‌های دو نفره، ۲۳ درصد در خانواده‌های تک نفره، ۱۱ درصد در سه نفره و ۳/۳ درصد در خانواده‌های ۴ الی ۶ نفره بودند. ۴۹ درصد افراد نمونه، اولین فرزند خانواده، ۳۹/۳ درصد دومین فرزند خانواده و بقیه‌ی افراد، سومین تا ششمین فرزند خانواده بودند.

روایی^۶ سازه‌ی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس (TOCA-R)

آموزگاران کلاس‌های سوم و چهارم که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، درخواست کردند که حداکثر ۱۰ نفر از دانش‌آموزانی را که از آن‌ها شناخت کافی دارند، صرف نظر از وضعیت تحصیلی‌شان، انتخاب کرده و مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس را برای آنان تکمیل نمایند. شمار پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط هر آموزگار بین ۴ تا ۱۰ در نوسان بود. علاوه بر این، با هماهنگی معلمان، از دانش‌آموزان خواسته شد که والدین‌شان ابتدا فرم رضایت‌نامه را در برگه‌ی اول پرسش‌نامه به دقت مطالعه کنند، سپس در صورت علاقه‌مندی جهت شرکت در تحقیق، آن فرم را به انضمام مقیاس درجه‌بندی رفتار مخرب تکمیل کرده و ظرف یک هفته به پرسشگران، معلمان و یا مدیران تحویل دهند.

ابزارهای اندازه‌گیری:

الف) نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس: نسخه‌ی تغییر یافته‌ی چک‌لیست مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس درس از ۲۱ گویه تشکیل شده است که ۷ گویه‌ی آن مشکلات توجه، ۹ گویه رفتار مخرب و ۵ گویه رفتار جامعه‌پسندانه را می‌سنجد (۱۴). گویه‌های چک‌لیست در پژوهش حاضر به عبارت تبدیل شد. به هر گویه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هرگز تا تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شد. کوت، برادشو و لیف^۱ ضرایب پایایی کل این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۶، برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات توجهی ۰/۹۶، رفتار مخرب ۰/۹۳ و رفتار جامعه‌پسندانه ۰/۹۲ برآورد کردند (۳).

ب) مقیاس درجه‌بندی رفتار مخرب^۲ (DBRS): توسط بارکلی و مورفی^۳ تدوین گردید. این مقیاس، بر اساس ویرایش چهارم کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (DSM-IV) نشانه‌های بیش‌فعالی و اختلالات رفتار ایدایی را در یک طیف ۴ درجه‌ای (۰=هرگز، ۱=گاهی اوقات، ۲=خیلی اوقات، ۳=بیش‌تر اوقات) مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخگویان وقوع رفتارها را در طی شش ماه گذشته ارزیابی می‌کنند (۱۷).

¹Koth, Bradshaw and Leaf

²Disruptive Behavior Rating Scale

³Barkley and Murphy

⁴Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-IV

⁵Friedman-Weieneth

⁶Validity

تحلیل عاملی اکتشافی: ابتدا برای اطمینان از عدم برابری ماتریس همبستگی با صفر در جامعه، از دو آزمون کیزر مایر اولکین (KMO) و آزمون کرویت بارتلت بهره گرفته شد که ضرایب به دست آمده‌ی KMO برای مقیاس تجدید نظر شده‌ی مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس برابر با ۰/۹۰ بود که کاملاً رضایت‌بخش می‌باشد. مقدار آزمون کرویت بارتلت (۴۵۴۲/۸۹) نیز با درجه‌ی آزادی (۲۱۰) از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P > ۰/۰۰۱$) که قابلیت سوالات پرسش‌نامه را برای تحلیل عاملی اکتشافی تایید می‌کند.

برای انتخاب عامل‌ها از چهار ملاک استفاده کردیم: ۱- ملاک ریشه‌ی نهفته^۱ که بر اساس این ملاک، فقط عواملی نگه داشته می‌شوند که مجموع مجذور بارهای عاملی آن‌ها (مقادیر ویژه) یک یا بیشتر از یک باشد، ۲- آزمون اسکری کتل، ۳- ملاک درصد واریانس تبیین شده و ۴- ملاک پیشین^۲ (۱۹). به منظور بررسی ماهیت روابط بین متغیرها و هم‌چنین دستیابی به تعاریف عامل‌ها، ضرایب بالاتر از ۰/۴۰ در تعریف عامل‌ها، مهم و بامعنا دانسته و ضرایب کمتر از این حدود، به عنوان صفر (عامل تصادفی) در نظر گرفته شد.

جدول ۱- شاخص آماری سؤال‌هایی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس

و محاسبه‌ی اولیه‌ی استخراج عامل‌ها از طریق روش تحلیل مولفه‌های اصلی

عامل	میانگین	انحراف معیار	همبستگی هر سؤال با کل سؤال	مقادیر ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تراکمی تبیین شده
۱	۱/۹۳	۰/۸۲	**۰/۷۷	۱۰/۳۸	۴۹/۴۱	۴۹/۴۱
۲	۱/۶۳	۱/۰۳	**۰/۷۱	۲/۲۰	۱۰/۴۳	۵۹/۸۳
۳	۱/۸۸	۱/۰۸	**۰/۷۷	۰/۹۶	۴/۵۹	۶۴/۴۳
۴	۱/۸۹	۱/۰۴	**۰/۶۶	۰/۹۰	۴/۱۳	
۵	۱/۹۹	۱/۰۷	**۰/۷۸	۰/۸۳	۳/۹۲	
۶	۱/۸۵	۱/۰۵	**۰/۷۳	۰/۷۶	۳/۶۳	
۷	۲/۰۱	۰/۹۵	**۰/۷۴	۰/۶۳	۲/۹۸	
۸	۱/۵۸	۱/۰۸	**۰/۷۰	۰/۵۶	۲/۶۸	
۹	۲/۲۱	۱/۰۵	**۰/۶۵	۰/۵۵	۲/۶۲	
۱۰	۲/۴۰	۱/۰۵	**۰/۵۲	۰/۴۷	۲/۲۲	
۱۱	۱/۸۰	۰/۹۹	**۰/۷۵	۰/۴۰	۱/۸۹	
۱۲	۲/۰۲	۱/۰۸	**۰/۷۱	۰/۳۷	۱/۷۵	
۱۳	۲/۵۴	۱/۱۴	**۰/۷۷	۰/۳۴	۱/۶۱	
۱۴	۱/۸۳	۱/۰۲	**۰/۷۵	۰/۳۲	۱/۵۲	
۱۵	۱/۹۵	۱/۰۹	**۰/۸۱	۰/۲۸	۱/۳۲	
۱۶	۱/۴۷	۰/۷۹	**۰/۶۴	۰/۲۴	۱/۱۵	
۱۷	۲/۳۵	۱/۲۲	**۰/۵۹	۰/۲۲	۱/۰۵	
۱۸	۱/۳۳	۰/۷۶	**۰/۵۵	۰/۲۰	۰/۹۳	
۱۹	۱/۷۹	۰/۹۳	**۰/۷۵	۰/۱۸	۰/۸۵	
۲۰	۱/۵۱	۰/۸۴	**۰/۶۱	۰/۱۵	۰/۷۳	
۲۱	۱/۶۰	۰/۸۳	**۰/۷۲	۰/۱۳	۰/۶۰	

تمامی سوالات دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۴۵ بودند. در این تحقیق عامل‌های استخراج شده بر اساس الگوی پیشنهادی کوت، برادشو و لیف (۳) و سه ملاک دیگر بوده است. همان گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، میانگین و انحراف معیار کل

افراد در نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی مقیاس مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس به ترتیب ۳۹/۵۴ و ۱۴/۶۰ می‌باشد. هم‌چنین بر اساس نتایج جدول ۱، همبستگی تک تک پرسش‌های مقیاس یاد شده با نمره‌ی کل از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

²Priori Criterion

¹Latent Root Criterion

جدول ۲- ماتریس عاملی چرخش یافته‌ی واریماکس مقیاس رفتار

انطباقی در کلاس با سه عامل به ترتیب صعودی از طریق تحلیل

مولفه‌های اصلی

بار عاملی عامل‌ها			گویه‌ها
۳	۲	۱	عامل اول: مشکلات بی‌توجهی
		۰/۸۳	۱- تمرکز دارد
		۰/۸۰	۳- توجه می‌کند
		۰/۷۶	۱۹- تکالیف خود را تکمیل می‌کند
		۰/۷۷	۱۱- به انجام تکالیف خود هم‌چنان ادامه می‌دهد
		۰/۷۳	۲۱- متناسب با توانایی خود یاد می‌گیرد
		۰/۶۷	۷- سخت‌کوش است
		۰/۵۷	۱۳- به راحتی حواسش پرت می‌شود
عامل دوم: رفتارهای پرخاشگرانه			
		۰/۷۹	۱۸- به وسایل و دارایی‌های دیگران آسیب می‌رساند
		۰/۷۹	۲۰- هم‌کلاسی‌های خود را مسخره می‌کند
		۰/۷۲	۱۲- بر سر دیگران داد و فریاد می‌زند
		۰/۷۱	۱۶- دروغ می‌گوید
		۰/۷۰	۱۵- دعوا و مشاجره می‌کند
		۰/۷۰	۸- به دیگران آسیب می‌رساند
		۰/۶۰	۱۰- زمانی که توسط بچه‌های دیگر تحریک می‌شود عصبانی می‌شود
		-/۵۰	۴- قوانین را زیر پا می‌گذارد
عامل سوم: رفتارهای جامعه‌پسندانه			
		۰/۷۲	۵- مورد پذیرش هم‌کلاسی‌ها هست
		۰/۶۵	۹- همدلی و همدردی خود را نسبت به احساسات دیگران نشان می‌دهد
		۰/۶۵	۶- با دیگران سازگار نیست و با آن‌ها ارتباط ندارد
		۰/۵۷	۲- مهربان است
		۰/۵۲	۱۴- از سوی هم‌کلاس‌ها طرد می‌شود
		۰/۵۱	۱۷- دوستان زیادی دارد
۴/۵۹	۱۰/۴۳	۴۹/۴۱	درصد واریانس
۱	۲/۲۰	۱۰/۳۷	مقادیر ویژه

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی درونی و

ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های رفتار انطباقی در کلاس

خرده مقیاس‌ها	۱	۲	۳	میانگین	انحراف معیار	ضریب آلفا
مشکلات بی‌توجهی	۱			۱۱/۹۴	۵/۲۰	۰/۹۳
رفتارهای پرخاشگرانه	**/۶۰	۱		۱۴/۱۴	۵/۸۳	۰/۸۹
رفتارهای جامعه‌پسندانه	**/۷۸	**/۶۶	۱	۱۱/۸۶	۴/۸۱	۰/۸۶
کل مقیاس	**/۸۹	**/۸۶	**/۹۰	۳۹/۵۴	۱۴/۶۰	۰/۹۵

دامنه‌ی ضرایب به دست آمده به ترتیب برای مقیاس تجدید نظر شده‌ی مشاهده‌ی معلم از رفتار انطباقی در کلاس از ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ در نوسان بوده است. به بیان دیگر، تمام پرسش‌های مقیاس از هماهنگی لازم برخوردارند. علاوه بر این، تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی به استخراج سه عامل با مقادیر ویژه‌ی بالاتر از یک منجر شد که ۶۴/۴۳ درصد واریانس را تبیین می‌نماید. بررسی نمودار اسکری پلات نیز نشان داد که فرضیه‌ی اولیه‌ی یک بعدی بودن، رد می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پرسش‌نامه‌ی مذکور یک مقیاس چند بعدی است. با این که منحنی حاصل از آزمون اسکری در نقطه‌ای مسطح گردید که ۳ عامل دارای مقدار ویژه‌ی بالاتر از ارزش یک را پیشنهاد می‌دهد و با توجه به قاعده‌ی مقادیر ویژه، مبانی نظری و همسو با پژوهش‌های پیشین سه عامل حفظ گردید.

همان گونه که در جدول ۱ و ۲ ملاحظه می‌شود عامل اول که شامل ۷ سؤال است، ۴۹ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. بررسی محتوای این گویه‌ها نشان می‌دهد که محور مشترک آن‌ها به مشکلات توجه و تمرکز کودکان مربوط می‌باشد. این عامل را مشکلات توجه نام‌گذاری کردیم. عامل دوم دارای ۸ سؤال است و در مجموع، ۱۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. محتوای این ماده‌ها، مربوط به رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه است. از این رو، این عامل، رفتارهای پرخاشگرانه نام گرفت. عامل سوم با ۶ سؤال به عنوان رفتارهای جامعه‌پسندانه نام‌گذاری گردید. این عامل نیز حدود ۵ درصد واریانس را تبیین می‌کند.

برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و همبستگی بین نمرات در سه عامل و با کل مقیاس استفاده شد. دامنه‌ی ضریب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌ی کل از ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ متغیر است و همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. بر اساس نتایج جدول ۳، ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات توجه ۰/۹۳، رفتارهای پرخاشگرانه ۰/۸۹ و رفتارهای جامعه‌پسندانه ۰/۸۶ به دست آمد. نظر به این که ضرایب به دست آمده بالای ۰/۷۵ است، می‌توان گفت پرسش‌نامه‌ی مورد نظر از پایایی خوبی برخوردار است.

ابتدایی بررسی کرد. نتایج اغلب همسو با تحقیقات قبلی مانند کوت، برادشو و لیف است (۳) و ساختار سه عاملی (بی‌توجهی، پرخاشگری و رفتارهای جامعه‌پسندانه) را در بین کودکان حمایت نمود. در مورد همسانی درونی نسخه‌ی پرسش‌نامه، مقدار آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ متغیر بود و همه‌ی ضرایب بالای نقطه‌ی برشی برای اهداف پژوهشی است (۲۰). به نظر می‌رسد تبدیل نسخه‌ی چک‌لیست به مقیاس بر پایایی ابزار اثر کمی گذاشته است و تنظیم آن به صورت مقیاس، ساختاری مشابه با فرم مصاحبه‌ای یا نسخه‌ی چک‌لیستی آن دارد. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر شواهدی فراهم کرد که TOCAS-R یک ابزار پایا است و می‌تواند در بین گروه‌های دانش‌آموزی به کار برده شود. هم‌چنین ممکن است برای ارزیابان برنامه و محققان علاقه‌مند به ارزیابی تغییر در رفتارهای دانش‌آموزان روشی موثر، معتبر، روا و مفید باشد.

علاوه بر این، همسو با نتایج تحقیقات قبلی، معلمان، پرخاشگری پسران را بیشتر از دختران ارزیابی کردند اما میزان رفتارهای جامعه‌پسندانه و بی‌توجهی را در بین دانش‌آموزان دختر و پسر یکسان ارزیابی نمودند. میانگین نمرات پسران در عامل‌های پرخاشگری کلامی تهاجمی و پرخاشگری فیزیکی تهاجمی بیشتر از دختران بودند (۴،۳). این نتایج همسو با یافته‌های تحقیقات از جمله کریک، کساس و ماشور^۱ (۲۱)، ریس^۲ و همکار (۲۲)، شهیم (۲۳)، مک‌ایوی و همکاران (نقل از ۲۳)، واحدی (۲۴)، کریک و گرات‌پیتتر^۳ (۲۵) و کریک و همکاران (۲۶) است که پسران در زمینه‌های پرخاشگری جسمانی و واکنشی، پرخاشگرتر از دختران هستند.

به طور کلی بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که TOCAS-R ممکن است برای سایر ابزارهای متداول گزارش معلمان از رفتار کودکان که خیلی طولانی هستند مانند نظام ارزیابی رفتاری کودکان (۳) و نظام ارزیابی رفتاری آخنباخ (۵) که برای مقاصد بالینی به وجود آمده‌اند، جایگزین معتبر و با صرفه باشد. با توجه به این که پژوهش حاضر بر اساس داده‌های حاصل از نمونه‌ی دانش‌آموزان شهر تبریز است،

روایی همگرا: بررسی روایی مقیاس رفتار انطباقی در کلاس به شیوه‌ی ضریب همبستگی با مقیاس رفتار مخرب بارکلی و مورفی که دارای ۲۶ گویه است، ارتباط مثبت معنی‌داری بین تک تک سه زیرمقیاس رفتار انطباقی در کلاس با خرده‌مقیاس‌های رفتار مخرب نشان داد ($P < 0.05$). به این معنی که دانش‌آموزانی که در محیط‌های کلاسی، مشکلات پرخاشگری، بی‌توجهی و رفتارهای ناسازگارانه‌ی بیشتری از خود نشان می‌دادند، به نوعی در مقابل دستورات والدین نیز مقاومت منفی از خود نشان می‌دهند. یافته‌های یاد شده گویای روایی مقیاس پژوهش می‌باشد.

اثرات تفاوت‌های بین گروهی: به منظور بررسی تفاوت‌های ممکن بین گروهی در پاسخ به مقیاس رفتار انطباقی، ما تحلیل واریانس یک سویه (ANOVA) را با میانگین زیرمقیاس‌ها به عنوان متغیر وابسته و جنسیت آزمودنی‌ها به عنوان متغیر مستقل اجرا کردیم. نتایج نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های مشکلات توجه (پسران $M=12/17$ ، $SD=5/12$ و دختران $M=11/71$ ، $SD=4/43$ ، $F(1,299)=0/59$ و $P > 0/05$) و رفتارهای جامعه‌پسندانه (پسران $M=12/01$ ، $SD=4/43$ و دختران $M=11/71$ ، $SD=5/17$ ، $F(1,299)=0/28$ و $P > 0/05$) تفاوت معنی‌داری بین پسران و دختران وجود ندارد، اما در خرده‌مقیاس پرخاشگری میانگین پسران $M=14/93$ ، $SD=6/45$ به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین دختران است ($M=13/36$ ، $SD=5/04$ و $P < 0/05$ ، $F(1,299)=5/50$).

جدول ۴- ضرایب همبستگی ابعاد سه‌گانه‌ی مقیاس رفتار انطباقی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
مشکلات بی‌توجهی					
رفتارهای پرخاشگرانه	.۶۰**				
رفتارهای جامعه‌پسندانه	.۷۸**	.۶۶**			
رفتار بیش‌فعالی	.۵۰**	.۴۶**	.۴۸**		
رفتار بی‌اعتنایی مقابله‌ای	.۲۹**	.۴۰**	.۳۷**	.۷۱**	

$P < 0.01$ **

بحث و نتیجه‌گیری

به منظور دستیابی به یک مقیاس کوتاه، معتبر و مقرون به صرفه جهت ارزیابی ادراکات معلمان از رفتارهای کلاسی کودکان و سازگاری با موقعیت‌های آموزشی، پژوهش حاضر ویژگی‌های روان‌سنجی TOCAS-R را در بین دانش‌آموزان

¹Crick, Casas and Mosher

²Rys

³Grotppeter

داده‌های مربوط به پایایی آزمون بازآزمایی است. زیرا کوت، برادشو و لیف (۳) نشان دادند میزان مشکلات رفتاری در طی فصول سال تغییر می‌کند. اگر چه این مطالعه همسانی درونی مقیاس را بالا نشان داد، ارایه‌ی شواهدی برای پایایی آزمون بازآزمایی به منظور ارزیابی این که آیا ساختار عاملی در دو بار اجرای آزمون یکسان می‌ماند یا نه مهم است.

فقط قابل تعمیم به جامعه‌ی دانش‌آموزی این شهر است و پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آینده، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را با استفاده از نظریه‌ی کلاسیک در سایر شهرها، گروه‌های بزرگ قومی، زبانی و فرهنگی و یا با استفاده از آزمون سؤال پاسخ در یک نمونه‌ی بزرگ جمعیتی مورد بررسی قرار دهد. یکی دیگر از محدودیت‌ها، فقدان

References

1. Hale JB, How SK, Dewitt M, Coury DL. Discriminate validity of the Conners scales for ADHD subtype. *Curr Psychol* 2001; 20(3): 231-49.
2. Reitman D, Hummel R, Frantz DZ, Gross A. A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(5): 555-84.
3. Koth WC, Bradshaw CP, Leaf PJ. Teacher observation of classroom adaptation-checklist: Development and factor structure. *Meas Eval Couns Dev* 2009; 42(1): 15-30.
4. Harris J, Tyre C, Wilkinson C. Using the child behavior checklist in ordinary primary schools. *Br J Educ Psychol* 1993; 63: 245-60.
5. Mina A. [A confirmatory factor analysis of teacher's report form (TRF)]. *Research on exceptional children* 2006; 6(3): 769-86. (Persian)
6. Shahaean A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. [Standardization, factor analysis and reliability of the Conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz]. *Psychological studies* 2007; 3(3): 97-120. (Persian)
7. Shahim S, Yousefi F, Ghanbari M. [Psychometric characteristics of Quay-Peterson revised behavior problem checklist]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 13(4): 350-8. (Persian)
8. Kellam SG, Branch JD, Agrawal KC, Ensminger ME. *Mental health and going to school: The Woodlawn Program of assessment, early intervention, and evaluation*. Chicago: University of Chicago; 1975: 3-6.
9. Werthamer-Larsson L, Kellam SG, Wheeler L. Effect of first-grade classroom environment on child shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *Am J Commun Psychol* 1991; 19: 585-602.
10. Johns Hopkins Prevention Intervention Research Center. The first generation of JHU PIRC preventive intervention trials: Methods and measures. [cited 2006 Feb 19]. Available from: URL; http://www.jhsph.edu/prevention/Data/Cohort_1_and_2/methods_and_measures
11. Petras H, Chilcoat HD, Leaf PJ, Ialongo NS, Kellam SG. Utility of TOCA-R scores during the elementary school years in identifying later violence among adolescent males. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(1): 88-96.
12. Schaeffer CM, Petras H, Ialongo N, Masyn KE, Hubbard S, Poduska J, et al. A comparison of girls' and boys' aggressive-disruptive behavior trajectories across elementary school: Prediction to young adult antisocial outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 500-10.

13. Schaeffer CM, Petras H, Ialongo N, Poduska J, Kellam S. Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: Links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Dev Psychol* 2003; 6: 1020-35.
14. Leaf PJ, Schultz D, Keys S, Ialongo N. The teacher observation of classroom adaptation-checklist (TOCA-C). Baltimore: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2002: 13-7.
15. Putallaz M, Bierman KL. Aggression, antisocial behavior, and violence among girls: A developmental perspective. New York: Guilford; 2004: 137-61.
16. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. New York: Harper Collins; 2001: 588.
17. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. New York: Guilford; 1998: 133.
18. Friedman-Weieneth JL, Doctoroff GL, Harvey AE, Goldstein LH. The disruptive behavior rating scale-parent version (DBRS-PV) factor analytic structure and validity among young preschool children. *J Attention Disord* 2009; 13(1): 42-55.
19. Henson RK. Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha. *Meas Eval Couns Dev* 2001; 34: 177-89.
20. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1998: 66-518.
21. Crick NR, Casas JF, Mosher M. Relational and overt aggression in preschool. *Dev Psychol* 1997; 33(4): 579-88.
22. Rys GS, Bear GG. Relational aggression and peer relations: Gender and developmental issues. *Merrill-Palmer Quarterly* 1997; 43(1): 87-106.
23. Shahim S. [Overt and relational aggression among elementary school children]. *Psychological research* 2006; 9: 1-2. (Persian)
24. Vahedi S, Fathiazar S, Hosseini-Nasab SD, Moghaddam M. [Validity and reliability of the aggression scale for preschoolers]. *Journal of fundamentals of mental health* 2008; 10(1): 15-24. (Persian)
25. Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, sex, and social psychological adjustment. *Child Dev* 1995; 66: 710-22.
26. Crick NR, Ostrov JM, Burr JE, Cullerton-Sen C, Yeh EJ, Ralston P. A longitudinal study of relational and physical aggression in preschool. *J Appl Dev Psychol* 2006; 27: 254-68.

مقاله‌ی پژوهشی

ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان

خلاصه

مقدمه: افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی داشته، طیف وسیعی از علل از جمله نوع زایمان در سبب‌شناسی آن مطرح می‌باشند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط نوع زایمان با شیوع افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر در سال‌های ۸۶-۱۳۸۵، ۴۲۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهرستان آمل که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند و در سه ماه آخر بارداری، پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ را تکمیل نمودند. زنان با نمره‌ی بالاتر از ۱۲ از مطالعه خارج شدند. ۳۰۰ نمونه در دو و هشت هفته بعد از زایمان پی‌گیری و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) و فرم‌های مصاحبه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد را تکمیل نمودند. تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های مجذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام شد.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، رضایت از حمایت همسر و خانواده و حاملگی خواسته و ناخواسته، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. شیوع افسردگی در دو هفته بعد از زایمان ۱۰/۳ درصد و در هشت هفته بعد از زایمان ۱۳ درصد بوده است و بین دو گروه از نظر شیوع و میانگین نمره‌ی افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان، غربالگری، شناسایی و ارزیابی این اختلال مهم است. آموزش زنان در دوران بارداری در رابطه با این اختلال توسط مراقبان بهداشتی باید مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، دوره‌ی بعد از زایمان، زایمان،

سزارین، مهبل

مریم نیک‌پور

کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

زهرا عابدیان

کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نعمه مخبر

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

زهرا خالقی

کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

سیده زهرا بنی‌حسینی

کارشناسی ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سعید ابراهیم‌زاده

کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی

پرستاری و مامایی مشهد، گروه مامایی

abedianz@mums.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۵۵۰۳۰۳۳۷

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۳۱

تاریخ تایید: ۹۰/۸/۱۴

پی‌نوشت:

از معاونت‌های محترم پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و مازندران (طرح مشترک با کد ۸۵۳۹۴) جهت حمایت‌های مالی و از همکاری مسئولان محترم مراکز درمانی بهداشتی منتخب، تشکر می‌شود. منافع شخصی نویسندگان با موضوع مطالعه ارتباطی نداشته است.

Original Article

Relationship between delivery method and postpartum depression

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a prevalent disorder with different etiologies, among them mode of delivery. The present study was conducted to determine relationship between mode of delivery and depression in women at 2 and 8 weeks postpartum.

Materials and Methods: In this prospective analytic study (2007-2008), a total of 420 women visited at health centers in Amol city who met inclusion criteria were recruited through non-probability sampling and filled the questionnaire of Edinburgh postpartum scale (EPDS) during the third trimester of pregnancy. Women who had EPDS score >12 were excluded. Three hundred cases were followed 2 and 8 weeks postpartum and completed questionnaires on demographics, delivery, postpartum, and infant characteristics and Edinburgh postpartum depression scale. Data were analyzed using by SPSS software, chi-square, T-test, Mann-Whitney, and Linear regression.

Results: There was no significant difference between two groups in their education, occupation, economic status, and wanted/unwanted pregnancy, satisfaction from husband and family support. At 2nd week postpartum, prevalence of postpartum depression was 10.3% and there was no significant difference between 2 groups. At 8th week postpartum the prevalence of depression was 13% and there was no significant difference between the 2 groups in the mean score of postpartum depression at 2nd, 8th weeks.

Conclusion: Regarding the high prevalence of postpartum depression, the screening, recognition and assessment of this disorder is important. Health care providers should consider educating women during pregnancy and postpartum.

Keywords: Cesarean, Delivery, Postpartum depression, Postpartum period, Vagina

Maryam Nikpour

M.Sc. in midwifery, Membership of scientific board of faculty of medicine, Babol University of Medical Sciences

**Zahra Abedian*

M.Sc. in midwifery, Membership of scientific board of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

Naghmeh Mokhber

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Associate professor of psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences

Zahra Khaleghi

M.Sc. in midwifery, Zanjan University of Medical Sciences

Seyede Zahra Banihosseini

M.Sc. in midwifery, Babol University of Medical Sciences

Saeed Ebrahimzadeh

M.Sc. in biostatistics, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Department of midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

abedianz@mums.ac.ir

Tel: +989155030337

Received: Apr. 20, 2011

Accepted: Nov. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by vice chancellors of Mashhad and Mazandaran Universities of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Ebrahimzadeh S, Hosseini Z. Relationship between delivery method and postpartum depression. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 46-53.

مقدمه

در مقابل، یافته‌های پژوهش چا‌آیا^۲ و همکاران (۲۱) و سلم‌لینان و همکاران (۱۵)، نشان داد که افسردگی در زنان تحت سزارین نسبت به زنان با زایمان طبیعی، کمتر است. هم‌چنین بعضی از محققین به این نتیجه رسیدند که بین نوع زایمان با افسردگی بعد از زایمان ارتباطی وجود ندارد (۲۴). با توجه به متفاوت بودن نتایج بررسی‌های انجام شده و ناشناخته ماندن این اختلال در بیش از ۵۰ درصد موارد که می‌تواند مشکلات متعددی را برای مادر و کودک به وجود بیاورد (۲۵)، شناسایی عوامل موثر در بروز این اختلال بسیار ضروری به نظر می‌رسد، لذا این تحقیق با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با افسردگی از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی آمل در دو و هشت هفته بعد از زایمان انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر از تیرماه ۱۳۸۵ تا فروردین‌ماه ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهر آمل انجام شد. ۴۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی پایلوت (جهت به دست آوردن میانگین و انحراف معیار جمعیت مورد پژوهش) و سپس از فرمول اختلاف میانگین برآورد شد. معیارهای ورود شامل سن بین ۱۶-۳۵ سال، نداشتن مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم استفاده از سیگار و مواد مخدر بود. مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل انجام سزارین اورژانسی، بستری نوزاد یا مادر در بیمارستان، داشتن کودک بیمار یا معلول و سابقه‌ی جدایی از والدین قبل از سن ۱۵ سالگی، بود.

پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده می‌شد. در سه ماه آخر بارداری، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۳ توسط واحد پژوهش تکمیل می‌گردید. در صورتی که نمره‌ی افسردگی مساوی یا بیشتر از ۱۳ بود، واحد پژوهش از مطالعه حذف شده و به یک روان‌پزشک ارجاع داده می‌شد ولی اگر

دوره‌ی بعد از زایمان، زمانی است که بیشترین خطر برای بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز وجود دارد. افسردگی پس از زایمان یک مشکل شایع و قابل درمان با تاثیرات گسترده بر مادر و خانواده می‌باشد که بعضی از زنان پس از تولد نوزاد خود، آن را تجربه می‌کنند (۱). افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری و عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌گردد (۲). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان بین صفر تا ۶۰ درصد (۳،۴) و در ایران بین ۴۰-۱۶ درصد گزارش شده است (۵-۷). افسردگی پس از زایمان تاثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می‌گذارد (۸-۱۰). ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به تطابق غیر موثر مادر با کودک (۱۱) همسر و خانواده و در نتیجه، عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری می‌گردد که در صورت تشدید منجر به تراژدی خودکشی مادر یا فرزندکشی می‌گردد (۱۲). یافته‌های گوناگون و متفاوتی در شیوع و سبب‌شناسی این اختلال گزارش گردیده است از جمله‌ی آن‌ها می‌توان از سابقه‌ی افسردگی (۱۷-۱۳)، سابقه‌ی افسردگی در خانواده (۱۴،۱۳)، ناخواسته بودن حاملگی (۱۳،۱۴،۱۸)، حاملگی اول (۱۴،۱۳)، نوع زایمان (۲۱-۱۹)، تعارضات با همسر (۲۲،۲۱،۱۴،۱۳)، عدم حمایت از همسر (۲۳)، بستری شدن نوزاد، بستری شدن مادر بعد از زایمان به هر علت (۱۳،۱۴) را می‌توان نام برد.

همان‌طور که ذکر شد نوع زایمان از عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان مطرح شده است. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نتایج متفاوت و متضادی را در پی دارد. نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط آپونگ^۱ و همکاران نشان داد زنانی که به طریق سزارین نوزاد خود را به دنیا می‌آورند شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند (۱۹). دولتیان و همکاران و فرزاد و همکاران نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که سزارین، زنان را برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان مستعدتر می‌کند (۱۷،۲۰).

^۲Chaaya^۳Edinburgh Postpartum Depression Scale^۱Ukpong

خانواده و پذیرش حاملگی، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

ولی بین دو گروه از نظر سن، نوع مالکیت منزل، زمان و مکان زایمان و زندگی با افراد دیگر خانواده، اختلاف آماری معنی‌داری یافت شد (جدول ۱). میانگین سنی در گروه زایمان مهلبی $(24/23 \pm 4/34)$ سال) کمتر از گروه زایمان با سزارین $(26/23 \pm 4/73)$ سال) بود. ($P < 0/001$)

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات فردی و

اجتماعی زنان در دو گروه زایمان مهلبی و سزارین

گروه	زایمان مهلبی	زایمان سزارین	P
تحصیلات مادر	ابتدایی	۲۰ (۱۳/۵)	۰/۲۵
	راهنمایی	۳۶ (۲۴)	
	دبیرستان	۷۳ (۴۹/۳)	
	دانشگاهی	۱۹ (۱۲/۸)	
شغل مادر	خانه‌دار	۱۲۹ (۸۷/۲)	۰/۶
	شاغل	۱۹ (۱۲/۸)	
پذیرش حاملگی	خواسته	۱۳۲ (۸۹/۲)	۰/۲۴
	ناخواسته	۱۶ (۱۱/۸)	
رضایت از روابط زناشویی	خیلی راضی	۳۷ (۲۵)	۰/۴
	راضی	۱۰۱ (۶۸/۲)	
	ناراضی	۱۰ (۶/۸)	
رضایت از حمایت همسر	خیلی راضی	۵۸ (۳۹/۲)	۰/۴
	راضی	۸۵ (۵۷/۴)	
	ناراضی	۵ (۳/۴)	
مکان زایمان	بیمارستان دولتی	۱۳۹ (۹۳/۹)	۰/۰۵
	بیمارستان خصوصی	۹ (۶/۱)	
زمان زایمان	روز	۸۱ (۵۵/۱)	۰/۰۰
	شب	۶۶ (۴۴/۹)	

نتایج پژوهش نشان داد در دو هفته بعد از زایمان، شیوع افسردگی ۱۰/۳ درصد (گروه زایمان طبیعی ۹/۵٪ و گروه سزارین انتخابی ۱۱/۳٪) بود و بین دو گروه از نظر شیوع افسردگی بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری یافت نشد. (نمودار ۱)

در دو هفته بعد از زایمان، میانگین نمره افسردگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ در گروه زایمان طبیعی $7/58 \pm 4/64$ و در گروه سزارین $8/19 \pm 4/06$ بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

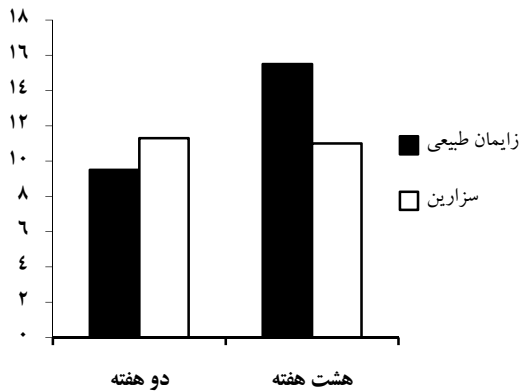
نمره‌ی افسردگی پایین‌تر از ۱۳ بود از واحد پژوهش درخواست می‌شد که دو هفته و سپس هشت هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی‌درمانی مورد نظر مراجعه کند. ۴۰ نفر به علت سزارین اورژانسی، ۵۸ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۲ نفر به علت عدم همکاری و دسترسی و ۱۴ نفر به علت عدم تکمیل پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. در دو هفته بعد از زایمان ۳۰۰ نفر (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۶ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) و در هشت هفته بعد از زایمان ۲۹۰ نفر (۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه پرسش‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند.

فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد بود. مقیاس افسردگی ادینبورگ از ۱۰ سوال ۴ گزینه‌ای تشکیل شده که حداقل نمره‌ی آن، صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد. هر سوال، امتیازی بین صفر تا ۳ بر اساس شدت علائم به خود اختصاص می‌دهد. نمره‌ی پایین‌تر، نشان‌دهنده‌ی وضعیت بهتر فرد و نمره‌ی بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. این ابزار، پرسش‌نامه‌ی معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۶) و پذیرش آن توسط مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۷). روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی منتظری در ایران تایید شده است (۲۸). روایی فرم‌های مصاحبه توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد روایی محتوا شد. پایایی پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفا کرونباخ) $\alpha = 0/92$ تایید و پایایی سایر فرم‌های مصاحبه از طریق آزمون مجدد، ۹۰ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری با SPSS ویرایش ۱۴ و آزمون‌های مجذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر، سطح درآمد خانواده، رضایت در روابط زناشویی، جنس نوزاد، رضایت حمایت از همسر و افراد

و به صورت جدی ارتباط مادر با کودک را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به تاخیر شناختی و هیجانی و حتی منجر به غفلت از کودک شده (۲) و در مجموع، تاثیر گسترده‌ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد (۲۹).



نمودار ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس تقسیم‌بندی مقیاس افسردگی ادینبرگ در هشت هفته بعد از زایمان به تفکیک گروه

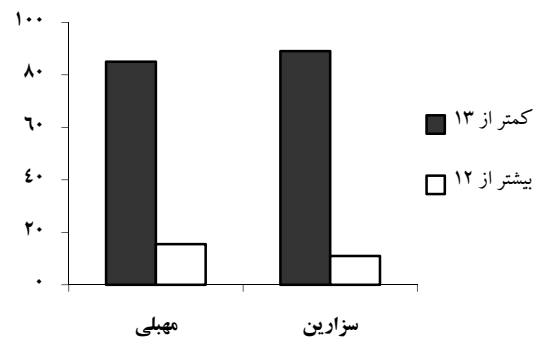
یافته‌های پژوهش، گویای شیوع افسردگی ۱۰ و ۱۳ درصد به ترتیب در دو و هشت هفته پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهر آمل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ابعاد افسردگی بعد از زایمان و اثرات متعدد و چندین جانبه‌ی آن بر روی مادر و کودک، خانواده، زندگی زناشویی، وضعیت شغلی و در نهایت اثرگذاری در اجتماع و نقش داشتن در اقتصاد خانواده و جامعه بایستی با تامل بیشتری به این عارضه اندیشید (۱۷).

اغلب زنانی که از این اختلال رنج می‌برند درمانی دریافت نمی‌کنند و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان افسرده باقی بمانند که این وضعیت می‌تواند بر ارتباط با همسر تاثیر منفی بگذارد و به صورت جدی ارتباط مادر با کودک را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به تاخیر شناختی و هیجانی و حتی منجر به غفلت از کودک گردد (۲) و در مجموع تاثیر گسترده‌ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد (۲۹).

شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعه‌ی حاضر از بررسی‌های زنگنه و همکاران (۱۸) و فرزاد و همکاران (۱۷) پایین‌تر می‌باشد



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس تقسیم‌بندی مقیاس افسردگی ادینبرگ در دو هفته بعد از زایمان به تفکیک گروه در هشت هفته بعد از زایمان، شیوع افسردگی ۱۳ درصد (گروه زایمان طبیعی ۱۵/۵۰٪ و در گروه سزارین انتخابی ۱۱٪) بود و بین دو گروه از نظر شیوع افسردگی در هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت (نمودار ۲).

هم‌چنین میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه زایمان طبیعی $6/60 \pm 4/67$ و در گروه سزارین $6/60 \pm 4/75$ بود و بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری یافت نشد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان در دو گروه زایمان مهلی و سزارین

گروه	زایمان مهلی		سزارین		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره‌ی افسردگی در دو هفته بعد از زایمان	۷/۵۸	۴/۶۴	۸/۱۹	۴/۰۶	۰/۰۶۶
نمره‌ی افسردگی در هشت هفته بعد از زایمان	۶/۱۴	۴/۶۷	۶/۶۰	۴/۷۵	۰/۳۷

با حذف اثر متغیرهایی که در این پژوهش همسان نبودند با آزمون مدل خطی عمومی بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری نبوده است. بحث با توجه به ابعاد افسردگی بعد از زایمان و اثرات متعدد و چندین جانبه‌ی آن بر روی مادر و کودک، خانواده، زندگی زناشویی، وضعیت شغلی و در نهایت اثرگذاری در اجتماع و اقتصاد خانواده و جامعه بایستی با تامل بیشتری در مورد این عارضه اندیشید (۱۷). اغلب زنانی که از این اختلال رنج می‌برند، درمانی دریافت نکرده و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان، افسرده باقی بمانند که این وضعیت می‌تواند بر ارتباط با همسر تاثیر منفی گذاشته

مطالعات مطابقت داشته اما با نتایج بررسی‌های آپونگ (۱۹)، آدوایا^۴ (۳) و دولتیان و همکاران (۲۰) و فرزاد و همکاران (۱۷) هم‌خوانی ندارد. آپونگ در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زایمان از طریق سزارین یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۱۹). در مطالعه‌ی دولتیان و همکاران که با هدف ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان انجام شد، میزان افسردگی در گروه زایمان با عمل سزارین دو برابر زایمان مهبل‌ی بود (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی فرزاد و همکاران هم نشان داد که افسردگی در گروه سزارین بالاتر بوده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۱۷). در مطالعه‌ی دولتیان و همکاران و فرزاد و همکاران سزارین‌های اورژانسی و انتخابی در مجموع بررسی شدند، اما در مطالعه‌ی حاضر فقط موارد سزارین انتخابی مورد بررسی قرار گرفتند (۱۷، ۲۰). در سزارین اورژانسی با توجه به تنش ناشی از جراحی و عدم آگاهی مادر برای سزارین، احتمال افسردگی پس از زایمان قابل توجه می‌باشد. هم‌چنین عدم استفاده یا استفاده‌ی کم از شیوه‌ی زایمان بی‌درد در زایمان طبیعی همراه با تنش بوده که این تنش می‌تواند در افزایش افسردگی پس از زایمان طبیعی دخالت کند. در برخی از مراکز بهداشتی‌درمانی، امکانات لازم در ایجاد محیط آرام برای تکمیل فرم‌ها توسط نمونه‌ها وجود نداشت که این امر می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی افسردگی بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت؛ ولی با توجه به این که مادران باردار در دوران بارداری از نظر افسردگی غربالگری شدند می‌توان نتیجه گرفت افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی دارد که می‌تواند بر سلامت مادر، نوزاد و کل خانواده تاثیرگذار باشد. از آن جا که مداخله‌ی زودرس و پی‌گیری دقیق و درمان، با بهترین پیش‌آگهی همراه است لذا ضرورت غربالگری افسردگی پس از زایمان، پی‌گیری دقیق و درمان این زنان توجه داشته و می‌تواند از تبعات عدم تشخیص به موقع بیماری در زنان شیرده جلوگیری نماید.

ولی با نتایج چانداران^۱ و همکاران (۳۰) و خدادادی (۵) هم‌خوانی دارد. چانداران و همکاران، افسردگی پس از زایمان را در تمام کشورها به میزان شایعی گزارش نمودند اما در رابطه با عوامل خطر، تفاوت‌هایی بین بررسی‌های گوناگون دیده می‌شود که مهم‌ترین این تفاوت‌ها، علل فرهنگی می‌باشند. بک زندگی مردم منطقه‌ی مورد پژوهش و حمایت‌های اجتماعی خویشان از زن در طی بارداری و بعد از زایمان می‌تواند توجه‌کننده‌ی شیوع کمتر افسردگی باشد.

به طوری که تقریباً ۹۰ درصد از مادران در هر دو گروه از حمایت خانواده و ۸۰ درصد از حمایت همسر خود، راضی بودند. تحقیقات نشان می‌دهند که بین حمایت همسر و خانواده‌ها با مادران و افسردگی پس از زایمان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۳). از سویی تفاوت موجود در شیوه‌ی اجرای این مطالعه را نباید از نظر دور داشت. در مطالعه‌ی حاضر، واحدهای پژوهش در بدو ورود به مطالعه (سه ماه سوم بارداری) با مقیاس ادینبورگ ارزیابی شده و مادرانی که نمره‌ی بالای ۱۲ داشتند از پژوهش حذف شدند. احتمالاً این موضوع هم بر کاهش شیوع افسردگی پس از زایمان در این مطالعه موثر بوده است.

نتایج پژوهش نشان داد که در دو و هشت هفته بعد از زایمان بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج مطالعه‌ی پاتل^۲ و همکاران که تعداد ۱۰۹۳۱ مادر باردار را در دوران بارداری و سپس در هشت هفته پس از زایمان با مقیاس ادینبورگ ارزیابی کردند، نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان (سزارین انتخابی و زایمان طبیعی) و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد (۲۲). در مطالعه‌ی تامپسون^۳ و همکاران هم ارتباط معنی‌داری بین سزارین و افسردگی پس از زایمان یافت نشد (۲۳). هم‌چنین در بررسی انجام شده توسط شریفی و همکاران، میانگین نمره‌ی افسردگی بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (۲۴). نتایج پژوهش حاضر با نتایج این

¹Chandaran

²Patel

³Thompson

⁴Adewuya

References

1. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003; 24(4): 257-66.
2. Tannous L, Gigante LP, Fucus SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: Prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 1.
3. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract* 2005; 11(5): 353-8.
4. [Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herran-Falla OF. [Postnatal depression in a Colombian city: Risk factors]. *Aten Primaria* 2006; 37(6): 332-8. (Spanish)
5. Khodadadi N, Mahmodi H, Mirhaghi N. [Relationship postpartum depression social psychiatry disorders]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 8(2): 142-8. (Persian)
6. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009; 12(5): 461-7.
7. Azimi Lolaty H, Hsaini SH, Khalilian A, Zaghani M. Prevalence and predictors of postpartum depression among pregnant women referred to mother-child care clinic. *Res J Biol Sci* 2007; 2(3): 285-90.
8. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 310-8.
9. Detychey C, Briancon S, LIghezzolo J, Spitz E, Kabuth B de luigi V, et al Quality of life, postnatal depression and baby gender *Clinical nursing* 2007; 17: 312-22.
10. Talbot J. The year book of psychiatry and applied mental health. Philadelphia: Mosby; 2001: 39-200.
11. Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. Maternity and women health care. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 2000: 940-64.
12. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva World Health Organization 2001. Available from: URL; http://books.google.com/books?id=GQEdA+World+Health+Report+2001.+Mental+health:New+understanding,+new+hope.+GenevaWorld+Health+Organization+2001.&source=bl&ots=dRHRLdlvF&sig=mPM03izcDFj8CtriZNRBwxilacU&hl=en&sa=X&ei=YfsoT_qnfejP4QTixKTCAw&ved=0CEEQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false
13. Mallikarjun PK, Oyebode F. Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health* 2005; 125(5): 221-6.
14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SR, Haultz J, Gilstrap LC, Wenstrom KO. William's obstetrics. 22th ed. New York: McGraw Hill; 2005: 708.
15. Salmalian H, Nasiri Amiri F, Kheyrikhah F. [Prevalence of pre and postpartum depression symptoms and some related factors]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2008; 10(3): 67-75. (Persian)
16. Khamseh F. [Evaluation of psycho-social factors affecting in post-partum depression]. *Kowsar medical journal* 2002; 7(4): 327-31. (Persian)
17. Farzad M, Ghazi Mirsaeid SB. [Association between type of delivery and maternal blue]. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2005; 29(4): 331-5. (Persian)
18. Zanganeh M, Shams N, Alizadeh K, Rezaei M, Pormher S. [Postpartum depression and its relationship with unwanted pregnancy and baby gender]. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2009; 14: 65-71. (Persian)
19. Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: A controlled study of Nigerian women after caesarean child birth. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 127-9.
20. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. [The relationship between mode of delivery and postpartum depression]. *Journal of reproduction and infertility* 2006; 7(3): 260-8. (Persian)
21. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Post partum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
22. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: A cohort study. *BMJ* 2005; 330(7496): 879.
23. Thompson JF, Roberts CI, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after child birth: Associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2): 83-94.

24. Sharifi KH, Soki Z, Akbari H, Sharifi M. [The relationship between mode of delivery and postpartum depression]. *Feyz journal of Kashan University of Medical Sciences* 2007; 12(1): 50-5. (Persian)
25. Jones H, Venis J. Postpartum psychiatric disorder. *J Psychosoc Nurs* 2001; 12: 25-9.
26. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(4): 243-9.
27. Castanon SC, Pinto LJ. Use the postnatal depression scale to detect postnatal depression. *Rev Med Chill* 2008; 136: 851-8.
28. Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 11: 293-7.
29. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatr Behav Health* 1997; 3: 67-77.
30. Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu India: Incidence and risk factor. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم

خلاصه

مقدمه: هدف از این انجام این پژوهش، مقایسه‌ی کیفیت زندگی بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد سالم جامعه می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه‌ی مقطعی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که بنا به تایید روان‌پزشک در فاز یوتایمیک بیماری به سر می‌بردند، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، یک گروه شاهد که از بین همراهان بیماران و کارکنان بیمارستان انتخاب شده بودند نیز با استفاده از همین پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه با استفاده از آزمون تی و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه در سال ۸۹-۱۳۸۸ در درمانگاه تخصصی اعصاب و روان بیمارستان آموزشی حافظ شهر شیراز انجام گردید.

یافته‌ها: مقایسه‌ی کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی با افراد گروه شاهد، بیانگر وضعیت بدتر بیماران در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی ($P=0/022$)، درد جسمی ($P<0/0001$)، سلامت عمومی ($P<0/0001$)، عملکرد اجتماعی ($P<0/0001$) و سلامت روانی ($P<0/0001$) بود. در گروه بیماران، یافته‌های حاصل از مطالعه نشان‌دهنده‌ی وضعیت مطلوب‌تر زنان نسبت به مردان در حیطه‌ی سرزندگی بود ($P=0/046$). هم‌چنین از لحاظ مشکلات احساسی نیز در گروه بیماران، افراد متأهل و مجرد نسبت به بیماران مطلقه شرایط بهتری را گزارش کردند (به ترتیب $P=0/013$ ، $P=0/01$).

نتیجه‌گیری: اختلال دوقطبی علاوه بر اثرات شناخته شده‌ی نامطلوبی که در دوره‌های افسردگی و مانیا بر کیفیت زندگی فرد دارد، حتی در فاز یوتایمیک بیماری نیز بر جنبه‌های عمده‌ای از کیفیت زندگی بیمار تاثیر می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، سلامت، کیفیت زندگی

شهین طوبایی

دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نگین هادی

دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

آروین هدایتی

دستیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

علی منتظری

استاد پژوهشی، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه تهران

مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، خیابان زند، دانشکده‌ی پزشکی،

گروه پزشکی اجتماعی

hadin@sums.ac.ir

تلفن: ۰۷۱۱۲۳۵۴۴۳۱

تاریخ وصول: ۸۹/۱۰/۱۵

تاریخ تایید: ۹۰/۸/۱۴

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی این دانشگاه به دلیل همکاری در اجرای پژوهش و سرکار خانم مریم‌السادات وحدانی‌نیا به دلیل همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها قدردانی نمایند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی خانم دکتر زهرا هاشم‌پور می‌باشد که از همکاری ایشان تشکر می‌گردد.

Original Article

Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people

Abstract

Introduction: The aim of this research was comparison of bipolar patients' quality of life with healthy population.

Materials and Methods: This research was done on 100 bipolar patients whose euthymic state was documented by a psychiatrist. They were evaluated with use of quality of life-short form 36 questionnaire (QOL-SF-36). As control group, a control group which was selected from patients' visitors and hospital staff was evaluated with this questionnaire. Data were analyzed using T-test and Pearson correlation coefficient. This study was done in psychiatric clinic of Shiraz Hafez Hospital in 2010-2011.

Results: Results show that patients are in a worse condition than normal population in aspects of quality of life such as" physical function ($P=0.022$), body pain ($P<0.0001$), general health ($P<0.0001$), social function ($P<0.0001$), and mental health ($P<0.0001$). In patients group, results of ANOVA and Pearson correlation coefficient show that females are in better state of vitality than males. Single and married patients are in better condition of emotional-role than those who are divorced (respectively $P=0.013$ and $P=0.010$).

Conclusion: Not only bipolar patients' quality of life is disturbed in manic and depressive episodes, but also in euthymic phase of the disorder, main domains of quality of life are affected.

Keywords: Bipolar disorder, Health, Quality of life

Shahin Toubaei

Associate professor of psychiatry,
Psychiatry Research Center, Shiraz
University of Medical Science

**Negin Hadi*

Associate professor of community
medicine, Psychiatry Research
Center and Neurosciences Research
Center, Shiraz University of Medical
Science

Arvin Hedayati

Resident of psychiatry, Shiraz
University of Medical Science

Ali Montazeri

Professor of research, Mental health
research, Health Sciences Research
Institute of University Jihad, Tehran
University

***Corresponding Author:**

Department of community medicine,
Faculty of medicine, Zand Ave.,
Shiraz, Iran

hadin@sums.ac.ir

Tel: +987112354431

Received: Jan. 05, 2011

Accepted: Dec. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Shiraz University of Medical Sciences. No grant has supported this present study and the authors had disclosed no conflict.

Vancouver referencing:

Toubaei Sh, Hadi N, Hedayati A, Montazeri A. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy controls. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 54-63.

مقدمه

اختلال دوقطبی بیماری مزمن پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی آن دوره‌های تکرارشونده‌ی افسردگی و مانیا یا هیپومانیا می‌باشد (۱). این اختلال در جامعه شایع است، به گونه‌ای که شیوع طیف اختلالات دوقطبی در کل دوره‌ی زندگی بین ۲/۸ تا ۶/۵ درصد مطرح می‌شود (۲). بیماری دوقطبی، ششمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا در گروه سنی بزرگسالان جوان محسوب می‌شود (۳). احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال بالا و در حدود ۱۵ درصد است (۴،۵). همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه‌ی اجتماعی بالایی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار (به صورت کاهش قدرت کارایی و مولد بودن) تحمیل می‌شود (۹-۶).

تخریب عملکردی حاصل از بیماری طی فازهای مانیا و افسردگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۱۰). حتی مطالعات جدید، بیانگر احتمال بروز تغییرات عملکردی در طی دوره‌ی یوتایمیک بیماری نیز می‌باشند (۱۱). مطالعات طولی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دوقطبی، پاسخ طولانی‌مدت مطلوبی به درمان داشته‌اند و حتی در صورت ادامه‌ی درمان بسیاری از بیماران به بهبودی کامل دست نیافته (۱) و در عین حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی مداوم دارند (۱). خصایص خود بیماری یعنی بروز دوره‌های مکرر افسردگی و مانیا، برحیطه‌های مختلف زندگی و کیفیت زندگی فرد از جمله شرایط اجتماعی، شغلی، عملکردی و احساس خوب بودن وی تاثیر می‌گذارد (۱۲).

کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می‌باشد (۱۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: درک افراد از موقعیت خود در زندگی در ساختار فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و موارد قابل اهمیت برای آن‌ها (۱۳).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی در کارهای پژوهشی کاربردهای مختلفی دارد و به عنوان ابزاری مفید در اندازه‌گیری دو مقوله‌ی عملکردی و بهبودی یا تخریب سیستماتیک روانی به کار می‌رود (۱۴). جهت ارزیابی کیفیت زندگی، ابزارهای مختلفی چون پرسش‌نامه‌ی ۱۰۰ گویه‌ای کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO-QOL-100)، فرم کوتاه شده‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO-QOL-BREF)، پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی^۳ (SF-36)، پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-20)، پرسش‌نامه‌ی ۱۲ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-12) و ... وجود دارند که هر یک کیفیت زندگی را در حیطه‌های مختلف جسمی و روانی مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۴). البته بنا به مطالعات انجام گرفته یکی از بهترین ابزارهای سنجش کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی، پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-36) می‌باشد (۱۵). این پرسش‌نامه با ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت شامل عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، سلامت روانی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

آگاهی از این که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تا چه اندازه احساس خوب بودن دارند و در کدام ابعاد چنین احساسی حاصل نمی‌گردد، می‌تواند در شناخت بهتر این بیماری و برنامه‌ریزی‌های درمانی راهگشا باشد. با توجه به این که در رابطه با موضوع کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی در کشور ایران، مطالعات اندکی انجام گرفته است. در این مطالعه، پژوهشگران بر آن شدند که کیفیت زندگی این گروه از بیماران را مورد ارزیابی قرار دهند تا با شناخت حیطه‌هایی از زندگی این افراد که بیشتر در این اختلال درگیر می‌شوند، بتوانند در راستای ارتقای سلامت این دسته از بیماران گامی موثر برداشته باشند.

¹World Health Organization-Quality of Life Assessment-100

²World Health Organization-Quality of Life Assessment-BREF

³Health Survey and The International Quality of Life Assessment-36

روش کار

در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر از تیرماه ۱۳۸۵ تا فروردین‌ماه ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهر آمل انجام شد. ۴۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی پایلوت (جهت به دست آوردن میانگین و انحراف معیار جمعیت مورد پژوهش) و سپس از فرمول اختلاف میانگین برآورد شد. معیارهای ورود شامل سن بین ۳۵-۱۶ سال، نداشتن مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم استفاده از سیگار و مواد مخدر بود. مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل انجام سزارین اورژانسی، بستری نوزاد یا مادر در بیمارستان، داشتن کودک بیمار یا معلول و سابقه‌ی جدایی از والدین قبل از سن ۱۵ سالگی، بود.

پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده می‌شد. در سه ماه آخر بارداری، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۱ توسط واحد پژوهش تکمیل می‌گردید. در صورتی که نمره‌ی افسردگی مساوی یا بیشتر از ۱۳ بود، واحد پژوهش از مطالعه حذف شده و به یک روان‌پزشک ارجاع داده می‌شد ولی اگر نمره‌ی افسردگی پایین‌تر از ۱۳ بود از واحد پژوهش درخواست می‌شد که دو هفته و سپس هشت هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی‌درمانی مورد نظر مراجعه کند. ۴۰ نفر به علت سزارین اورژانسی، ۵۸ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۲ نفر به علت عدم همکاری و دسترسی و ۱۴ نفر به علت عدم تکمیل پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. در دو هفته بعد از زایمان ۳۰۰ نفر (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۶ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) و در هشت هفته بعد از زایمان ۲۹۰ نفر (۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه و پرسش‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند.

فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد بود. مقیاس افسردگی ادینبورگ

از ۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای تشکیل شده که حداقل نمره‌ی آن، صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد. هر سؤال، امتیازی بین صفر تا ۳ بر اساس شدت علائم به خود اختصاص می‌دهد. نمره‌ی پایین‌تر، نشان‌دهنده‌ی وضعیت بهتر فرد و نمره‌ی بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. این ابزار، پرسش‌نامه‌ی معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۶) و پذیرش آن توسط مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۷). روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی منتظری در ایران تایید شده است (۲۸). روایی فرم‌های مصاحبه توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد روایی محتوا شد. پایایی پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفا کرونباخ) $\alpha=0.92$ تایید و پایایی سایر فرم‌های مصاحبه از طریق آزمون مجدد، ۹۰ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری با SPSS ویرایش ۱۴ و آزمون‌های مجذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ نفر بیمار (۴۶ مرد و ۵۴ زن) و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد (۵۱ مرد و ۴۹ زن) مورد ارزیابی قرار گرفتند. حداقل سن در گروه بیماران ۱۶ سال و حداکثر سن ۶۰ سال بود. میانگین سنی این گروه ۳۳/۶۷ سال با انحراف معیار ۱۰/۷۳ سال بود. در گروه شاهد نیز حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان به ترتیب ۲۰ و ۵۸ سال با میانگین ۳۲/۱۵ سال و انحراف معیار ۹/۱۲ سال بود. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران و گروه شاهد در جدول ۱ ذکر شده است.

در مقایسه‌ی دو گروه بیمار و شاهد از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در بعد عملکرد جسمی، گروه بیماران نسبت به گروه شاهد، وضعیت نامطلوب‌تری را گزارش کردند. این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P=0.022$). در دو بعد درد جسمانی و سلامت عمومی نیز گروه بیماران از مشکلات بیشتری در مقایسه با گروه شاهد شکایت داشتند ($P<0.001$). در محدوده‌ی عملکرد اجتماعی نیز گروه بیماران، نمرات پایین‌تری را نسبت به گروه شاهد دریافت کرده

¹Edinburgh Postpartum Depression Scale

جدول ۴ حاوی یافته‌های مذکور است. مقایسه‌ی تفاوت جنسیت در گروه شاهد در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری را بین دو جنس نشان نداد. هم‌چنین بین زنان دو گروه بیمار و شاهد و نیز مردان این دو گروه از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری گزارش نشد.

از لحاظ توزیع سنی بیماران و گروه شاهد در سه دسته‌ی سنی کمتر از ۳۰ سال، ۳۰ تا ۴۵ سال و بالاتر از ۴۵ سال مورد مقایسه قرار گرفتند. ارزیابی‌های آماری، تفاوتی را بین این سه دسته‌ی سنی در هر گروه بیمار و شاهد نشان نداد. دو گروه بیمار و شاهد نیز در هر دسته‌ی سنی با هم تفاوتی نداشتند. از نظر سطح تحصیلات، سطوح تحصیلی مختلف در هر یک از گروه‌های بیمار و شاهد با هم مقایسه شدند که تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. هم‌چنین هر سطح تحصیلی نیز بین دو گروه بیمار و شاهد با هم مقایسه گردید، ولی تفاوتی بین نتایج آماری دیده نشد. از لحاظ وضعیت شغلی نیز تفاوتی بین گروه‌های شغلی مختلف و بین دو گروه بیمار و شاهد وجود نداشت.

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	بیماران (میانگین+انحراف معیار)	گروه شاهد (میانگین+انحراف معیار)	P
عملکرد جسمی	۷۳/۳۰+۲۶/۶۴	۸۱/۸۰+۲۵/۴۷	۰/۰۲۲
نقش فیزیکی	۵۶/۰۰+۳۵/۰۱	۵۳/۲۵+۳۳/۸۳	۰/۵۷۳
درد بدنی	۵۸/۶۲+۲۵/۱۹	۷۱/۴۴+۲۰/۹۵	۰/۰۰۰
سلامت عمومی	۵۷/۱۶+۲۴/۱۴	۶۹/۹۲+۱۹/۱۹	۰/۰۰۰
سرزندگی	۵۶/۶۵+۲۱/۶۰	۵۹/۳۵+۱۷/۲۱	۰/۳۳۰
عملکرد اجتماعی	۵۱/۶۲+۲۴/۷۸	۷۳/۷۵+۲۰/۶۸	۰/۰۰۰
نقش احساسی	۴۴/۰۰+۳۴/۴۵	۴۹/۰۰+۳۲/۶۳	۰/۲۹۳
سلامت فکری	۵۷/۶۰+۱۷/۶۱	۶۶/۶۰+۱۳/۷۲	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر، نشانگر وضعیت بدتر بیماران در حیطه‌های عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی و سلامت روانی در مقایسه با افراد گروه شاهد بود. مولفه‌ی سلامت جسمی شامل سئوالاتی در ابعاد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی و مشکلات جسمی است. بعد عملکرد جسمی، توانایی‌های فرد را در زمینه‌ی انجام

بودند ($P < ۰/۰۰۰۱$) و از لحاظ سلامت روانی بین دو گروه بیمار و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۰۱$) به این معنا که بیماران در این بعد، نمرات کمتری را کسب کردند.

جدول ۱- تعداد و درصد گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شاهد بر حسب اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	بیماران (تعداد و درصد)	شاهد (تعداد و درصد)
جنسیت		
مرد	۴۶	۵۱
زن	۵۴	۴۹
وضعیت تاهل		
مجرد	۵۱	۳۸
متاهل	۴۲	۵۵
مطلقه	۷	۷
تحصیلات		
کمتر از دیپلم	۵۱	۳۰
دیپلم	۳۷	۳۹
بالاتر از دیپلم	۱۲	۳۱
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۳۹	۲۷
بی‌کار	۱۹	۳۸
شغل آزاد	۲۸	۱۷
استخدام	۱۴	۱۸
گروه‌های سنی		
کمتر از ۳۰ سال	۳۶	۳۸
۳۰ تا ۴۵ سال	۴۶	۵۲
بالاتر از ۴۵ سال	۱۸	۱۰

یافته‌های مربوط به مقایسه‌ی دو گروه شاهد و بیمار، در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جدول ۲ ذکر شده است.

در گروه بیماران با در نظر گرفتن وضعیت تاهل، فقط در زمینه‌ی مشکلات احساسی، افراد مجرد وضعیت بهتری را نسبت به افراد مطلقه گزارش کردند ($P = ۰/۰۱$).

این تفاوت بین افراد متاهل و مطلقه نیز وجود داشت، یعنی بیماران متاهل وضعیت احساسی مطلوب‌تری را نسبت به بیماران مطلقه تجربه کردند. ($P = ۰/۰۱۳$)، اما در گروه شاهد در ابعاد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، هم افراد مجرد و هم افراد متاهل نسبت به افراد مطلقه وضعیت بهتری داشتند که از لحاظ آماری نیز این تفاوت‌ها معنی‌دار بودند. یافته‌های حاصل در جدول ۳ به تفصیل ذکر گردیده است.

در گروه بیماران، از لحاظ جنسیت، تنها تفاوت معنی‌دار در بعد سرزندگی بود که زنان نسبت به مردان مبتلا به اختلال دوقطبی، وضعیت بهتری داشتند ($P = ۰/۰۴۶$).

و مشکلات در انجام کارها مطرح می‌کند. احتمال رنج بردن از درد جسمی و تاثیر آن بر میزان فعالیت فرد، در بعد درد جسمانی مورد سؤال قرار می‌گیرد (۱۶).

جدول ۴- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس جنسیت توسط پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

ابعاد کیفیت زندگی	جنسیت	بیماران (میانگین+انحراف معیار)	P
عملکرد جسمی	زن	۲۴/۹۸±۵/۴۵	۰/۵۱
	مرد	۲۴/۲۸±۵/۲۰	
نقش فیزیکی	زن	۶/۳۵±۱/۴۴	۰/۳۹
	مرد	۶/۱۰±۱/۳۵	
درد بدنی	زن	۸/۰۱±۲/۶۲	۰/۵
	مرد	۷/۶۷±۲/۴۰	
سلامت عمومی	زن	۱۶/۸۹±۴/۷۱	۰/۳۰
	مرد	۱۵/۸۹±۴/۹۶	
سرزندگی	زن	۱۶/۱۲±۴/۲۲	۰/۰۴
	مرد	۱۴/۳۹±۴/۲۸	
عملکرد اجتماعی	زن	۶/۱۴±۲/۱۴	۰/۹۲
	مرد	۶/۱۰±۱/۸۰	
نقش احساسی	زن	۴/۳۵±۱/۰۶	۰/۷۴
	مرد	۴/۲۸±۱/۰۰۳	
سلامت فکری	زن	۱۹/۸۷±۴/۴۸	۰/۲۴
	مرد	۱۸/۸۴±۴/۲۹	

چنین به نظر می‌رسد که مشکلات جسمانی و درد در اختلالات جسمی می‌تواند مختل‌کننده‌ی کیفیت زندگی هر فرد باشد. با توجه به این که ۲۴ درصد بیماران دوقطبی در طول زندگی سه مورد یا تعداد بیشتری از مشکلات جسمی را یا به علت بیماری زمینه‌ای احتمالی ژنتیکی دخیل و یا به علت بروز عوارض ناشی از داروهای سایکوتروپیک مصرفی، تجربه می‌کنند (۱) داشتن نمرات پایین در این حیطه از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی می‌تواند توجیه‌گر (۲۰).

در مولفه‌ی عملکرد روانی، افراد از نظر سرحال بودن و سرزندگی، احساس آرامش و امنیت، شاد بودن، پرنرژی بودن، احساس غمگینی و افسردگی، احساس ضعف و خستگی و عصبی بودن و تاثیر مشکلات روحی بر انجام فعالیت‌ها، ارزیابی می‌گردند.

این نکات در قالب چهار بعد سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات احساسی و سلامت روانی قرار می‌گیرند (۱۶).

مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم

فعالیت‌های سنگین مانند دویدن، بلندکردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش‌های قدرتی تا فعالیت‌های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جا به جایی جاروبرقی و انجام ورزش‌های سبک، انجام کارهایی چون بلند کردن یا حمل خواروبار منزل، بالا رفتن از یک یا چند پله، دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن، توانایی راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر یا فواصل کمتر در حد چند کوچه یا در نهایت بیش از یک کوچه، توانایی حمام کردن یا پوشیدن لباس مورد سنجش قرار می‌دهد.

جدول ۳- ارتباط وضعیت تاهل (تجرد و طلاق) با ابعاد ۸ گانه‌ی کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	وضعیت تاهل	بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (P)	شاهد (P)
عملکرد جسمی	مجرد	۰/۲۵۳	۰/۰۰۸
	متاهل	۰/۲۱۸	۰/۱۱۷
نقش فیزیکی	مجرد	۰/۱۲۵	۰/۰۰۵
	متاهل	۰/۲۱۴	۰/۰۸۳
درد بدنی	مجرد	۰/۱۱۲	۰/۰۹۷
	متاهل	۰/۱۵۶	۰/۰۹۴
سلامت عمومی	مجرد	۰/۳۲۲	۰/۰۰۰
	متاهل	۰/۳۴۲	۰/۱۰۹
سرزندگی	مجرد	۰/۰۹۹	۰/۰۰۳
	متاهل	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	مجرد	۰/۱۷۳	۰/۰۰۸
	متاهل	۰/۱۱۸	۰/۰۶۰
نقش احساسی	مجرد	۰/۲۱۲	۰/۰۰۰
	متاهل	۰/۱۲۱	۰/۰۷۱
سلامت فکری	مجرد	۰/۰۹۰	۰/۰۰۰
	متاهل	۰/۰۱۳	۰/۱۱۱
متاهل	مجرد	۰/۰۹۱	۰/۰۰۵
	متاهل	۰/۱۲۵	۰/۰۰۰

بعد مشکلات جسمی نیز سئوالاتی را در رابطه با کاهش مدت زمانی که صرف یک کار یا فعالیت می‌شود و دستیابی به حدی کمتر از آن چه مورد انتظار در فعالیت است و بروز محدودیت

۵ بعد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی که وضعیت نامطلوب‌تر بیماران را نسبت به افراد سالم نشان می‌دهد، همخوانی دارد و صرفاً در سه بعد مشکلات جسمی، مشکلات احساسی و سرزندگی در مطالعه‌ی حاضر برخلاف سه پژوهش مذکور، تفاوتی بین بیماران و افراد سالم مشاهده نشده است.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در تایلند انجام گرفت، نتایج تحقیق بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی نشان داد که بیماران در ۶ حیطه (عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، مشکلات احساسی، سلامت روانی) نمرات پایینی داشتند که این نتایج در سه حیطه (عملکرد جسمی، سلامت جسمی و سلامت روانی) مشابه مطالعه‌ی حاضر بود. در گروه تحت مطالعه‌ی تایلندی، در بررسی از لحاظ تقسیم‌بندی سنی، کمترین نمرات مربوط به افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله بود. نمرات افراد با اختلال دوقطبی تنها در ۲ حیطه (درد جسمانی و عملکرد اجتماعی) از نمرات افراد سالم اجتماع بالاتر بود (۲۶). در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۰۹ در شهر تهران توسط امینی و همکاران بر روی بیماران دوقطبی انجام گرفت، کیفیت زندگی این افراد در سه مرحله یعنی زمان بستری، زمان ترخیص و شش ماه پس از ترخیص مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه که با استفاده از فرم کوتاه شده‌ی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام گرفته بود، نمرات کیفیت زندگی بیماران دوقطبی به نمره‌ی کل کیفیت زندگی در جمعیت عمومی شهر تهران نزدیک بود (۲۷). این بیماران در زمان بستری در هر یک از فازهای مانیا یا افسردگی می‌توانستند باشند (۲۸). این نتایج با نتایج مطالعه‌ی حاضر، همخوانی ندارد که شاید ناشی از تفاوت‌های توزیع جمعیت شناختی از لحاظ وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل، بین بیماران دو مطالعه و نیز استفاده از دو پرسش‌نامه‌ی مختلف جهت سنجش کیفیت زندگی باشد. در مطالعه‌ی آرنولد^۴ که در آن افراد دچار اختلال دوقطبی با بیماران مبتلا به درد کمری مزن و افراد سالم از لحاظ کیفیت زندگی با پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفته بودند، بیماران

کسب نمرات پایین در ابعاد مختلف عملکرد روانی می‌تواند ناشی از خصیصه‌ی اختلال دوقطبی باشد یعنی دوره‌های مکرر عود بیماری که نیاز به بستری‌های متعدد را به همراه دارد. این بیماران طی دوره‌های افسردگی به علت تمایل به گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از اجتماع، در ارتباطات بین فردی دچار مشکل می‌گردند. این مسئله در دوره‌های مانیا و هیپومانیا به صورت بی‌قراری و مداخلات بی‌جا در کارهای دیگران می‌تواند مشکل‌زا شود. با توجه به برجستگی که این بیماران در محیط زندگی دریافت می‌کنند (۲۱)، حتی در دوره‌های بهبودی نیز به نظر می‌رسد که عنوان بیماری بر عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی ایشان، تاثیر نامطلوب بگذارد و یا همان طور که در پژوهش آلمدی روکا^۱ و همکاران، مطرح می‌شود رفتارهای بازداشته شده از احساسات و با دقت زیاد بیماران یوتایمیک دوقطبی با تاثیری که بر سایر افراد و محیط می‌گذارد، اثری منفی بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی این بیماران دارد (۲۲). در پژوهش همه‌گیری‌شناسی گسترده‌ای که در هلند انجام شد و در آن بیماران دوقطبی با سایر اختلالات روانی مقایسه شدند، در تمام حیطه‌ها، بیماران دوقطبی نمرات کمتری را نسبت به سایر اختلالات روانی کسب کردند (۲۳). در مطالعه‌ی آکاواردار و آکده^۲، کیفیت زندگی بیماران دوقطبی که حداقل به مدت یک ماه یوتایمیک بودند، پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۲۴). در پژوهش بریسوس^۳ و همکاران که در آن بیماران دوقطبی یوتایمیک از لحاظ وضعیت شناختی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته بودند و با گروه شاهد مقایسه شده بودند، در تمام حیطه‌ها بیماران دوقطبی، وضعیت بدتری را نسبت به گروه شاهد داشتند که با توجه به آسیب شناختی پایداری که بیماران حتی در دوره‌های یوتایمیک نیز از آن رنج می‌برند، پژوهشگر، کیفیت زندگی پایین‌تر بیماران را مرتبط با آسیب شناختی آنان مطرح نموده بود (۲۵). نتایج این سه مطالعه، بیانگر وضعیت بدتر بیماران دوقطبی حتی در دوره‌ی یوتایمیک بیماری نسبت به جمعیت سالم است که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر در

^۱ Alemedi Rocca

^۲ Akvardar and Akdede

^۳ Brissos

^۴ Arnold

بیماران زن محدودیت بیشتری را در حیطه‌های عملکرد جسمی و درد جسمانی مطرح نمودند (۳۲) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسویی ندارد. دومین متغیر جمعیت‌شناختی موثر، وضعیت تاهل در بعد مشکلات احساسی بود که در آن دو گروه افراد مجرد و متأهل نسبت به افراد مطلقه، شرایط بهتری داشتند که با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی و انتظارات حاکم بر جامعه‌ی ایران و حمایت بیشتری که افراد متأهل و مجرد در مقایسه با افراد مطلقه دریافت می‌کنند، منطقی به نظر می‌رسد.

در مطالعه‌ی امینی و همکاران بین کیفیت زندگی و بیشتر عوامل جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تاهل، اشتغال و سطح تحصیلات) در هیچ یک از سه مرحله‌ی بررسی بیماران ارتباطی دیده نشد (۲۸) که البته به علت تعداد اندک بیمارانی که در هر دو مطالعه در دسته‌های مختلف تاهل قرار می‌گیرند، مقایسه از این لحاظ نیازمند بررسی بیماران بیشتر است.

در کل به نظر می‌رسد، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی حتی در فاز یوتایمیک بیماری نیز از لحاظ ابعاد مختلف عملکرد جسمی و روانی دچار آسیب هستند و در واقع کیفیت زندگی آنان در قیاس با افراد سالم، افت بارزی را نشان می‌دهد. تاثیر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، وضعیت تاهل، شرایط شغلی و تحصیلی در مطالعات مختلف، نتایج متناقضی را نشان داده است که می‌تواند عمدتاً ناشی از تاثیر محیط اجتماعی و فرهنگی بر زندگی افراد باشد.

با توجه به تاثیر عمیق اختلال دوقطبی بر کیفیت زندگی بیماران که حتی در طی دوره‌های یوتایمیک بیماری نیز نمود دارد، به نظر می‌رسد که برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی‌های مختلف تایید شده برای این بیماری، حمایت‌های اجتماعی و پی‌گیری‌های مکرر از لحاظ بررسی وضعیت سلامت جسمی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد.

دوقطبی به جز در دو بعد درد جسمانی و عملکرد جسمی، در سایر موارد نسبت به جمعیت سالم تحت مطالعه نمرات پایین‌تری گرفتند (۲۹) البته در این پژوهش تنها ۴۴ بیمار دوقطبی مورد مطالعه قرار گرفته بودند.

دربخشی از مطالعه‌ی دپ^۱ و همکاران که در آن افراد بالای ۴۵ سال با بیماری دوقطبی با افراد سالم همین گروه سنی مورد مقایسه قرار گرفتند، بیماران دوقطبی از لحاظ وضعیت تحصیلی و شغلی در شرایطی مشابه افراد سالم قرار داشتند، اما نمرات پایین‌تری را از پرسش‌نامه‌ی SF-36 کسب کردند. بیماران دوقطبی حتی در فاز بهبودی نیز نمرات کمتری را نسبت به گروه شاهد در مقیاس سنجش کیفیت خوب بودن^۲ (QWB) دریافت کردند (۳۰). ساختار سنی شرکت‌کنندگان این پژوهش، متفاوت از مطالعه‌ی حاضر می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی دو عامل در کیفیت زندگی موثر شناخته شدند. یکی عامل جنسیت در بعد سرزندگی که در این مورد زنان وضعیت بهتری را نسبت به مردان گزارش نموده بودند و با توجه به خصوصیت سلطه‌پذیری بیشتر در زنان نسبت به مردان، تحمل راحت‌تر مشکلات در این گروه قابل توجیه است (۱).

در مطالعه‌ی ته^۳ و همکاران، زنان مبتلا به انواع اختلالات روانی عمده مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو در مقایسه با مردان مبتلا، اگر چه نمرات پایین‌تری را در ابعاد فیزیکی پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی کسب کردند، اما نسبت به بیماری خود انتظار و چشم‌داشت بهتری داشتند (۳۱) که از این نظر با داده‌های مطالعه‌ی کنونی همسویی دارد. در مطالعه‌ی راب^۴ که کیفیت زندگی بیماران دوقطبی بین دو جنس مذکر و مونث با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفت،

¹Depp

²Quality of Well-Being Scale

³Teh

⁴Robb

References

1. Akiskal SH. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009:1629-45.

2. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* 2005; 46(4): 8-13.
3. Lopez AD, Murray CJ. The global burden of disease. *Nat Med* 1998; 4: 1241-3.
4. Vieta E, Benabarre A, Gasto C, Nieto E, Colom F, Otero A, et al. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 407-9.
5. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76.
6. Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(9): 745-51.
7. Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, Ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, Rutten FF. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 383-92.
8. McMorris BJ, Downs KE, Panish JM, Dirani R. Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar I disorder. *J Med Econ* 2010; 13(1): 23-32.
9. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: Cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6(6): 487-97.
10. Vojta C, Kinoshian B, Glick H, Altshuler L, Bauer M. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 190-5.
11. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom* 2009; 78(5): 285-97.
12. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS. Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 161-8.
13. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 10: 1403-9.
14. Namjoshi MA, Buesching DP. A Review of the health related quality of life literature in bipolar disorder. *Qual Life Res* 2001; 10: 105-15.
15. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. New England Medical Center. The Health Institute: Boston, MA; 1993.
16. Ware JR, Gandek B. Over view of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment. *Epidemiology* 1998; 51: 903-12.
17. Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdani M, Ganalek B. The short form health survey of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 16: 875-82.
18. Hadi N, Karami D, Montazeri A. [Health related quality of life in major thalassemic patients]. *Payesh (Health monitor)* 2009; 8: 387-93. (Persian)
19. Hadi N, Montazeri A, Behboodi E. [Assessment of health related quality of life in chronic liver disease patients]. *Payesh (Health monitor)* 2010; 9(2): 165-72. (Persian)
20. Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilgen M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosom Med* 2009; 71(8): 894-900.
21. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord* 2007; 9: 126-43.
22. Alemedi Rocca CC, Macedo-Soares MB, Gorenstein C, Tamada RS, Issler CK, Dias RS. Social dysfunction in bipolar disorder: Pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(8): 686-92.
23. Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, et al. The social costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 383-92.
24. Akvardar Y, Akdede B. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 693-9.
25. Brissos S, DiasVV, Kapczinski F. Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2008; 53(8): 517-24.
26. Kongsakon R, Thomyangkoon PK, Anchanatawan B, Janenawasin S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(6): 913-8.

27. Nejat S, Montazeri A, Holakooie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 61-4.
28. Amini H, Alimadadi Z, Nejatiasafa A, Sharifi V, Ahmadi-Abhari SA. [Quality of life in a group of patients with bipolar disorder and some of their clinical characteristics]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2009; 15(2): 175-82. (Persian)
29. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000; 57: 235-9.
30. Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(2): 215-21.
31. Teh CF, Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D, Blow FC. Gender differences in health-related quality of life for veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2008; 59(6): 663-9.
32. Robb JC, Young TL, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *J Affect Disord* 1998; 49: 189-93.

مقاله‌ی پژوهشی

پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی

خلاصه

مقدمه: خانواده، یک نظام اجتماعی طبیعی است که در همه‌ی مراحل تکوین آن زوجین، خرده نظام اصلی بوده و عوامل متعددی مانند سبک‌های دلبستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی در رضایت زناشویی آن‌ها نقش دارند. هدف این پژوهش پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی است.

روش کار: پژوهش به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی بود که در چهارچوب یک طرح همبستگی پیش‌بین انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کارکنان متاهل دانشگاه تبریز و دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند. از این جامعه‌ی آماری با توجه به جنسیت ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. پس از حذف موارد ناقص حجم نمونه به ۱۸۴ نفر کاهش یافت. دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها از ۲۳ تا ۵۴ سال بود. برای جمع‌آوری

داده‌ها از پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی انریچ، تمایز یافتگی خود اسکورون و دلبستگی بزرگسال هازن و شیور استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: از بین مولفه‌های تمایز یافتگی خود، موقعیت من و از مولفه‌های سبک دلبستگی، سبک دلبستگی دوسوگرا ($P < 0/001$) بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت زناشویی هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش از این باور حمایت می‌کند که روابط اولیه‌ی افراد در محیط خانواده به شکل‌گیری سبک دلبستگی خاص و سطوح بالا یا پایین تمایز یافتگی منجر می‌گردد و این تجارب اولیه بر روابط بین فردی زوجین در بزرگسالی تاثیر مستقیم می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی، رضایت، زناشویی، موقعیت

منصور بیرامی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

*صمد فهیمی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

ابراهیم اکبری

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

احمد امیری پیچاکلابی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

*مؤلف مسئول:

ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده‌ی

روان‌شناسی و علوم تربیتی

samad.fahimi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۲۹

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۱

بی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه تبریز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری کارمندان شرکت کننده سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components

Abstract

Introduction: Family is a natural social system that couples are its major subsystems in the all of stages of its development, and (the marital satisfaction of them is determinant in the both state of causal and target) many factors such as attachment styles and differentiation components play a role in their marital satisfaction. The aim of this research was to predict marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components.

Materials and Methods: This research was a fundamental and descriptive research that was done in the shape of a predictive correlative design. The statistical universe in this research, were married workers of Tabriz University and Tabriz Medical Sciences University in academic year 2010-2011. 200 people were chosen from this universe by considering the gender. After cutting the deficient cases, sample size reduced to 184 people. The age range of subjects was from 23 until 54. Enrich marital satisfaction test, Skowron differentiation of self and Hazen and Shaver attachment styles inventory were used for gathering the data. Correlation and stepwise regression were used for data analysis.

Results: The results showed that from components of differentiation of self, I- position and from components of attachment styles, ambivalent attachment style ($P < 0.001$) are the best predictors of marital satisfaction.

Conclusion: The research results support from this belief that the primary relationship in family environment, cause the shaping of special attachment style and states of low or high differentiation and these primary experiences have direct effect on couples' interpersonal relationship in adulthood.

Keywords: Attachment, Marital, Position, Satisfaction

Mansour Bayrami

Associate professor of psychology,
Faculty of psychology and
educational sciences, Tabriz
University

**Samad Fahimi*

M.Sc. student in clinical
psychology, Faculty of psychology
and educational sciences, Tabriz
University

Ebrahim Akbari

M.Sc. student in clinical
psychology, Faculty of psychology
and educational sciences, Tabriz
University

Ahmad Amiri Pichakolaei

M.Sc. student in clinical
psychology, Faculty of psychology
and educational sciences, Tabriz
University

***Corresponding Author:**

Faculty of psychology and
educational sciences, Tabriz
University, Tabriz, Iran
samad.fahimi@yahoo.com
Received: Apr. 18, 2011
Accepted: Jan. 31, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Tabriz University. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Bayrami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri Pichakolaei A. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1): 64-77.

مقدمه

عوامل مهم که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است و بر روی رضایت زناشویی تاثیر دارد، تجارب اولیه‌ی فرد با والدین و یا نوع رابطه‌ی هیجانی فرد با والدین خود در دوران کودکی است. برخی از پژوهش‌ها تلاش کرده‌اند به این سؤال پاسخ دهند که چگونه تجارب اولیه‌ی فرد در دوران کودکی می‌تواند وی را در بزرگسالی تحت تاثیر قرار دهد (۶).

نظریه‌های سبک دلبستگی و تمایزیافتگی^۳، بر روابط اولیه در محیط خانواده تاکید کرده و آن را بر روابط بعدی موثر می‌دانند. آن‌ها سبک‌های دلبستگی و تمایزیافتگی را به عنوان عوامل پایدار و چندنسلی^۴ تلقی کرده و پیشنهاد می‌کنند که چگونه خانواده‌ی مبدا شخص می‌تواند بر روابط زناشویی او اثر بگذارد (۱، ۲، ۶، ۷). مطالعات مبتنی بر آسیب‌شناسی تحولی نیز رابطه‌ی بین تجارب منفی اولیه‌ی تحصیلی و خانوادگی و مشکلات افراد بزرگسال در انجام تکالیف تحولی و مشکلات روان‌شناختی و شبکه‌های معیوب زناشویی را مورد تاکید قرار می‌دهند (۷).

بالبی^۵ بر این عقیده بود که نظریه‌ی دلبستگی تنها یک نظریه‌ی تحول کودک نیست، بلکه نظریه‌ی تحول در فراخنای زندگی^۶ نیز می‌باشد. این نظریه معتقد است نوع رابطه‌ی مادر-کودک^۷ در سال‌های اولیه‌ی زندگی و میزان قابلیت دسترسی به مادر، میزان حمایت مادر هنگام احساس خطر، درجه‌ی حساسیت مادرانه و تکیه‌گاه ایمن بودن^۸ مادر برای کودک، سبک دلبستگی^۹ فرد را معین می‌کند (به نقل از ۶). فوگل^{۱۰} اظهار می‌دارد که دلبستگی، پیوند هیجانی پایدار بین دو فرد می‌باشد به طوری که یکی از دو طرف کوشش می‌کند نزدیکی و مجاورت با موضوع دلبستگی را حفظ کرده و به گونه‌ای عمل کند تا مطمئن شود که ارتباط ادامه می‌یابد. بالبی بر این باور است که این گره‌های هیجانی متقابل که به نزدیکی مادر و کودک منجر می‌شود، نخستین تجلی‌های دلبستگی

خانواده، یک نظام اجتماعی طبیعی است که دست کم سه نسل را در بر می‌گیرد. رابطه‌ی اعضای این خرده‌فرهنگ‌ها^۱ رابطه‌ای عمیق و چند لایه است که عمدتاً بر اساس تاریخچه‌ی مشترک، ادارک‌ها و فرض‌های مشترک و درونی شده راجع به جهان و اهداف مشترک بنا نهاده شده است. در چنین نظامی، افراد به وسیله‌ی علائق و دلبستگی‌های هیجانی نیرومند، دیرپا و متقابل با یکدیگر پیوند یافته‌اند. ممکن است از شدت این علائق و دلبستگی‌ها در طی زمان کاسته شود، اما باز هم علائق مزبور در سراسر زندگی به بقای خود ادامه خواهند داد (۱). اهمیت شناخت و بررسی عواملی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می‌گردند، می‌تواند گامی مفید در راستای ارتقای سطح فرهنگ جامعه باشد. عوامل مختلفی بر استحکام و دوام خانواده تاثیر می‌گذارند که از جمله‌ی آن‌ها رضایت بین زوجین است (۲).

رضایت زناشویی، یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آن چه در زندگی خود تجربه می‌کند (۳). به زعم وینچ^۲ رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است (۴). برخی از صاحب‌نظران در تعریف رضایت زناشویی، آن را تابع مراحل چرخه‌ی زندگی می‌دانند. راه‌های مختلفی برای تعریف رضایت زناشویی وجود دارد و بهترین تعریف را هاکینز ارایه کرده است. او رضایت زناشویی را احساس خشنودی، رضایت و لذت توسط زن و شوهر زمانی که همه‌ی جنبه‌های ازدواج خود را در نظر می‌گیرند تعریف می‌کند. رضایت یک متغیر نگرشی است، بنابراین، یک خصوصیت فردی برای زن و شوهر محسوب می‌شود. طبق تعریف مذکور رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند (۵).

رضایت زناشویی بر میزان سلامت روانی، جسمانی، رضایت از زندگی، موفقیت در شغل و ارتباطات اجتماعی موثر بوده و یکی از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است. یکی از

³Differentiation of Self⁴Multigenerational Transmission Process⁵Bowlby⁶Life Span⁷Mother-Child Relationship⁸Secure Base⁹Attachment Style¹⁰Fugle¹Microculture²Winch

محسوب می‌شود. دلبستگی، نگهدارنده‌ی نزدیکی متقابل بین دو فرد در تمام مراحل زندگی است (به نقل از ۸).

اینشورث^۱ نظریه‌ی بالبی را گسترش داده و سبک‌های دلبستگی را به سه دسته‌ی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا تقسیم کرده است. کودکان ایمن از والدین به عنوان پایگاه امنی برای اکتشاف محیط استفاده می‌کنند (به نقل از ۹). کودکان ایمن در اکثر موقعیت‌ها احساس راحتی و امنیت می‌کنند و تجسمی مثبت، حمایت‌گر و پاسخ‌دهنده از مادر خود دارند (۱۰). کودکان دوسوگرا در موقعیت ناآشنا مشکل‌تر می‌توانند به احساس آرامش و آسایش دست یابند. آن‌ها بین کشش به سوی مادر و اجتناب از مادر در نوسانند، به این ترتیب آن‌ها به مادر نزدیک می‌شوند سپس مادر را پس می‌زنند. این کودکان به راحتی نمی‌توانند به اکتشاف و دستکاری در محیط بپردازند و هم‌چنین آن‌ها به لحاظ خلق در برابر تنیدگی‌ها آسیب پذیرترند (۱۱). کودکان نایمن اجتنابی در برابر افراد ناآشنا منقلب نمی‌شوند و احتیاط اندکی نشان می‌دهند (۸). چنان‌چه مادر آن‌ها را در آغوش بگیرد با حرکات پیچ و تاب و تکان دادن خود سعی در پایین آمدن می‌نمایند و هم‌چنین این کودکان در عواطف خود نسبت به مادر بی‌تفاوتند و به نظر می‌رسد اهمیت روابط دلبستگی با مادر را انکار می‌کنند (۱۲).

طرفداران این نظریه معتقدند به احتمال زیاد سبک دلبستگی کودک بر اساس الگوهای فعال درونی از خود و چهره‌ی دلبستگی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در روابط بزرگسالی فرد منعکس می‌شود (۸، ۱۳). الگوهای فعال درونی از چهره‌ی دلبستگی یعنی باورها، انتظارات و احساس‌های فرد در مورد حساسیت و پاسخ‌دهندگی چهره‌ی دلبستگی و شامل ارزش شایستگی‌ای می‌شود که فرد برای خود در دریافت توجه و محبت از دیگران قایل می‌شود (۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند کیفیت روابط مادر-کودک در دوران کودکی در تحول الگوهای فعال درونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و روابط نزدیک و صمیمانه در بزرگسالی نیز تحت تاثیر همین الگوهای فعال درونی قرار می‌گیرند (۶). مطالعات عیدی و خانجانی؛ بشارت؛ رجایی، نیری و صداقتی؛ و حمیدی، همگی

بیانگر این نکته‌اند که آزمودنی‌های دارای سبک دلبستگی ایمن از مشکلات زناشویی، مشکلات بین شخصی کمتر و سطح شادکامی بیشتری نسبت به آزمودنی‌های دارای سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا برخوردارند (۶، ۱۵-۱۷). عامل دیگری که روابط آینده‌ی فرد را در خانواده مشخص می‌کند، تمایز یافتگی می‌باشد. تمایز یافتگی به عنوان سنگ بنای نظریه‌ی بوئن^۲ در درون خانواده جای دارد و در پی وحدت و با هم بودن و یا بر عکس، فردیت است. به نظر بوئن، درجه‌ی ظهور تمایز یافتگی در هر فرد بیانگر میزان توانایی فرد برای جداسازی فرآیند شناختی از فرآیند احساسی (هیجانی) است که فرد تجربه می‌کند. یعنی، درجه‌ی توانایی فرد برای اجتناب از تبعیت خودکار رفتار از احساسات، بیانگر میزان تمایز یافتگی است (به نقل از ۱).

بوئن معتقد است در جامعه‌ی انسانی نوعی نیروی زندگی^۳ که از ریشه‌های غریزی برخوردار است، کودک رو به رشد را به شخصی برخوردار از عواطف مجزا تبدیل می‌کند که می‌تواند به تفکر، احساس یا عمل بپردازد. در واقع، این نیرو، نیرویی است که افراد را به سمت تمایز یافتگی سوق می‌دهد. هم‌زمان نیروی دیگری که آن هم ریشه‌ی غریزی دارد، کودک و خانواده را به حفظ پیوندهای هیجانی یا با هم بودن^۴ سوق می‌دهد. در نتیجه‌ی این نیروهای تعادلی، هیچ کس به جدایی هیجانی کامل از خانواده دست نخواهد یافت لیکن از لحاظ مقدار تمایزی که هر فرد به دست می‌آورد، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. هم‌چنین از لحاظ استقلال هیجانی که فرزندان متعلق به یک خانواده به آن می‌رسند نیز اختلاف‌هایی وجود دارد (به نقل از ۱).

تمایز یافتگی را در دو سطح می‌توان بررسی کرد. فرآیندی که در درون فرد رخ می‌دهد و فرآیندی که در روابط بین افراد به وقوع می‌پیوندد. در سطح درون‌فردی، تمایز نیافتگی یا هم‌آمیختگی، زمانی رخ می‌دهد که اشخاص احساسات خود را از تفکرشان تفکیک نمی‌کنند و به جای آن در احساسات غرق می‌شوند. در سطح بین فردی، شخص تمایز نیافته تمایل دارد

²Bowen

³Life Force

⁴Togetherness

¹Ainsworth

قربانی ازدواج کنند. در مقابل، در نظام‌های زناشویی تمایز یافته، همسران به یکدیگر اجازه می‌دهند که نقشی نرمش‌پذیرتر و رابطه‌ای صمیمانه‌تر داشته باشند و تفاوت عقاید یکدیگر را تحمل و واکنش هیجانی کمتری را تحمل کنند. به سخن دیگر، برای این که مشکلات کمتری داشته باشند در پاسخ به عواطف دیگران آرامش خود را حفظ نمایند (۱۸، ۲۰). افراد با تمایز یافتگی پایین در تعارض‌های زناشویی در ارتباط با زوج، اضطراب را جذب می‌کنند و واکنش‌های هیجانی یا جدایی هیجانی نشان می‌دهند. در پژوهش اسکورون^۶، تمایز یافتگی با کیفیت زندگی زناشویی رابطه داشته و از بین مولفه‌های تمایز یافتگی، جدایی هیجانی و واکنش هیجانی، پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلاف زناشویی بوده‌اند (۲۱). نجف‌لویی (۲۲)، علیکی و نظری (۲۳)، اسکورون و فرید لندر^۷ (۲۴)، وارینگ و پاتون^۸ (۲۵) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. با توجه به اهمیت رضایت زناشویی در کارکرد خانواده به عنوان نظامی که به طور مستقیم در کارکرد اعضای خانواده منعکس می‌شود، پی بردن به عوامل موثر در پیش‌بینی و بالا بردن رضایت زناشویی، حایز اهمیت می‌باشد. مبتنی بر استدلال‌های ذکر شده و پیشینه‌ی پژوهشی، دو متغیر سبک دلبستگی و تمایز یافتگی در تعیین رضایت زناشویی نقش دارند. بنابراین پژوهش حاضر با این هدف که کدام یک از ابعاد سبک دلبستگی و تمایز یافتگی رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کنند، انجام گرفت. هدف دیگر پژوهش، بررسی رابطه‌ی سبک دلبستگی با تمایز یافتگی است.

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش، کارمندان متاهل دانشگاه تبریز و دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند. در ابتدا آمار کارمندان دانشگاه بر اساس تعداد و جنسیت آن‌ها از مسئولان مربوطه تهیه گردید. با روش نمونه‌گیری تصادفی مبتنی بر جنسیت، ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. شرط ورود به پژوهش، زندگی با همسر با حداقل شروع از ۳ سال قبل و زندگی با هم در حال حاضر، بود. پس از انتخاب نمونه‌ی

یا به طور کامل جذب احساسات دیگران شود و با جو هیجانی محیط حرکت کند و یا برعکس، علیه دیگران واکنش نشان دهد (۱۸).

برای تمایز یافتگی چهار مولفه‌ی واکنش‌پذیری هیجانی^۱، جایگاه من^۲، گریز هیجانی^۳ و هم‌آمیختگی با دیگران^۴ مطرح شده است که به شرح زیر می‌باشند:

واکنش‌پذیری هیجانی: حالتی است که در آن، احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه دارد و تصمیم‌گیری‌های فرد فقط بر اساس واکنش‌های هیجانی صورت می‌گیرد.

جایگاه من: به معنای داشتن عقاید و باورهای مشخص در زندگی است. افراد تمایز یافته از هویت شخصی قوی یا جایگاه من نیرومندی برخوردارند و به خاطر کسب رضایت دیگران، رفتار و عقاید خود را تغییر نمی‌دهند.

گریز هیجانی: کودکانی که در فرآیند فرافکنی خانواده قرار می‌گیرند و به طور معمول در زمان بزرگسالی یا حتی قبل از آن، از راهبردهای مختلفی برای فرار از بند پیوندهای هیجانی حل نشده‌ی خانواده استفاده می‌کنند که این راهبردها می‌تواند فاصله گرفتن فیزیکی از خانواده یا ایجاد موانع روانی مانند صحبت نکردن با یکی از اعضای خانواده باشد.

هم‌آمیختگی با دیگران: بوئن، تمایز یافتگی را روی پیوستار فرضی نشان می‌دهد که در یک طرف آن تمایز یافتگی و در طرف دیگر آن هم‌آمیختگی با دیگران قرار دارد. افراد هم-آمیخته به شدت به تایید و حمایت اطرافیان خود نیاز دارند و رفتارهایشان تحت تاثیر سیستم هیجانی محیط و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد (۱۹).

بر اساس این نظریه، تمایز یافتگی، بنیان‌های صمیمیت^۵ و پذیرش دو سویه را در ازدواج بررسی می‌کند. انتظار می‌رود زن و مردی که سطح تمایز یافتگی پایینی داشته باشند، در زمان ازدواج، بلوغ هیجانی کمتر و ظرفیتی محدود برای صمیمیت و یکی شدن داشته باشند. این مسئله نیازمند آن است که زن و مرد برای پایداری ازدواج‌شان، رشد و خودرهبی‌شان را

¹Emotional Reactivity

²I-Position

³Emotional Cut Off

⁴Fusion with Others

⁵Intimacy

⁶Skowron

⁷Skowron and Friedlander

⁸Waring and Patton

پژوهش، پیش از اجرای پرسش‌نامه‌ها، اطلاعاتی درباره‌ی موضوع پژوهش تا آن جا که در نتایج پژوهش تاثیرگذار نباشد، به شرکت‌کننده‌ها داده شد و پس از اطمینان از حضور داوطلبانه و پس از توجیهات لازم، کارمندان سه فرم مذکور را تکمیل کردند و محرمانه در جعبه‌ی حاوی پرسش‌نامه‌های تکمیل شده قرار دادند؛ به این ترتیب بیشترین تلاش برای کاهش سوگیری به عمل آمد. چون پرسشنامه یا همان فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات، مربوط به اطلاعات زناشویی شرکت‌کنندگان بود از همین رو تصمیم بر این شد که شرکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به کمک مجریان طرح (که تنها زمانی که شرکت‌کنندگان سوالی داشتند مداخله می‌کردند) در داخل جعبه‌ای به منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تعبیه شد بود قرار می‌گرفت. پس از توافق با شرکت‌کنندگان در زمان استراحت کاری، پرسش‌نامه‌ها توسط مجریان پژوهش برای آن‌ها خوانده می‌شد و تکمیل می‌گردید. در روند اجرای پژوهش برخی شرکت‌کنندگان از ادامه‌ی شرکت در طرح انصراف داده و پرسش‌نامه‌ها به صورت ناقص تکمیل شدند و یا به عللی هم‌چون مرخصی و غیره از نمونه‌ی پژوهش خارج شدند. در نتیجه در تحلیل نهایی، نمونه‌ی پژوهش به ۱۸۴ نفر کاهش یافت. دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها از ۲۳ تا ۵۴ سال بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ^۱ در این پژوهش، ابزاری که اطلاعات رضایت زناشویی به وسیله‌ی آن به دست آمده است، پرسش‌نامه‌ی استاندارد انریچ بود. هدف پرسش‌نامه، تعیین حیطه‌های کاری و نقاط قوت روابط زناشویی بوده است. پرسش‌نامه‌ی انریچ به شکل ۱۱۵ سوالی و نیز ۱۲۵ سوالی وجود دارد که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پروری رابطه‌ی زناشویی به کار می‌رود. هم‌چنین از این پرسش‌نامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه‌ی خود دارند. در ایران، فرم کوتاه آزمون با ۴۷ پرسش مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در مطالعه‌ی فعلی از نسخه‌ی ۴۷ سوالی آن استفاده شد. محققان با دسته‌بندی پرسش‌های مرتبط، ۴۷

پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی اسکوورون: این پرسش‌نامه که برای سنجش میزان تمایز یافتگی زوج‌ها به کار می‌رود ۴۵ پرسش دارد و پاسخ‌دهی به پرسش‌ها با مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت (از ۱ برای به هیچ وجه درباره‌ی من درست نیست تا ۶ برای کاملاً درباره‌ی من درست است) انجام می‌شود. نمره‌ی بالا به معنای تمایز یافتگی و نمره‌ی پایین به معنای تمایز نیافتگی است. این پرسش‌نامه چهار خرده‌آزمون واکنش هیجانی، جدایی هیجانی، آمیختگی با دیگران و موقعیت من را در بر می‌گیرد. اسکوورون و فریدلندر، همبستگی درونی پرسش‌ها را با آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه و خرده‌آزمون‌های آن به ترتیب کل پرسش‌نامه ۰/۸۸، واکنش هیجانی ۰/۸۳، جدایی هیجانی ۰/۸۰، آمیختگی با دیگران ۰/۸۲ و موقعیت من ۰/۸۰ گزارش کردند (۲۸). پایایی پرسش‌نامه و خرده‌آزمون‌های آن در نمونه‌ی ایرانی در پژوهش نجف‌لویی به ترتیب برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲، واکنش هیجانی ۰/۸۱، جدایی هیجانی ۰/۷۶، آمیختگی

^۱Enrich

در سبک دل‌بستگی ایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی منفی معنی‌دار ($r = -0/61$ تا $r = 0/83$) و با زیرمقیاس‌های عزت نفس همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = -0/39$ تا $r = 0/41$) وجود دارد. بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در سبک‌های دل‌بستگی ناایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخصی، همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = 0/26$ تا $r = 0/45$) و با زیرمقیاس‌های عزت نفس همبستگی منفی و اما غیر معنی‌دار به دست آمد. این نتایج، نشان‌دهنده‌ی روایی کافی مقیاس دل‌بستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا، روایی‌سازی^۱ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (۲۷).

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی همبستگی و پیش‌بین می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS نسخه‌ی ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر آماره‌های توصیفی، آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

نتایج

در پژوهش بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۶/۷ سال (انحراف معیار ۶/۲۲ سال) بود. از ۱۸۴ شرکت‌کننده، ۱۰۴ نفر زن با میانگین سنی ۳۴/۶ و انحراف معیار ۷/۳۳ سال و ۸۰ نفر مرد با میانگین سنی ۳۷/۴ و انحراف معیار ۸/۶۱ سال بودند. از لحاظ تحصیلات، ۳۰ نفر دیپلم، ۱۶ نفر مدرک کاردانی، ۱۱۶ نفر کارشناسی و ۲۲ نفر کارشناسی ارشد و دکترا داشتند.

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها را برحسب رضایت زناشویی، تمایز یافتگی و سبک‌های دل‌بستگی نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمره‌ی آزمودنی‌ها در رضایت زناشویی (۱۳۵/۸) و میانگین در سبک دل‌بستگی ایمن (۱۶/۴) رابطه‌ی مستقیم با هم دارند و سبک‌های دل‌بستگی دوسوگرا (۱۲/۲) و اجتنابی (۱۳/۳) رابطه‌ی معکوس با رضایت زناشویی دارد. هم‌چنین، تمایز یافتگی با میانگین (۱۶۴/۵) و از

با دیگران ۰/۷۹ و موقعیت من ۰/۶۴ گزارش شده است (۲۲). مقیاس دل‌بستگی بزرگسال: مقیاس دل‌بستگی بزرگسال که با استفاده از مواد آزمون دل‌بستگی هازن و شیور ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است، یک آزمون ۱۵ سئوالی است و سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره‌ی آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه‌ی دانشجویی به تعداد ۱۴۸۰ نفر (شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۶) محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی^۱ خوب مقیاس دل‌بستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته برای سنجش پایایی باز آزمایی^۲ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۳) محاسبه شد که نشانه‌ی پایایی باز آزمایی رضایت بخش مقیاس می‌باشد.

روایی محتوایی^۳ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان^۴ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مشکلات بین شخصی و عزت نفس کوپر اسمیت^۵ در مورد یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها

¹Internal Consistency

²Test-Retest Reliability

³Content Validity

⁴Concurrent Validity

⁵Cooper Smith

⁶Construct Validity

خرده‌مقیاس‌های تمایز یافتگی، موقعیت من (۴۳/۹) با رضایت زناشویی، رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری دارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی، تمایز یافتگی و سبک‌های دلبستگی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	۱۳۵/۸	۱۷/۶۳
تمایز یافتگی	۱۶۴/۵	۲۰/۳
موقعیت من	۴۳/۸۸	۶/۱۲
واکنش هیجانی	۴۰/۸۹	۷/۶
جدایی هیجانی	۳۶/۱۲	۶/۹۴
آمیختگی من	۴۵/۴۶	۸/۶۴
سبک ایمن	۱۶/۳۷	۲/۷
دلبستگی اجتنابی	۱۳/۲۸	۳/۵۶
دوسوگرا	۱۲/۲۲	۳/۳۱

برای بررسی رابطه‌ی تمایز یافتگی و مولفه‌های آن (موقعیت من، جدایی هیجانی، واکنش هیجانی و آمیختگی با دیگران) با رضایت زناشویی و رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با رضایت زناشویی و هم‌چنین رابطه‌ی تمایز یافتگی و مولفه‌های آن و سبک‌های دلبستگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۲

ارایه شده است. ضریب همبستگی بین تمایز یافتگی و رضایت زناشویی ($r=0/37$) با توجه به سطح معنی‌داری $0/01$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر بین دو متغیر تمایز یافتگی و رضایت زناشویی رابطه‌ی مستقیم و مثبت وجود دارد. ضریب همبستگی بین مولفه‌های تمایز یافتگی، موقعیت من، واکنش هیجانی، آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی به ترتیب $0/66$ ، $0/01$ ، $0/03$ و $0/07$ می‌باشد که موقعیت من در سطح $0/01$ معنی‌دار است. به این معنی که با افزایش موقعیت من، رضایت از رابطه‌ی زناشویی نیز افزایش می‌یابد و هم‌چنین جدایی هیجانی در سطح معنی‌داری $0/05$ معنی‌دار است. به این معنی که با افزایش جدایی هیجانی، رضایت زناشویی نیز افزایش می‌یابد و هم‌چنین جدایی هیجانی با دیگران و دوسوگرا با رضایت زناشویی به ترتیب $0/63$ ، $0/47$ و $0/52$ می‌باشد. بنابراین سبک دلبستگی ایمن در سطح $0/01$ معنی‌دار است. به این معنی که با افزایش سبک دلبستگی ایمن، رضایت زناشویی، افزایش می‌یابد. علاوه بر این، دو سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در سطح $0/01$ به طور معکوس با رضایت زناشویی رابطه دارد. به عبارت دیگر، با افزایش سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا رضایت زناشویی کاهش می‌یابد.

جدول ۲- ماتریس همبستگی رضایت زناشویی، تمایز یافتگی و مولفه‌های آن و سبک‌های دلبستگی

متغیر	رضایت زناشویی	تمایز یافتگی	موقعیت من	واکنش هیجانی	آمیختگی با دیگران	جدایی هیجانی	ایمن	اجتنابی	دوسوگرا
رضایت زناشویی	۱								
تمایز یافتگی	**۰/۳۷	۱							
موقعیت من	**۰/۶۶	**۰/۳۴	۱						
واکنش هیجانی	-۰/۰۱	**۰/۷۲	-۰/۰۸۵	۱					
آمیختگی با دیگران	-۰/۰۳	**۰/۶۸	**۰/۲۹	**۰/۵۶	۱				
جدایی هیجانی	*-۰/۰۷	**۰/۶۴	**۰/۱۹	**۰/۳۸	**۰/۵۲	۱			
ایمن	**۰/۶۳	**۰/۳	**۰/۸۷	-۰/۰۲۳	**۰/۲۳	**۰/۲۳	۱		
اجتنابی	**۰/۴۷	-۰/۰۸	**۰/۶۹	**۰/۲۸	**۰/۲۷	**۰/۲۶	**۰/۶۴	۱	
دوسوگرا	**۰/۵۲	**۰/۲۲	**۰/۶۲	۰/۱۳	*-۰/۱۸	۰/۱۹	**۰/۶۳	**۰/۵۴	۱

با توجه به جدول ۳، ضریب همبستگی بین سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا و تمایز یافتگی به ترتیب $0/08$ ، $0/03$ و $0/22$ است که سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا در

سطح $0/01$ معنی‌دار هستند و به طور اختصاصی‌تر، ضریب همبستگی سبک دلبستگی ایمن با مولفه‌های تمایز یافتگی، موقعیت من، واکنش هیجانی، آمیختگی با دیگران و جدایی

هیجانی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۲۳، -۰/۲۳، ۰/۲۳ است که سبک دلبستگی ایمن با موقعیت من، آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. ضریب همبستگی سبک دلبستگی اجتنابی با مولفه‌های تمایز یافتگی، موقعیت من، واکنش هیجانی، آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی به ترتیب ۰/۶۹، -۰/۲۸، ۰/۲۷ و ۰/۲۶ است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. ضریب همبستگی سبک دلبستگی دوسوگرا با مولفه‌های تمایز یافتگی، موقعیت من، واکنش هیجانی، آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی به ترتیب ۰/۶۲، -۰/۱۳، ۰/۱۸، -۰/۱۹ است که سبک دلبستگی دوسوگرا با موقعیت من و آمیختگی با دیگران در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. برای پاسخ به این سؤال که کدام یک از مولفه‌های تمایز یافتگی و سبک‌های دلبستگی، توان پیش‌بینی تغییرات واریانس رضایت زناشویی را دارند، از روش

آماري تحليل رگرسيون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیرهای موقعیت من و سبک دلبستگی دوسوگرا، توان پیش‌بینی متغیر ملاک (رضایت زناشویی) را دارند اما سایر متغیرها به دلیل این که توان پیش‌بینی کافی نداشتند از معادله‌ی رگرسیون خارج شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین رضایت زناشویی با متغیرهای پیش‌بین در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس یافته‌های به دست آمده میزان F مشاهده شده برای متغیر موقعیت من، معنی‌دار است ($P < 0/001$) و این متغیر به تنهایی ۰/۴۳ از تغییرات واریانس مربوط به رضایت زناشویی را تبیین می‌کند ($r^2 = 0/43$). دو متغیر موقعیت من و سبک دلبستگی دوسوگرا ۰/۴۵ از تغییرات واریانس رضایت زناشویی را تبیین می‌کنند ($r^2 = 0/45$).

جدول ۳- خلاصه‌ی مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون رضایت زناشویی کارمندان بر متغیرهای

پیش‌بین تمایز یافتگی و مولفه‌های آن و سبک‌های دلبستگی

گام	مدل شاخص	مجموعه مجدورات	میانگین مجموع مجدورات	F	سطح معنی‌داری	درجه‌ی آزادی	R	R2	SE
۱	رگرسیون	۲۴۳۷۷/۵۹	۲۴۳۷۷/۵۹۳	۱۳۷/۷۴	۰/۰۰۱	۱	۰/۶۶	۰/۴۳	۱۳/۳
	باقی‌مانده	۳۲۲۱۰/۱۵	۱۷۶/۹۷۹			۱۸۲			
۲	رگرسیون	۲۵۵۳۱/۲۴	۱۲۷۶۵/۶۲	۷۴/۴	۰/۰۰۱	۲	۰/۶۷	۰/۴۵	۱۳/۰۱
	باقی‌مانده	۳۱۰۵۶/۵	۱۷۱/۵۸۳			۱۸۱			

گام ۱- متغیر پیش‌بین: موقعیت من

گام ۲- متغیرهای پیش‌بین: موقعیت من و سبک دلبستگی دوسوگرا

جدایی هیجانی و آمیختگی با دیگران) با رضایت زناشویی رابطه دارند. از این متغیرها، موقعیت من و دلبستگی نایمن دوسوگرا بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رضایت زناشویی هستند. این یافته‌ها بیان‌گر نقش و اهمیت روابط اولیه‌ی بزرگسالان در پی‌ریزی و نحوه‌ی ارتباط در بزرگسالی می‌باشد. به عبارت دیگر، سبک دلبستگی و میزان تمایز یافتگی بزرگسالی فرد در کودکی شکل گرفته و ارتباط‌های بعدی فرد را پیش‌بینی می‌کند (۸، ۱۳، ۲۰).

بر اساس یافته‌های پژوهش، رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی نایمن دوسوگرا و موقعیت من بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رضایت زناشویی می‌باشند. مشکلات کمتری رو به رو هستند، مطابقت دارد. زیرا این افراد توانایی بیشتری برای بیان ابراز هیجانات

با توجه به جدول ۴، ضرایب تاثیر موقعیت من ($B = 0/99$)، سبک دلبستگی دوسوگرا ($B = -1/13$)، و آماره‌های تی نشان می‌دهند که این متغیرها می‌توانند با اطمینان ۰/۹۹ تغییرات مربوط به رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند. یعنی با افزایش نمره‌ی موقعیت من، رضایت زناشویی افزایش می‌یابد و با کاهش نمره‌ی سبک دلبستگی دوسوگرا، رضایت زناشویی افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و تمایز یافتگی با رضایت زناشویی است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مولفه‌های سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) و تمایز یافتگی (موقعیت من، واکنش هیجانی،

خود به شیوه‌ی مثبت و کنترل شده و همچنین توانایی رشد مستقل در روابط صمیمانه را دارا هستند. در سطح مولفه‌های تمایز یافتگی، تحلیل رگرسیون چند متغیره‌ی گام به گام برای پیش‌بینی رضایت زناشویی نشان داد که موقعیت من دارای بیشترین همبستگی است و ۴۳ درصد تغییر واریانس رضایت زناشویی را تبیین می‌کند که این یافته با پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است. چنان که اسکورون دریافت که رضایت زناشویی با پایین بودن مولفه‌های تمایز نیافتگی رابطه دارد (۲۱).

جدول ۴- ضرایب تاثیر، بتا و تی، رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش‌بین تمایز یافتگی و مولفه‌های آن و سبک‌های دلبستگی

متغیر شاخص	B	SEB	Beta	t	سطح معنی داری
موقعیت من	۰/۹۹	۰/۰۸	۰/۶۶	۱۱/۷۳	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی دوسوگرا	-۱/۱۳	۰/۴۳	-۰/۱۸	-۲/۶۴	۰/۰۱

جدول ماتریس، همبستگی مولفه‌های واکنش هیجانی (۰/۰۱-)، آمیختگی با دیگران (۰/۰۳-) و جدایی هیجانی (۰/۰۷-) پایین و موقعیت من (۰/۶۶) بالا را نشان می‌دهد. افرادی که موقعیت من بالایی دارند دارای عقاید و باورهای مشخصی در زندگی هستند و از هویت شخصی قوی و نیرومندی برخوردارند و در نتیجه، اضطراب مزمن کمتری تجربه می‌کنند و تحت شرایط تنش‌زا دچار آشفتگی کمتری شده و رفتارهای ناسالم (هم‌چون مصرف الکل و مواد مخدر و...) نشان نمی‌دهند (۱۸) که این ویژگی‌های افراد تمایز یافته موجب استحکام روابط زوج‌ها و افزایش رضایت زناشویی می‌شود. یافته‌های این پژوهش، هم‌چنین با یافته‌های اسکورون و فرید لندر، و وارینگ و پاتون همسو است. اسکورون و فرید لندر با بررسی یک نمونه‌ی ۶۰۹ نفری دریافتند که نمره‌ی بالا در موقعیت من، اضطراب مزمن کمتر، سازگاری روان‌شناختی بهتر و رضایت زناشویی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (۲۴، ۲۵).

با توجه به تحلیل رگرسیون گام به گام، متغیر سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا دومین متغیر پیش‌بینی‌کننده‌ی رضایت زناشویی است. سبک نایمن دوسوگرا ۲ درصد تغییر واریانس رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. افراد با سبک دلبستگی

نایمن دوسوگرا معمولاً در روابط خود ترس از طرد شدن دارند (۱۴). هم‌چنین غالباً تمایلی به نزدیک شدن به دیگران ندارند و نگرانند طرف مقابل‌شان متقابلاً به احساسات آن‌ها پاسخ ندهد که منجر به سردی و دوری رابطه می‌گردد. به عبارت دیگر، ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی فرد دوسوگرا بر روابط زناشویی تاثیر منفی می‌گذارد. از این نظر که فرد دوسوگرا به دلیل احساس اضطراب و طردشدگی دایمی و هم‌چنین چسبندگی و دلبستگی شدید و احساس خطر دایمی بی‌وفایی از همسر، بیش از حد برای همسر خود از لحاظ روان‌شناختی مشکل ایجاد کرده و تا حدی با کنترل و چسبندگی دایمی به او، آزادی‌ها و خودمختاری طرف مقابل را سلب می‌کند. تحمل این نوع رفتار و ویژگی‌های همسر دوسوگرا برای طرف مقابل، مشکل ایجاد کرده و در درازمدت موجب سردی رابطه و نارضایتی زناشویی می‌گردد. قابل پیش‌بینی است که چنین ویژگی‌هایی، رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار داده و موجب عدم رضایت زناشویی می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله سیمپسون^۱، فنی و نولر^۲، عیدی و خانجانی همسو است. عیدی و خانجانی در پژوهشی روی ۳۶۵ نفر از دبیران متاهل زن سازمان آموزش و پرورش شهرستان تبریز به همراه همسران‌شان، دریافتند که افراد با سبک دلبستگی ایمن رضایت زناشویی بیشتری نسبت به سبک‌های نایمن دارند (۶، ۲۸).

با توجه به جدول ماتریس همبستگی، سبک دلبستگی ایمن با رضایت زناشویی ارتباط مثبت و سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا ارتباط منفی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات فنی؛ بشارت؛ رجایی، نیری و صداقتی؛ اینزورث و ایچبرگ؛ فنی و نولر؛ میوری، هلمز، و گرینفیلد، به نقل از سادوک، سادوک؛ کوب^۳، داویلا، و برادبوری؛ کاجادورین، فینچام^۴؛ و داویلا؛ و بانس^۵ همخوانی دارد (۱۲، ۱۵، ۲۹، ۳۴). رجایی، نیری و صداقتی در یک نمونه‌ی ۱۵۹ نفری دبیران متاهل به این نتیجه رسیدند که بین رضایت‌مندی زناشویی و

¹Simpson

²Feeny and Noller

³Cobb

⁴Kachadourian and Fincham

⁵Banse

دریافت که افراد تمایز یافته، عملکرد شناختی بهتری دارند (۳۹). سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی با موقعیت من (-۰/۶۹) رابطه‌ی معکوس دارد و با واکنش هیجانی (۰/۲۸)، آمیختگی با دیگران (۰/۲۷) و جدایی هیجانی (۰/۲۶) رابطه‌ی مثبت دارد. این یافته همسو با نتایج اسکورون و دندی می‌باشد. آن‌ها در یک نمونه‌ی ۲۵۵ نفری به این نتیجه رسیدند که رابطه‌ی معنی‌داری بین ابعاد دلبستگی و تمایز خود وجود دارد و رابطه‌ی زیادی بین دلبستگی اجتنابی و جدایی هیجانی ($r = -0.75$) و دلبستگی دوسوگرا با واکنش هیجانی ($r = -0.60$) مشاهده کردند (۱۹).

با توجه به این که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی، در به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات با دیگران ناتوان هستند، در واقع می‌توان گفت روابط فرد اجتنابی با دیگران دارای ثبات نمی‌باشد که در مقابل آن فرد دارای ویژگی موقعیت من بالا، عقاید و باورهای مشخصی در زندگی دارد که این عقاید باثبات هستند و در روابط بین فردی تجلی پیدا نموده، منجر به روابط پایدار می‌گردد. سبک ناایمن اجتنابی با نامتایز یافتگی (واکنش هیجانی، آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی) رابطه‌ی مثبت دارد. در تحلیل این رابطه می‌توان گفت افراد نامتایز یافته و اجتنابی هر دو از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار سود می‌برند. یعنی احساسات فرد بر منطق و عقل او غلبه دارد و تصمیم‌گیری‌ها بر اساس واکنش هیجانی صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، سبک دلبستگی اجتنابی از مواجهه با مشکلات و مسایل هیجانی حل نشده و روابط صمیمانه با دیگران، گریزان است. چنین ویژگی‌هایی در افراد با جدایی هیجانی بالا نیز دیده می‌شود. در مورد رابطه‌ی مثبت سبک دلبستگی اجتنابی با آمیختگی با دیگران می‌توان با در نظر گرفتن متغیرهای فرهنگی، این گونه تبیین کرد که فرهنگ جمع‌گرایی ایرانیان باعث می‌شود تا افراد هویت خود را در جمع جستجو کنند و با منسوب شدن به آن، خود را شناخته و به دیگران بشناسانند.

از دیگر یافته‌های رابطه‌ی میان مولفه‌های تمایز یافتگی و سبک دلبستگی، رابطه‌ی معکوس سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا با موقعیت من (-۰/۶۲) است که این یافته با پژوهش‌های

سبک دلبستگی ایمن یک همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = 0.53$) اما با سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا همبستگی منفی (به ترتیب $r = -0.28$ و $r = -0.38$) وجود دارد (۱۶).

یافته‌های فنی و نولر نشان داد که افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی پایین‌ترین حد رضایت زناشویی را نسبت به افراد دیگر نشان می‌دهند (۳۰). بانس در یک بررسی شامل ۳۳۳ زوج، به این نتیجه رسید که دلبستگی ناایمن همبستگی منفی بالایی با رضایت زناشویی دارد (۳۴).

افراد با سبک دلبستگی ایمن دارای ویژگی‌هایی از قبیل اعتماد به خود و دیگران، درک مثبت و حمایت اجتماعی، رفتار اکتشافی و انفعال‌پذیری، تمایل به بخشش و مهار هیجان‌های منفی می‌باشند که این ویژگی‌ها موجب استحکام روابط زوجین شده و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. فرد با سبک دلبستگی اجتنابی به شدت از ایجاد روابط نزدیک و صمیمانه، گریزان است و به محض این که احساس می‌کند ارتباط در حال نزدیکی است، ناهوشیارانه از آن اجتناب می‌کنند که این موجب کاهش روابط بین زوجین شده و رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد.

تمایز یافتگی با سبک‌های دلبستگی نیز رابطه دارد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های گروتوانت و کوپر^۱؛ رایس، فیتز جرالده، والی و گیسیس^۲ می‌باشد (۳۵، ۳۶).

نتایج نشان می‌دهد که سبک دلبستگی ایمن با تمایز یافتگی رابطه‌ی مثبت دارد، همچنین سبک دلبستگی ایمن با مؤلفه‌های موقعیت من رابطه‌ی مثبت و با آمیختگی با دیگران و جدایی هیجانی رابطه‌ی معکوس دارد. این نتایج همسو با نتایج اسکورون و دندی^۳، فوندلینگ^۴ می‌باشد (۱۹، ۳۷). فرد با سبک دلبستگی ایمن اضطراب کمتری را تجربه می‌کند و نتایج پژوهش اسکورون، وستر و آزن^۵ روی نمونه‌ی ۱۲۶ نفری نشان می‌دهد که بین تمایز یافتگی و اضطراب مزمن، رابطه‌ی معکوس وجود دارد (۳۸) و همچنین پلچ پوپکو^۶

¹Grotevant and Cooper

²Rice, Fitzgerald, Whaley and Gibbs

³Dendy

⁴Fuendling

⁵Wester and Azen

⁶Peleg-Popko

تعارضات زوجهایی صورت دهند که از قبل با هم ازدواج کرده‌اند و اکنون در میانه‌ی راه زندگی زناشویی خود بوده و ممکن است در زندگی خود با تعارضاتی رو به رو باشند که از حل آن‌ها عاجز مانده‌اند یا خانواده‌هایی که برای دریافت کمک به آن‌ها مراجعه کرده‌اند، به انجام برسانند. این یافته‌ها به ویژه برای درمانگرانی که بر نقش فرآیندهای انتقال بین نسلی تاکید دارند، مفید خواهد بود. درمان چند نسلی بوئن از جمله شیوه‌های درمانی است که بر نقش فرآیندهای بین نسلی در ازدواج تاکید دارند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه و نمونه‌ی دانشگاهی پژوهش اشاره کرد که بالطبع نتایج پژوهش را نمی‌توان به جامعه‌ی غیر دانشگاهی بدون در نظر گرفتن این نکته تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی با متغیرهای مشابه در جامعه‌ای که خواستار طلاق هستند اجرا گردد. محدودیت دیگر، بی‌اعتمادی آزمودنی‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی بود که مایل نبودند به پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی پاسخ دهند. پیشنهاد می‌شود ارتباط پیگیر روسای دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی با این کارمندان و ارایه‌ی نتایج پژوهش به آنان سبب برانگیختن همکاری بیشتر در انجام چنین پژوهش‌هایی شود.

اسکوورون و دندی، لوپز، میشل و گورملی^۱ همسو می‌باشد (۱۹۴۰). سبک ناایمن دوسوگرا با هم آمیختگی با دیگران (۰/۱۸-) رابطه‌ی معکوس دارد که با توجه به فرهنگ جمع‌گرای ایرانیان می‌توان آن را تبیین کرد.

لوپز، میشل و گورملی در پژوهشی دریافتند که تمایز خود و خودپنهان‌سازی به طور موثری بین روابط دلبستگی دوسوگرا و پریشانی و اضطراب میانجی‌گری می‌کند (۴۰).

رابطه‌ی فرد در زندگی با خانواده‌ی پدری، بسیار بااهمیت است. تمایز یافتگی یعنی فرد چقدر در خانواده‌ی اصلی خود، استقلال عاطفی پیدا کرده و وابستگی‌اش کمتر شده است. یعنی بیشتر به خانواده‌های‌شان وابسته‌اند اما اگر این تفاوت در وابستگی و تمایز زن و مرد خیلی زیاد باشد، زندگی تلخ می‌شود.

در مجموع، نتایج یافته‌های پژوهش نشان از اهمیت تجارب تحولی اولیه‌ی افراد در خانواده می‌باشد که این تجارب در شکل‌دهی روابط صمیمی بعدی و نحوه‌ی برخورد با مسایل زناشویی نقشی اساسی دارند که این نتایج از نظریه‌ی بوئن حمایت می‌کند.

درمانگران و مشاوران خانواده و ازدواج می‌توانند با تکیه بر یافته‌های چنین پژوهش‌هایی، اقداماتی موثر در جهت حل

¹Lopez, Mitchell and Gormley

References

1. Goldenberg H, Goldenberg I. [Family therapy]. 8th ed. Tehran: Ravan; 2003: 3- 464. (Persian)
2. Atari YA, Abbasi Sarcheshmeh A, Mehrabizadeh Honarmand M. [Examining simple and multiple relationships of religious attitude, optimism and attachment styles with marital satisfaction in male married students at Shahid Chamran]. Journal of education and psychology 2006; 13(1): 93-110. (Persian)
3. Madanes C. Strategic family therapy. San Francisco: Jossey-Bass; 1981: 73-85.
4. Winch R. [Selected studies in marriage and the family]. New York: Holt Rinehart and Winston; 1974: 411-417.
5. Ellis A, Sijel JL, Yeejer RJ, Batia VJ, Gisp R. [Rational-emotive couples therapy]. 1st ed. Tehran: Misagh; 1996: 25-43. (Persian)

6. Eidi R, Khanjani Z. [Investigation the influence of attachment styles on the rate of marital satisfaction between couples]. *Journal of psychology of Tabriz University* 2006; 1(2-3): 175-201. (Persian)
7. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford; 2003: 1- 62.
8. Khanjani Z. [Attachment pathology and development]. 1st ed. Tabriz: Forouzes; 2005: 16-122. (Persian)
9. Cassidy J, Marvin RS. [Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual]. 4th ed. Virginia: University of Virginia; 1992: 22.
10. Cassidy J. Child-mother attachment and the self in six-year old. *J Child Dev* 1988; 59: 34- 121.
11. Cassidy J, Berlin J. The insecure ambivalent pattern of attachment: theory and research. *J Child Dev* 1994; 65: 971-91.
12. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infant. *J Child Dev* 1993; 64: 1439-50.
13. Feeney JA. Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *J Pers Relat* 1999; 6: 169-83.
14. Robyn AP, Evelyn DS. (editors). Attachment and marital adjustment. *Proceeding of the 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Changing Family, Challenging Futures*; 1998; November 25-27, Melbourne, Australia, 1998.
15. Besharat M. Relationship between attachment styles with marital problems in infertile couples. *J Psychohypnosis* 2001; 19(20): 55-66. (Persian)
16. Rajaei AR, Nayeri M, Sedaghati Sh. [Attachment styles and marital satisfaction]. *Developmental psychology (Journal of Iranian psychologists)* 2007; 3(12): 347-56. (Persian)
17. Hamidi F. A study on the relationship between attachment styles and marital satisfaction in married students of teacher training university. *Journal of family research* 2007; 3(9): 443-53. (Persian)
18. Kerr ME, Bowen M. [Family evaluation: An approach based on Bowen theory]. New York: Norton; 1988: 34 -89.
19. Skowron EA, Dendy AK. Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlated of effortful control. *J Contemp Fam Ther* 2004; 26(3): 337-57.
20. Bowen M. [Family therapy in clinical practice]. New York: Jason Aaronson; 1978: 25-39.
21. Skowron EA. The role of differentiation of self in marital adjustment. *J Couns Psychol* 2000; 47(2): 224-37.
22. Najaflooy F. [The role of self-differentiation in marital relations]. *Journal of new thoughts on education* 2006-2007; 2(3-4): 27-37. (Persian)
23. Aliko A, Nazari AM. [A study correlation between differentiation of self and marital satisfaction of Tarbiat Moallem University employees]. *Journal of counseling research and development* 2008; 7(26): 7-24. (Persian)
24. Skowron EA, Friedlander ML. The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *J Couns Psychol* 1998; 45(3): 235-46.
25. Waring EM, Patton D. Marital intimacy and family function. *Psychiatr J Univ Ott* 1984; 9 (1): 24-9.
26. Bagher Sana Z, Alaghband S, Falahati Sh, Hooman A. [Family and Marriage Scales]. 2ed. Tehran: Besat ; 2009: 19- 27. (Persian)
27. Besharat MA, Ghafouri B, Rostami R. [A comparative study of attachment styles in persons with or without substance use disorders]. *Journal of the faculty of medicine* 2007; 31(3): 265-71. (Persian)
28. Simpson JA. Influence of attachment style on romantic relationships. *J Pers Soc Psychol* 1990; 62: 434-40.
29. Ainsworth MDS, Eichberg CG. Effects on infant-mother attachment of mother's experience related to loss of an attachment figure. In: Parkes CM, Stevenson Hinde J, Marris P. (editors). *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge; 1991: 160-83.
30. Feeny JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationship. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 281-91.
31. Sadock BJ, Sadock VA. [Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry]. 9th ed. Tehran: Arjmand, Nasle Farda; 2008: 28-71. (Persian)

32. Cobb RJ, Davila J, Bradbury TN. Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *J Pers Soc Psychol* 2001; 27: 1131-43.
33. Kachadourian LK, Fincham F, Davila J. Tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *J Pers Relat* 2004; 11: 373-88.
34. Banse R. Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *J Soc Pers Relat* 2004; 21: 273-82.
35. Grotevant HD, Cooper CR. Patterns of interaction in family relationships and the development of identity and role-taking skill in adolescence. *J Child Dev* 1985; 56: 415-28.
36. Rice KG, Fitz Gerald DP, Whaley TJ, Gibbs CL. Cross sectional and longitudinal examination of attachment, separation-individuation, and college student adjustment. *J Couns Dev* 1995; 73: 463-74.
37. Fuendeling JM. Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *J Soc Pers Relat* 1998; 15: 291-322.
38. Skowron EA, Wester S, Azen R. Differentiation of self mediates college stress and adjustment. *J Couns Dev* 2004; 82: 69-78.
39. Peleg-Popko O. Bowen theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Contemp Fam Ther* 2002; 24: 355-69.
40. Lopez FG, Mitchell P, Gormley B. Adult attachment orientations and college student distress: Test of a mediational model. *J Couns Psychol* 2002; 49(4): 460-7.

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی

خلاصه

مقدمه: اختلالات روانی به دلیل فقدان نقایص جسمی به سختی تشخیص داده می‌شوند. این مشکل وقتی تشدید می‌شود که دو اختلال دارای نشانه‌ها و علائم بسیار شبیه به هم باشند. هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد.

روش کار: این پژوهش، پس‌رویدادی از نوع مورد-شاهدی بود که با روش خاطره‌نگاری بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی بستری در بیمارستان‌های فاطمی و ایثار اردبیل در سال ۱۳۸۷ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. ابزار تحقیق شامل پرسش‌نامه‌ی مصاحبه‌ی بالینی، روش خاطره‌نگاری و پرسش‌نامه‌ی علائم مثبت و منفی (PANSS) بود. از روش تحلیل واریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $68/07 \pm 10/36$ سال بود. تفاوتی از نظر میزان تحصیلات، وضعیت ازدواج، شغل و سن وجود نداشت اما تفاوت بین گروه‌ها از نظر تعداد روزهای بستری، معنی‌دار بود ($P < 0/001$). خاطرات بیماران دوقطبی از تنوع بیشتری نسبت به دو گروه دیگر (اسکیزوافکتیو و اسکیزوفرنی) برخوردار بود که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/001$). بیماران اسکیزوفرنی نسبت به دو گروه دیگر از میزان بی‌نظمی نوشتاری بیشتر و از لحاظ میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی از مقدار کمتری برخوردار بودند که هر دو مورد از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$ ، $P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، میانگین تعداد خاطرات و کلمات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی کمتر از بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد و در بیماران اسکیزوافکتیو نیز کمتر از دوقطبی می‌باشد. هم‌چنین از لحاظ نحوه‌ی نگارش، بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی، بی‌نظمی نوشتاری بیشتری داشته و این بی‌نظمی در بیماران اسکیزوافکتیو نیز بیشتر از بیماران دوقطبی بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو

بیبا شهباززادگان

کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه

علوم پزشکی اردبیل

*فرشاد شیخ‌کبری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اردبیل

مهدی صمدزاده

متخصص روان‌پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل

حسین قمری‌گیوی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی

روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

محمد نریمانی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی

روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

*مؤلف مسئول:

ایران، اردبیل، میدان شریعتی، خیابان

آیت الله خامنه‌ای، ساختمان آنیا، طبقه‌ی

دوم، مرکز مشاوره‌ی تخصصی ابن‌سینا

f-sha-2008@yahoo.com

تلفن: ۰۴۵۱۲۲۵۲۵۸۵

تاریخ وصول: ۹۰/۴/۴

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۱

بی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری کارکنان بیمارستان‌های دکتر فاطمی و ایثار اردبیل سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood

Abstract

Introduction: Mental disorders difficultly are detected because not associated with physical defects. When disorders have signs and symptoms are very similar, the problem is much. The main goal of this study was survey of comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood.

Materials and Methods: Research methods of this study were after the events, the type of case-control on 60 patients with schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood of Fatemi and Eisar hospital in Ardabil city in 2008. Participants were chosen with sampling available method. Data were collected using clinical interview questionnaire and symptoms of positive and negative questionnaire (PANSS). For data analysis variance methods was used.

Results: Findings showed that the average age of patients was 68.07 ± 10.36 years. There was no difference between groups from education level, marital status, occupation and age. Difference between groups was significant of the number of days hospitalization ($P < 0.01$). Patients memories of bipolar mood was variation than other groups (schizoaffective, schizophrenia) that there is statistically significant ($P < 0.01$). Schizophrenia patients in comparison with other two groups were higher writing irregularities that there is statistically significant ($P < 0.01$). Schizophrenia patients in comparison with other two groups were lower average number of emotional words that there is statistically significant ($P < 0.01$).

Conclusion: The results showed the average number of memories emotional words in schizophrenia patients less than schizoaffective and bipolar mood patients, and schizoaffective patients less than bipolar mood patients. Also manner of writing, schizophrenia patients were higher writing irregularities compare with schizoaffective and bipolar mood patients and this writing irregularities schizoaffective patients more than bipolar mood patients.

Keywords: Bipolar disorder, Schizoaffective, Schizophrenia

Bitra Shahbazzadegan

M.Sc. in nursing education, Ardabil University of Medical Sciences

**Farshad Sheikh Akbari*

M.Sc. in clinical psychology, Ardabil

Mehdi Samadzadeh

Psychiatrist, Ardabil University of Medical Sciences

Hossein Ghamari Givi

Assistant professor of psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil

Mohammad Narimani

Professor of psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil

*Corresponding Author:

Ibn-e-Sina Counseling Center, 2nd floor, Ania Building, Ayatollah Khamenei St., Ardabil, Iran
f-sha-2008@yahoo.com

Tel: +984512252585

Received: Jun. 25, 2011

Accepted: Jan. 31, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Islamic Azad University of Ardabil. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Shahbazzadegan B, Sheikh Akbari F, Samadzadeh M, Ghamari Givi H, Narimani M. Comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 78-87.

مقدمه

یکی از مسایل مهم در حیطه‌ی آسیب‌شناسی روانی تشخیص درست اختلالات روانی است. از بیماری‌هایی که تشخیص آن‌ها از یکدیگر مشکل و زمان‌بر می‌باشد، بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و بیماری خلقی دوقطبی می‌باشد که تشخیص این سه اختلال از هم به جهت انتخاب نوع درمان، ضروری به نظر می‌رسد. از آن‌جا که نشانه‌های بیماری‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی با هم در بسیاری از جهات مشترک هستند، تشخیص این سه اختلال از هم بسیار مشکل می‌باشد. به عنوان مثال بی‌میلی به دنیا (فقدان احساس لذت) هم ویژگی کلیدی سندرم‌های افسردگی و هم یک علامت منفی اسکیزوفرنی محسوب می‌شود. در واقع از لحاظ نشانه‌شناسی، شباهت‌های مشترک زیادی بین بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و بیماری خلقی دوقطبی وجود دارد و نشانه‌هایی چون داشتن هذیان یا فقدان بینش به تنهایی نمی‌تواند درجه‌ی تشخیص افتراقی را داشته باشد و در این زمینه، آگاهی کمی راجع به رابطه‌ی بین عاطفه و هذیان وجود دارد (۱).

از لحاظ تاریخی، مطالعات انجام گرفته در جهت تشخیص افتراقی بیماری اسکیزوفرنی از بیماری خلقی نشان داده است که باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی بیشتر غیر منطقی، عجیب و غریب و منظم و پایدارتر از بیماری افسردگی سایکوتیک می‌باشد در حالی که هذیان در افراد مبتلا به بیماری افسردگی بیشتر تحت تاثیر هیجان‌ات می‌باشد. به عبارت دیگر هذیان در اسکیزوفرنی، ناهماهنگ با خلق بوده ولی هذیان در بیماری خلقی هماهنگ با خلق می‌باشد (۲).

با توجه به نقش ناحیه‌ی آمیگدال و سیستم لیمبیک در هیجان‌ات و عواطف در تعدادی از مطالعات انجام گرفته، گزارش شده است که آمیگدال در افراد مبتلا به بیماری خلقی دوقطبی نسبت به افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی بزرگ‌تر می‌باشد (۳) و تحقیق دیگر در تحلیل ساختار ناحیه‌ی آمیگدال در افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی توسط MRI نشان داده است که حجم ناحیه‌ی آمیگدال به طور معنی‌داری در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاهش پیدا کرده است. این

مطلب، همسو با نتایج تحقیقات اکسندر^۱ است که کوچک‌تر شدن حجم و اندازه‌ی آمیگدال را که در پردازش هیجانی نقش اساسی را به عهده دارد، در بیماران اسکیزوفرنی مطرح کرده است (۴).

یکی از ویژگی‌های اصلی بدکارکردی که با اختلال اسکیزوفرنی مرتبط می‌باشد مربوط به نحوه‌ی پردازش هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی است و ممکن است ناتوانی ویژه‌ای در نحوه‌ی مکاتبه و برقراری ارتباط از لحاظ هیجانی در بین بیماران وجود داشته باشد و بیماران اسکیزوفرنی مشکلات زیاده‌تری را در زمینه‌ی شناسایی و بیان هیجان‌ها نشان دهند (۵). تحقیقات گذشته اشاره کرده‌اند که هر دو ویژگی تشخیصی و بازشناسی هیجان‌ها و بیان آن‌ها و تظاهرات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی، آسیب دیده است (۶،۷) که این نقص (داشتن حالت آلکسی‌تایمی) به احتمال خیلی زیاد یک ویژگی و صفت باثبات در بیماران اسکیزوفرنی به حساب می‌آید (۴).

سدرو^۲ و همکارانش نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی، نمره‌ی بالاتری در پرسش‌نامه‌ی آلکسی‌تایمی نسبت به گروه شاهد کسب کردند، به طور مثال بیماران اسکیزوفرنی مشکلات زیاده‌تری را در زمینه‌ی شناسایی و بیان هیجان‌ها دارند (۸). اگر چه بدکارکردی هیجانی به عنوان یکی از نشانه‌های اسکیزوفرنی در تحقیقات اولیه بیان شده است از جمله می‌توان به سطحی شدن عاطفه که جزو علائم منفی در اسکیزوفرنی به حساب می‌آید علاوه بر آن در ملاک‌های تشخیصی کورت‌اشنایدر برای اختلال اسکیزوفرنی احساس فقر هیجانی جزو علائم درجه‌ی دو بیان شده است (۹) ولی تا حد زیادی در تحقیقات معاصر، مورد غفلت واقع شده است و در طول دهه‌ی گذشته اکثر محققین و متخصصین بالینی بر این باور بودند که آشفتگی هیجانی، واکنشی برای اختلال موجود است و از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی به عنوان یک بیمار غیرعاطفی در مقابل بیماری دوقطبی یاد می‌کردند ولی در تحقیقات دیگری که در سال‌های اخیر صورت گرفته است این طور بیان می‌شود که آشفتگی یا بدکارکردی هیجانی می‌تواند به عنوان هسته‌ی

^۱Exner^۲Cedro

مرکزی نشانه‌ی اسکیزوفرنی باشد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در فهم و تشکیل بیان هیجانی از جمله در تشخیص کلمات هیجانی موجود در متن نوشتاری و شنیداری، ضعف نشان می‌دهند اما پژوهش‌هایی که بتواند نقصان در بیان هیجانی خود بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را نشان دهد، اندک است. بنابراین مسئله‌ی اصلی که در این پژوهش با آن مواجه هستیم این است که در بیان نوشتاری افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، شکل بروز هیجان و عاطفه چگونه است و در مقایسه با افراد مبتلا به بیماری اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی دوقطبی بیان کلمات هیجانی و حوادث مختلف چه تفاوت‌هایی دارد؟ (۱۱).

با توجه به هم‌پوشی زیاد بین این سه اختلال، فهم بهتر افسردگی در اسکیزوفرنی مهم است زیرا مواجهه‌ی افراد با ناراحتی افزایش یافته که باعث عملکرد ضعیف‌تر شده، میزان عود و مرگ و میر به دلیل هموار شدن خودکشی را افزایش می‌دهد. افسردگی می‌تواند یک قسمت از کل اسکیزوفرنی باشد و افزون بر آن ممکن است توسط درمان نورولپتیکی ایجاد شود. بنابراین در نظر گرفتن ماهیت افسردگی در بیماران اسکیزوفرنی و تشخیص آن مهم است. ارتباط بین افسردگی و تظاهرات اسکیزوفرنی در دوره‌های مختلف بیماری با در نظر گرفتن ابزار سنجش افسردگی، متفاوت گزارش شده است (۱۲). این مطالعه به منظور بررسی مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی اجرا گردید.

روش کار

روش پژوهش فعلی، پس‌رویدادی از نوع مورد-شاهدی و روش خاطره‌نگاری بود. عمده‌ترین ویژگی روش پس‌رویدادی، این است که این پژوهش پس از وقوع علت، آغاز شده و پژوهشگر اقدام به جمع‌آوری اطلاعات می‌کند. پژوهشگر، معلول یا متغیر وابسته را مورد بررسی قرار داده و با مراجعه به گذشته به بررسی علل احتمالی می‌پردازد.

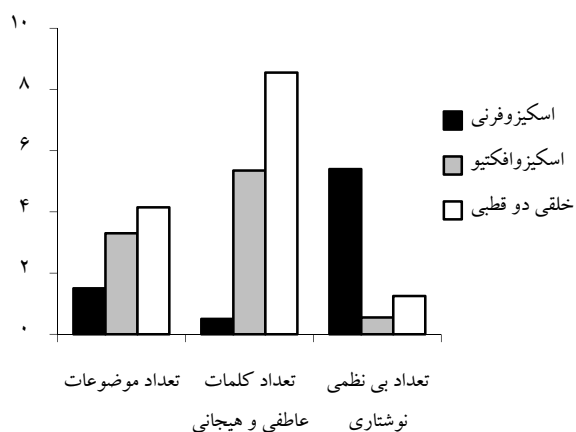
با تهیه‌ی معرفی‌نامه از طرف دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل و دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، جامعه‌ی آماری این پژوهش از بین بیماران بستری در بیمارستان فاطمی بخش اعصاب و روان

مردان و بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل در بهار سال ۱۳۸۷ انتخاب گردیدند و مورد مصاحبه و آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ابتدا در مورد نحوه‌ی استفاده از اطلاعات حاصل از پژوهش توضیحاتی به ایشان ارائه شد و ضمن تاکید بر رازداری اسناد نوشتاری و مشخصات فردی و گرفتن رضایت فردی از شرکت‌کنندگان و یکی از نزدیکان ایشان، پژوهش انجام شد. سپس به انجام مصاحبه‌ی بالینی تشخیصی با توجه به ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اقدام شد و در صورت رسیدن به تشخیص واحد از طرف پژوهشگر و نظر تشخیصی روان‌پزشک مربوطه که بر روی پرونده‌های بیماران درج شده بود، از بین بیماران به صورت قرعه‌کشی به تعداد نصف افراد بستری شده در آن هفته‌ی مورد نظر در آخر هفته انتخاب می‌شدند و به این شکل آخر هر هفته افراد جدید پذیرش شده، تا تکمیل تعداد نمونه‌ی مورد نظر، غربالگری شدند. به دلیل کنترل عامل دارو، متغیر سن و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها از بین بیماران تازه بستری شده که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند بعد از تشکیل پرونده در آخر هفته نمونه‌گیری انجام گرفت. معیارهای ورود شامل تشخیص بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی دوقطبی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی در مصاحبه‌ی ساختار یافته، داشتن سن ۱۸ سال به بالا، داشتن تحصیلات سیکل تا کارشناسی، عدم شروع دارو قبل از بستری و تشخیص روان‌پزشک بود. در ضمن به منظور کنترل اثر سطح تحصیلات در میزان غلط‌های نگارشی نمونه‌های تحقیق از بین افراد دارای سطح تحصیلات سیکل تا کارشناسی که در هر سه گروه، همتا شده بودند استفاده شد.

در ادامه‌ی کار در جلسه‌ی دیگری بر روی این افراد ابتدا پرسش‌نامه‌ی علایم مثبت و منفی (PANSS)^۱ اجرا گردید و در جلسه‌ی دیگر از همان بیماران خواسته شد وقایع ۶ ماه اخیر زندگی خود را بنویسند. سپس اطلاعات نوشتاری مربوطه جمع‌آوری گردید. سپس با استفاده از روش تحلیل محتوا،

^۱Positive and Negative Syndrome Scale

درصد از آنان مجرد و ۵۵ درصد متأهل بودند. از نظر تعداد دفعات بستری، ۱۵ درصد سابقه‌ی یک بار مراجعه، ۱۳/۳ درصد سه بار، ۴۱/۷ درصد مراجعه‌ی مکرر و ۲۰ درصد بین ۱۰-۴ بار مراجعه برای بستری داشتند. روزهای بستری بین گروه‌ها یکسان بود و هر سه گروه در یک هفته‌ی اخیر بستری شده بودند. نتایج تجزیه‌ی واریانس نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر تعداد موضوع، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). میانگین تعداد موضوع، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری در گروه‌های مورد مطالعه در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- مقایسه‌ی میانگین تعداد موضوع، تعداد کلمات

عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری در گروه‌های مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی (در سیستم تجزیه و تحلیل SPSS)

بیشترین میزان تعداد موضوع و تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در گروه خلقی دوقطبی مشاهده شد و بیشترین تعداد بی‌نظمی نوشتاری مربوط به گروه اسکیزوفرنی بود. کمترین میزان تعداد موضوع و تعداد کلمات عاطفی و هیجانی متعلق به گروه اسکیزوفرنی بود و کمترین میزان تعداد بی‌نظمی نوشتاری مربوط به گروه خلقی دوقطبی بود. گروه اسکیزوافکتیو نیز حالت بینابینی داشت.

نتایج توصیفی مقیاس کلی علائم منفی و مثبت (PANSS) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در کل، میانگین علائم مثبت و منفی

کدگذاری، تحلیل و بررسی محتوای نوشتاری بیماران انجام شد (همان طوری که اشاره شد کدگذاری توسط پژوهشگر و استاد راهنمای مربوطه صورت گرفته و ضریب پایایی بین دو کدگذار ۰/۸۰ شد). نمونه‌ای از کلمات عاطفی و هیجانی کدگذاری شده عبارت بودند از: شادی، غم، ناراحتی، اندوهگین، نفرت، دوست داشتن، عشق، گریه، خنده، افسردگی، بی‌حوصله. منظور از بی‌نظمی نوشتاری در این تحقیق رعایت نکردن اصول آیین نگارش بود. مثال (من در حال حاضر حوصله نداشته خواهند) و منظور از تنوع موضوعات نوشتاری تعداد موضوعات و حوادث نوشته شده در متن نوشتاری بیماران بود.

با توجه به نتایج حاصل از تشخیص روان‌پزشک و انجام پرسش‌نامه‌ی ساختار یافته در مصاحبه‌ی بالینی و پرسش‌نامه‌ی علائم مثبت و منفی، پژوهشگر و استاد راهنما در حین بررسی عبارات خاطرات از تشخیص نوع بیماری مطلع بودند. اطلاعات به دست آمده از تحلیل محتوای نوشتاری و پرسش‌نامه، با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص‌های آمار توصیفی برای درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مانووا و LSD استفاده شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه اسکیزوفرنی $38/15 \pm 11/13$ سال، در گروه اسکیزوافکتیو $34/8 \pm 10/99$ سال، در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی $68/07 \pm 10/36$ سال و میانگین سنی کل افراد $35/25 \pm 9/05$ سال بود. نتایج تجزیه‌ی واریانس نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه، تفاوتی از نظر میزان تحصیلات، وضعیت ازدواج، شغل و سن وجود ندارد و تفاوت بین گروه‌ها از نظر تعداد روزهای بستری، معنی‌دار بود ($P < 0/006$).

۶۳/۳ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۵ درصد دبیرستان، ۱۶/۷ درصد دیپلم و ۵ درصد تحصیلاتی در حد کارشناسی داشتند. ۵۱/۷ درصد از افراد دارای شغل آزاد، ۸/۳ درصد کارمند و ۴۰ درصد از آن‌ها بی‌کار بودند. ۴۵

جدول ۱- نتایج توصیفی مقیاس کلی علایم منفی و مثبت

(PANSS) در سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات

اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اسکیزوفرنی	۱۱۲/۹۰۰	۷/۹۷۳	۲۰
اسکیزوافکتیو	۱۱۰/۵۰۰	۸/۳۵۱	۲۰
خلقی دوقطبی	۱۰۵/۹۵۰	۹/۰۴۶	۲۰
کل	۱۰۹/۷۸۳	۸/۸۱۶	۶۰

بنا بر جدول ۳ طبق آزمون LSD تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری بین بیماران سه گروه وجود دارد و میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری در بین بیماران

در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد و هم‌چنین میانگین علایم مثبت و منفی در بین بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از میانگین علایم مثبت و منفی در بین گروه بیماران خلقی دوقطبی است.

نتایج بررسی میزان تاثیر متغیرهای وابسته در بین سه گروه اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی در جدول ۲ نشان می‌دهد که از لحاظ میانگین تعداد موضوعات نوشتاری، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و میزان بی‌نظمی نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج بررسی میزان تاثیر متغیرهای وابسته در بین سه گروه مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی

اثر	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
intercept	تعداد موضوعات نوشتاری	۱	۵۳۴/۰۱۷	۶۶۵/۳۳۲	۰/۰۰۰
	تعداد کلمات عاطفی و هیجانی	۱	۱۳۸۲/۴۰۰	۲۷۵/۰۳۲	۰/۰۰۰
	تعداد بی‌نظمی نوشتاری	۱	۵۶۴/۲۶۷	۲۱۸/۰۵۶	۰/۰۰۰
گروه	تعداد موضوعات نوشتاری	۲	۷۳/۲۳۳	۴۵/۶۲۱	۰/۰۰۰
	تعداد کلمات عاطفی و هیجانی	۲	۶۵۷/۱۰۰	۶۵/۳۶۶	۰/۰۰۰
	تعداد بی‌نظمی نوشتاری	۲	۱۸۰/۲۳۳	۳۴/۸۲۵	۰/۰۰۰

می‌باشد. تفاوت میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو و بیماران دوقطبی از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بنابراین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی در بیان خاطرات خود از لحاظ نگارش دچار بی‌نظمی نوشتاری بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو و دوقطبی، هستند.

بنا بر جدول ۵ مشاهده می‌شود طبق آزمون LSD تفاوت

دوقطبی بیشتر از اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو بوده، میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از اسکیزوفرنی می‌باشد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که طبق آزمون LSD تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان بی‌نظمی نوشتاری در بین هر سه گروه وجود دارد به طوری که میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از دو گروه اسکیزوافکتیو و دوقطبی

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی تعداد موضوعات نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو

و دوقطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین تعداد موضوعات	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	-۱/۸۰۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۰
بیان نوشتاری		دوقطبی	-۲/۶۵۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۰/۸۵۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۴

دو گروه بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد و میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. به عبارتی کلمات

معنی‌داری بین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین هر سه گروه وجود دارد. هم‌چنین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بیان خاطرات بیماران اسکیزوفرنی کمتر از

عاطفی و هیجانی در بیان خاطرات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمتر از بیماران اسکیزوافکتیو و دو قطبی می‌باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی میانگین بی‌نظمی نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین بی‌نظمی نوشتاری	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	۲/۸۵۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	۴/۱۵۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	۱/۳۰۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۱۳

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی میانگین کلمات عاطفی و هیجانی بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین بی‌نظمی نوشتاری	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	-۴/۸۵۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۸/۰۵۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۳/۲۰۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هم‌چنین میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین گروه بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از در بیماران خلقی دو قطبی شد. نتایج این مطالعه با برخی تحقیقات انجام گرفته همسو می‌باشد که از دیدگاه محققین آن‌ها یکی از علایم اصلی بیماران اسکیزوفرنی، شل شدن تداعی‌ها می‌باشد که منجر به اختلال جریان فکر گردیده و این مطلب باعث ایجاد بی‌نظمی از لحاظ نگارشی در بین این گروه از بیماران می‌شود (۱۳) و همسو با نتایج یک مطالعه بود که در زبان افراد اسکیزوفرن، از خط خارج شدن، قطعه قطعه شدن و واژه‌سازی وجود دارد (۱۴).

هم‌چنین بین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ به کار بردن میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بیان نوشتاری خاطرات خود، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که از لحاظ میزان کلمات عاطفی و هیجانی بین گروه‌های اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی کمتر از گروه بیماران اسکیزوافکتیو و دو قطبی می‌باشد و هم‌چنین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین گروه بیماران اسکیزوافکتیو کمتر از بیماران دو قطبی می‌باشد و این تفاوت از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار شد. نتایج

بین بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ به کار بردن تنوع موضوعات نوشتاری (تعداد حوادث و اتفاقات بیان شده در خاطرات نوشتاری)، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و بی‌نظمی نوشتاری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون مانووا و LSD جهت مقایسه‌ی میانگین تعداد موضوعات نوشتاری نشان داد که تفاوت معنی‌داری از لحاظ تعداد موضوعات بیان شده نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی وجود دارد. به طوری که تعداد موضوعات نوشتاری در بین گروه بیماران دو قطبی بیشتر از دو گروه اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو شد و هم‌چنین تعداد موضوعات نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی بود. بین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ نظم نوشتاری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ۹ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی از نوع آشفته و ۱۰ نفر از نوع پارانوئید انتخاب شدند و در گروه اختلال دو قطبی ۱۰ نفر در فاز مانیک و ۱۰ نفر در فاز افسرده بودند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که از لحاظ نگارش، تفاوت معنی‌داری در بین سه گروه وجود دارد به طوری که میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از گروه اسکیزوافکتیو و دو قطبی شد و

به دست آمده در این تحقیق همسو با نتایج تحقیقات انجام گرفته توسط دیگر محققین می‌باشد (۲). بورود^۱ و همکاران در تحقیق دیگری به مقایسه‌ی عملکرد گروه بیماران اسکیزوفرنی و گروه شاهد پرداختند و از شرکت کنندگان خواستند ۲ جمله را در ۸ نوع هیجان مختلف بیان کنند. نتایج بررسی‌ها نشان داد که عملکرد بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از گروه شاهد است (۷). مورفی و کاتینگ^۲ در نتایج یکسان به دست آمده با تحقیق حاضر در یک تکلیف از آزمودنی‌های اسکیزوفرنی و گروه شاهد خواستند که ۱۰ جمله را با ۴ نوع هیجان بیان کنند. نتایج نشان داد که میزان عملکرد بیماران اسکیزوفرنی بدتر از گروه شاهد بود (۱۵). در تحقیق انجام شده توسط وایت تا کر^۳ که به مقایسه‌ی عملکرد بیماران اسکیزوفرنی و گروه شاهد پرداخته است، از آزمودنی‌ها درخواست شده ۱۰ جمله را با ۴ نوع هیجان بیان کنند. بر مبنای تحلیل نتایج بیماران اسکیزوفرنی در بیان کلامی هیجان‌های خویش بدتر از گروه شاهد عمل کردند (۱۶).

در تحقیق هاسکینز^۴ در طی یک تکلیف به مدت ۱۰ دقیقه مصاحبه، فراخوانی پاسخ‌های هیجانی آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی و گروه شاهد انجام شد و نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در بیان کلامی هیجان‌ها بدتر از گروه شاهد عمل کردند (۱۷).

در تحقیق لیت جنس^۵، آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی در بیان حالات عاطفی نسبت به گروه شاهد عملکرد بدتری را نشان دادند (۱۸).

شاو^۶ و همکاران، در تحقیق خود بر روی گروه بیماران اسکیزوفرنی و شاهد، در طی یک تکلیف به مدت ۲۰ دقیقه مصاحبه از شرکت کنندگان خواستند که تجارب مربوط به شادی، غم و خنثای زندگی خود را توصیف کنند. نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در بیان هیجان‌های خود نسبت به گروه شاهد عملکرد ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند (۱۹).

در تحقیق آلپرت^۷ از شرکت کنندگان شامل دو گروه اسکیزوفرنی و شاهد، خواسته شد تجارب مربوط به شادی و غم خود را در مدت زمان ۵ تا ۳ دقیقه شرح دهند. در زمینه‌ی بیان هیجان‌ها، بیماران اسکیزوفرنی نسبت به گروه شاهد عملکرد بدتری نشان دادند (۲).

راس^۸ و همکارانش هم همسو با نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر، به این نتیجه رسیده بودند که بیماران اسکیزوفرنی در ابراز هیجانی بدتر از گروه شاهد عمل کردند. آن‌ها این نتیجه را در تکلیفی که از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد ۱۲ جمله یا تک سیلابی را تحت ۶ نوع هیجان متفاوت ابراز کنند، به دست آورده بودند (۲۰). پوت نام^۹ و همکارانش در بررسی خود از شرکت کنندگان در تحقیق خویش که شامل ۲۶ نفر بیمار اسکیزوفرنی و ۲۰ نفر به عنوان گروه شاهد، در طی تکلیفی خواسته بودند که ۱۶ کلمه و ۴ جمله را تحت ۴ نوع هیجان بیان کنند. نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در ابراز هیجانی خود بدتر از گروه شاهد عمل می‌نمایند (۲۱).

از نتایج به دست آمده می‌توان به این مطلب اشاره کرد که به احتمال زیاد آسیب‌دیدگی در بیان کلمات عاطفی و هیجانی را در افراد اسکیزوفرنی می‌توان به عنوان یک صفت در نظر گرفت. به طوری که این ویژگی و نقص در بیان هیجان‌ها در بیماران اسکیزوفرنی می‌تواند به عنوان یک مشخصه‌ی ویژه جهت تشخیص و درمان این اختلال به کار برده شود. هم‌چنان که همسو با نتایج تحقیقات انجام گرفته در گذشته، هر دو ویژگی تشخیص، بازشناسی و بیان هیجان‌ها و تظاهرات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی آسیب دیده است (۴،۶،۱۱). این نقص یعنی داشتن حالت آلکسی‌تایمی به احتمال زیاد یک ویژگی و صفت باثبات در بیماران اسکیزوفرنی در نظر گرفته شده است. نتایج برخی تحقیقات همسو با نتایج تحقیق حاضر نشان داده است که عاطفه‌ی کند شده به عنوان یک ویژگی ثابت در بیماران اسکیزوفرنی بوده و می‌توان آن را به عنوان یک پیش‌آگهی مهم در مورد بررسی‌های درازمدت در جهت ابتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفت (۱۰). تحقیقات انجام گرفته

¹Borod²Murphy and Cutting³Whittaker⁴Haskins⁵Leentjens⁶Shaw⁷Alpert⁸Ross⁹Putnam

اشاره باشد که میانگین کلمات عاطفی و هیجانی در بیان نوشتاری بیماران دوقطبی بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو می‌باشد (۶). در تحقیق حاضر به تعیین ملاک‌های ضروری برای توصیف و مقایسه‌ی سه گروه بیماری‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی بر اساس خاطره‌نگاری پرداخته شد که می‌توان جهت رسیدن به تشخیص درست از روش خاطره‌نگاری بیماران در کنار سایر اقدامات موجود از جمله مصاحبه‌ی بالینی و انجام آزمون‌های روان‌شناختی استفاده کرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم کنترل درجه‌ی ازمان بیماری در آزمودنی‌های شرکت‌کننده و محدود شدن آن به جنسیت مذکر اشاره نمود.

ثابت کرده است که نیم‌کره‌ی راست نسبت به نیم‌کره‌ی چپ نقش اصلی و غالب را در جهت ادراک و بیان هیجان‌ها به عهده دارد. در این راستا تحقیقات دیگری نیز نشان داده که در بیماران اسکیزوفرنی ناحیه نیم‌کره‌ی راست قسمت فرونتال نسبت به نیم‌کره‌ی چپ از فعالیت کمتری برخوردار است (۱۱). نتایج تحقیقات ادواردز^۱ و همکاران از این موضوع حمایت کرده است که ناحیه‌ی آمیگدال که مسئول پردازش هیجان‌ها و عواطف در انسان است، در بیماران اسکیزوفرن دچار بدکارکردی و کوچکی حجم شده که عکس این وضعیت در مورد بیماران خلقی یعنی افزایش حجم ناحیه‌ی آمیگدال مشاهده شده است و می‌تواند دلیلی بر نتایج تحقیقات مورد

¹Edwards

References

1. Mathews JR, Barch DM. Episodic memory for emotional and non-emotional words in individuals with anhedonia. *J Psychiatr Res* 2006; 143: 121-33.
2. Alpert M, Rosenberg SD, Pouget ER, Shaw RJ. Prosody and lexical accuracy in flat affect schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2000; 97: 107-18.
3. Altschuler E. Shakespeare knew the layered clothing sing of schizophrenia. *Br Med J* 1999; 319: 520-1.
4. Exner C, Boucein K, Degener D, Weniger IE. Impaired emotional learning and reduced amygdala size in schizophrenia: a 3- month followup. *Schizophr Res* 2004; 71: 493-503.
5. Vant Wout M, Aleman A, Roy PC, Frank Laroi K, Kahn R. Emotional processing in a nonclinical psychosis- prone sample. *Schizophr Res* 2004; 68: 271-81.
6. Edwards J, Pattison PE, Jackson HJ, Wales RJ. Facial affect and affective prosody recognition in first- episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 48: 235-53.
7. Borod G, Borod J, Welkowitz M, Alpert A, Brozgold C, Martin E, et al. Parameters of emotional processing in neuropsychiatric disorders conceptual issues and a battery of tests. *J Commun Disord* 1990; 23: 247-71.
8. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: An exploratory study. *Psychol Rep* 2001; 89: 95-8.
9. Sadock BJ, Sadock VA. [Review of clinical psychology]. Poorafkari N. (translator). 2001; 1st ed. Tehran, Azadeh; 2001: 95. (Persian)
10. Beren Baum H, John G, Laural K, Jose V, Gomez J. Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: II- Emotional disturbances. *J Psychiatr Res* 2008; 159: 157-62.
11. Hoekert M, Kahn RS, Pijnenborg M, Aleman A. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96: 135-45.

12. Sadat Bahaeddin Sh, Sadeghi M. [The relationship between depression and positive symptoms in the acute phase of chronic schizophrenia disorder]. *Tehran University medical journal* 2004; 62(1): 24-30. (Persian)
13. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 14-24.
14. Cella M, Cooper A, Dymond S, Reed P. The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Compr Psychiatry* 2008; 49(6): 544-50.
15. Murphy D, Cutting J. Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 727-30.
16. Whittaker JF, Connell J, Deakin JF. Receptive and expressive social communication in schizophrenia. *Psychopathology* 1994; 27: 262-7.
17. Haskins B, Shutty J, Kellogg E. Affect processing in chronically psychotic patients: Development of a reliable assessment tool. *Schizophr Res* 1995; 15: 291-7.
18. Leentjens A, Wilaert S, van Harskamp F, Wilmink F. Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 375-8.
19. Shaw RJ, Dong M, Lim KO, Faustman WO, Pouget ER, Alpert M. The relationship between affect expression and affect recognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999; 37: 245-50.
20. Ross ED, Orbelo DM, Cartwright J, Hansel S, Burgard M, Testa JA, et al. Affective-prosodic deficits in schizophrenia: profiles of patients with brain damage and comparison with relation to schizophrenic symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 597-604.
21. Putnam KM, Kring AM. Accuracy and intensity of posed emotional expressions in unmedicated schizophrenia patients: Vocal and facial channels. *J Psychiatr Res* 2007; 151: 67-76.