

پایان نامه روانشناسی

پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام گرفت. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی پیش بین بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید هستند که به بیمارستان بهمن تهران مراجعه کرده‌اند. نمونه ای به حجم ۸۰ نفر از جامعه مورد پژوهش به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۹)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی واتسون و فرند (۱۹۶۹) و نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری به کمک نرم افزار SPSS-21 بود. نتایج نشان داد بین ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن و مولفه های آن با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار وجود دارد. ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن به طور منفی بهزیستی روانشناختی را پیش بینی می کنند و نگرانی از تصویر بدن بهترین پیش بینی کننده بهزیستی روانشناختی بود. ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید نقش دارند.

کلید واژه: ترس از ارزیابی منفی، نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روانشناختی، آرتریت روماتوئید

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

اضطراب اجتماعی، نشانگر میزان تمایل به مضطرب بودن در موقعیت های اجتماعی است و مبین ترس از طرد شدن از سوی دیگران نیز می باشد (زارب، ۱۳۸۳). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که عوامل زیادی در شکل گیری و تکوین اضطراب اجتماعی سهیم هستند. برای مثال، کلارک و فربورن (۲۰۰۰) و همبرگ و بیکر^۱ (۲۰۰۲) با اعتقاد به خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، اظهار کرده اند که یکی از مهم ترین خطاهای شناختی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است. در این راستا، لیپون و پلیسولو^۲ (۲۰۰۰)، کنت^۳ (۲۰۰۰) و کنت و کوهان^۴ (۲۰۰۱) نیز نشان داده اند افرادی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، به دلیل این که خودشان را نسبت به ارزیابی منفی از جانب دیگران آسیب پذیر می بینند، از موقعیت های اجتماعی می ترسند و از چنین موقعیت هایی اجتناب می کنند. این افراد وقتی در موقعیت های اجتماعی قرار می گیرند، فکر می کنند که دیگران در حال نظارت، واری و ارزیابی منفی از جنبه های مختلف رفتار، عملکرد و ظاهر آنها هستند.

¹ Hemiberg, R. G. and Becker , R.E

² Lepine, J.P. & Pelissolo, A

³ Kent, G

⁴ Keohan, S

عوامل متعددی مثل ارزش های اجتماعی-فرهنگی، مقایسه های اجتماعی، تاکید جامعه بر جذابیت ظاهری و تجارب منفی در تعامل با همسالان این گونه نگرانی ها را تشدید می کنند و به تداوم آن کمک می کند. در این خصوص کش و گرانت (۱۹۹۶، به نقل از کنت، ۲۰۰۰) ذکر می کنند، زمانی که بافت فرهنگی جامعه بر ارزشمندی جذابیت ظاهری به خصوص برای زنان تاکید نماید، به تدریج زمینه نگرانی راجع به تصویر بدنی فراهم می شود. وقتی که فرد تجربه ارزیابی منفی یا مسخره شدن توسط دیگران داشته باشد، یک تصویر بدنی منفی در او شکل می گیرد که همانند طرحواره عمل می کند. رویدادهای برانگیزاننده خاص؛ مانند موقعیت هایی که فرد مجبور است بدن خود را در معرض دید دیگران قرار دهد، این گونه طرحواره ها را فعال می سازد. این مساله به نوبه خود سبب مراقبت مفرط، تفسیر منفی رفتار دیگران، رفتار اجتنابی، تلاش برای پوشانیدن و مخفی کردن بدن خود، اطمینان جویی و اعمال جبرانی می شود. این گونه رفتارها زمینه ایجاد تجارب شناختی و عاطفی منفی درباره بدشکلی بدن و نگرانی در این مورد را فراهم می کند. این مساله سبب تداوم و وخیم تر شدن نگرانی شده و شرایط شکل گیری اختلال روانی را فراهم می آورد و در نتیجه تاثیرات نامطلوبی بر جنبه های مختلف زندگی فرد می گذارد. و بهزیستی روان شناختی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد.

بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید صورت می گیرد.

۲-۱. بیان مسئله

ترس از ارزیابی منفی شامل احساس های ترس مربوط به ارزیابی های دیگران، پریشانی خاطر ناشی از این ارزیابی های منفی و انتظار از اینکه دیگران او را منفی ارزیابی خواهند کرد، می شود (واتسون و فرند، ۱۹۶۹). ترس از ارزیابی منفی را این چنین تعریف می کنند که نوعی ترس از ارزیابی دیگران درباره عملکردهای شخصی است. این ترس با ادراک منفی از ارزیابی دیگران، آشفتگی درباره ی ارزیابی

های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی و پیش بینی ارزیابی منفی دیگران تعریف می شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۳).

رپی و همبرگ^۱ (۱۹۹۷) ترس از ارزیابی منفی را به عنوان مشخصه اضطراب اجتماعی در نظر می گیرند که در ایجاد و حفظ اضطراب غیرمنطقی و شدید مرتبط با موقعیت های اجتماعی موثر است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رفتارشان را در خلال گفتگو های فی البداهه و تعامل های اجتماعی بسیار ضعیف تر از آنچه ناظران امتیاز می دهند، ارزیابی می کنند؛ و ترس از ارزیابی منفی با چنین ارزش یابی های متفاوتی در ارتباط است (رودبایگ و چمبلس^۲، ۲۰۰۲).

نگرانی شدید از ارزیابی منفی توسط دیگران، منجر به نارضایتی از تصویر بدنی شده و شخص را با دو سوال اصلی به چالش می کشد: ۱- آیا ارزش من در جهان زیر تاثیر ظاهر جسمانی من است. ۲- آیا ظاهر من غیر قابل قبول است (کش^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ گیلبرت و می یر^۴، ۲۰۰۵). ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تصویر بدنی است، زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد، از آن استفاده می کنند. بنابراین این عامل نقش اساسی در تعیین باورها و رفتارها درباره بدن فرد، بازی می کند. اثرات روان شناختی تصویر بدنی شامل عوامل ادراکی، تحولی و فرهنگی-اجتماعی است (سارور، کوند و دیدی^۵، ۲۰۰۳).

تصویر ذهنی، تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، به عبارت دیگر، احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد (گرومل^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). تصویر ذهنی منفی از خود می تواند به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت ظاهری قسمتی از بدن در حد اختلال منجر به عملکرد می شود (ریچاردسون^۷ و

¹Rapee, R. M., & Heimberg, R. G.

²Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L

³Cash, T.F

⁴Gilbert, N. & Meyer, C

⁵Sarwer DB, Crerand CE, Didie E

⁶Gromel, K

⁷Richardson E

همکاران، ۲۰۰۰). اگر چه تصویر ذهنی از بدن ساختاری چندبعدی است، ولی غالباً به صورت درجاتی از ظاهر فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف می شود (بوید^۱، ۲۰۰۲). درک اشتباه از تصویر ذهنی می تواند به مشکلات جسمی و روحی منجر شود (لوین^۲ و پیران^۳، ۲۰۰۴).

تحقیقات نشان داده است تصاویر بدنی تحریف شده بهزیستی روانی فرد را تحت تاثیر قرار می دهند و نارضایتی مداوم از تصویر بدنی خود به افسردگی (آرامتس، موران، سندرز^۴، ۲۰۰۳)، اضطراب و فویبای اجتماعی (کش، تری آلت، آنیس^۵، ۲۰۰۴؛ فریدا و گامزی^۶، ۲۰۰۴) و سایر اختلالات منجر می شود.

بهزیستی روان شناختی^۷ شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود (گلداسمیت، ویوم و درایتی^۸، ۱۹۹۷). بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را در بر می گیرد. بهزیستی روان شناختی شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش گذاری می کنند (دینر، اویشی و لوکاس^۹، ۲۰۰۳). بهزیستی روانشناختی جزو روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه ی رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است. اولین بخش آن، سطح تجربه های خوشایند است. برخی از محققان، بهزیستی روان شناختی را از نظر مولفه ها یا فرآیندهای ویژه نظیر فرایند های عاطفی مفهوم سازی می کنند (روتمن، کریستن و ویزینگ^{۱۰}، ۲۰۰۳).

¹ Boyd, M. A

² Levine M

³ Piran N

⁴ Aramats, C.A, Moran, L. & Sands, R.T

⁵ Cash, T.F., Theriault, J. & Milkewicz Annis, N

⁶ Freda, I. & Gamze, A

⁷ psychological well-being

⁸ Goldsmith, A. Veum, J., & Darity, W

⁹ Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E

¹⁰ Roothman, B., Kirsten, D.K., & Wissing, M.P

ریف، کیز و اشموکتین^۱ (۲۰۰۲) شش الگوی بهزیستی روان شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. براساس الگوی ریف، بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل تشکیل می شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط).

از جمله بیماری هایی که به دلیل ابتلا به دردهای مزمن از نظر بهزیستی روانشناختی در سطح پایینی قرار دارند بیماری آرتریت روماتوئید^۲ است (اسمداستد^۳ و همکاران، ۱۹۹۷). آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن و پلی سیستماتیک است و همچنین یکی از بیماریهای خود ایمن است که در آن نظام ایمنی به بافت سالم خودی حمله می کند، در این بیماری علاوه بر مفاصل، اندام های دیگر مانند پوست، مخاط، ریه، قلب و عروق، چشم، دستگاه گوارش و کلیه نیز ممکن است درگیر شوند (جفری، ۲۰۱۴). مدل زیستی- روانی- اجتماعی بیماری که بر اهمیت عوامل بیولوژیکی، روانی و محیطی تاکید دارند در این بیماری دخالت دارند. همانطور که شواهد زیادی برای فاکتور های بیولوژیکی در بیماران آرتریت روماتوئید وجود دارد، شواهدی برای فاکتورهای روانی و اجتماعی در بیماران آرتریت روماتوئید نیز وجود دارد (رضایی و همکاران، ۲۰۱۴).

آرتریت روماتوئید می تواند بر همه جنبه های زندگی فرد مانند روابط اجتماعی، زندگی خانوادگی و سلامت روانی اثر بگذارد. علاوه بر این، رویدادهای استرس زا، درد، محدودیت از فعالیت ها و معلولیت های فیزیکی با تغییرات در جنبه های روانی همراه است (رضایی و همکاران، ۲۰۱۴). به خاطر اینکه بیماری آرتریت روماتوئید باعث درد شدید و مداوم، تولید معلولیت های شدید، تغییر شکل غیر قابل

¹Ryff C D, Keyes C I, Shomtkin D

² Rheumatoid Arthritis

³Smedstad LM

برگشت و کاهش کیفیت و امید به زندگی می شود آن ممکن است حالات روانی افراد مبتلا به آروماتوئید را افزایش یا تشدید نماید (ریبیارو^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بهزیستی روان شناختی می تواند براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید پیش بینی شود؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت

در اهمیت پژوهش حاضر می توان گفت در بافت روابط میان فردی نگرانی افراد از ارزیابی نامناسب دیگران از آنها- به عنوان یک عامل بازدارنده درون فردی- و بازتاب آن در گستره ای از پدیده های اجتماعی- روانشناختی مانند همرنگی، رفتار حمایت کننده اجتماعی، ابراز خود، اسندهای خود یاری دهنده، اضطراب اجتماعی، خودناتوان سازی، تغییر نگرش و اطاعت اجتماعی درخور توجه است (اسچلنکر^۲، ۱۹۸۰).

از طرف دیگر ضرورت پرداختن به تصویر بدنی زمانی نمود می یابد که بدانیم دل مشغولی و دغدغه ذهنی و روحی، تصویر نامطلوب ذهنی از بدن و عدم رضایت از وضعیت جسمانی، افراد را درگیر مشکلاتی می سازد تا تمامی انرژی، هزینه و وقتشان را به خود معطوف نموده، از دستیابی و حتی توجه به

¹Ribeiro, N. P

² Schlenker, B. R

مسائل و موضوع های حیاتی زندگی باز داشته شوند. این موضوع همچنین می تواند بر میزان اعتماد به نفس و سلامت روانی و اجتماعی افراد بسیار موثر باشد.

در سالهای اخیر رویکرد روانشناسی مثبت گرا مورد توجه روانشناسان قرار گرفته که به جای پرداختن به نابهنجاری ها و اختلال ها، بر توجه بیشتر به توانمندی ها و استعداد های انسان تاکید دارد. این رویکرد هدف نهایی خود را شناسایی موضوع ها و شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که موجب تطابق بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می شود بنیادی ترین موضوع مورد پژوهش در این رویکرد است (کمپبل - سیلس^۱، کوهن^۲ و استین^۳، ۲۰۰۶). علاقمندی به پژوهش در خصوص توانایی های فرد برای حفظ تفکر خوش بینانه با وجود رویداد های منفی موثر بر سلامت روان شامل پژوهش در زمینه بهزیستی (لین لی، مالت بی، وود، اسبورن و هورلینگ^۴، ۲۰۰۹؛ کییز، شموتکین و ریف^۵، ۲۰۰۳) است.

چنین به نظر می رسد که بیماری آرتریت روماتوئید تاثیر قابل توجهی در شکل گیری نگرانی نسبت به شکل بدن در افراد ایجاد می کند و منفی و مثبت بودن نگرش افراد نسبت به تصویر بدنی نیز ممکن است در میزان همکاری با تیم پزشکی و احتمال موفقیت درمان نقش مهمی ایفا کند. ضرورت پرداختن به تصویر بدنی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید زمانی نمود می یابد که بدانیم دل مشغولی و دغدغه ذهنی و روحی، تصویر نامطلوب ذهنی از بدن و عدم رضایت از وضعیت جسمانی، افراد را درگیر مشکلاتی می سازد تا تمامی انرژی، هزینه و وقتشان را به خود معطوف نموده، از دستیابی و حتی توجه به مسائل و موضوع های حیاتی زندگی باز داشته شوند. این موضوع همچنین می تواند بر میزان اعتماد به نفس و سلامت روانی و اجتماعی آنان بسیار موثر باشد.

از طرف دیگر از آنجایی که بیماری آرتریت روماتوئید موجب ناتوانی جسمی و تغییر شکل هایی در بدن می گردد. وقتی فرد تجربه ارزیابی منفی یا مسخره شدن توسط دیگران را داشته باشد، یک تصویر بدنی منفی در او شکل می گیرد که همانند یک طرحواره عمل می کند. رویدادهای برانگیزاننده خاص؛ مانند موقعیت هایی که فرد مجبور است بدن خود را در معرض دید دیگران قرار دهد، این گونه طرحواره

¹Campbell-Sills, L

²Cohan, S. L

³Stein, M

⁴Linley, A.P., Maltby, J., Wood, A.P., Osborne, G., & Hurling, R

⁵Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D

ها را فعال می سازد. این مساله به نوبه خود سبب مراقبت مفرط، تفسیر منفی رفتار دیگران، رفتار اجتنابی، تلاش برای پوشانیدن و مخفی کردن بدن خود، اطمینان جویی و اعمال جبرانی می شود. این گونه رفتارها زمینه ایجاد تجارب شناختی و عاطفی منفی درباره بد شکلی بدنی و نگرانی در این مورد را فراهم می کند. این مساله سبب تداوم و وخیم تر شدن نگرانی شده و شرایط شکل گیری اختلال روانی را فراهم می آورد و در نتیجه تاثیرات نامطلوبی بر جنبه های مختلف زندگی فرد می گذارد. بر همین اساس پژوهش حاضر ضرورت می یابد.

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است:

- نیاز به پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن

در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید؛

- درک روابط این سازه ها با یکدیگر در طراحی مداخلات مرتبط با افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید کمک کننده است.

- عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

- ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

نتایج حاصل از این پژوهش، می تواند چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران فراهم نماید. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات روان شناختی و اختلالات روان تنی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مراکز مشاوره در دانشگاهها، کلینیک ها و غیره قرار گیرد. لذا پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید ضرورت پیدا نمود.

۴-۱. اهداف پژوهش

۱-۴-۱. هدف کلی

- پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد

مبتلا به آرتریت روماتوئید

۲-۴-۱. اهداف جزئی

۲- پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

۳- پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

۵-۱. فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱. فرضیه اصلی

- بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می شود؛

۱-۵-۲. فرضیه های جزئی

۱. ترس از ارزیابی منفی، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند.

۲. نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند.

۱-۶. قلمرو تحقیق

می توان قلمرو تحقیق را به قلمرو موضوعی، قلمرو مکانی و قلمرو زمانی تقسیم کرد.

۱-۶-۱. قلمرو موضوعی

این پژوهش در حوزه علم روانشناسی انجام می شود.

۱-۶-۲. قلمرو مکانی

تمرکز تحقیق حاضر بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در بیمارستان بهمن تهران انجام گرفت.

۱-۶-۳. قلمرو زمانی

محقق مطالعات خود را در گستره زمانی از دی ۱۳۹۴ تا تیر سال ۱۳۹۵ انجام داده است.

۷-۱. متغیرهای پژوهش

متغیر ملاک: بهزیستی روان شناختی

متغیر پیش بین: ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن

۸-۱. تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱-۸-۱. تعاریف مفهومی متغیرها

ترس از ارزیابی منفی: واتسون و فرند (۱۹۶۹) ترس از ارزیابی منفی را نگرانی افراد درباره ارزیابی های دیگران، آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی، و انتظار تجربه ارزیابی های منفی از سوی دیگران، تعریف کردند (واتسون و فرند، ۱۹۶۹).

تصویر بدنی: تصویر ذهنی، تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، به عبارت دیگر، احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد (گرومل و همکاران، ۲۰۰۰).

بهزیستی روان شناختی: بهزیستی روان شناختی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود (گلداسمیت و همکاران، ۱۹۹۷).

آرتريت روماتوئيد: آرتريت روماتوئيد بیماری التهابی مفاصل، خود ایمنی مزمن و پلی سیستمیک است که در آن نظام ایمنی به بافت سالم خودی حمله می کند (جفری، ۲۰۱۴).

۲-۸-۱. تعاریف عملیاتی متغیرها

ترس از ارزیابی منفی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از مقیاس ترس از ارزیابی منفی واتسون و فرند (۱۹۶۹) کسب می کند.

تصویر بدنی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) کسب می کند.

بهزیستی روان شناختی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی

ریف (۱۹۸۹) کسب می کند.

آرتريت روماتوئيد: در اين پژوهش بيماران آرتريت روماتوئيد توسط پزشک متخصص، تشخيص

آرتريت روماتوئيد دريافت کرده اند و به محقق معرفی شدند.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه پژوهش

مقدمه

در هر پژوهشی مبانی نظری و طرح دیدگاههای نظریه پردازان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از جنبه ها عمده و ضروری در هر پژوهش مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد تحقیق است. در این راستا در این فصل ابتدا به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته شد و سپس پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

۱-۲. ترس از ارزیابی منفی

۱-۱-۲. مفهوم ترس از ارزیابی منفی

ترس از ارزیابی منفی شامل احساس های ترس مربوط به ارزیابی های دیگران، پریشانی خاطر ناشی از این ارزیابی های منفی و انتظار از اینکه دیگران او را منفی ارزیابی خواهند کرد، می شود (واتسون و

فرند، ۱۹۶۹). ترس از ارزیابی منفی را این چنین تعریف می کنند که نوعی ترس از ارزیابی دیگران درباره عملکردهای شخصی است. این ترس با ادراک منفی از ارزیابی دیگران، آشفتگی درباره ی ارزیابی های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی و پیش بینی ارزیابی منفی دیگران تعریف می شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۳).

واتسون و فرند (۱۹۶۹) ترس از ارزیابی منفی را نگرانی افراد درباره ارزیابی های دیگران، آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی، و انتظار تجربه ارزیابی های منفی از سوی دیگران، تعریف کردند. رپی و هیمبرگ^۱ (۱۹۹۷) ترس از ارزیابی منفی را به عنوان مشخصه اضطراب اجتماعی در نظر می گیرند که در ایجاد و حفظ اضطراب غیرمنطقی و شدید مرتبط با موقعیت های اجتماعی موثر است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رفتارشان را در خلال گفتگو های فی البداهه و تعامل های اجتماعی بسیار ضعیف تر از آنچه ناظران امتیاز می دهند، ارزیابی می کنند؛ و ترس از ارزیابی منفی با چنین ارزش یابی های متفاوتی در ارتباط است (رودبایگ و چمبلس^۲، ۲۰۰۲). حمایت تجربی از این فرضیه که اضطراب اجتماعی انواع پاسخی به ترس از ارزیابی منفی است، قابل توجه بوده است. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی انواع رفتار ها را با هدف اجتناب از ارزیابی های منفی بالقوه انجام می دهند (ولز^۳ و همکاران، ۱۹۹۵).

۲-۱-۲. چهارچوب نظری ترس از ارزیابی منفی

الگوی نظری اضطراب اجتماعی، بنیان نظری ترس از ارزیابی منفی را تشکیل می دهد. در الگوی نظری اضطراب اجتماعی، دو مؤلفه ترس از ارزیابی منفی - به مثابه یک ویژگی شناختی - و آشفتگی و اجتناب اجتماعی - به مثابه یک ویژگی رفتاری - از یکدیگر تفکیک شده اند. ترس از ارزیابی منفی، به ترس و نگرانی درباره ارزیابی های منفی دیگران اشاره می کند. این در حالی است که اجتناب اجتماعی

¹Rapee, R. M., & Heimberg, R. G.

²Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L

³ Wells, A

بیان‌کننده بازداري رفتاري در تعامل‌هاي اجتماعي و نقطه مقابل آرميدگي اجتماعي به معنای تجربه آرامش برای مواجهه باديگران در نظر گرفته می‌شود (پاکلک و ويدس^۱، ۲۰۰۸؛ انگلز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

۳-۱-۲. اختلال اضطراب اجتماعي

۱-۳-۱-۲. ويژگي‌هاي تشخيصي

ويژگي اصلي اختلال اضطراب اجتماعي، ترس يا اضطراب محسوس يا شديد از موقعيت‌هاي اجتماعي است که در آنها ممکن است فرد مورد بررسی دقيق ديگران قرار بگيرد. در کودکان ترس يا اضطراب بايد در موقعيت همسالان و نه فقط در مدت تعامل با بزرگسالان روی دهد. وقتی فرد با اين موقعيت‌هاي اجتماعي مواجه می‌شود، می‌ترسد که مورد ارزيابي منفي قرا گيرد. فرد نگران است که به صورت مضطرب، ضعيف، ديوانه، احمق، کسل کننده، ترسناک، کثيف، يا دوست داشتنی قضاوت شود. فرد می‌ترسد که به شيوه خاصی عمل کند يا به نظر برسد يا نشانه‌هاي اضطراب بروز دهد، مثل سرخ شدن، لرزیدن، عرق کردن، لکنت زبان، يا خيره شدن که ديگران آنها را به صورت منفي ارزيابي کنند. برخي افراد می‌ترسند ديگران را دلخور کنند يا در نتيجه آن طرد شوند. ترس از رنجاندن ديگران، برای مثال با خيره شدن يا نشان دادن نشانه‌هاي اضطراب- ممکن است ترس غالب در افراد فرهنگ‌هايي باشد که گرايش‌هاي جمع‌گراي نيرومند دارند. فردی که از لرزش دست می‌ترسد، ممکن است از نوشيدن، خوردن، نوشتن يا اشاره کردن در انظار خودداري کند؛ فردی که از عرق کردن می‌ترسد امکان دارد از تکان دادن دست يا غذا خوردن تند اجتناب کند؛ و فردی که از سرخ شدن می‌ترسد ممکن است از عملکرد در انظار، نورهاي درخشان، يا بحث درباره موضوعات محرمانه اجتناب کند. برخي افراد از ادرار کردن در توالت‌هاي عمومي در مواقعي که افراد ديگري حضور دارند می‌ترسند يا از آن اجتناب می‌کنند (انجمن روانپزشکي آمريکا، ۲۰۱۳، ترجمه سيد محمدي، ۱۳۹۳).

موقعيت‌هاي اجتماعي تقريباً هميشه ترس يا اضطراب ايجاد می‌کنند. بنابراين، فردی که فقط گاهي در موقعيت‌هاي اجتماعي مضطرب می‌شود، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعي تشخيص داده نمی‌شود.

¹ Puklek, M & V Idee, M

² Ingles, C. J

با این حال میزان و نوع ترس و اضطراب ممکن است در موقعیت های مختلف تفاوت داشته باشد. (مثل اضطراب انتظاری، حمله وحشتزدگی). گاهی اضطراب انتظاری ممکن است خیلی پیش تر از موقعیت های قریب الوقوع روی دهد (مثل نگرانی هر روز یا به مدت چند هفته قبل از حضور در یک موقعیت اجتماعی، از پیش تکرار کردن گفتار به مدت چند روز). در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن، یا جمع کردن خود در موقعیت های اجتماعی ابراز شود. فرد اغلب از موقعیت های اجتماعی که می ترسد اجتناب می کند و گرنه، این موقعیت ها با ترس و اضطراب شدید تحمل می شوند. اجتناب می تواند گسترده (مثل نرفتن به میهمانی ها، خودداری از رفتن به مدرسه) یا ملایم باشد (مثل آماده کردن بیش از حد متنی برای سخنرانیه منحرف کردن توجه به دیگران، محدود کردن تماس چشمی) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

ترس یا اضطراب با خطر واقعی ارزیابی منفی شدن یا پیامدهای چنین ارزیابی منفی، بیتناسب قضاوت می شود. گاهی ممکن است اضطراب، بیش از حد قضاوت نشده باشد، زیرا با خطر واقعی ارتباط دارد (مثل مورد قلدری یا آزار دیگران قرار گرفتن). با این حال، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اغلب پیامدهای منفی موقعیت های اجتماعی را بیش از حد برآورد می کنند، و بنابراین قضاوت بی تناسب بودن توسط متخصص بالینی صورت می گیرد. وقتی چنین قضاوتی صورت می گیرد، زمینه اجتماعی-فرهنگی باید در نظر گرفته شده باشد. برای مثال، در برخی فرهنگ ها، رفتاری که ممکن است از جهات دیگری اضطرابی به نظر برسد شاید در موقعیت های اجتماعی مناسب محسوس شود (مثلاً ممکن است به صورت نشانه احترام در نظر گرفته شود) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

مدت این اختلال معمولاً حداقل ۶ ماه است. این استانه مدت برای متمایز کردن این اختلال از ترس های اجتماعی موقتی که رایج هستند، مخصوصاً در بین کودکان جامعه کمکی می کند. با این حال، از این ملاک مدیت باید به عنوان رهنمود کلی، با در نظر گرفتن درجاتی از انعطاف پذیری استفاده شود. ترس، اضطراب، و اجتناب باید روال عادی، عملکرد شغلی یا تحصیلی، یا فعالیت های اجتماعی یا روابط فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل کند، یا باید ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد

اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد او ایجاد کند. برای مثال، فردی که از صحبت کردن در انظار می ترسد، در صورتی که به طور معمول با این فعالیت در محل کار یا تکالیف درسی روبرو نشود، و اگر به طور قابل ملاحظه ای از آن ناراحت نباشد، مورد تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی قرار نخواهد گرفت. با این حال، اگر فرد به علت نشانه های اضطراب اجتماعی از شغل یا تحصیلاتی که واقعاً دوست دارد اجتناب کند یا کنار گذاشته شود ملاک G برآورده می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

جدول ۱-۲. ملاک های اختلال اضطراب اجتماعی بر طبق DSM-5 (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه

سید محمدی، ۱۳۹۳)

ملاک های تشخیصی
A. ترس یا اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها فرد با احتمال بررسی دقیق دیگران مواجه شود. از جمله نمونه های آن عبارتند از تعامل های اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد ناشناخته)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ایراد سخنرانی). توجه: در کودکان اضطراب باید در موقعیت های همسالان و نه فقط هنگام تعامل با دیگران روی دهد.
B. فرد می ترسد طوری عمل کند یا نشانه های اضطراب بروز دهد که به صورت منفی ارزیابی شوند (یعنی، خجالت اور با تحقیر آمیز باشند؛ به طرد یا دلخوری دیگران منجر شوند).
C. موقعیت های اجتماعی تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را برانگیخته می کنند. توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق میخکوب شدن، چسبیدن، جمع کردن خود، یا ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت های اجتماعی ابراز شود.
D. از موقعیت های اجتماعی اجتناب می شود یا این موقعیت ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می شوند.
E. ترس یا اضطراب با تهدید واقعی که توسط موقعیت اجتماعی ایجاد می شود و با زمینه اجتماعی، فرهنگی بی تناسب است.
F. ترس، اضطراب یا اجتناب مداوم است، معمولاً شش ماه یا بیشتر ادامه می یابد.
G. ترس، اضطراب، یا اجتناب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کند.
H. ترس، اضطراب، یا اجتناب ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمی دیگر نیست.
I. ترس، اضطراب یا اجتناب با نشانه های اختلال روانی دیگر مانند اختلال وحشتزدگی، اختلال بدشکلی بدن، یا اختلال طیف اوتیسم توجیه نمی شود.

ل. اگر بیماری جسمانی دیگری (مثل بیماری پارکینسون، چاقی بدشکلی ناشی از سوختگی ها یا جراحی) وجود داشته باشد، ترس، اضطراب، با اجتناب آشکار نامربوط یا بیش از حد است.

مشخص کنید اگر:

فقط عملکردی: اگر ترس به صحبت کردن یا عمل کردن در انظار محدود شده باشد.

۲-۳-۱-۲. شیوع

برآورد شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالات متحده تقریباً ۷ درصد است. برآوردهای شیوع کمتر از ۱۲ ماه در خیلی از مناطق دنیا با استفاده از ابزار تشخیصی یکسان، پیرامون ۰/۵ تا ۲/۰ درصد است؛ شیوع متوسط در اروپا ۲/۳ درصد است. میزان شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان با میزان شیوع در بزرگسالان برابر است. میزان شیوع با افزایش سن کاهش می یابد. میزان شیوع ۱۲ ماهه برای افراد مسن بین ۲ تا ۵ درصد است. در مجموع، میزان اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت، در زنان بالاتر از مردان است (با نسبت احتمال ۱/۵ تا ۲/۲)، و تفاوت جنسیت در شیوع، در نوجوانان برجسته تر از جوانان است. میزان های جنسیتی برای مردان در نمونه های بالینی برابر یا اندکی بالاتر هستند، و فرض شده که نقش های جنسیتی و انتظارات اجتماعی، نقش مهمی را در توجیه کردن رفتار کمک خواهی بیشتر در بیماران مرد، ایفا می کنند. میزان شیوع در ایالات متحده در سرخپوستان آمریکایی بالاتر و در افراد آسیایی، لاتینی، آمریکایی آفریقایی تبار، و نژاد آفریقایی-کارائیبی در مقایسه با سفید پوستان غیر اسپانیایی پایین تر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

۲-۳-۱-۳. سبب شناسی فوبی اجتماعی

الف) دیدگاه روانپویشی

فروید نخستین کسی بود تلاش کرد به طور نظام داری ابتلا به رفتار فوبیا را تبیین کند. طبق نظر او، فوبیها را می توان نوعی دفاع در برابر اضطراب حاصل از تکانه های واپس رانده شده نهاد دانست. این اضطراب از تکانه های هراس آور نهاد به شیء یا موقعیتی که ارتباط نمادین و سمبلیک با آن دارد جابه جا می شود. بعد اینگونه موقعیت ها و اشیاء برای مثال، آسانسور یا فضای بسته، به محرک هراس آور

تبدیل می گردند. فرد از طریق اجتناب از این موقعیت ها قادر خواهد بود از برخورد با تعارضات واپس رانده دوری کند. بر طبق نظر فروید فوبی راهی است برای دور نگهداشتن من (ایگو) از مواجهه با مشکل واقعی-تعارضات واپس رانده دوران کودکی (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

براساس یکی دیگر از نظریه های روان پویشی (آریتی، ۱۹۷۹) این تکانه های نهاد نیست که واپس رانده می شود بلکه واپس رانی برای مشکلات بین فردی خاص در دوران کودکی صورت می گیرد. اشخاص مبتلا به فوبی در ابتدای زندگی خود برای محفوظ ماندن از خطر، به افراد دور بر خود اعتماد می کنند، ولی بعدها با ترس در می یابند که این اشخاص بالغ-معمولاً قابل اعتماد نیستند، آنها نمی توانند با این بی اعتمادی یا ترس فراگیر از دیگران زندگی کنند. برای اینکه مجدداً به افراد اعتماد پیدا کنند، به طور ناهشیار ترس از دیگران را به ترس از اشیا و موقعیت های کلی منتقل می کنند. زمانی که فرد در بزرگسالی در معرض فشار روانی قرار گیرد فوبی پدیدار می شود. مانند بسیاری از نظریه پردازهای روانپویشی، شواهد حمایت کننده از این دیدگاهها صرفاً محدود به نتیجه گیریهایی است که از گزارشهای موردی بالینی به دست آمده اند (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

ب) دیدگاه رفتاری

نظریه های رفتاری، براین تاکید دارند که فوبیها از راه یادگیری کسب می شوند. در این میان ممکن است چندین نوع یادگیری دخیل باشد.

شرطی شدن اجتنابی. مهمترین تبیین رفتاری فوبی آن است که این واکنش ها، پاسخهای اجتنابی آموخته شده هستند. به لحاظ تاریخی، نمایش شرطی ساختن مشهود ترس یا فوبی در «آلبرت کوچولو» نمونه ای است از نحوه فراگیری فوبی. فرمول شرطی سازی اجتنابی براساس نظریه دو عاملی است که به وسیله مارر (۱۹۴۷) ارایه شده و بیانگر این است که فوبی در اثر دو مجموعه یادگیری مرتبط با هم ایجاد می شود.

۱- از طریق شرطی سازی کلاسیک، فرد یاد می گیرد که از محرک خنثی (CS) در صورت همایندی با رویداد تهدید کننده یا دردناک (UCS) بترسد.

۲- فرد یاد می گیرد که با فرار یا اجتناب از محرک خشتی (CS)، ترس شرطی شده را کاهش دهد. این نوع دوم یادگیری، شرطی سازی کنش گر (عامل) نامیده می شود. در اینجا، پاسخ در نتیجه پیامد تقویت کننده اش که همان کاهش ترس است، تداوم می یابد (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

سرمشق دهی. علاوه بر این که ممکن است گاهی ترس در اثر یک رویداد ناخوشایند آموخته شود، این امکان نیز وجود دارد که با تقلید واکنش های دیگران آموخته شود. بنابراین، برخی از انواع فوبی ها ممکن است، به جای تجربه ناخوشایند یک موضوع یا موقعیت ترس آور، از طریق سرمشق گیری کسب شوند. دامنه وسیعی از رفتار ها نظیر پاسخ های هیجانی ممکن است از راه مشاهده یک سرمشق حاصل شود. به یادگیری ترس از طریق مشاهده رفتار دیگران یادگیری جانشینی می گویند. یادگیری جانشینی می تواند از راه دستور العمل های کلامی صورت پذیرد. یعنی، علاوه بر مشاهده ترس فردی دیگر، این امکان نیز وجود دارد که واکنش های فوبیایی با شنیدن توصیفات آن شخص از مآوقع آموخته شود (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

ج) دیدگاه شناختی

عوامل شناختی نیز در شروع و نگهداری فوبی نقش دارند. بک و امری (۱۹۸۵) معتقدند که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی انتظار دارند که دیگران آنها را طرد یا به صورت منفی ارزیابی خواهند کرد. این زمانی که آنها پیرامون افرادی قرار دارند که ممکن است تهدید کننده باشند، به احساس آسیب پذیری منجر می شود. کلاک و ولز (۱۹۹۵) نیز معتقدند که این طرحواره های خطر افرادی که از لحاظ اجتماعی مضطرب هستند، باعث می شوند که انتظار داشته باشند به صورت ناشیانه و ناپسندی رفتار کنند که به طرد و از دست دادن مقام منجر خواهد شد. اینگونه انتظارات باعث می شوند که آنها به پاسخ های بدنی و خودانگاره های منفی در موقعیت های اجتماعی دل مشغول شوند و نحوه ای که دیگران اضطراب آنها را تشخیص خواهند داد را بیش از حد برآورد کنند. این اشتغال ذهنی در موقعیت های اجتماعی، حتی تا جایی که به ضربان قلب خود توجه می کنند، توانایی تعامل کردن ماهرانه آنها را مختل می کند. در نتیجه چرخه ای معیوب ممکن است ایجاد شود: توجه درونی افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و

رفتار نسبتاً ناشیانه آنها ممکن است باعث شود که دیگران به صورت نه چندان دوستانه به آنها واکنش نشان دهند و انتظارات آنها را تایید کنند (باچر، مینکا، و هولی، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷).

د) دیدگاه زیستی

نظریاتی که وصف آن رفت، عمدتاً محیط را عامل و مقوم فوبیها تلقی می کنند، ولی چرا برخی از افراد به رغم فرصت های مشابه یادگیری، دچار ترسهای نامعقول می شوند و برخی نه. شاید آنهایی که فشار روانی تاثیر مخربی بر آنها می گذارد، نوعی کژکاری زیستی دارند که به طریقی آنها را بعد از یک رویداد تنش زای خاص مستعد ظهور فوبی می سازد (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

عوامل نوروشیمیایی. موقعیت درمان های دارویی در درمان فوبی اجتماعی دو فرضیه نوروشیمیایی خاص در مورد دو نوع فوبی اجتماعی به وجود آورده است. اختصاصاً استفاده از آنتاگونیست های بتاآدرنژیک مثلاً پروپرانولول برای فوبی عملکرد (مثلاً صحبت برای جمع) به پیدایش نظریه آدرنژیک این فوبی ها منجر شده است. بیماران مبتلا به فوبی عملکرد ممکن است نسبت به افراد غیر فوبیک، نوراپیفرین و اپینفرین بیشتری، هم مرکزی و هم محیطی، آزاد کنند. یا چنین بیمارانی ممکن است به سطح نرمال تحریک آدرنژیک حساس باشند. مشاهده اینکه مهار کننده های مونو آمین اکسیداز در درمان فوبی اجتماعی منتشر ممکن است موثرتر از سه حلقه ای باشند، همراه با داده های پیش بالینی بعضی از پژوهشگران را به این فرض راهنمایی کرده است که فعالیت دوپامینرژیک با بیمارزائی این اختلال رابطه دارد. یک مطالعه غلظت پایین قابل ملاحظه ای همووانیلیک اسید را نشان داده است. مطالعه ای دیگر با استفاده از توموگرافی کامپیوتری با نشر فوقون واحد کاهش تراکم مکان باز جذب دوپامین هسته های قاعده ای را نشان داد. به این ترتیب، قرائنی حاکی از اختلال کارکرد دوپامینرژیک در فوبی اجتماعی وجود دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵، ترجمه پور افکاری، ۱۳۹۰).

عوامل ژنتیک. بستگان درجه یک افراد مبتلا به فوبی اجتماعی سه بار بیشتر از بستگان درجه یک افراد غیر مبتلا به اختلال روانی احتمال دارد به این اختلال مبتلا گردند. بعضی از داده های مقدماتی حاکی است که دوقلوهای یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی ابتلا توأم نشان می دهند، هرچند در

فوبی اجتماعی مطالعه دو قلو هائی که جدا از هم بزرگ شده اند برای کنترل عوامل محیطی اهمیت خاص دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵، ترجمه پور افکاری، ۱۳۹۰).

۲-۱-۳-۴. مدل های سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی

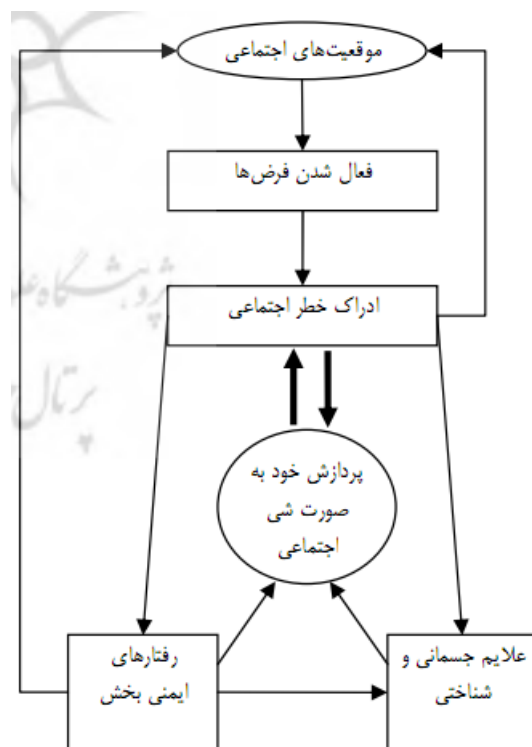
الف) مدل کلارک و ولز^۱

این مدل به طور اساسی سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی را تبیین نمی کند، بلکه اغلب تبیینی را برای تداوم اجتناب اجتماعی و ناراحتی ناشی از آن فراهم می سازد (شکل، ۱-۲). براساس مدل شناختی کلارک و ولز افراد به سه دسته باور معتقدند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵). ۱) قرار دادن استاندارد های بسیار افراطی برای خود «ضمن سخنرانی نباید حتی یک کلمه هم اشتباه کنم». ۲) باورهای مشروط درباره خود «اگر هنگام سخنرانی مکث کنم، دیگران فکر می کنند من احمقم». ۳) باورهای نامشروط درباره خود «من عجیب و غریب و ششکست خورده هستم». داشتن چنین باورهایی باعث می شود تا افراد، جهان اجتماعی را خطرناک ادراک کنند و به طور طبیعی علایم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب را تجربه کنند. داشتن این برنامه اضطراب تمرکز و توجه فرد را تغییر می دهد و فرد مضطرب اجتماعی خود را به عنوان شی اجتماعی پردازش می کند. آنها به جای تمرکز بر موقعیت اجتماعی به احساس خود و نحوه برخورد با دیگران توجه می کنند. این تغییر توجه منجر به تبعات منفی می شود. تجربه علایم فیزیولوژیکی و شناخت های منفی درباره خود جهان اجتماعی را تهدید کننده تر می نمایاند. توجه مفرط به علایم جسمانی، شدت آن علایم را بیشتر می کند. توجه افراطی بر خود باعث می شود تا به اطلاعات مهم در اطراف کمبود توجه شود، از این رو آنها افرادی با مهارت های اجتماعی ضعیف به نظر می رسند.

کلارک و ولز معتقدند که چندین عامل باعث می شود تا افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نتوانند باورهای خود را به بوته آزمایش بگذارند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵): عامل اصلی توجه متمرکز بر خود و تمایل به دیدن خود به عنوان شی اجتماعی است. عامل دوم رفتارهای ایمنی بخش است. گرچه اضطراب اجتماعی با اجتناب از موقعیت های اجتماعی و عملکردی همراه است، تعداد کمی از این افراد از لحاظ

¹ Clark DM, Wells A

اجتماعی کامل منزوی هستند. آنها با انتخاب و براساس ضرورت وارد موقعیت های اجتماعی می شوند، اما از استراتژی ها یا رفتارهای ایمنی بخش استفاده می کنند که اغلب اثرات متناقض دارد و به طور عملی باعث می شود تا احتمال وقوع پیامد منفی رفتار بیشتر شود و عامل مهم دیگر که نه در جریان موقعیت های اجتماعی بلکه در پیش بینی این موقعیت ها و حتی پس از وقوع آنها رخ می دهد. این افراد قبل از ورود به موقعیت ها، اضطراب انتظاری شدیدی را تجربه کنند. آنها میزان وقوع پیامهای منفی را بیش از حد تلقی می کنند، از این رو میزان توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی بخش افزایش می یابد. همچنین آنها دنبال داده های تایید کننده برای پیامدهای منفی هستند و توجه انتخابی بر این داده ها دارند. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی هنگام ترک موقعیت های اجتماعی درگیر ریشه یابی یا کالبد شکافی رفتار اجتماعی می شوند. آنها در ذهن خود به آنچه گفته و انجام داده اند، گاهی تا ساعت ها فکر می کنند. شکست های اجتماعی به سرعت کدگذاری می شوند و در موقعیت های بعدی به صورت سوگیرانه فعال می شوند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵)



شکل ۱-۲. مدل کلارک و ولز برای اختلال اضطراب اجتماعی

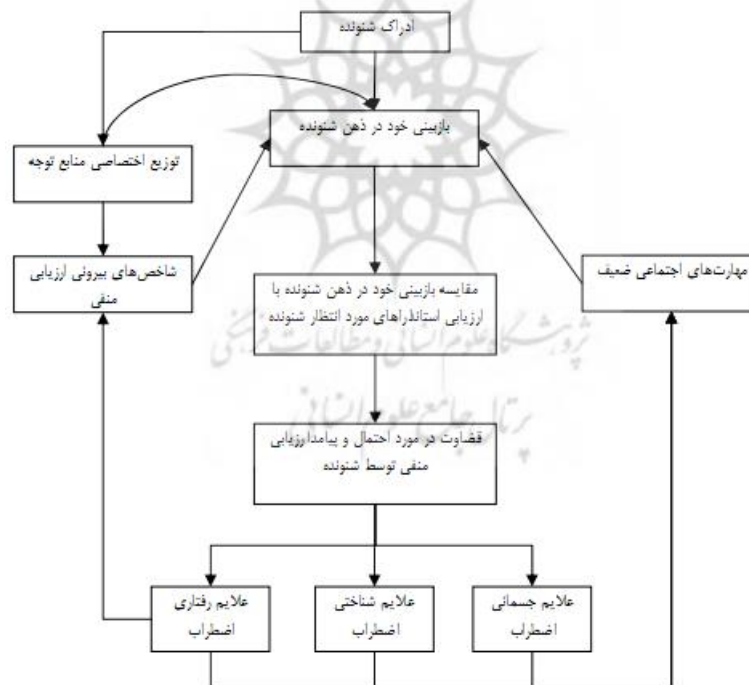
ب) مدل ریپی و هیمبرگ^۱

مدل شناختی - رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی که توسط ریپی و هیمبرگ ارائه شده است، فرایندهای شناختی سوگیرانه را در تداوم این اختلال مهم فرض می کند (شکل ۲-۲). این مدل بر این فرض است که پیش بینی موقعیت یا خود موقعیت مفروشه هایی را در ذهن افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فعال می کند. این افراد باور دارند که در موقعیت های اجتماعی به طور غیر موجه عمل خواهند کرد؛ به طوری که به پیامدهای اجتماعی نامطلوبی منجر می شود. آنها آن چه را که انتظار رخ دادن آن را دارند، در ذهن خود مرور می کنند، حوادث منفی گذشته را به خاطر می آورند و خودشان را در موقعیت های قلبی تصور می کنند و انتظار عملکرد ضعیف را از خودشان دارند. آنها تلاش می کنند تا این خطرات را با برگرداندن توجه به سمت خودشان و به سمت اطلاعات تهدید آمیز دریافت شده از محیط مدیریت کنند. در موقعیت های اجتماعی نیز استانداردهایی را برای خود قرار می دهند، چون بر این باورند که اطرافیان آنها را مورد ارزیابی قرار می دهند و ادراک خود را از عملکرد خودشان برخلاف استاندارد های مدرن خود ارزیابی می کنند. زمانی که آنها فکر می کنند به آن حد مطلوب نرسیده اند احتمال ارزیابی منفی افزایش می یابد و اضطراب آنها زیاد می شود. برانگیختگی جسمانی منجر به علائم عینی از قبیل سرخ شدن، تنش عضلانی و لرزش می گردد. آنها این علائم را بیش برآورد کرده اند و معتقدند که دیگران به صورت منفی به این علائم واکنش نشان می دهند. تمرکز بر روی علائم فیزیولوژیک و اعتقاد به پیامدهای منفی منجر به افت عملکرد اجتماعی می شود. بعد از واقعه نیز آنها تفسیرهای منفی از موقعیت می کنند، تفسیرهایی که تصویر خود منفی و انتظارات ضعیف از عملکردشان را در آینده تقویت می کند (ریپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷).

مدل ریپی و هیمبرگ بر این فرض استوار است که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اهمیت بسیار بالایی بر تاثیر بر دیگران قایلند، از این رو چنین دیدگاهی باعث می شود تا آنها را بیش از حد نقاد در نظر بگیرند. وقتی این افراد موقعیت های اجتماعی را پیش بینی می کنند یا وقتی در چنین موقعیت هایی

¹ Rapee RM, Heimberg RG

قرار می گیرند، تصویر ذهنی از این می سازند که توسط دیگران مورد نظاره قرار گرفته اند. تمامی این عوامل روی هم رفته منجر به تشدید اضطراب اجتماعی می گردد و باعث افت کارکرد فرد در موقعیت های اجتماعی و عملکردی می شود (ریپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷).



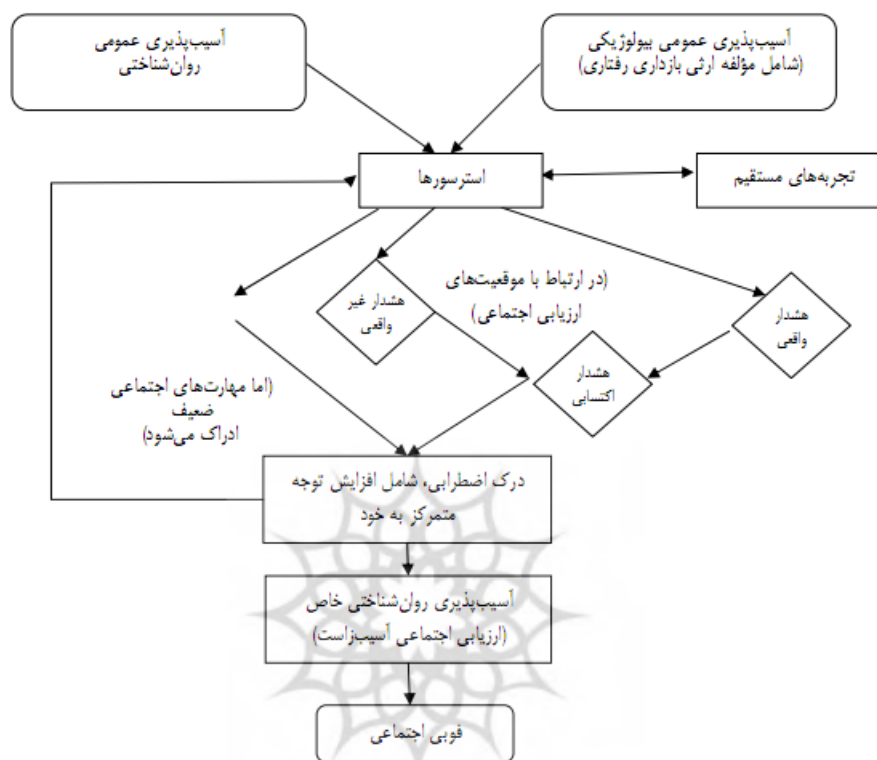
شکل ۲-۲. مدل هیمبرگ و ریپی برای اختلال اضطراب اجتماعی

ج) مدل هافمن و بارلو^۱

طبق این مدل، انسان ها از لحاظ تکاملی به خشم و انتقاد و سایر شاخص های طرد اجتماعی حساس هستند (هافمن و بارلو، ۲۰۰۲). از این رو اغلب انسان ها زمانی ترس را تجربه می کنند، ولی تعداد کمی از آنها مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می شوند. شکل گیری اختلال اضطراب اجتماعی مستلزم آمادگی بیولوژیکی و روان شناختی برای ادراک اضطراب است. براساس این مدل استعداد ژنتیکی برای اضطراب اجتماعی اختصاصی نیست، بلکه اغلب مرتبط با متغیرهای سرشتی خاص مثل خجالت است که ارتباط زیادی با اضطراب اجتماعی دارند. از دیگر عوامل پیشاینده ممکن برای ابتلا به اضطراب اجتماعی می توان از بازداری رفتاری نام برد که در پژوهش های زیادی تایید شده است.

¹ Hofmann SG, Barlow DH

مدل بارلو و هافمن فرض می کند که حوادث به نسبت جزئی زندگی مثل تعامل های اجتماعی یا عملکردی منجر به اضطراب می شوند (هافمن و بارلو، ۲۰۰۲)، به ویژه اگر هشدار با این وقایع پیوند یابد. سپس این عوامل زمینه را برای این که هشدارهای درست یا اشتباه شکل بگیرند، آماده می کنند. فرض آنها بر این است که هشدارهای صحیح اغلب به سمت زیرگونه نافرگیر (خاص، موقعیتی) اختلال اضطراب اجتماعی پیش می رود. هافمن و بارلو معتقدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نافرگیر مثل افراد مبتلا به فوبی خاص واکنش های ترس بیشتری را تجربه می کنند، در حالی که افراد در زیر گونه فراگیر پاسخ های اضطراب بیشتری را بروز می دهند و ممکن است که همراه با احساس های خجالت و شرم باشد. از این رو طبق مدل هافمن و براون زیرگونه فراگیر بدون هشدار رخ می دهد یا از طریق هشدارهای اشتباهی مرتبط با موقعیت های مرتبط با ارزیابی اجتماعی برانگیخته می شود. علاوه بر موارد ذکر شده، مهارت های اجتماعی ضعیف و نقش فرایندهای شناختی مثل توجه متمرکز بر خود اهمیت دارد که اغلب در تداوم اختلال موثر است (هافمن و بارلو، ۲۰۰۲).



شکل ۲-۳. مدل هافمن و بارلو برای اختلال اضطراب اجتماعی

(د) مدل کیمبرل^۱

مدل کیمبرل (۲۰۰۸) مبتنی بر نظریه حساسیت به تقویت (کرر^۲، ۲۰۰۴؛ مک نقتون^۳ و کرر، ۲۰۰۴) طراحی شده است (شکل ۴-۴). این نظریه مبتنی بر بیولوژی شخصیت است که سه زیر سیستم عمده در مغز را زیربنای تفاوت های فردی در افراد می داند. این سیستم های مغزی عبارت از سیستم جنگ-گریز-توقف، سیستم تماس رفتاری و سیستم بازداری رفتاری است. نظریه پردازان این حوزه ساختارهای مغزی متفاوتی را در هر یک از این سه سیستم دخیل می دانند و جایگاه های متفاوتی را در آسیب شناسی اختلال هیجانی در این سه سیستم فرض می کنند (کیمبرل، ۲۰۰۸).

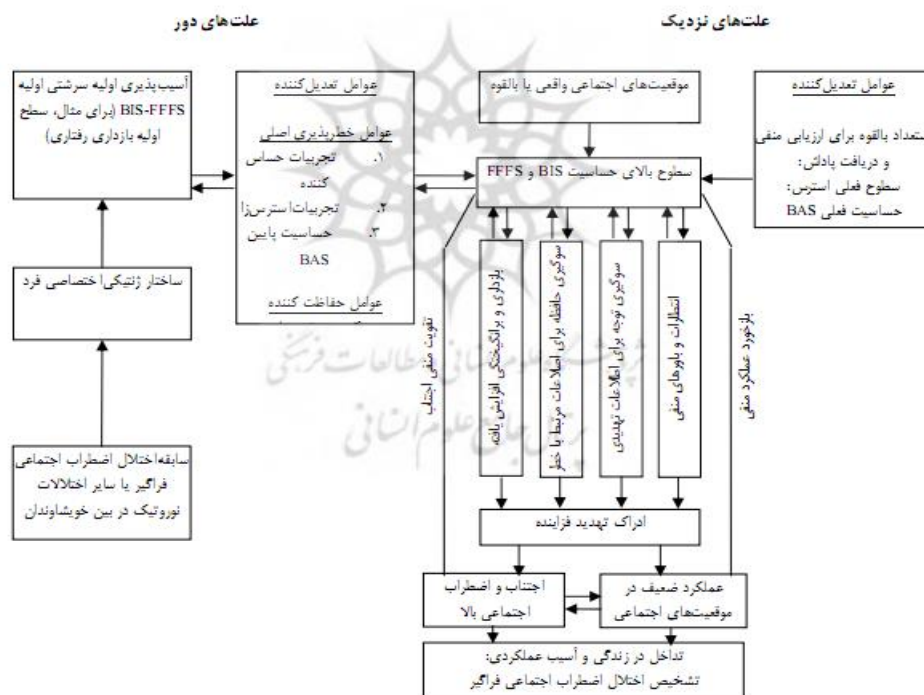
مدل کیمبرل بر این فرض است که هم علل نزدیک و هم علل دور باعث اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر می شود. علل دور شامل عوامل تاریخی است که به حساسیت بالای FFFS و BIS منجر می شود (برای مثال، ژن ها و تجربیات گذشته)، در حالی که علل نزدیک عواملی هستند که به طور مستقیم منجر به اضطراب و اجتناب اجتماعی می شود (برای مثال موقعیت های فعلی سطح حساسیت BIS و FFFS). مدل فعلی بر این فرض است که تمامی این عوامل به سبک متقابل و پیچیده ای با هم تعامل دارند و منجر به ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر می شوند (کیمبرل، ۲۰۰۸).

کیمبرل عوامل ژنتیکی، سرشت، تجربه های اجتماعی حساسیت زا و خوگیری زاف تجربه های استرس زا و حساسیت پایین BAS را جزئی عوامل دور برای شکل گیری و تداوم این زیر گونه از اختلال اضطراب اجتماعی معرفی می کند. علل نزدیکی که وی برای اجتناب و اضطراب اجتماعی معرفی می کند، عبارت از متغیرهای موقعیتی، تفاوت افراد در حساسیت FFFS و BIS و پردازش اطلاعات، استرسورها و عوامل نگهدارنده شامل پردازش سوگیرانه اطلاعات، رفتارهای اجتنابی و عملکرد ضعیف در موقعیت های اجتماعی می باشد (کیمبرل، ۲۰۰۸).

¹ Kimbrel NA

² Corr PJ

³ McNaughton N



شکل ۲-۴. مدل کیمبرل برای اختلال اضطراب اجتماعی

ه) مدل ریپی و اسپنس^۱

مدل ریپی و اسپنس، مدلی جامع براساس رویکرد ابعادی به اختلال اضطراب اجتماعی است (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴). این مدل فرض می‌کند که ترکیبی از عوامل ژنتیکی اختصاصی و مشترک به صورت هیجان‌مداری عمومی (عاطفه منفی یا نوروتیسم) ابراز می‌شوند. در این مدل، اضطراب اجتماعی در یک پیوستار بررسی می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی در انتهای پیوستار قرار می‌گیرد. از موضع ریپی و اسپنس عوامل ژنتیکی در سبب‌شناسی این اختلال مهم هستند. اگر چه عوامل ژنتیکی به صورت کلی در دیگر اختلالات هیجانی نیز نقش دارند، ولی این احتمال نیز وجود دارد که سهمی از واریانس به مسایل اجتماعی و محیطی مربوط باشد (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴).

علاوه بر این، عاطفه منفی پایین (برون‌گرایی و جامعه‌پذیری پایین) به عنوان ویژگی اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد و آن را از سایر اختلال‌های اضطرابی جدا می‌کند. ریپی و اسپنس معتقدند که برای اغلب افراد دو یا بیشتر از عوامل ژنتیکی به صورت مشترک در سوق دادن فرد به سمت اضطراب

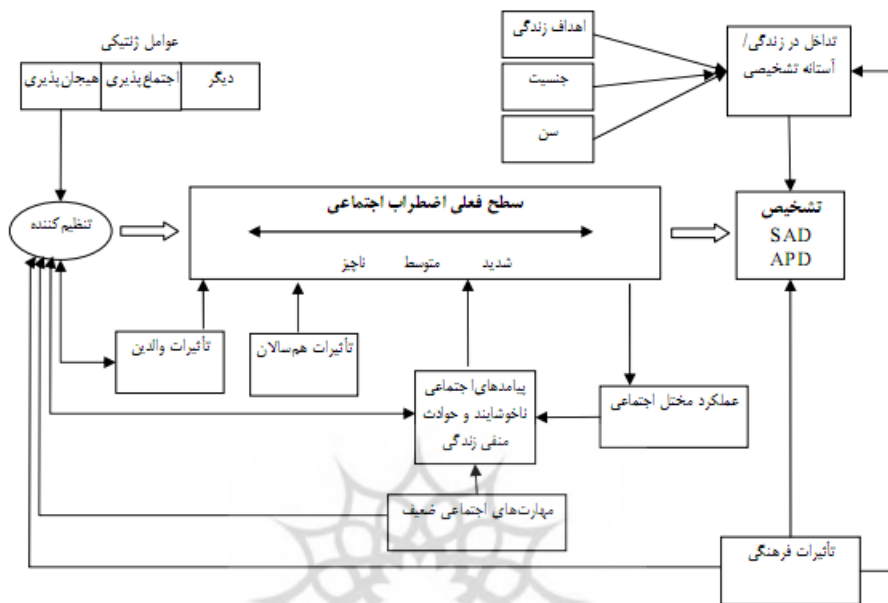
^۱ Rapee RM, Spence SH

اجتماعی نقش دارند (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴). این عوامل به صورت تنظیم گر عمل می کند. تنظیم کننده به درجه ای از اضطراب اجتماعی در فرد اشاره دارد که تا حدودی ثابت و پایدار است. عوامل بسیاری به ویژه، عوامل محیطی باعث نوسان در فرد در طول پیوستار می شود. اما هر حرکت در این پیوستار به آسانی رخ نمی دهد. این اندازه از ثبات به این معنا نیست که تنظیم گر ثابت و غیر قابل تغییر است. قدرت عوامل محیطی که گاهی خود را در تغییرات پایدار در نوع بروز اختلال اضطراب اجتماعی (در باورها، سوگیری ها، سبک های رفتاری و حتی نورویولوژی)، بسته به زمان وقوع (دوره های خاص آسیب پذیری)، میزان اثر (شدت آن عامل و معنای آن برای فرد) و مزمن بودن آن (طول دوره) خور را نشان می دهد (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴).

ریپی و اسپنس (۲۰۰۴) معتقدند که هر گونه تغییرات در نحوه بروز اختلال اضطراب اجتماعی که به علت عوامل محیطی رخ می دهد، کم و موقتی است. به عبارت دیگر، وقتی عوامل محیطی متوقف می شود، تمایله برگشت به سمت تنظیم کننده رخ می دهد. تاثیر عواملی چون تعاملات والد/کودک نیز در اختلال اضطراب اجتماعی قابل توجه است. حمایت افراطی والدین، فرزندان از آنها به طور معنی دار در افراد تاثیر می گذارد. چنین تعاملاتی همچنین از طریق ایجاد باورهایی مثل (دیگران منتقدند، من مهارت ندارم)، بر تداوم مساله کمک می کنند. ریپی و اسپنس معتقدند که تعامل والد/کودک به صورت فرایند چرخشی رخ می دهد که در آن سرشت کودک به نوبه خود بر نحوه رفتار والد با فرزند تاثیر می گذارد و در مواقعی که این چرخه به صورت معیوب شکل می گیرد، به تشدید مشکل می انجامد. با بزرگ تر شدن کودکان تاثیر همسالان نیز بر رفتارهای آنها بیشتر می شود. کودکان هیجانی و کناره گیر به احتمال بیشتری طرد شده اند و نادیده گرفته می شوند یا مورد آزار و اذیت همسالان خود قرار می گیرند. این عوامل نیز تاثیر اندکی تنظیم کننده دارند، اما زمانی که اختلال اضطراب اجتماعی شکل می گیرد، این عوامل واریانس زیادی را تبیین می کند. تجربه های منفی زندگی و تجربه های یادگیری خاص نیز موقعیت فرد را در پیوستار تحت تاثیر قرار می دهد ریپی و اسپنس در اشاره به نقش رفتارهای اجتماعی اختلال در عملکرد اجتماعی را که به دلیل اضطراب رخ می دهد، از مهارت های اجتماعی ضعیف است که به دلیل کمبود توانایی اجتماعی (نقص دانش یا نقص در درونی کردن دانش و عمل به

آن) از هم متمایز می کنند (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴). طبق این مدل، کمبود توانایی اجتماعی نقش علی کمتری در اختلال اضطراب اجتماعی دارد. اما از آن جایی که مهارت اجتماعی یک عامل درونی است، بر روی محیط تاثیر خواهد گذاشت و در بلند مدت اضطراب اجتماعی را تحت تاثیر قرار خواهد داد این مدل همچنین به نقش عوامل فرهنگی در اضطراب اجتماعی تاکید کرده است. معیارها و هنجارهای فرهنگی در بروز اضطراب اجتماعی نقش ویژه ای دارند. به عبات دیگر، پیوستار زیر بنایی اضطراب اجتماعی در فرهنگ ها به نسبت ثابت است. در فرهنگ های مختلف اهمیت رفتار اجتماعی، نقش جنسیت و تعریف مشکل متفاوت است (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴).

طبق این مدل تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی یا اختلال شخصیت اجتنابی (اضطرابی) بستگی به این دارد که فرد در چه جایگاهی از این پیوستار قرار بگیرد و اختلال چه میزان از ناراحتیف تداخل و آسیب را در زندگی فرد ایجاد کند (ریپی و اسپنس، ۲۰۰۴). مشخص است که مداخله در زندگی تحت تاثیر شدت اختلال، سن، جنسیت و اهداف زندگی و فرهنگ قرار دارد.



شکل ۲-۵. مدل ریپی و اسپنس برای اختلال اضطراب اجتماعی

۲-۳-۵. درمان اختلال اضطراب اجتماعی

الف) رویکردهای روان کاوی

در مجموع تمامی درمان های روان کاوی برای فوبیها سعی دارند از تعارضات واپس رانده ای که فرض می شود زیربنای ترس و اجتناب شدید در این اختلالات هستند، پرده بردارند. از آنجایی که فوبی فی نفسه نشانه ای از تعارضات زیربنایی تلقی می گردد معمولاً مستقیماً روی ان کای نمی شود. در حقیقت، اقدام مستقیم برای کاهش اجتناب ناشی از فوبی امری غیر مجاز است، چرا که تصور می رود رفتار فوبیایی، فرد را از تعارضات واپس رانده ای که مواجهه با آنها بسیار دردناک است، دور نگه می دارد (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

روان کاو به لطایف الحیل از فنونی استفاده می کند که بنا به سنت در خدمت رفع واپس رانی هستند. در طی فرایند تداعی آزاد، روانکاو به دقت به سخنان بیمار گوش می دهد تا سرنخی در ارتباط با فوبی پیدا کند. همچنین او می کوشد برگه هایی دال بر خاستگاهای واپس رانده فوبی در محتوی آشکار رویاها بیابد. اینکه به اعتقاد روانکاو ریشه واپس رانی ها دقیقاً چه هستند، بستگی به نظریه روان کاوی خاصی دارد که او از آن تبعیت می کند. یک روان کاو راست آئین در جستجوی تعارضات مربوط به تمایل جنسی و پرخاشگری است. در حالی که روان کاوی که از نظریه بین فردی آرتی پیروی می کند، بیمار را تشویق به واری ترس فراگیر خویش از دیگران می کند (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

تحلیل گران معاصر ایگو، کمتر بر بینش های تاریخی تاکید دارند و بیشتر بیماران را تشویق به مقابله با فوبی می کنند. با وجود این، آنان کماکان فوبی را ناشی از مشکلات قبلی می دانند. الکساندر و فرنچ در کتاب کلاسیک خود تحت عنوان درمان روان کاوی (۱۹۴۶) از «تجربه عاطفی اصلاحی» در درمان سخت به میان آورده اند. منظور آنها، مواجهه بیمار با موضوع ترس آور است. آنها دریافته بودند که «فروید هم به این نتیجه رسیده بود که در درمان برخی از بیماری ها (برای مثال، فوبی) زمانی فرا می رسد که روانکاو باید بیمار را ترغیب کند تا به فعالیت هایی بپردازد که قبلاً از آنها اجتناب می ورزیده است» (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

ب) درمان های رفتاری

سه درمان کلاسیک وجود دارند که معلوم شده در مورد فوبی بسیار نتیجه بخش هستند: حساسیت زدایی منظم، غرقه سازی، و سرمشق گیری (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

حساسیت زدایی منظم. حساسیت زدایی منظم اولین درمان رفتاری عمده ای است که به طور گسترده در درمان فوبی به کار رفت (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹). حساسیت زدایی منظم، موثر و کوتاه مدت است، و معمولاً حداکثر چندماه طول می کشد. این روش شامل سه مرحله است: آموزش آرمیدگیف تهیه سلسله مراتب، و شرطی سازی تقابلی. ابتدا درمانگر آرمیدگی عضلانی عمیق را به بیمار فوبیک آموزش می دهد، روشی که طی آن بیمار با چشمان بسته می نشیند یا دراز می کشد، به طوری که تمام عضلات او کاملاً آرمیده هستند. این حالت آرمیدگی در مرحله سوم برای خنثی کردن ترس به کار خواهد رفت، زیرا اعتقاد بر این است که افراد نمی توانند عمیقاً آرمیده باشند و همزمان در حالت ترس باشند (یعنی، ترس و آرمیدگی پاسخهای ناسازگار هستند). در مرحله دوم، بیمار با کمک درمانگر، سلسله مراتبی از موقعیتهای ترسناک را تهیه می کند که در آن وحشتناک ترین صحنه ممکن در بالاترین رده و صحنه ای که کمترین مقدار ترس را فراخوانی می کند، در پایین ترین رده قرار می گیرند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

مرحله سوم، ترس از موضوع فوبیک را با شرطی سازی تقابلی تدریجی برطرف می کند؛ به این صورت که باعث می شود پاسخ که با ترس ناسازگار است، همزمان با CS ترسناک رخ دهد. بیمار وارد آرمیدگی عمیق می شود، و به طور همزمان اولین صحنه موجود در سلسله مراتب را که کمترین برانگیختگی را ایجاد می کند، تجسم می نماید. این کار دو نتیجه دارد. اولاً، CS آمبولانس ها را با فقدان US آسیب زای اصلی همایند می کند. ثانیاً، پاسخ جدید، آرمیدگی، که پاسخ قدیمی ترس را خنثی می کند، در حضور CS رخ می دهد. این عمل تا زمانی که بیمار بتواند صحنه اول سلسله مراتب را بدون هیچگونه ترس تجسم کند، تکرار می شود. بعد، صحنه دوم که اندکی بیشتر از صحنه اول ترس را فراخوانی می کند، با آرمیدگی همایند می شود. و بدین ترتیب بیمار به شیوه خاموشی تدریجی در این سلسله مراتب پیش می رود تا به وحشتناک ترین صحنه برسد. در این جا نیز بیمار دوباره خود را آرام می کند و آخرین صحنه را تجسم می نماید. وقتی بیمار بتواند این کار را بدون هیچگونه ترسی انجام

دهد، می توان او را با مورد واقعی که در بالای سلسله مراتب وی قرار دارد مواجه کرد و به این طریق او را در زندگی واقعی امتحان کرد. در صورتی که بیمار بتواند حضور واقعی در وحشتناک ترین بخش سلسله مراتب را تحمل کند، درمان موفقیت آمیز دانسته می شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

غرقه سازی. در شیوه غرقه سازی، بیمار فوبیک، معمولاً با تشویش زیاد، موافقت می کند که موقعیت فوبیک را تجسم کند یا بدون اینکه بکوشد از آن فرار کند، برای یک دوره طولانی در حضور آن بماند. در مجموع ثابت شده است که غرقه سازی از نظر آثار درمانی با حساسیت زدایی منظم برابری می کند، و حتی گاهی اوقات از آن برتر است. وقتی که بیمار را وادار به آزمودن واقعیت و ماندن در موقعیت فوبیک می کنند، و بدین ترتیب پی می برد که هیچ فاجعه ای اتفاق نمی افتد، معمولاً فوبی خاموش می شود. این مستقیماً فرضیه ای را تایید می کند که می گوید فوبی ها به این علت پدیدارند که بیمار در زندگی واقعی از موقعیت فوبیک اجتناب می کند، بنابراین چون متوجه نمی شود که این موقعیت بی ضرر است، خاموشی صورت نمی گیرد (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

سرمشق گیری. سومین درمان موثر برای فوبی ها سرمشق گیری است. معمولاً در این شیوه بیمار فوبیک فردی را مشاهده می کند که فوبیک نیست و رفتاری را انجام می دهد که بیمار فوبیک خود قادر به انجام آن نیست. مثلاً بیمار مبتلا به فوبی مار بارها الگویی را مشاهده می کند که به یک مار واقعی نزدیک می شود، آن را بلند کرده و نوازش می کند. بیمار فوبیک وقتی که می بیند طرف مقابل او صدمه نمی بیند، از این موقعیت کمتر دچار ترس می شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

ج) دیدگاه شناختی

در فوبیهای اجتماعی، روشهای شناختی - که گاهی با آموزش مهارت های اجتماعی توأم می شوند - نوید بخش هستند. افراد مبتلا به فوبیها های اجتماعی از راهبردهای درمانی مبتنی بر دیدگاههای ایس و بک، هر دو سود می برند. یعنی، درمانگر می تواند آنها را ترغیب کند تا با دقت بیشتری واکنش های دیگران را نسبت به خود، ارزیابی کنند. در سالهای اخیر، با علم به اینکه بسیاری از افراد مبتلا به فوبی

اجتماعی به قدر کافی از مهارت های اجتماعی برخوردارند و لیکن به خاطر افکار خود شکن خویش قادر به ابراز آنان نیستند، توجه فزاینده ای به رویکردهای شناختی مبذول شده است. وقتی رویکردهای شناختی با روش مواجهه با موقعیت های ترس آور ادغام می شوند- به ویژه در نشستهای گروه درمانی- معلوم شده که بیش از هر درمان دیگری مفید واقع می شوند (دیویسون و کرینگ، ۲۰۰۷؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۹).

د) دارو درمانی

به نظر نمی رسد که دارو ها در مورد فوبی اجتماعی چندان مفید باشند. بازدارنده های MAO تا اندازه ای سودمند بوده اند. تقریباً ۶۰ درصد بیماران تحت تاثیر این دارو بهبود می یابند. ام این اثر موقتی است، و زمانی که دارو قطع می شود، نرخ برگشت بیماری بالاست. علاوه بر این بازدارنده های MAO عوارض جانبی خطرناکی دارند. با مصرف دارو های ضد اضطراب قویتری چون آلپرازولام و بتابلوکرها، بهبودی نسبتاً کمتری (حدود ۵۰ درصد) به دست می آید. اما باز هم، نرخ برگشت بیماری بسیار بالاست، و این داروها عوارض جانبی چشمگیری دارند. نرخ بالای برگشت بیماری در اثر قطع دارو، بیانگر اثر سطحی آنها بر اضطراب افرا فوبیک است (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۳۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

۲-۲. تصویر بدنی

۱-۲-۲. مفهوم تصویر بدن

تصور از بدن، پدیده پیچیده ای است که در دهه های اخیر توجه اندیشمندان را از حوزه های گوناگون به خود جلب کرده است (گارنر^۱ و همکاران، ۱۹۸۰). این اصطلاح نخستین بار توسط عصب شناس و روانکاو استرالیایی پل شیلدر در کتابش به نام "تصویر و ظاهر بدنی انسانی" (۱۹۳۵) به کار رفت. اگر چه این اصطلاح در رشته های مختلف مثل پزشکی، روان شناسی، روان پزشکی، روانکاوی، فلسفه، مطالعات فرهنگی و مطالعات فمینیستی وجود دارد اما معنای ثابت و اجماعی در همه این رشته ها ندارد.

¹ Garner, D

بنابراین این مفهوم بسیار مورد توجه قرار گرفته اما تعریف واحدی برای آن ارائه نشده است. برای مثال، نزلک^۱، (۱۹۹۹) نگرش نسبت به بدن را شامل یک خودنگری مرتبط با بدن می‌داند و به عزت نفس، اعتماد میان فردی، رفتارهای ورزشی و غیره نسبت می‌دهد. براون^۲ و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند تصور از بدن به درجه رضایت و نارضایتی مردم از ظاهر و بدن برمی‌گردد. کش^۳ و استراچن^۴ (۲۰۰۲) تصور از بدن را به احساسات شخصی در رابطه با بدن و ظاهر فیزیکی مربوط می‌داند. بحث در رابطه با تصور از بدن بیشتر به سمت بررسی نارضایتی از بدن پیش رفته است. این نارضایتی در بین جوانان و نوجوانان بسیار بیشتر است (هوانگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، تصویر بدنی از خود به معنای احساسات فرد درباره جذابیت های زیبایی ظاهری و جنسی خود است. به عبارت روشن تر به این معناست که فرد بدن خود را چگونه می بیند و چه احساسی درباره آن دارد و نیز فکر می کند دیگران بدن او را چگونه می بینند (هوانگ و همکاران، ۲۰۰۷).

به عبارت دیگر، تصویر بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمی و ادراکی و نگرش نسبت به آنها را در بر می گیرد (بروزنسکی و بایر^۶، ۲۰۰۵). ابعاد اصلی این نگرش ها شامل مولفه های ارزیابی (نارضایتی از بدن)، سرمایه گذاری (خود طرحواره های ظاهری و اهمیت ظاهر ایده آل درون سازی شده) و عواطف است (کش و همکاران، ۲۰۰۴).

بنابراین اگر چه تصویر ذهنی از بدن ساختار چندبعدی دارد ولی غالباً به صورت درجه ای از رضایت ظاهر فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف می شود. که شامل عدم اختلاف بین تصویر بدنی کنونی و تصویر بدنی ایده آل است (لوین و پرین^۷، ۲۰۰۴).

۲-۲-۲. مولفه های تصویر بدنی

¹ Nezlek. J. B

² Brown, T. A

³ Cash, T. F

Strachan, M. D.

⁵ Huang, J

⁶ Borzekoeski, D.L. & Bayer, A.M

⁷ Levine M, Piran N

۱. آنگونه که فرد خود را می بیند (جنبه مفهومی)؛ تصویر ما از بدنمان همیشه آن طوری نیست که واقعاً بدنمان هست. برای مثال بسیاری بدن خود را چاق تر یا لاغر تر یا بزرگ تر از آن که هست می بینند.

احساسی که فرد درباره بدن خود دارد (جنبه احساسی)؛ هرکدام ما احساس خاصی نسبت به ظاهر بدن خود داریم. تصویر احساسی از بدن به میزان رضایت و یا عدم رضایت فرد از ظاهر عمومی، وزن، فرم و یا حتی قسمت های خاصی از بدن وی بر می گردد.

۲. تفکرات و باورهایی که فرد درباره بدنش دارد (جنبه شناختی)؛ احساسی که ما درباره بدنمان داریم غالباً با باورها و افکار خاصی همراه هستند. ما وقتی درباره بدن خودمان ناراضی هستیم که فکر می کنیم شکل، رنگ یا سایز خوب و متوازن و زیبایی ندارد. یعنی تعریف و باور خاصی نسبت به درست، خوب، زیبا، متناسب و جذاب بودن بدن یک دختر یا پسر و یا یک زن و یا مرد در سن خودمان داریم.

۳. کارهایی که فرد به دلیل تصور بدنی ای که از خود دارد انجام می دهد یا نمی دهد (جنبه رفتاری)؛ غالباً احساسات منفی و نارضایتی نسبت به بدنمان می تواند باعث شود که ما از برخی کارها و فعالیت ها کناره بگیریم مثل ورزش کردن یا شنا کردن با دیگران و یا حتی انجام کارها و فعالیت هایی که در آن ها خوبیم چون ما را در مرکز نگاه و توجه دیگران قرار می دهد (آلتا^۱، لودن^۲ و لیلی^۳، ۲۰۰۷).

۳-۲-۲. عوامل موثر بر تصویر بدنی

خانواده. اولین عامل تأثیر گذار بر تصویر بدنی است. در سالهای اولیه زندگی رفتار کودک تحت تأثیر خانواده است و هر آنچه کودک در این سالها شاهد آن است بر اعتقادات او تأثیر می گذارد. هنگامی که والدین پسری را مورد تحسین قرار می دهند که بدنی عضلانی و قدی بلند دارد (حتی اگر ویژگی ظاهری او را مستقیماً بیان نکنند) به صورت غیر مستقیم این ایده را پدید می آورند که یک پسر ایده آل

¹ Alta, N

² Ludden A

³ Lally, M

پسری است که از نظر ظاهر چنین ویژگی هایی داشته باشد. والدین اغلب آگاه نیستند که این موارد تا چه اندازه می تواند بر احساس فرد از خود تأثیر گذار باشد. اسباب بازی که کودکان استفاده می کنند از موارد دیگری است که بر روی حس فرد و فیزیک مورد علاقه یا تنفر کودک اثر می گذارد (گروگان^۱، ۲۰۰۸). از اسباب بازی هایی که امروزه مورد توجه است عروسک باربی برای دختران و سوپرمن و بت من برای پسران است. بخشی از بازی کودکان این است که خود را به جای این شخصیتها می گذارند و آنها را درونی می کنند و این احتمال وجود دارد که داشتن این نوع تصویر بدنی برای آنها به صورت یک خواسته در آید.

دوستان. با وارد شدن کودک به جمع دوستان و همسالان، نقش خانواده کمرنگ تر شده و این جمع جدید تأثیر بیشتری بر کودک خواهند گذاشت. در این دوره تصویر فرد از خود بسیار اهمیت می یابد، چراکه چگونه به نظر رسیدن از سوی سایرین برای نوجوان بسیار مهم است (گروگان^۲، ۲۰۰۸).

رسانه ها . قبل از به وجود آمدن تلویزیون و سایر رسانه های جمعی اینکه افراد از نظر سایرین چگونه به نظر می آیند، کمتر مورد توجه بود، ولی امروزه رسانه ها به دلیل ارائه فیزیک غیر واقعی مورد انتقاد واقع می شوند. آنها به گونه ای لاغری را تبلیغ می کنند که دیدن هر گونه فیزیک بدنی دیگر غیر طبیعی به نظر می رسد. حال آنکه تنها ۵٪ افراد دارای چنین مشخصاتی هستند. امروزه شاهد هستیم که زنانی با وزن نرمال روز به روز لاغر تر و مردانی با ظاهر مناسب روز به روز عضلانی تر می شوند. رسانه ها با تبلیغاتی که درباره شکل بدن ارائه می دهند، می توانند بر روی احساس فرد از خود تأثیر گذارند (مارتین^۳، برت^۴ و روبینا^۵، ۲۰۱۰).

عوامل اجتماعی-فرهنگی. بسیاری از تحقیقات که به جذابیت فیزیکی پرداخته اند بیشتر به جذابیت صورت توجه کرده اند. چرا که معمولاً به ادراک و دیدگاه سایرین نسبت به جذابیت فیزیکی فرد

¹ Grogan, S

² Grogan, S

³ Martin, S

⁴ Brett A. S

⁵ Robina X

پرداخته می شود و در ارتباط میان افراد صورت همواره اطلاعات بیشتری نسبت به بقیه اعضا منعکس می کند. از سوی دیگر ظاهر صورت نسبت به دیگر اعضای بدن از تغییر کمتری بر خوردار بوده و ثبات بیشتری دارد و نیز تحقیقات اخیر نشان داده اند که در طبقه بندی اجتماعی جذابیت کلی با جذابیت صورت توصیف می شود. در کشور ما نیز به خصوص در مورد بانوان علل فرهنگی و مذهبی به این دلایل اضافه شده است. با این وجود با تغییر نسل ها و نیز دیدگاه افراد این مساله نیز تحت تاثیر قرار گرفته و توجه به سایر اعضای بدن نیز بیشتر شده است و مدل های مختلف لباس و مانتو و شلوار خود مصداق این مطلب است (گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵).

جنسیت. اختلاف جنسیتی در تصویر بدنی از خود در میان زنان و مردان دیده می شود. در مجموع زنان در طول زندگی بیشتر از مردان از تصویر بدنی خود ناراضی هستند. با این وجود به نظر می رسد که مردانی که از این حیث ناراضی اند آسیب پذیری بیشتری دارند اگر چه زنان ناراضیتی خود را بیشتر بروز می دهند. شاید دلیل این امر این باشد که مردان این روزها بیشتر توسط رسانه ها مورد توجه و داوری قرار می گیرند. درست است که زنان برای زمانی طولانی از این حیث مرکز توجه بوده اند اما شاید همین امر حساسیت آنان را نسبت به موضوع و آسیب پذیریشان را کم تر کرده است. تحقیقات جدید نشان می دهد که بسیاری از مردان علاقه مندند که بدنی عضلانی تر از آنچه هستند داشته باشند. رویای مردان آسیایی افزایش تراکم وزن تا ۱۲ کیلو و مردان آمریکایی تا ۱۴ کیلو به دلیل عضلانی شدن است (پوپ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). این به دلیل مفهومی است که آنان از مردانگی دارند. تحقیقات نشان داده اند که ایده آل ها و ویژگی هایی که به نحو سنتی مردانه تلقی می شوند موجب می شود تا مردان بدن عضلانی تری را طلب کنند. ارتباط میان مردانگی و بدنی عضلانی بر اساس شخصیت های قدرتمند با بدن های عضلانی در فیلم ها و کارتون های اکشن از سال های نخستین زندگی در پسران نهادینه می شود. این در حالی است که زنان بیشتر به فرم بدن توجه دارند و ایده آل آن ها باریک بودن حتی در میانسالی است (فرارو^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). البته تحقیقات نشان می دهد که تصویر بدنی زنان از خود با

¹ Pope, H.G

² Ferraro, F

بالا رفتن سن آن‌ها اهمیت خود را از دست می‌دهد. بیشترین توجه به این مسأله در زنان در سن بلوغ و اوان جوانی است، زنان در سنین بالاتر بیشتر متوجه کارکرد بدن هستند اما مردان با بالا رفتن سن بیشتر از وضعیت خود ناخرسند می‌شوند (ملر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد دلیل این باشد که با بالا رفتن سن زنان آن‌ها احساس فشارهای اجتماعی کمتری برای انطباق آن‌ها با بدن ایده‌آل می‌کنند اما مردان با کاهش توانایی جسمی و جنسی عدم رضایتشان بیشتر می‌شود (باکر و ایال^۲، ۲۰۰۹). باز آن‌جا که زنان و مردان در سنین مختلف از این جهت احوال مختلفی دارند به نظر می‌رسد که بر اساس جنسیت و نه سن می‌توان نارضایتی از بدن و عوامل فرهنگی و اجتماعی وابسته به آن را توضیح داد (اسنولا^۳، ۲۰۱۰).

۲-۴. مراحل رشد تصویر بدن براساس دیدگاه پیازه

یکی از بهترین مراحل رشدی که می‌توان در قالب آن مراحل رشد تصویر بدنی را توضیح داد، مراحل رشد شناختی پیازه است.

مرحله پیش از دبستان (۵-۰) سالگی. شامل دو مرحله حسی - حرکتی و پیش اجرایی است. در مرحله حسی - حرکتی کودک توسط حس‌های مختلف؛ بینایی و شنوایی و بویایی و لامسه و از محیط شناخت بدست می‌آورد، بنابراین رشد تصویر بدنی ناشی از تجربیات حسی کودک است. در این مرحله کودک متوجه کاربرد اعضا می‌شود (مثلاً دست برای برداشتن عروسک). در پایان یک سالگی کودک خود را به عنوان موجودی جدا از سایرین به خصوص والدین می‌یابد. علاقه کودک به نگاه کردن به آئینه افزایش پیدا می‌کند. در این مرحله اگر به کودک عکسش را نشان دهند، نام خود را تکرار می‌کند و تشخیص می‌دهد که یک سیمای مستقل و متمایز دارد. سپس رفتارهای مربوط به خود آگاهی مثل خجالت کشیدن رشد می‌کند که می‌تواند مقدمه‌ای برای رشد عزت نفس و ارزیابی تفاوت میان تصویر واقعی خود و تصویر ایده‌آل از خود باشد (کش و پوزینسکی^۴، ۲۰۰۴).

¹ Mellor, D

² Baker, L; Eyal G

³ Esnaola, I

⁴ Pruzinsky, T

در مرحله پیش اجرایی کودک از تفاوت میان جنسیت آگاه بوده و نیز قادرند با القابی مانند: کوچک، بزرگ، خوب و بد خود را توصیف کنند. کودک در این مرحله شروع به سمبل سازی می کند و از کلمات بیشتری در توصیف خود استفاده می کند. ادراک کودک در این مرحله کاملاً عینی است و در مورد افراد با توجه به ظاهر آنها قضاوت می کند (کش و پوزینسکی، ۲۰۰۴).

مرحله دبستان (۵-۱۱) سالگی. (مرحله عملکرد عینی) در این مرحله تعامل کودک با دوستان و همسالان افزایش یافته و از آنها تأثیر می پذیرد. در این مرحله پدیده هایی مثل طبقه بندی و نگهداری شکل می گیرد. توانایی طبقه بندی و سازماندهی می تواند مقدمه ای برای مقایسه شدن با دیگران و رشد پذیرش خود ایده آل باشد و به کودک در نزدیک تر شدن به طرحواره کلی و قضاوت های ارزشمند تر کمک خواهد کرد. در حدود سن ۷ سالگی به خصوص تفاوت ظاهری زیاد میان یک کودک با سایرین می تواند سبب کاهش عزت نفس شده و مقدمه ای برای ایجاد اختلال کم اشتها یا عصبی باشد (کش و پوزینسکی، ۲۰۰۴).

نوجوانی و جوانی (۱۱ سالگی به بعد). این مرحله سن تغییرات بزرگ است. در این مرحله اگر نوجوان عزت نفس سالمی داشته باشد، به خوبی با استرس و تغییرات این سن کنار می آید. پیازه این مرحله را مرحله اجرایی می داند. تفکر انتزاعی در این سنین رشد کرده و نوجوان بیش از واقعیات، به آنچه ممکن است اتفاق بیافتد توجه می کند. در اواخر نوجوانی آنها با ویژگی های پایدار تری خود را توصیف می کنند، خود پذیری منعطف تر بوده و به نقش آنها به عنوان دوست، دانش آموز و غیره بستگی دارد. در این دوره با توجه به تغییرات فیزیکی زیادی که وجود دارد، در احساسی که نسبت به خود دارند بسیار آسیب پذیر هستند. در توصیف خود حتماً از ویژگی فیزیکی خود یاد خواهند کرد. در واقع طی رشد خود پذیری، زمینه قومی و نوع جامعه می تواند در ایجاد یک الگوی خوب فرهنگی موثر باشد، در غیر این صورت نوجوان ویژگی سایر فرهنگ ها را به عنوان الگو انتخاب می کند (کش و پوزینسکی، ۲۰۰۴).

۵-۲-۲ دیدگاه تامپسون

تامپسون (۲۰۰۴) معتقد است تصویر بدنی بدان چه فرد واقعا شبیه آن است، یعنی به شکل ظاهری فرد مربوط نمی شود، بلکه به ارتباط ویژه فرد با بدنش مربوط است، بخصوص به باورها، ادراکات، افکار، احساسات، و فعالیتهای فرد که با ظاهر فیزیکی او ارتباط دارد. تصویر بدنی تصویر ذهنی فرد از اندازه شکل و فرم بدن است شامل احساسی است که فرد درباره ویژگی ها و ساختارها اجزای بدنش دارد. به دیگر سخن، تصویر بدنی بیانگر نگرش شخص درباره بدنش است. تصویر بدنی، این نیست که چطور به نظر میرسیم، بلکه دیدگاه درونی خودمان، از این که چطور به نظر میرسیم، اینکه ما فکر می کنیم چطور به نظر دیگران می رسیم و اینکه چه احساسی درباره دید خودمان داریم، است. مفهوم تصویر بدنی ثابت نیست و تعریف فرد از تصویر بدنی آرمانی اش در سراسر عمر تغییر می کند. این نگرش ها تحت تاثیر دامنه ای از متغیرها مانند بازنمایی رسانه ها، رسوم فرهنگی و نگرش های دوستان تغییر شکل می یابد. این تغییر دیدگاه ها معمولا با تغییر احساسات و افکار همراه است و حتی ممکن است در موقعیت های مشخص، رفتار شخص را تغییر دهد (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از مبعث زمانی، ۱۳۹۰). طبق نظر تامپسون و همکاران (۲۰۰۴) یک مدل پیوستاری بهترین شیوه برای مفهوم سازی تصویر بدنی است. یک اختلال اختصاصی ممکن است شکل های بسیاری به صورت ادراکی، ذهنی (شناختی یا عاطفی) و رفتاری به خود بگیرد. عنصر ادراکی تصویر بدنی مختل شده یک برآورد افراطی از اندازه بدن است. عنصر شناختی ممکن است شامل انتظار غیر واقعی برای یک ویژگی ظاهری مشخص باشد. عنصر عاطفی اشاره به احساسات درماندگی و اضطراب درباره ظاهر شخص دارد و جنبه رفتاری نشان دهنده اجتناب از موقعیت هایی است که ارزیابی تصویر بدنی را راه اندازه می کند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از مبعث زمانی، ۱۳۹۰).

به عبارت دیگر، تامپسون اشاره می کند سازه ظاهر فیزیکی دربرگیرنده سه مولفه زیر است:

- ۱). مولفه ادراکی که به ادراک دقیق اندازه بر می گردد، ۲). مولفه ذهنی که به جنبه های نظیر رضامندی، توجه و نگرانی، ارزیابی شناختی و اضطراب مربوط می شود، ۳). مولفه رفتاری که به اجتناب از موقعیت ها بر می گردد، موقعیت های که سبب می شود فرد ظاهر فیزیکی خود را به عنوان عاملی که مایه شرمندگی است، تجربه می کند (ریببی و همکاران، ۱۳۹۱).

۶-۲-۲ دیدگاه شناختی-رفتاری

بدن به عنوان پدیده ای روان شناختی، در خلال مجموعه ای از سازه های شناختی چند بعدی تجربه می شود. اما این تصورات ذهنی ثابت نیست و توسط تجاربی که فرد پیدا می کند، گسترش می یابد. پس تصویر ذهنی براساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه ای تغییر می یابد. از بین عوامل بیرونی و زمینه ای می توان به واقعیت های اجتماعی، نظیر انتظارات و قضاوت هایی که فرد گمان می کند دیگران در او شکل می دهند اشاره کرد (انیز^۱، کش و هربوزسکی^۲، ۲۰۰۴). از سوی دیگر سازه رفتار وجود دارد. رفتار، هم شناخت ها را منعکس می سازد و هم به وسیله شناخت های موثر، بر روی تصویر بدنی تاثیر می گذارد. الگوی عقلانی-عاطفی الیس می تواند روشن کند که چگونه رفتارها و شناخت ها تصویر بدنی منفی را ایجاد می کنند: در ابتدا «الف» که یک رویداد فعال کننده است به سمت «ب» هدایت می شود «ب» که یک فکر پل مانند و خود گو است «ج» را بر می انگیزاند که «ج» در واقع یک پاسخ هیجانی وابسته به موقعیت است؛ موقعیتی که به صورت اضطراب و انزجار تجربه می شود. رفتار نیز شناخت های جدیدی را که سبب ایجاد احساسات جدید می شود (مانند رژیم گرفتن و ..) ایجاد می کند (کش و پروزنسکی، ۱۹۹۰؛ به نقل از رایگان، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۸۵).

۷-۲-۲ دیدگاه اجتماعی- فرهنگی تصویر بدن

زمینه های مبحث مربوط به بدن را باید در رویکرد های کنش متقابل نمادی جستجو نمود. در این رهیافت بدن که قسمتی از «خود» است، از رهگذر تبادل فرد با دیگران رشد می یابد. آگاهی یک شخص از خودش، بازتاب افکار دیگران درباره خودش است؛ پس به هیچ روی نمی توان از خودهای جداگانه سخن به میان آورد (کیوان آرا، حقیقتیان، کاوه زاده، ۱۳۹۱).

کولی برای روشن کردن موضوع به خصلت انعکاسی خود اشاره می کند؛ بدین ترتیب مفهوم «خود» ابتدا در دوران کودکی شکل می گیرد و سپس در طول زندگی هر زمان که شخص وارد موقعیت

¹ Annis, N.M

²Hrabosky, J.I

اجتماعی جدیدی می گردد فرد ا قادر می سازد تا تصور «خود» را رشد دهد(کیوان آرا و همکاران، ۱۳۹۱).

هربرت مید نیز به «دیگری تعمیم یافته» اشاره می کند که در آن فرد مطابق ترکیبی از انتظاراتی که گمان می کند دیگران از او دارند، رفتار نموده، با فرایند «نقش پذیری» و بازی کردن نقش» از دیگری تعمیم یافته خود آگاهی پیدا می کند و فرایند جامعه پذیری را طی می کند(کیوان آرا و همکاران، ۱۳۹۱).

گافمن (ترجمه کیانپور، ۱۳۸۶) در زمینه مبحث «داغ اجتماعی» یا «لکه ننگ» موضوع موقعیت بدن و تعاملات اجتماعی را بررسی می کند. از نظر هافمن، مدیریت بدن در حفظ و نگهداشت آشنایی بین افراد، نقش ها و روابط اجتماعی محوریت اساسی دارد و به عنوان یک حلقه واسط بین هویت فردی و هویت اجتماعی به ایفای نقش می پردازد. در اینجا، بدن به عنوان منجی قلمداد می گردد که می توان آن را به شیوه های گوناگون در جهت شکل دهی گونه ای خاص از خود مدیریت نمود (شلینگ^۱، ۱۹۹۳).

گیدنز بدن را در ارتباط با دو مفهوم «هویت» و «خود» قرار می دهد. به باور وی نیاز امنیت وجودی و حس امنیت هستی شناختی، چیزی است که در نهایت به شکل گیری یک هویت شخصی در ارتباط با محیط پیرامون منجر می شود و در این راستا، بدن به عنوان ابزار استفاده می شود. به نظر وی همه موجودات انسانی به طور مداوم بر فعالیت های خویش نظارت دارند. در روابط اجتماعی، انسان هایک حس امنیت وجودی به دست می آورند که وی ریشه آن را در مفهوم اعتماد تعمیم یافته می یابد. این اعتماد تشکیل دهنده رابطه ای است که جهت گیری های عاطفی و شناختی به سوی دیگران، دنیای عینی و هویت شخصی از آن نشئت می گیرد(گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵).

به باور گیدنز «خود» در درون بدن جای دارد و آگاهی نسبت به خویش بیشتر ناشی از تغییراتی است که در بدن احساس می شود. بدن در نگاه وی تنها یک جسم مادی صرف نیست، بلکه وسیله ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی است. برای آنکه بتوانیم به طور برابر با دیگران در تولید روابط اجتماعی شریک شویم، باید بتوانیم نظارت مداومی بر بدن خویش اعمال کنیم(گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵). که در نتیجه آن، بدن به ابزاری هویت ساز در جریان تعاملات اجتماعی تبدیل

¹ Shilling, C

می‌شود (تلتون، ۱۹۹۸). تصور بدن، حاصل به کارگیری هرچه بیشتر آن در کنش‌های اجتماعی است؛ بنابراین کسب موفقیت‌های اجتماعی، تصور بدنی را تحت الشعاع قرار داده و در نتیجه سبب می‌شود تا افراد بدانند چگونه با بدن خود برخورد کنند (گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵).

به اعتقاد گیدنز برخی از وجوه بدن، در عرصه کنش متقابل با دیگران، موجب تمایز فرد از دیگران می‌شود. وی این وجوه را نمای ظاهری، کردار و... می‌نامد. «نمای ظاهری بدن مشتمل بر همه ویژگی‌های ظاهری قابل رؤیت از جمله طرز پوشش و آرایش است که به طور معمول به عنوان نشانه‌هایی برای تفسیر کنش‌ها به کار گرفته می‌شوند. کردار مشخص‌کننده آن است که افراد از نمای ظاهری خود چگونه در فعالیت‌های روزمره استفاده می‌کنند» (گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵). امروزه جنبه ظاهری بدن برای ابراز هویت فردی، بیش از وجهه اجتماعی آن تقویت شده است (گیدنز، ترجمه موفقیان، ۱۳۸۵).

داگلاس^۱ یکی از صاحب‌نظران حوزه‌ی انسان‌شناسی بدن را به مثابه یک متن فرهنگی در نظر می‌گیرد که ارزش‌های فرهنگی، اشتغالات و اضطرابات یک فرهنگ خاص را منعکس می‌سازد و تجلی عینی بدن می‌بخشد (ذکایی، ۱۳۸۵) و از طریق آن می‌توان یک نظام را شناخت. بدن مملو از نمادها و استعاره هاست و در آن می‌توان مطابقتی میان استقرار محدودیت‌های جسمانی در یک طرف و نظم اجتماعی در طرف دیگر مشاهده نمود. او بدن انسان را ابزار تفکر در خصوص روابط استعاره‌ای دانسته و معتقد است که بدن انسانی، منبع مهمی از استعاره‌ها درباره سازمان یافتگی و سازمان نیافتگی جامعه است. بنابراین بدن‌های سازمان نیافته، سازمان نیافتگی جامعه را نشان می‌دهد (ترنر^۲، ۱۹۷۸).

محور نگاه انسان‌شناسی^۳ داگلاس پرسش از بدن به مثابه‌ی نظام طبقه‌بندی می‌باشد. داگلاس بیش از هرکسی توانسته‌است ویژگی‌های نمادین بدن را آشکار سازد. بدن اجتماعی، شیوه‌هایی که در آن بدن درک می‌شود و تجربه‌ی فیزیکی بدن را مشخص می‌کند؛ که خود این تجارب از طریق طبقه‌بندی‌های اجتماعی تعیین و اصلاح می‌شوند. نوعی مبادله‌ی مداوم معانی بین این دو نوع از تجربه‌ی بدنی وجود دارد (داگلاس، ۱۹۹۶).

¹ Douglas

² Turner, B. s

³ Anthropology

داگلاس در اثر کلاسیک خود با عنوان خطر و خلوص به شرح شیوه‌هایی می‌پردازد که بر اساس آن بدن همچون نمادی از جامعه عمل می‌کند و این چنین استدلال می‌کند که بدن مدلی است که می‌تواند بیانگر هرگونه نظام اجتماعی مشخص باشد. وی نوعی مبادله‌ی پیاپی در معانی بین بدن جسمانی و اجتماعی تشخیص می‌دهد و معتقد است که هریک، دیگری را تقویت می‌کند. گاهی این دو بدن آنچنان به هم نزدیک می‌شوند که تقریباً یکی می‌شوند و گاهی نیز بسیار فاصله دارند (ذکایی و فرزانه، ۱۳۸۷).

۳-۲. بهزیستی روانشناختی

۳-۲-۱. تعریف بهزیستی روانشناختی

بهزیستی مفهوم کلیدی و اصلی تفکر گسترده‌ای است که شامل رضایت معمولی فرد از زندگی، احساسات مثبت و فقدان احساس منفی می‌باشد. اولین مؤلفه‌ی آن یک قضاوت شناختی درباره‌ی این است که زندگی فرد چه طور می‌گذرد، مؤلفه بعدی شادکامی فرد در سطوح تجارب شخصی است (داینر، اویشی و لوکاس^۱، ۲۰۰۳).

علی رغم پیشرفتی که در حیطه سلامت و بهزیستی وجود دارد، هنوز تعریف یکسانی از سلامت روان شناختی و بهزیستی روانی ارائه نشده است و در واقع هیچگونه اتفاق نظری در اینخصوص وجود ندارد. به عنوان مثال در حالی که بعضی از اندیشمندان، بهزیستی را معادل شادی و تعادل عاطفی می‌دانند نظریه پردازان دیگر این سازه را متشکل از ابعاد و مولفه‌هایی خاص مثل معناداربودن زندگی، نیرومندی روانی و شادی می‌پندارند (سیف، ۱۳۸۶). بعضی دیگر موارد مشمول احساس بهزیستی را رضایت کلی از زندگی، احساس انسجام و پیوستگی در زندگی و تعادل عاطفی بر شمرده اند (کارادماس^۲، ۲۰۰۶).

^۱ Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E

^۲- Karademas

بهبودی روانی بیانگر آن است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ های هیجانی افراد، رضایت مندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت زندگی می شود. بهبودی روانی ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس رضایت و اعتماد به نفس و احساس بوده و به کاهش سلامت روانی و جسمی منجر می شود (کینگ^۱، ۲۰۰۱).

مفهوم بهبودی شخصی به انواع ارزیابی های گوناگون (مثبت و منفی) افراد از زندگی شان اشاره دارد که شامل ارزیابی های شناختی و فکری (مانند رضایت از زندگی، رضایت شغلی، علائق و تعهدات) و واکنش های عاطفی به حوادث زندگی (مانند لذت ها، شادی ها، غم ها و دل تنگی ها) می باشد؛ بنابراین بهبودی روان شناختی اصطلاحاً چیزی است که برای ارزیابی گوناگونی که مردم از زندگی خود، اتفاقاتی که برای آن ها می افتد، جسم و ذهنشان و شرایط محیطی که در آن زندگی می کنند، دارند. بهبودی روان شناختی به درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. تحقیقات در مورد بهبودی روان شناختی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل های شناختی (ادراک، اعتماد به نفس، خوش بینی) را نشان داده است که همه ی این عوامل در رضایتمندی افراد از زندگی مشارکت دارند (داینر، ۲۰۰۶).

ویژگی های مهم روانی که فرد واجد سلامت می بایست از آن برخوردار باشد، احساس بهبودی یا رضایتمندی است. احساس بهبودی اصطلاحاً این گونه تعریف می شود: احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف است. احساس بهبودی هم دارای مؤلفه های عاطفی و هم مؤلفه های شناختی است. افراد با بهبودی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، درحالی که افراد با بهبودی روان شناختی پایین، حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (می یرز و داینر^۲، ۱۹۹۵). علاوه بر این

¹-king

² Myers, D. G., & Diener, E

افرادی که سطوح بالای بهزیستی را تجربه می‌کنند به‌طور متوسط بیشتر قابل‌اعتماد هستند و همکاری بیشتری با افراد دیگر دارند (تو و داینر^۱، ۲۰۰۸).

بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در برگیرد (کارادماس، ۲۰۰۷).

۲-۳-۲. مولفه های بهزیستی روانی

احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (حسینی، ۱۳۹۱).

باید توجه داشت که تجربه هیجانات خوشایند و مثبت همزمان با تجربه ی هیجانات ناخوشایند و منفی صرف کند به همان نسبت زمان کمتری را برای هیجانات منفی باقی می گذارد. از سوی دیگر باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند. یعنی احساس رضامندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوما حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است.

بنابراین، احساس بهزیستی (شادی) سه مولفه مجزا و در عین حال مرتبط با یکدیگر را می بایست مورد شناسایی قرار داد:

¹ Tov, W., & Diener, E

الف) حضور نسبی هیجانات مثبت

ب) فقدان و عدم حضور هیجانات منفی

ج) رضامندی از زندگی (حسینی، ۱۳۹۱).

در مطالعات گوناگون افراد شاد را با ویژگی های زیر تعریف می کنند:

اول آنکه از عزت نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند و خودشان را دوست دارند. در یکی از آزمون های عزت نفس با جمله هایی نظیر «من از با خود بودن لذت می برم» و «من ایده های خوبی دارم کاملاً موافق هستم». این افراد به اخلاقیات توجه بسیار دارند و عقلانی رفتار می کنند (زنجان، طبسی، ۱۳۸۳).

دوم آنکه افراد شاد احساس کنترل شخصی بیشتری را در خود احساس می کنند، آنهایی که انجام امور بیشتر به توانایی های خود می اندیشند تا به درماندگی و ناتوانایی های خویش، با استرس بیشتری مقابله می کنند

سوم آنکه افراد شاد خوش بین هستند. افراد خوش بین با این جملات موافقت کامل دارند که: «وقتی با کار دیدی روبرو می شوم، انتظار موفقیت در آن کار را دارم». باین افراد موفق تر، سالم و شادتر از افراد بدبین هستند (زنجان، طبسی، ۱۳۸۳).

چهارم آنکه افراد شاد برون گرا هستند و در ارتباط و همکاری با دیگران توانمندند افراد شاد در مقایسه با افراد ناشاد، چه در تنهایی و چه در حضور دیگران، احساس شادی می کنند و از زندگی خود و دیگران، از زندگی در نواحی گوناگون شهری یا روستایی، و یا اشتغال در مشاغل گوناگون انفرادی و اجتماعی به یک اندازه لذت می برند (زنجان، طبسی، ۱۳۸۳).

۲-۳-۳. نظریات در خصوص بهزیستی روانی

۲-۳-۱. نظریه ریف

یکی از مهم ترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل ریف و همکاران است. ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق تواناییهای بالقوه واقعی خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه های مختلف رشد فردی عملکرد سازگارانه شکل گرفته و گسترش یافته است (حسینی، ۱۳۸۶). بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مؤلفه تشکیل شده است:

۱- **پذیرش خود:** یکی از مولفه های کلیدی بهزیستی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است البته نه به معنای خودشیفتگی یا عزت نفس خیلی بالا و غیر معمول بلکه به معنای احترام به نفسی که بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. بطوری که جانگ (۱۹۳۳) و رنز (۱۹۶۴) تاکید داشتند که آگاهی از کاستیهای خود و نیز پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل یافته است. اریکسون (۱۹۵۹) بیان داشت که یکی از عوامل یکپارچگی خود، رسیدن به آرامش در عین وجود پیروزیها و شکستها و ناامیدیهای گذشته است. چنین خودپذیری بالایی براساس خودسنجی واقع بینانه، آگاهی از اشتباهات و محدودیتهای خود، و عشق نسبت به خود و دیگران، بنا شده است (نقل از حسینی، ۱۳۸۶).

۲- **هدف و جهت گیری در زندگی:** توانایی پیدا کردن معنا و جهت گیری در زندگی، و داشتن هدف و دنبال کردن آنها، که تمامی اینها در تقابل با خوشبختی قرار دارند، از وجوه مهم بهزیستی هستند. اولین و روشن ترین نظریه در مورد هدفمند بودن دز زندگی را فرانکل (۱۹۹۲) داده است. فرانکل ۳ سال بسیار سخت را در اردوگاه نازیها گذراند و در طول این سالها با داشتن اهداف خویش زنده ماند. دید او نسبت به ارتقاء سطح زندگی، اهداف و معنای زندگی آنقدر عمیق بوده که توانسته در سالهای پس از آزادیش، روشی از روان درمانی (معنا درمانی) را برای کمک به هموعانش در یافتن معنایی در

زندگی پیدا کند. با استفاده از این روش افراد می توانند در مقابل سختیها و رنجها پایداری و مقاومت کنند (زنجانى طبسى، ۱۳۸۳).

۳- رشد شخصی: یا توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهاى خود. پرورش و بدست آوردن تواناییهای جدید که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات می باشد، زیرا روبرویی با این شرایط باعث می شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز تواناییهای جدید بدست آورد. چه زمانی بیشترین احتمال یافتن این نیروها می رود؟ زمانی که فرد تحت فشار است، این استعدادها مکرراً کشف می شوند و قدرت خود در تغییر شرایط را نشان می دهند. خودشکوفایی انسانها در طی چالشها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبتها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع، می باشد (زنجانى طبسى، ۱۳۸۳).

۴- تسلط بر محیط : یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی هر کسی باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطرافش تسلط و احاطه داشته باشد و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد. چنین تسلط و احاطه ای تنها با تلاشها و عملکرد خود فرد، و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او بدست می آید. داشتن کنترل در زندگی، چالشی است که انسان تا آخر عمر با آن روبروست. این جنبه از بهزیستی بر این نکته تاکید دارد که، برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب هر شخصی، همواره به نیروی خلاقه او احتیاج است. چنین محیطی است که برای فرد و اطرافیانش بهترینها را به همراه دارد و زمانی که در چنین محیطی قرار داریم، متوجه می شویم که تسلط، قوی ترین نیرو و توانایی انسان است (کی یز، ۲۰۰۲).

۵- خود مختاری: به این معناست که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. جانگ (۱۹۳۳)، تاکید می کند که یک

انسان کاملاً رشد یافته و خودشکوفای کسی است رها از هرگونه قرارداد اجتماعی و سنن. به نظر می رسد این وجه از بهزیستی کاملاً مفهوم فضیلت غربی را می رساند که در آن فرد برای رسیدن به خودمختاری و انتخاب سبک زندگی براساس خواسته ها و دیدگاه شخصی و درونی خویش، کاملاً انزواطلب می شود و حتی برخی از ننگها را می پذیرد. بنابراین، فردی که چنین روشی را برای زندگی بر می گزیند، توانایی زندگی در تنهایی و بی کسی را دارد. چنین طرز زندگی هم شجاعت و هم تنهایی را می طلبد (زنجان طبعی، ۱۳۸۳).

۶- روابط مثبت با دیگران : عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران. این جنبه اجتماعی- ارتباطی بهزیستی، در بر گیرنده بالا و پایین شدنهای روابط و تعاملات اجتماعی و بین فردی است. به این معنا که روابط می تواند از یک رابطه شدیداً عاشقانه و صمیمی تا روابطی پر از مشکل و ناراحتی در نوسان باشد. تجزیه و تحلیل عمیق تر روابط صمیمانه، یا در حقیقت آمیخته ای از احساسات مثبت و منفی افراد نسبت به یکدیگر، است. چگونگی درهم آمیختن این دو احساس متضاد، چیزی است که ما برای درک بهتر عملکردهای فردی به دنبالش هستیم (کی یز، ۲۰۰۲).

خلاصه اینکه، عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین کننده بهزیستی فرد است.

اگر بخواهیم این شش بعد بهزیستی روانی را بطور خلاصه در یکجا جمع کنیم، می توان گفت که : خوشبختی و خوشی از طریق رویارویی و مواجهه با چالشهای زندگی، مشکلات و نیازها بدست می آید نه از طریق تفریح کردن و عدم داشتن هر گونه کشمکش و تعارض و نه با داشتن زندگی ای یکنواخت و بدون تغییر و پستی و بلندی، در حقیقت بهزیستی انسان در گرو تعامل و همراهی مقولات متضادی

چون: درد و لذت، بلندپروازی و امیدواری در مقابل رنج و ناامیدی است (هاوسر، اسپرینگر و پودروفسکا^۱، ۲۰۰۵).

۲-۳-۳-۲. نظریه فرانکل

نظریه فرانکل بر معناجویی افراد در زندگی تاکید دارد. او معتقد است، که رفتار انسانها نه بر پایه لذت گرایی نظریه روانکاوی فروید و نه بر پایه نظریه قدرت طلبی آدلر است، بلکه انسانها در زندگی به دنبال معنا و مفهومی برای زندگی خود می باشند. (فرانکل، ۱۹۹۵، ۱۹۵۸، ۱۹۵۹، ۱۹۶۶) اگر فردی نتواند معنایی در زندگی خویش بیابد، احساس پوچی به او دست می دهد و از زندگی ناامید می شود و ملالت و خستگی از زندگی تمام وجودش را فرا می گیرد. الزاما "این حس منجر به بیماری روانی نمی شود، بلکه پیش آگهی بدی برای ابتلا به این اختلالات است. بنابراین فرانکل بهزیستی را در یافتن معنا و مفهوم در زندگی می داند.

۲-۳-۳-۳. نظریه ویسینگ و وان دان

ویسینگ (۱۹۸۸)، و وان دان (۱۹۹۴) به نقل از زنجانی طبسی (۱۳۸۳)، یک سازه بهزیستی، روانشناختی کلی را معرفی کردند که بوسیله "احساس انسجام و پیوستگی" در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، مشخص و اندازه گیری می شود. آنها تاکید می کنند که بهزیستی روانی، سازه ای چند بعدی یا چند وجهی است و این حیطه ها را در بر می گیرد:

۱-عاطفه : در افراد بهزیست یا خوشبخت، احساس مثبت بر احساسات منفی غلبه دارد.

۲-شناخت : این افراد رضایت از زندگی را تجربه می کنند. به نظر آنها زندگی قابل درک و کنترل

است. ۳-رفتار: افراد بهزیست، چالشهای زندگی را می پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند.

۴-روابط بین فردی : افراد بهزیست به دیگران اعتماد می کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند.

¹ Hauser, R. M., Springer, K. W., & Pudrovsk, T

از نظر کیز (۲۰۰۰) افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی را دارا می باشند دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند. شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، عنصر تشریک مساعی و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهزیستی است و این عناصر می توانند وحدت اجتماعی، پیوند اجتماعی و حسن ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد در پذیرش دیگران را ارزیابی کند (حسینی، ۱۳۹۱).

۲-۳-۴. عوامل مؤثر بر بهزیستی روان شناختی

عوامل مختلفی بهزیستی را دستخوش تغییر می کند. ویلسون (۱۹۶۷) نشان داد که عوامل غیر شخصیتی، بهزیستی را تحت تأثیر قرار می دهند. او گفت افراد خرسند، افرادی جوان، سالم، تحصیل کرده، با درآمد بالا، برون گرا، خوش بین بدون نگرانی، مذهبی، متأهل، با عزت نفس بالا، با روحیه شاد، برخوردار از هوش سرشار و فروتن هستند. عواملی چون سن، درآمد و تحصیلات تأثیر چندانی بر بهزیستی ندارند.

شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می دهند حوادث نا مطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند. بر این اساس داشتن فرزند معلول که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش زا دارد می تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان شناختی منتهی شود. روی بهزیستی روان شناختی نشان داده است مادران دارای فرزند عادی دارای مؤلفه های خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود، نسبت مادران دارای فرزند معلول وضعیت بهتری دارند، اما در مؤلفه ی داشتن هدف در زندگی، مادران گروه دوم بهتر بودند. از مشکلاتی که در میان مادران کودکان کم توان ذهنی شیوع دارد، افسردگی است.

تحقیقات نشان داده اند که حدود ۳۰ تا ۳۵ مادران این کودکان نمرات بالایی در آزمون های افسردگی دریافت کرده اند و دارای علائم بالینی مربوط به افسردگی هستند. مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی

از مراقبت از کودک معلول، باید با مشکلات مربوط به هزینه بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به دنیا آوردن فرزندی مشکل دار و نگرش های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می توانند افسردگی ای ایجاد کنند که ناتوان کننده باشد اما پژوهش ها نشان داده اند که وجود افسردگی والدین، خصوصاً مادران، کودکان معلول با متغیر های مختلفی مانند نوع معلولیت، داشتن منابع مالی بسنده یا سطح اقتصادی اجتماعی متوسط و بالاتر و حمایت های اجتماعی مناسب ارتباط دارد و متغیر های فوق می تواند تأثیر کم توانی ذهنی را تعدیل کنند. بررسی ها حاکی از این بوده اند که افسردگی با برخی از ویژگی ها و صفات شخصیتی، تعدیل میشود (میکائیلی، ۱۳۸۸).

۲-۳-۵. تفاوت های جمعیت شناختی و ابعاد بهزیستی روان شناختی

نتایج بررسی ها نشان داده اند بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های آن در هر برهه ای از زندگی و در رابطه با ویژگی های جمعیت شناختی وضعیت متفاوتی دارند و این عوامل قادرند سطح بهزیستی روان شناختی را تحت تأثیر قرار دهند (ریف، ۱۹۹۵). بررسی های انجام یافته حاکی از ارتباط آن با ویژگی هایی مانند سن، جنسیت، تحصیلات و شغل بوده اند.

علاقه به متغیر سن در بهزیستی روان شناختی به دلیل علاقه ی روان شناسان به رشد مادام العمر می باشد. علاوه بر این سن و تحصیلات نشان دهنده ی نوعی جایگاه در ساختار اجتماعی می باشند که می توانند بر این متغیر اثر گذارند (ریف و کیس، اشموتکین، ۲۰۰۲). پژوهش ها نشان می دهند وضعیت فرد در مؤلفه ها در سنین مختلف تفاوت دارد. مؤلفه های احساس تسلط بر محیط و خود مختاری با افزایش سن افزایش می یابند، خصوصاً در فاصله جوانی تا میانسالی، در مقابل، مؤلفه های احساس هدف در زندگی و رشد شخصی با افزایش سن به سوی بزرگسالی کاهش می یابند. بیشترین کاهش در فاصله بین میانسالی تا پیری رخ میدهد. اما در مؤلفه ی پذیرش خود تفاوت های سنی مشاهده نشد و یافته های مؤلفه ی ارتباط مثبت با دیگران متناقض بوده است. نتایج مربوط به مطالعات تفاوت های جنسیتی در متغیر بهزیستی روان شناختی متفاوت بوده اند. پژوهش شلدون و الیوت (۱۹۹۹) حاکی از نبود تفاوت معنی دار در متغیر فوق بین دو جنس بوده است. اما چاو (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان داد زنان دانشجوی دارای سطح بالاتری از بهزیستی روان شناختی در مقایسه با مردان دانشجوی هستند. آن ها دارای

خودپنداری مثبت تر، ارتباط مثبت با دیگران و ارتباط نزدیک با دوستان بوده اند و پیشرفت تحصیلی بیشتری داشتند.

بسیاری از محققان انتقاد دارند وجود منابع حمایتی و تنش زای متفاوت، سبک های متفاوت تعاملی و ارتباطی، انتظارات دیگران، شیوه های مقابله با تنش متفاوت و نقش های جنسیتی متفاوت برای هر جنس، قادرند سلامت و روانی به صورت مثبت یا منفی تغییر دهند (لینگو، ۲۰۰۲). وانگ و میائو (۲۰۰۷) معتقدند زنان و مردان در ابعاد مختلف بهزیستی روانشناختی باهم متفاوتند. زیرا منابع استرس و امکانات متفاوتی در اختیار هر جنس قرار میگیرد که باعث به وجود آمدن تفاوت در وضعیت سلامتی آنها می شود. شغل و تحصیلات نیز به عنوان یک متغیر جمعی شناختی در بررسی های گوناگون مورد توجه بوده اند. نتایج مطالعه کی یس و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده است افرادی با تحصیلات دانشگاهی و سطوح بالا از نظر نیم رخ بهزیستی روان شناختی سطح مطلوبتری نسبت به افرادی با تحصیلات پایین تر قرار دارند. علاوه بر این با افزایش تحصیلات، بهزیستی روان شناختی هم افزایش می یابد.

۴-۲. بیماری آرتريت روماتوئيد

۴-۲-۱. تعريف آرتريت روماتوئيد

آرتريت روماتوئيد بیماری سیستمیکی است که با پلی آرتريت التهابی در مفاصل بزرگ و کوچک و علایم عمومی مشخص می شود. این بیماری نمونه شاخص آرتريت التهابی با ویژگی های بالینی مشخص نظیر سفتی صبحگاهی، قوام ژله ای^۱ و بهبودی علائم با فعالیت است. اکثر بیماران دچار درجاتی از تخریب استخوان و غضروف و نیز درگیری غلاف های تاندونی می شوند؛ در بسیاری از بیماران این فرایند منجر به تغییر شکل و افت چشمگیر عملکرد می شود (آندرلوثی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). آرتريت معمولاً به هر مفصلی حمله نمی کند ولی در مفاصل کوچک مانند مفاصل انگشتان دست یا مچ دست و پا بیشتر مستقر می شود؛ گرچه گاهی مفاصل بزرگ مانند ران، زانو و شانه دچار این بیماری می شوند (اطاری و اطاری، ۱۳۸۶).

۴-۲-۲. همه گیر شناسی

^۱ gelling

آرتریت روماتوئید جزو شایع‌ترین بیماری‌های خود ایمنی است؛ و شیوع آن در ایالات متحده، آفریقا و اروپا مشابه است، اما در جوامع آسیایی کمی پایین‌تر است. نسبت ابتلا زن و مرد ۳ به ۱ است (آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). شیوع بیماری با افزایش سن زیاد می‌شود و اختلاف از نظر شیوع جنسی در سنین بالا کاهش می‌یابد. بیماری اکثراً در دهه چهارم و پنجم زندگی شروع شده و در ۸۰ درصد بیماران بین ۵۰-۳۵ سالگی بروز می‌نماید (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱).

۲-۴-۳. سبب شناسی

علت اصلی این بیماری ناشناخته است و هنوز مشخص نشده است که جرقه‌ای که این بیماری التهابی را روشن می‌کند از کجا زده می‌شود. فرضیه چند بعدی در مورد آرتریت روماتوئید چنین است که در این بیماری، عوامل ژنتیکی، ایمنی شناختی و روانی - اجتماعی به اهم تعامل می‌کنند (زیتلین، ۱۹۷۷؛ به نقل از فروزش یکتا و همکاران، ۱۳۸۱). گسترش این بیماری رویدادی است که با واسطه نظام ایمنی صورت می‌گیرد. در واقع آرتریت روماتوئید یکی از بیماری‌های خود ایمن^۱ است که در آن نظام ایمنی به بافت سالم خودی حمله می‌کند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵؛ اطاری و اطاری، ۱۳۸۶)؛ و همچنین سیستم ایمنی واسطه‌ای است بین تعیین کننده‌های آسیب شناسی فیزیولوژی، بیوشیمیایی، و غدد درون ریز از یکطرف، و رویدادهای روانی - اجتماعی از طرف دیگر که توسط دستگاه عصبی مرکزی پردازش می‌شوند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

مطالعات خانوادگی، نشانگر استعداد ژنتیکی است. به عنوان مثال، در دوقلوهای یک تخمکی اگر یک قل مبتلا شود شانس دومی ۳۰ درصد می‌باشد، در حالیکه این رقم در دوقلوهای دو تخمی ۵ درصد است (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱).

یکی از دلایل ابتلا به آرتریت روماتوئید مسموم شدن مفاصل است. حتی وقتی که یک مفصل در اثر تصادف مجروح می‌شود این امکان نیز وجود دارد که شخص به آرتریت مبتلا شود، زیرا مفصل مصدوم

^۱Autoimmune

به درستی ترمیم نمی‌شود بلکه سفت و سخت و دردناک می‌شود و سرانجام ضعیف می‌گردد و شخص علیل می‌شود (فرخنده کشفی، ۱۳۸۹).

۱-۳-۴-۲. استرس و سیستم ایمنی

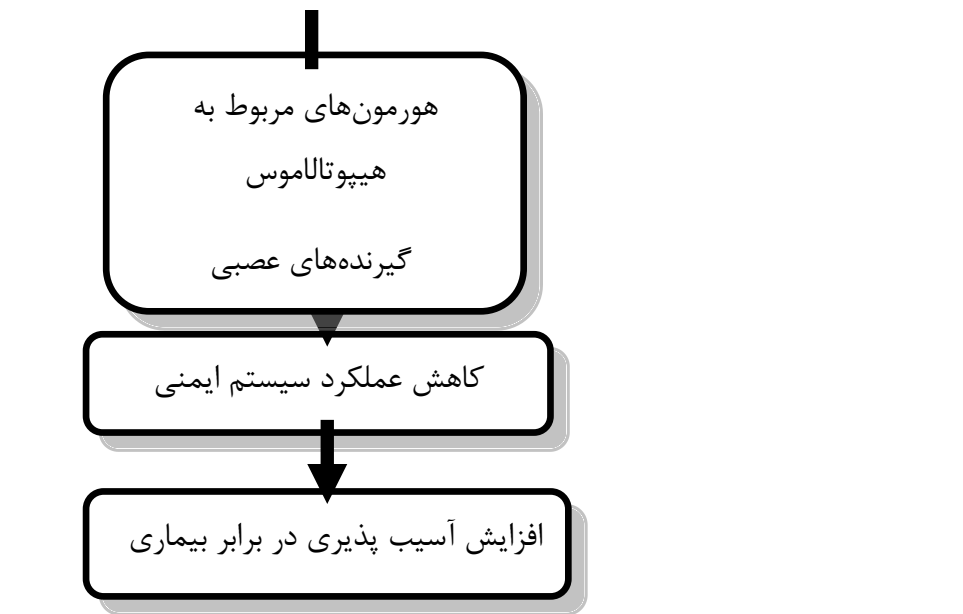
در حوزه روان شناسی تندرستی رشته‌ای به نام ایمنی شناسی روانی-عصبی^۱ وجود دارد که ارتباط بین استرس، عملکرد سیستم عصبی، و سیستم ایمنی را بررسی می‌کند. پژوهشگران در حوزه‌های پزشکی و روان شناسی، اختلال‌هایی را بررسی می‌کنند که تحت تأثیر پاسخ‌های مرتبط با استرس می‌دانند که در سیستم عصبی مرکزی آغاز می‌شوند. و همچنین تحقیقات روشن کرده است که تجربیات استرس، عاطفه منفی، افسردگی، فقدان حمایت اجتماعی، و سرکوبی و انکار می‌تواند بر وضعیت عملکرد ایمنی تأثیر بگذارند (کوهن و هربرت، ۱۹۹۶؛ به نقل از هالچین و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

به طوری که در شکل ۱-۲ نشان داده شده است، رویداد استرس را می‌تواند یک رشته واکنش‌هایی را در بدن آغاز کند که مقاومت آن را در برابر بیماری کاهش دهد. این واکنش‌ها همچنین می‌توانند نشانه‌های اختلال جسمانی مرتبط با استرس را تشدید کنند. یک توجیه برای این روابط این است که استرس هورمون‌هایی را که توسط هیپوتالاموس تنظیم می‌شوند، تحریک می‌کند و این هورمون‌ها فعالیت سیستم ایمنی را کاهش می‌دهند. وقتی محافظت کاهش می‌یابد، بدن در برابر عفونت، مواد آلرژی زا، و مهاجمان جدی‌تر، نظیر مواد سرطان زا کمتر مقاوم می‌شود. واکنش‌های سیستم عصبی، همچنین از طریق پایانه‌های عصب در قسمت‌هایی از بدن که درگیر سیستم ایمنی هستند، مانند گره‌های لنفاوی، تیموس، و طحال، عملکرد سیستم ایمنی را تغییر می‌دهند. این فرایندها، تعداد زیادی از اختلال‌های جسمانی، از جمله آرتریت روماتوئید را توجیه می‌کند (هالچین و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

شکل ۲-۶. رابطه بین استرس، عملکرد سیستم ایمنی، و بیماری

استرس

^۱ psychoneuroimmunology



۲-۳-۴-۲. عوامل روانی-اجتماعی و بیماری آرتریت روماتوئید

پژوهش‌های متعددی رابطه این بیماری را عوامل روان شناختی مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر بیماران قبل از آشکار شدن نشانه‌های آرتریت روماتوئید و نیز دوره‌های عود بیماری، تنیدگی قابل ملاحظه‌ای تجربه کرده‌اند (اندرسن و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از فروزش یکتا و همکاران، ۱۳۸۱).

بعضی از ویژگی‌های شخصیتی، فرد را مستعد ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید می‌کند. الکساندر (۱۹۶۵) ویژگی‌های روانی زنان مبتلا به آرتریت را چنین شرح می‌دهد:

این زنان در نوجوانی رفتاری سبکسرانه دارند. در بزرگسالی، حالت عاطفی خویش را کنترل کرده و تلاش می‌کنند شوهر و فرزندان خود را کنترل کنند. آن‌ها از کودکان خود متوقع هستند و در عین حال به شدت از آن‌ها حمایت کرده و سخاوتمند هستند. این نگرش سلطه جویانه ترکیبی از تمایل به سلطه و نیاز به آزار خواهی است. اکثر زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید نقش زنانه را رد می‌کنند. آن‌ها با مردان

رقابت کرده و نقش زنانه را برده‌وار و تحقیر آمیز می‌دانند. آن‌ها تمایل دارند مردان منفعل را به همسری انتخاب کنند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

به عقیده موس و سولومون (۱۹۶۴، ۱۹۶۶)، مبتلایان به آرتریت روماتوئید بسیار وظیفه شناس و انعطاف ناپذیر هستند. اکثر آن‌ها احساس می‌کنند از طرف والدین طرد شده‌اند و نگرش تقریباً آزارخواهانه‌ای از قربانی کردن خود دارند. همه آن‌ها زندگی خود را زنجیره‌ای از موقعیت‌های استرس آور تلقی می‌کنند. بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرونده بدخیم دچار اضطراب و افسردگی شدیدی می‌شوند (به نقل از ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). شواهد فراوانی از وجود روابط خانوادگی آشفته مانند نزاع والدین، فقدان والدین در اثر مرگ یا طلاق، روابط زناشویی تنیدگی‌زا و میزان بالای طلاق در این بیماران حکایت می‌کند (بیکر و همکاران، ۱۹۵۹، به نقل از فروزش یکتا و همکاران، ۱۳۸۱). اضطراب و استرس هم در بروز و هم در تداوم این بیماری نقش دارند. مبتلایانی که در مرحله خاموش آرتریت روماتوئید هستند، اگر نتوانند استرس و اضطراب را کنترل کنند، باعث عود بیماری می‌شوند (منجمد و رضویان، ۱۳۸۶). همچنین مطالعات نشان داده است که افسردگی ویژگی شخصیتی مشترک همه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. امکان دارد حالت مستمر افسردگی بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال تأثیر گذارد، مقاومت سیستم ایمنی را تضعیف کند و به تغییرات بیمارگونه آرتریت روماتوئید منجر شود (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید معمولاً تصور می‌کنند آکنده از مایع و تکانه‌های خشمگین هستند در تعارض با ابراز خشم خود، طرحی غمناک از وضعیت بدنی خویش به نمایش می‌گذارند. این تصور بدنی نشان دهنده وجود والدین نامتجانس است؛ پدرها معمولاً آرام و گاهگاه خشمگین هستند، و مادران اشخاصی از خود گذشته، منع‌کننده، و اغواگر. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید برای بدن خویش اهمیت غیر عادی قایل هستند و تمایل ناهشیارانه‌ای به نشان دادن آن دارند، اما به وضوح این تمایل را تکذیب کرده و اظهار خجلت و ناکفایتی می‌کنند (ولمن، ۱۹۸۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

۴-۴-۲. آسیب شناسی

علایم مشخصه درگیری مفصل پانوس سینوویال^۱ است، که ضخیم شدگی غشایی سینوویال در اثر تکثیر سلول‌های غشایی و ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای به خصوص منوسیت هاو لنفوسیت های T است. پانوس به سطح مشترک استخوان- غضروف-سینوویوم تهاجم نموده و سبب تخریب پیش رونده استخوان و مفصل می‌شود. این فرایند در پرتونگاری به صورت اوزیون های حاشیه‌ای استخوان مشاهده می‌شود. علاوه بر سینوویوم در سایر نسوج نیز ندول های روماتوئید ممکن است دیده شوند (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران ۱۳۸۷).

۲-۴-۵. خصوصیات بالینی

تظاهرات بالینی آرتریت روماتوئید بسیار متغیر است. در ۲/۳ بیماران بیماری بی سر و صدا و با خستگی، بی اشتها، ضعف عمومی و علایم مبهم عضلانی اسکلتی شروع شده تا اینکه بعداً سینویت ظاهر می‌شود. این علایم اولیه ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه یافته و باعث اشکال در تشخیص شوند (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهنگ، ۱۳۷۰). آرتریت روماتوئید یک پلی آرتریت قرنیه است که اصولاً مفاصل کوچک دست و پا، مچ دست و مچ پا را درگیر می‌کند. سایر مفاصلی که اغلب درگیر می‌شوند ستون فقرات گردنی، شانه‌ها، آرنج، هیپ و زانوها می‌باشند (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). در حدود ۱۰ درصد بیماران، شروع حادثه بوده، پلی آرتریت سریعاً ظاهر شده و با علایمی مانند تب، لنفادنوپاتی و اسپلنومگالی همراه است در ۱/۳ بیماران علایم در ابتدا به یک یا چند مفصل محدود است. با اینکه ممکن است، در تعدادی از بیماران درگیری مفاصل غیر قرنیه بماند ولی ابتلای قرنیه مفاصل در این بیماری تیپیک است (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱). سفتی صبحگاهی طولانی معمولاً بیش از یک ساعت و اغلب چندین ساعت طول می‌کشد، این یافته، یک ویژگی کلاسیک آرتریت روماتوئید و نیز سایر آرتروپاتی های التهابی است. به طریق مشابه، پس از عدم فعالیت طولانی نیمه سفتی مفصل افزایش می‌یابد و علایم عموماً با فعالیت متوسط بهبود می‌یابد (جدول ۲-۲). با گذشت زمان آرتریت روماتوئید به سمت تخریب و تغییر شکل مفصل پیش می‌رود. ضایعات

¹ Synovial pannus

تخریبی استخوان و غضروف، هم در پرتو نگاری و هم در بررسی آسیب شناسی حاشیه‌ها دیده می‌شوند (آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

جدول ۱-۲. ویژگی‌های بالینی آرتریت روماتوئید

مفصلی	غیر مفصلی
• سفتی صبحگاهی «خشکی»	• ندول های روماتوئید: زیر جلدی، ریوی، اسکرال
• تورم قرنيه مفصل	• بیماری ریوی
• درگیری مفصل و انحراف به سمت اولنا	• واسکولیت به خصوص در پوست، اعصاب محیطی و روده
• مایع مفصلی التهابی	• اسکریت و اپی اسکریت
• سندرم مجرای مچ دستی	• زخم های پا
• کیست بیکر	• سندرم فلتی

آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک است و علائم گوناگون خارج مفصلی دارد و با آن که این تظاهرات به طور شایع دیده می‌شوند ولی همه از اهمیت بالینی برخوردار نیستند (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهنگد، ۱۳۷۰). ندول های روماتوئید زیر جلدی که به راحتی قابل لمس هستند اغلب در ناحیه آرنج و به میزان کمتر در ریه‌ها و سایر نقاط از جمله به ندرت در قلب دیده می‌شوند. بروز ندول های ریوی متعدد در بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید سندرم کاپلان نامیده می‌شود. پلوریت، پریکاردیت و فیروز بینابینی ریه در تعداد اندکی از بیماران دیده می‌شوند. سندرم فلتی (بزرگی طحال، لکوپنی و عفونت های راجعه ریه) عارضه نادری است و اغلب همراه با زخم های پا واسکولیت دیده می‌شود (آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

سیر آرتریت روماتوئید کاملاً متغیر و پیش بینی آن در هر بیمار، دشوار است (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱). برخی از بیماران دچار بیماری خفیف با پیشرفت کند هستند و تغییر شکل و تغییرات تخریبی استخوان در آنها محدود است. در انتهای این طیف، بیمارانی هستند که سیر به سرعت

پیشرونده دارند و در صورت عدم درمان دچار معلولیت و آرتریت تغییر شکل دهنده می‌شوند. اکثر بیماران در حد فاصل بین این دو قطب قرار می‌گیرند و درجات متغیری از ناتوانی را نشان می‌دهند. در برخی از موارد، بیماری طی چندین سال سیر متناوبی دارد و با دوره‌های حاد تشدید علائم در یک یا چند مفصل همراه است (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۴-۶. تشخیص

آرتریت روماتوئید، یک تشخیص بالینی است (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). تشخیص آرتریت روماتوئید در صورت وجود بیماری تیپیک تثبیت شده آسان است. در اکثریت بیماران، بیماری ظرف ۲-۱ سال بعد از شروع، علائم بالینی تیپیک خود را نشان می‌دهد (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهنگ، ۱۳۷۰). سینوویت قرنيه مفاصل کوچک نشانه کلاسیک بیمار به هنگام مراجعه است. حدود ۲۰-۳۰٪ بیماران یا درگیری یک مفصل (معمولاً در مفصل زانو) مراجعه می‌کنند (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). علایم مزاجی که نشانگر ماهیت التهابی بیماری می‌باشند، مانند سفتی صبحگاهی، تشخیص آرتریت روماتوئید را تقویت می‌کند. نشان دادن ندول‌های زیر جلدی یک علامت تشخیصی خوب است (کاسپر و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱).

بررسی مایع مفصل مفیدترین اقدام آز آزمایشگاهی است. در آرتریت روماتوئید مایع مفصلی حالت التهابی دارد و حاوی بیش از ده هزار گویچه سفید است. فاکتور روماتوئید در ۹۰-۸۰٪ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید یافت می‌شود. وجود فاکتور روماتوئید نه شرط لازم برای تشخیص است نه شرط کافی ولی اگر بیمار دارای آن باشد، به او سرم مثبت^۱ گفته می‌شود. احتمال بروز بیماری مفصلی شدید، پیدایش ندول‌ها و بروز علایم خارج مفصلی در بیماران سرم مثبت بیشتر است (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

^۱ seropositive

جدول ۲-۲. ملاک‌های طبقه بندی آرتریت روماتوئید که در سال ۱۹۸۷ باز بینی شده است ((هاریسون، ۱۹۹۱،

ترجمه فرهمند، ۱۳۷۰)

۱- راهنماهای طبقه بندی
(a) چهار علامت از هفت علامت برای قرار دادن بیمار در طبقه بندی آرتریت روماتوئید لازم است. (b) بیماران دارای دو تشخیص بالینی یا بیشتر حذف نمی‌شوند.
۲- علایم تشخیصی
(a) سفتی صبح گاهی و سفتی در مفصل و اطراف آن که قبل از بهبود کامل ۱ ساعت طول می‌کشد. (b) آرتریت در سه ناحیه مفصلی یا بیش از آن: حداقل سه مفصل، که به طور همزمان توسط پزشک مشاهده شود، دچار تورم بافت نرم یا افزون مفصلی است، و نه فقط رشد بیش از حد استخوانی. (c) آرتریت مفاصل دست: آرتریت مچ، مفصل متاکارپوفالانژیال، یا مفاصل بین انگشتی پروگزیمال. (d) آرتریت سیستمیک: ابتلا همزمان مفاصل مشابه در هر دو طرف بدن. (e) ندول‌های روماتوئید: ندول‌های زیر جلدی در برجستگی‌های استخوانی و سطوح اکتنسور، یا نواحی اطراف مفصلی که به وسیله پزشک مشاهده می‌شود. (f) فاکتور روماتوئید سرم: نشان دادن مقادیر غیر طبیعی فاکتور روماتوئید به وسیله هر متدی که با آن نتایج در کمتر از ۵ درصد افراد طبیعی کنترل مثبت باشد. (g) تغییرات رادیو گرافیک: تغییرات تیپیک در رادیو گرافی قسمت فوقانی خلفی دست و کچ دست که باید شامل اروزیون یا دکلسیفیکاسیون استخوانی که در مفصل درگیر وجود داشته یا در نزدیک مفصل شدیدتر از سایر قسمت‌هاست باشد. ❖ موارد a - d باید حداقل ۶ هفته ادامه یابد. موارد b - e باید به وسیله پزشک، دیده شوند.

۲-۴-۷. درمان

بعد از تشخیص آرتریت روماتوئید و انجام ارزیابی‌های اولیه، درمان باید شروع شود. اهداف درمان آرتریت روماتوئید عبارتند از: کنترل درد یا از بین رفتن درد، کاهش التهاب، فروکش نمودن روند التهابی، حفظ حداکثر کارکرد و پیشگیری از بروز تغییر شکل و تخریب مفاصل می‌باشد (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهمند، ۱۳۷۰؛ آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به روش‌های متفاوتی درمان می‌شوند که هدف آنها برطرف نمودن مشکلات گوناگونی است که این بیماران از لحاظ فونکسیونل و روانی با آن مواجه می‌باشند (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱).

داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی متعددی جهت درمان آرتریت روماتوئید در دسترس هستند. این داروها عبارتند از: فنوپروفن، ایموپروفن، ایندومتاسین، ناپروکسن، مکلوفنات، پیروکسیام. این داروها در کنترل درد و التهاب موثر هستند و ممکن است عملکرد روزمره را بهبود بخشند، اما بر فرایند زمینه ای بیماری به خصوص خوردگی و تخریب مفصل اثری ندارند (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهمند، ۱۳۷۰؛ آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷). **گلوکوکورتیکوئید ها** نیز همچنان اهمیت خود را در درمان بیماری آرتریت روماتوئید و خصوصاً در مورد حملات حاد بیماری حفظ کرده‌اند. این داروها در مقادیر کم تا متوسط و در صورت امکان برای دوره‌های کوتاه مدت استفاده می‌شوند. در طبابت فعلی، در مورد اکثر بیماران **داروهای ضد روماتیسمی تعدیل کننده بیماری^۱** تجویز می‌شوند (آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

برای کاهش درد و بهبود کارکرد مفاصل ممکن است **جراحی** انجام شود. عمل جراحی در بعضی از موارد، پیشرفت نابودی را برای مدتی کند می‌سازد. این عمل برای زدودن بافت زلالی مهاجم درون مفصل، پاک کردن کپسول مفصلی از ذرات خرده ریز، صاف کردن غضروف زبر، اصلاح زاویه تماس در یک زانوی کج در حال ساییدگی، بی حرکت کردن مفصل‌های دردناک و ناپایدار انجام می‌شود (اطاری و اطاری، ۱۳۸۶).

فیزیوتراپی و کار درمانی در بسیاری از بیماران نقش مهمی دارند. فیزیوتراپی سبب افزایش قدرت و وضعیت عضلات و حفظ تحرک مفاصل می‌شود (آندرلونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

۸-۴-۲ پیش آگهی

¹ Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs(DMARD)

چندین علامت در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از نظر پیش آگهی ارزش دارد. فروکش نمودن فعالیت بیماری در سال اول احتمال بیشتری دارد. افرادی که دارای تیتربالای فاکتور روماتوئید می‌باشند و نیز بیماران دارای ندول‌های زیر جلدی به هنگام ارزیابی اولیه پیش آگهی بدتری دارند. با آنکه فعالیت پا برجای بیماری به مدت بیش از ۱ سال سرانجام بدی را به دنبال دارد ولی به سرعت پیشرفت ضایعات مفصلی ثابت نیست و بیشترین پیشرفت‌ها ۶ ماه اول بیماری روی داده و پس از آن به مراتب آهسته‌تر صورت می‌گیرد (کاسپر و همکاران ۲۰۱۲؛ ترجمه منتظری، ۱۳۹۱).

داده‌های موجود حاکی از آن است که ۵۰٪ بیماران ظرف ۵ سال از کار افتاده می‌شوند (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۹۳). متوسط امید به زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ۳ تا ۷ سال است (هاریسون، ۱۹۹۱، ترجمه فرهنگ، ۱۳۷۰). میزان مرگ و میر کلی دست کم در موارد شدید آرتریت روماتوئید افزایش یافته است. افزایش میزان مرگ و میر بر اثر عفونت، بیماری کلیوی و ریوی و خونریزی گوارشی ایجاد می‌شود که برخی از این موارد ممکن است ناشی از مداخلات درمانی باشد (آندرلویی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷).

۵-۲. مروری بر پیشینه پژوهش

۱-۵-۲. پژوهش‌های خارجی

دوتسی^۱ (۲۰۱۵) به بررسی ارتباط بین نگرانی از تصویر بدن با بهزیستی روان شناختی پرداخت. نتایج نشان داد که بین نگرانی از تصویر بدن و بهزیستی روان شناختی رابطه معنادار وجود دارد. انگل برچت^۲ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی تعامل عملکرد جسمانی و سلامت هیجانی در بیماران آرتریت روماتوئید و نقش مقابله در این بیماری پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش دادن راهبردهای مقابله نقش کلیدی در کاهش دادن آسیبهای عملکرد جسمی و سلامت هیجانی ایفا می‌کند.

^۱ Dotse, J. E

^۲Englbrecht

انگل برچتو همکاران (۲۰۱۲) پژوهشی تحت عنوان «تأثیر راهبردهای مقابله‌ای در سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید» انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که: راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده در بیماران آرتریت روماتوئید وابسته به جنسیت است اما به سن وابسته نیست؛ استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله اثر مقابله را این بیماران بهبود می‌بخشد و همچنین در سلامت روانی و جسمانی بیماران تأثیر می‌گذارد. به طور کلی مقابله باید به عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت کلی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در نظر گرفت.

سیبلیک^۱ (۲۰۱۲) به بررسی تصویر بدن و بهزیستی روان شناختی در سالمندان پرداختند. نتایج نشان داد که بین تصویر بدنی و بهزیستی روان شناختی در سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. کامینگ و دیودا^۲ (۲۰۱۲) به بررسی رابطه نگرانی از تصویر بدن با بهزیستی روان شناختی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که نگرانی از تصویر بدن بهزیستی روان شناختی را کاهش می‌دهد. نورتون^۳ و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی فشارهای روانی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداختند. آنها به این نتیجه دست یافتند که: علائم درد، سفتی و اختلال عملکرد به طور قابل توجهی با سطوحی از پریشانی روانی در زمان تشخیص همراه بود؛ همچنین بسیاری از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید از تأثیر فشار روانی بر سلامت جسمانی و روانی خود آگاهی ندارند.

آدامز^۴ و همکاران (۲۰۱۱) به پیش بینی کیفیت زندگی و افسردگی براساس ترس از ارزیابی منفی در زنان تحت عمل جراحی پرداختند. نتایج نشان داد که ترس از ارزیابی منفی می‌تواند افسردگی و کیفیت زندگی را پیش بینی نماید.

۲-۵-۲. پژوهش‌های داخلی

پاسبانی، شکری و پورشهریار (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف بررسی نقش واسطه‌ای استرس تحصیلی در رابطه بین ترس از ارزیابی منفی با بهزیستی هیجانی در نوجوانان تیزهوش وعادی انجام دادند. به این

¹ Sabik, N, J

² Cumming, J, Duda, J. L

³ Norton

⁴ Adams, C. E

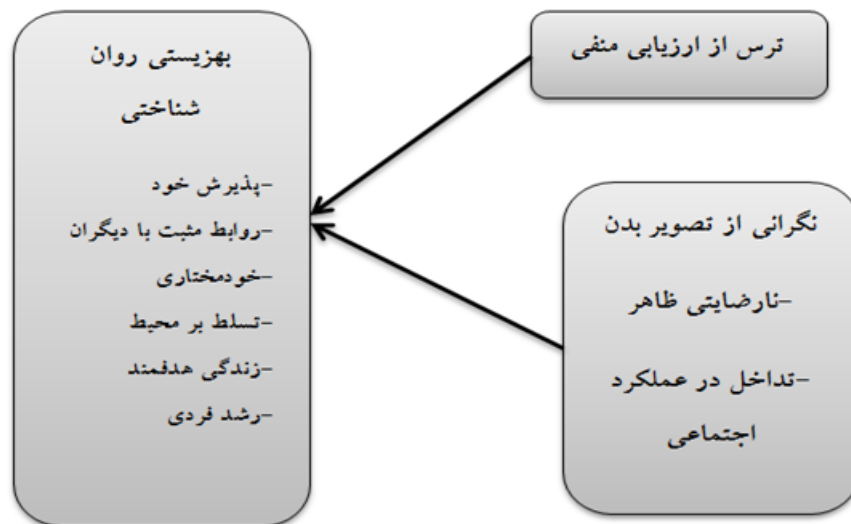
منظور، تعداد ۶۸۰ نوجوان (۳۲۵ نفر عادی و ۳۵۵ نفر تیزهوش) به نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس استرس ناشی از انتظارات تحصیلی و مقیاس های بهزیستی ذهنی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که در کل نمونه و در هر دو گروه نمونه نوجوانان تیزهوش و عادی، الگوی مفروض نقش واسطه ای استرس تحصیلی در رابطه بین ترس از ارزیابی منفی و بهزیستی هیجانی با داده ها برازش مطلوبی داشت. علاوه بر این، نتایج تخصیص گروهی روابط ساختاری بین متغیرهای چندگانه نشان داد که روابط بین ترس از ارزیابی منفی، استرس تحصیلی و بهزیستی هیجانی در دو گروه نوجوانان تیزهوش و عادی هم ارز بودند. در نهایت، نتایج نشان داد که در مدل کلی و مدل های مربوط به هریک از دو گروه تیزهوش و عادی، تمامی وزن های رگرسی و نیاز لحاظ آماری معنادار بودند و متغیرهای پیش بین بین ۱۵ تا ۱۸ درصد از پراکندگی متغیر عاطفه منفی و بین ۱۳ تا ۲۱ درصد از پراکندگی متغیر عاطفه مثبت را تبیین کردند. پژوهش حاضر نشان داد که بخشی از تمایز در میزان تجارب هیجانی مثبت و منفی نوجوانان تیزهوش و عادی در مواجهه با بدکارکردی های بین فردی در موقعیتهای تحصیلی، از طریق تفاوت در سطح استرس ادراک شده آنها در پاسخ به مطالبات زندگی تحصیلی قابل تبیین است.

خانجانی و بهادری خسرو شاهی (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف پیش بینی سلامت عمومی بر اساس تصویر بدنی، استرس و ویژگی های شخصیتی انجام دادند. این پژوهش از نوع همبستگی بود. ۲۰۰ نفر از دانشجویان رشته های مختلف دانشگاه تبریز به صورت نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. در این پژوهش از مقیاس رویدادهای زندگی (پیکلو همکاران، ۱۹۷۵)، پرسشنامه چند بعدی روابط بدن خود (کش، ۱۹۹۴)، آزمون شخصیتی (آیزنگ، ۱۹۸۵) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) استفاده شد. داده ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و روش گرسون چندگانه به شیوه گام به گام تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاکی از آن بود که همبستگی معناداری بین فشارهای روان شناختی و سلامت روانی و عمومی دانشجویان وجود دارد، ولی بین فشارهای روان شناختی و تصویر بدنی و سه عامل شخصیتی همبستگی معناداری وجود نداشت. همچنین، همبستگی منفی معناداری بین سلامت عمومی و نوروژگرای و همبستگی مثبت معناداری بین سلامت عمومی و برون گرایی وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد فقط سه متغیر نوروژگرای، تصویر بدنی و استرس روانی قادر به پیش بینی

سلامت روانی و جسمی دانشجویان هستند ($P < 0/001$). همچنین، برون‌گرایی و روان‌پریشی پیش‌بین سلامت روانی دانشجویان نبودند.

محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) پژوهشی با هدف بررسی رابطه نگرانی از تصویربدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی انجام دادند. برای این منظور، ۲۰۹ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان شیراز به پرسشنامه‌های نگرانی از تصویربدنی (لیتل‌تونو همکاران، ۲۰۰۵) ترس از ارزیابی منفی (دلفی موسوی، ۱۳۸۰)، اضطراب اجتماعی (دلفی موسوی، ۱۳۸۰) و حرمت خودروznبرگ (محمدی، ۱۳۸۴) پاسخ دادند. در این تحقیق، از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد که نتایج زیر را در پی داشت: ۱- متغیرهای عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌کننده اضطراب اجتماعی بودند، متغیر نگرانی از تصویربدنی، در پیش‌بینی متغیر وابسته سهم معناداری نداشت و بنابراین از معادله حذف گردید. ۲- از بین دو خرده‌عامل نگرانی از تصویربدنی، عامل نارضایتی از بدن، توانست به طور معناداری، اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند. در مجموع، نتایج این تحقیق، نشان داد که متغیر عزت نفس بهتری پیش‌بینی‌کننده اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان است.

مسعودنیا (۱۳۸۶) به بررسی ادراک بیماری و استراتژی‌های مقابله در بیماران آرتریت روماتوئید می‌پردازد. نتایج پژوهش وی حاکی از آن است که پذیرش یک استراتژی مقابله به ادراکات و باورهای مرتبط با بیماری بستگی دارد.



شکل ۲-۷. مدل مفهومی پژوهش

فصل سوم

روش پژوهش

۱-۳. روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ نحوه جمع آوری داده ها از نوع توصیفی می باشد که در چهارچوب یک طرح همبستگی پیش بین انجام می شود.

در پژوهش حاضر نمره های بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن مورد پیش بینی قرار گرفت. بر این اساس متغیرهای پژوهش عبارتند از:

متغیر ملاک: بهزیستی روان شناختی

متغیر پیش بین: ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن

۲-۳. جامعه آماری

جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید هستند که در طی فاصله زمانی از دی ۱۳۹۴ تا تیر سال ۱۳۹۵ به بیمارستان بهمن تهران مراجعه کرده اند.

۳-۳. نمونه آماری و روش نمونه گیری

نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر مبتلا به آرتریت روماتوئید (در پژوهش همبستگی حداقل حجم نمونه ۵۰ نفر و به دلیل محدود بودن جامعه آماری این تعداد در نظر گرفته شد) که در فاصله زمانی انجام پژوهش به بیمارستان بهمن تهران مراجعه کردند و پس از بررسی ملاک های ورود به پژوهش، آن ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که به هر یک از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید که دارای ملاک ورود به پژوهش بودند پرسشنامه داده شد تا تکمیل نمایند.

ملاک های ورود به پژوهش: ۱. داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، ۲. نداشتن اختلال روانی یا جسمانی دیگر و ۳. رضایت و تمایل شرکت در پژوهش.

۴-۳. ابزار های پژوهش

ابزارهایی که جهت گرد آوری اطلاعات از نمونه پژوهش در نظر گرفته شده است عبارتند از:

۳-۴-۱. مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف^۱

ریف برای اندازه گیری این سازه ها، مقیاس های بهزیستی روان شناختی همچون پرسشنامه ۲۰ سؤالی، ۱۴ سؤالی، ۹ سؤالی و ۳ سؤالی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه نسخه اصلی مقیاس های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ سؤال است، تهیه شد (۱۹۸۹). این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس شامل ۱۴ عبارت) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و دو نسخه ۵۴ عبارتی و ۱۸ عبارتی نیز دارد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً مخالفم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است.

جدول ۳-۱. مؤلفه ها و سوالات هر یک از مؤلفه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف

مؤلفه ها	سوال ها
پذیرش خود	۶- ۱۲- ۱۸- ۲۴- ۳۰- ۳۶- ۴۲- ۴۸- ۵۴- ۶۰- ۶۶- ۷۲- ۷۸- ۸۴
روابط مثبت با دیگران	۱- ۷- ۱۳- ۱۹- ۲۵- ۳۱- ۳۷- ۴۳- ۴۹- ۵۵- ۶۱- ۶۷- ۷۳- ۷۹
خودمختاری	۲- ۸- ۱۴- ۲۰- ۲۶- ۳۲- ۳۸- ۴۴- ۵۰- ۵۶- ۶۲- ۶۸- ۷۴- ۸۰
تسلط بر محیط	۳- ۹- ۱۵- ۲۱- ۲۷- ۳۳- ۳۹- ۴۵- ۵۱- ۵۷- ۶۳- ۶۹- ۷۵- ۸۱
زندگی هدفمند	۵- ۱۱- ۱۷- ۲۳- ۲۹- ۳۵- ۴۱- ۴۷- ۵۳- ۵۹- ۶۵- ۷۱- ۷۷- ۸۳
رشد فردی	۴- ۱۰- ۱۶- ۲۲- ۲۸- ۳۴- ۴۰- ۴۶- ۵۲- ۵۸- ۶۴- ۷۰- ۷۶- ۸۲

نمره گذاری. شیوه نمره گذاری گزینه های مقیاس دهی بهزیستی روان شناختی ریف بدین شرح است:

کاملاً مخالف=۱؛ تاحدی مخالف=۲؛ کمی مخالف=۳؛ کمی موافق=۴؛ تاحدی موافق=۵؛ کاملاً موافق=۶. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس کافی است نمره همه عبارات مربوط به زیر

1- Ryffs Scales of Psychological Well-being(RSPWB)

مقیاس مورد نظر را با هم جمع کنید. از جمع امتیاز ۸۴ عبارت نیز نمره بهزیستی روان شناختی کلی به دست می آید. سوالات ۸۴ - ۸۳ - ۸۲ - ۷۵ - ۶۶ - ۶۵ - ۶۳ - ۶۲ - ۶۱ - ۶۰ - ۵۸ - ۵۶ - ۵۵ - ۵۴ - ۴۵ - ۴۴ - ۴۳ - ۴۲ - ۴۱ - ۳۷ - ۳۵ - ۳۴ - ۳۲ - ۳۱ - ۲۹ - ۲۷ - ۲۴ - ۲۲ - ۲۰ - ۱۷ - ۱۵ - ۱۳ - ۱۱ - ۹ - ۷ - ۴ - ۲ به طور معکوس نمره گذاری می شود.

روایی و پایایی. ریف (۱۹۹۴) به منظور هنجاریابی مقیاس های بهزیستی روان شناختی این آزمون را بر روی نمونه ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیر مقیاس های این پرسشنامه را بدون شرح گزارش کرده است: خودمختاری = ۰/۷۶، تسلط بر محیط = ۰/۹۰، رشد فردی = ۰/۸۷، ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۹۱، زندگی هدفمند = ۰/۹۰ و پذیرش خود = ۰/۹۳. پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیر مقیاس ها نیز در یک نمونه ۱۱۷ نفری و در فاصله ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است. در پژوهش دیگری ضریب همسانی درونی زیر مقیاس خودمختاری = ۰/۷۸، تسلط بر محیط = ۰/۷۷، رشد فردی = ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۸۳، زندگی هدفمند = ۰/۷۶ و پذیرش خود = ۰/۷۹ گزارش شده است. پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیر مقیاس ها نیز در یک فاصله ۸ هفته ای بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ قرار داشت (چنکسون^۱، ۲۰۰۴).

بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به منظور هنجاریابی مقیاس های بهزیستی روان شناختی در ایران آن را بر روی نمونه ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس به زیستی روان شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود. همبستگی معنادار بین مقیاس های بهزیستی روان شناختی ریف و پرسشنامه های رضایت از زندگی، شادکامی و عزت نفس حاکی از اعتبار این آزمون است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به منظور بررسی اعتبار سازه این آزمون همبستگی میان مقیاس های آن و همبستگی کلی آن را مورد ارزیابی قرار داده اند که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

^۱ - Cenkseven

جدول ۳-۴: همبستگی بین مقیاس های بهزیستی روانشناختی ریف با یکدیگر و با کل مقیاس (n=145)

رشد تخصصی	زندگی هدفمند	تسلط بر محیط	خودمختاری	روابط مثبت با دیگران	پذیرش خود	
					۰/۳۷۸***	روابط مثبت با دیگران
				۰/۶۲۱**	۰/۳۳۹**	خودمختاری
			۰/۵۱۹**	۰/۵۰۸**	۰/۱۵۹	تسلط بر محیط
		۰/۵۴۱**	۰/۶۱۴**	۰/۶۸۱**	۰/۴۶۳**	زندگی هدفمند
	۰/۶۹۵**	۰/۵۶۹**	۰/۵۸۴**	۰/۷۴۹**	۰/۳۸۶**	رشد شخصی
۰/۸۴۶**	۰/۸۵۵**	۰/۷۲۴**	۰/۷۷۲**	۰/۸۴۸**	۰/۵۷۷**	بهزیستی روانشناختی

*p<0.05 : **p<0.001

۳-۴-۲. مقیاس ترس از ارزیابی منفی^۱

این مقیاس توسط واتسون و فرند (۱۹۶۹) ساخته شد و یکی از خرده مقیاس های آزمون اضطراب اجتماعی می باشد که توسط مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و بهارلو (۱۳۷۸) ترجمه و آماده اجرا گردید. مقیاس ترس از ارزیابی منفی، یک مقیاس خود گزارشی و مداد-کاغذی است که شامل ۳۰ ماده است. پیوستار پاسخ ها بر پایه طیف درست و نادرست رتبه بندی شده و به ترتیب ماده های شماره ۱، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۸ در این مقیاس، برای پاسخ درست نمره صفر و برای پاسخ نادرست نمره یک می گیرد (مهرابی زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۸۴).

نمره گذاری. این مقیاس دارای ۱۷ ماده پاسخ مثبت و ۱۳ پاسخ منفی دارد. دامنه نمره بین صفر تا ۳۰ است. نمره ۱۸ به بالا نماینگر افرادی است که ترس زیادی از ارزیابی منفی دارند و نمره ۹ به پایین مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. فردی که در این مقیاس نمره بالایی بیاورد،

¹ Fear of Negative Evaluation Scale(FNF)

کسی است که نه برخورد و نه بر دیگران تسلط دارد و به احتمال زیاد از موقعیت های همراه با احتمال عدم تایید اجتناب می کند (حمید و همکاران، ۱۳۹۳).

روایی و پایایی. در بررسی واتسون و فرند، ضریب بازآزمایی ۰/۷۸ و روایی ملاکی ۰/۶۰ محاسبه شده است. در ایران نیز بهارلویی در بررسی خود، ضریب باز آزمایی ۰/۸۸، آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روایی سازه ۰/۷۵، و روایی همزمان ۰/۵۶ بدست آورد. در مجموع روایی و پایایی مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است (به نقل از حمید و همکاران، ۱۳۹۳). مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و بهارلو (۱۳۷۸) روی یک نمونه دانشجویی ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش می کنند. همچنین، هرموزی نژاد (۱۳۸۰) نیز در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، ضرایب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ با روش تصنیف، اسپیرمن-براون ۰/۸۸ و با روش گاتمن ۰/۸۷ گزارش کرده است. در تحقیق مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۴) نیز ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ در کل دانشجویان ۰/۸۴، در مردان ۰/۸۲ و در زنان ۰/۸۶ بوده است.

۳-۴-۳. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی^۱

این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و حاوی ۱۹ آیتم که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ی ظاهرش می پردازد. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسش نامه را نیز بررسی کرده اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی دار بود که عامل اول از یازده ماده تشکیل شده و نارضایتی فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در بر می گرد و عامل دوم با هشت ماده میزان تداخل نگرانی درباره ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می دهد.

جدول ۲-۳. زیر مقیاس ها و سوالات هر یک از آنها (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵)

عامل	سوالات
------	--------

^۱ Body Image Concern Inventory

ناراضایتی ظاهر(عامل اول)	۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹
تداخل در عملکرد اجتماعی(عامل دوم)	۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳

نمره گذاری. در این ابزار از آزمودنی خواسته می شود در مورد هر یک از ماده ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می دهد، روی مقیاسی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه بندی کند. در این مقیاس نمره ی ۱ به معنی این است که (هرگز این احساس را نداشته ام یا این کار را انجام نداده ام) و نمره ۵ به این معنی است که (همیشه این احساس را دارم با این کار را انجام می دهم) نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره ی بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است.

روایی و پایایی. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی، بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آورد. ضریب همبستگی هر یک از سوالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش نمود. روایی همگرایی این مقیاس از طریق محاسبه ی ضریب همبستگی آن با پرسش نامه ی وسواس اجباری پادوآ و پرسش نامه ی اختلالات خوردن بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزار ها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ بدست آمده است ($p < ۰/۰۱$). در ایران محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۴) میزان آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴ از این پرسشنامه بدست آمد. و در مجموع از ۱۹ سوال دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل درباره عملکرد اجتماعی شناسایی شد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۴ و برای عامل دوم ۰/۷۴ محاسبه گردید. در پژوهش حیدری و علی پور خدادادی (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و زیرر مقیاس های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶، خرده مقیاس اول ۰/۸۴ (نارضایتی ظاهر) و خرده مقیاس دوم ۰/۷۱ (تداخل در عملکرد) می باشد که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور است. در تحقیق بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ضریب همبستگی بین مقیاس ترس از تصویر بدنی و مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی، ۰/۵۵ و ضریب همبستگی

مقیاس ترس از تصویر بدنی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۰/۴۳ بود که در سطح $p < 0/001$ معنی دار بود.

۳-۵. اجرای پژوهش

برای انتخاب گروه نمونه به بیمارستان بهمن تهران مراجعه شد. بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد پس از معاینه توسط پزشک متخصص و دریافت تشخیص آرتريت روماتوئيد به پژوهشگر معرفی شدند. پژوهش گر پس از بررسی ملاک‌های شرکت در پژوهش (داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، نداشتن اختلال روانی یا جسمانی دیگر و رضایت و تمایل در شرکت در پژوهش) پرسشنامه‌ی مربوط به بهزیستی روان شناختی، ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن را در اختیار آزمودنی قرار می‌داد تا تکمیل کنند. از آنجا که بیماران سطح تحصیلات پایینی داشتند؛ و همچنین به دلیل وجود مشکلات حرکتی و درد مفاصل انگشتان قادر نبودند به تنهایی پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. از این رو پس از برقراری ارتباط مطلوب با بیماران و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش، سوالات پرسشنامه به صورت فردی برای بیماران خوانده می‌شد و آن‌ها پاسخ می‌دادند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری آنها در نهایت داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۳-۶. ملاحظات اخلاقی

برخی از ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارتند از:

- آزمودنی‌ها به صورت عادلانه انتخاب می‌شوند، به گونه‌ای که احتمال قرار گرفتن هریک از افراد جامعه در نمونه به یک نسبت می‌باشد.
- اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌هایی که در پژوهش شرکت کردند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه آن انصراف دهند.
- تمامی افرادی که در پژوهش شرکت می‌کنند حق دارند که برای خود اسم مستعار انتخاب کنند تا شناخته نشوند.

- تضمین کردن اینکه اطلاعاتی که از آزمودنی‌ها بدست می‌آید به صورت محرمانه باقی بماند و منتشر نمی‌شود (حفظ حریم خصوصی و رازدار بودن).
- پژوهشگر به هر فرد درگیر در فرایند پژوهش به طور اخلاقی احترام می‌گذارد و از تبعیض اجتناب می‌کند.

۷-۳. تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده توسط ابزارهای فوق، از شاخص‌های و روش‌های آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده‌ها استفاده شده است؛ و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان به کمک نرم افزار spss به کار گرفته شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

مقدمه

پژوهش حاضر به «پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید» پرداخته است. در این فصل به بررسی نتایج حاصل از نمونه ۸۰ نفر، از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید که بوسیله مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (FNF) و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی مورد ارزیابی قرار گرفته اند، پرداخته ایم، داده های توسط نرم افزار SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و جداول داده های آماری در دو سطح (الف) توصیفی و (ب) استنباطی ارائه شد.

۴-۱. داده های توصیفی

در جدول زیر شاخص های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش آورده شد.

جدول ۴-۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
بهزیستی روانشناختی کل	۸۰	۲۷۴/۸۰	۴۹/۲۵	۱۶۲	۳۵۷

۷۵	۲۷	۱۱/۸۴	۴۶/۱۱	۸۰	پذیرش خود
۷۹	۲۹	۱۱/۷۲	۴۷/۶۰	۸۰	روابط مثبت با دیگران
۶۲	۲۵	۱۰/۴۷	۴۳/۳۱	۸۰	خودمختاری
۶۸	۲۳	۱۱/۰۳۰	۴۱/۶۶	۸۰	تسلط بر محیط
۷۶	۲۸	۱۱/۱۰	۴۶/۱۲	۸۰	زندگی هدفمند
۸۰	۳۰	۱۱/۴۹	۴۹/۹۸	۸۰	رشد شخصی
۳۰	۳	۶/۷۶	۱۴/۸۵	۸۰	ترس از ارزیابی منفی
۷۶	۲۰	۱۲/۵۷	۴۵/۳۸	۸۰	نگرانی تصویر بدن کل
۴۶	۱۱	۸/۹۰	۲۶	۸۰	نارضایتی از ظاهر
۸	۳۲	۶/۱۵	۱۹/۳۸	۸۰	تداخل در عملکرد اجتماعی

همانطور که در جدول ۴-۱ مشاهده می کنید میانگین و انحراف استاندارد بهزیشتی روانشناختی به ترتیب برابر با ۲۷۴/۸۰ و ۴۹/۲۵، ترس از ارزیابی منفی به ترتیب برابر با ۱۴/۸۵ و ۶/۷۶ و نگرانی از تصویر بدن به ترتیب برابر با ۴۵/۳۸ و ۱۲/۵۷ است.

۴-۲. داده های استنباطی

به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ به کار گرفته شده است. هر یک از جداولی که در این زمینه آمد بیانگر آزمون فرضیات در خصوص پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

۴-۲-۱. آزمون فرض نرمال بودن توزیع

قبل از بررسی آزمون ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون، آنچه که باید در نظر گرفته شود، مباحث مربوط به رعایت کردن و بررسی کردن مفروضه های آماری است. از جمله پیش فرض هایی که در

آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون منظور می‌گردد، فرض نرمال بودن توزیع (با استفاده از آزمون (K-S)^۱) یا (کولموگروف - اسمیرنوف) است. این بررسی روی متغیرهای پژوهش انجام شد.

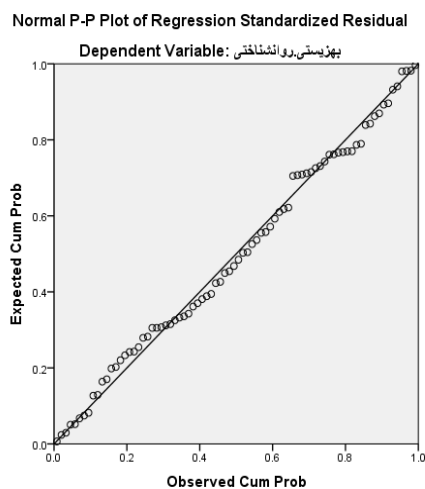
جدول ۴-۲. آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	کولموگروف - اسمیرنوف (K-S)	سطح معنی داری
بهبودی روانشناختی کل	۰/۰۸۱	۰/۲۰۰
پذیرش خود	۰/۰۵۴	۰/۲۰۰
روابط مثبت با دیگران	۰/۰۵۶	۰/۲۰۰
خودمختاری	۰/۰۸۹	۰/۱۸۲
تسلط بر محیط	۰/۰۵۹	۰/۲۰۰
زندگی هدفمند	۰/۰۶۱	۰/۲۰۰
رشد شخصی	۰/۰۷۷	۰/۲۰۰
ترس از ارزیابی منفی	۰/۰۸۳	۰/۲۰۰
نگرانی تصویر بدن کل	۰/۰۹۱	۰/۰۹۹
نارضایتی ظاهر	۰/۰۶۳	۰/۲۰۰
تداخل در عملکرد اجتماعی	۰/۰۵۲	۰/۲۰۰

همان طور که از یافته های جدول ۴-۲ استنباط می شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون (K-S)، در متغیرهای پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری دارای توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیه های پژوهش را از طریق آزمون های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

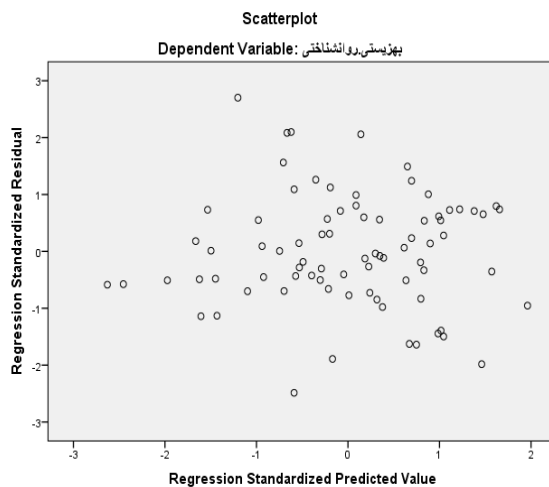
۴-۲-۲. مفروضه های رگرسیون (نرمال بودن)

¹ Kolmogorov -Smirnov Test



نمودار ۴-۱. توزیع نرمال

نمودار ۴-۱ نشان می دهد که نقطه ها در قالب یک خط مورب نسبتاً مستقیم سمت چپ پایین تا سمت راست بالا نشان می دهد از حالت بهنجاری انحراف شدیدی وجود ندارد.



نمودار ۴-۲. Scatterplot مقادیر باقی مانده

نمودار ۴-۲ نشان می دهد که باقی مانده ها توزیعی تقریباً مستطیل شکل دارد و بیشترین نمره ها در مرکز (در امتداد نقطه صفر) است.

قبل از آزمون فرضیه های پژوهش به منظور بررسی روابط بین متغیر های پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. جدول ۳-۴ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۳-۴. ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی، ویژگی های شخصیتی و اختلال عملکرد جنسی

مولفه ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱-بهبودی روانشناختی کل	۱										
۲-پذیرش خود	۰/۶۳۹**	۱									
۳-روابط مثبت با دیگران	۰/۶۷۹**	۰/۳۱۳**	۱								
۴-خودمختاری	۰/۸۲۳**	۰/۳۶۸**	۰/۴۷۰**	۱							
۵- تسلط بر محیط	۰/۷۴۵**	۰/۲۷۲*	۰/۴۵۷**	۰/۶۱۵**	۱						
۶-زندگی هدفمند	۰/۶۶۱**	۰/۲۲۰*	۰/۲۷۱*	۰/۵۷۳**	**	۱					
۷-رشد شخصی	۰/۸۳۴**	۰/۵۸۰**	۰/۴۲۵**	۰/۶۱۱**	۰/۵۵۲*	**	۱				
۸-ترس از ارزیابی منفی	۰/۴۵۳**	۰/۴۰۹**	۰/۲۷۶*	۰/۴۱۳**	۰/۲۷۵*	**	۰/۲۵۵*	۱			
۹-نگرانی تصویر بدن کل	۰/۶۳۰**	۰/۴۱۰**	۰/۴۵۶**	۰/۵۲۷**	۰/۴۵۰*	**	۰/۴۴۷*	۰/۴۷۶**	۱		
۱۰-نارضایتی ظاهر	۰/۵۵۷**	۰/۳۷۱**	۰/۴۲۸**	۰/۴۲۹**	۰/۴۲۷*	**	۰/۳۵۵*	۰/۴۲۸*	۰/۳۶۱**	۱	

				-	-	-					
۱	۳۷۴**	/۷۵۴**	/۴۵۱**	**	**	**	۴۵۷**	۳۱۳**	/۳۰۲**	/۴۸۱**	۱۱-تداخل در عملکرد اجتماعی
	۰/	۰	۰	۰/۲۹۵	۰/۴۴۶	۰/۳۰۲	-۰/	-۰/	-۰	-۰	
				-	-	-					

** همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱

* همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵

همانطور که در جدول ۳-۴ مشاهده می کنید رابطه منفی معنادار بین ترس از ارزیابی منفی و بهزیستی روانشناختی ($r = -0/453$ ، $p < 0/01$) وجود دارد. رابطه منفی معنادار بین نگرانی از تصویر بدن با بهزیستی روان شناختی ($r = -0/630$ ، $p < 0/01$)، نارضایتی از ظاهر با بهزیستی روانشناختی ($p < 0/01$)، و تداخل در عملکرد اجتماعی با بهزیستی روانشناختی ($r = -0/557$ ، $p < 0/01$) وجود دارد.

فرضیه اصلی: «ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کنند».

به منظور پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس از روش همزمان تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیری با استفاده از روش همزمان در جدول ۴-۴ ارائه شده است.

جدول ۴-۴. خلاصه نتایج معنی داری مدل رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	R	R2	F	معنی داری
همزمان	رگرسیون	۸۱۹۶۳/۳۲۸	۲	۴۰۹۸۱/۶۶۴	۰/۶۵۴	۰/۴۲۸	۲۸/۷۷۷	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۱۰۹۶۵۷/۴۷۲	۷۷	۱۴۲۴/۱۲۳				
	جمع	۱۹۱۶۲۰/۸۰۰	۷۹					

نتایج جدول ۴-۴، نشان می دهد با توجه به اینکه R^2 محاسبه شده ۴۲/۸ درصد واریانس مشترک متغیرهای پیش بین، بین ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در پیش بینی بهزیستی روان شناختی است. با توجه به اینکه F محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. به منظور مشخص نمودن سهم متغیر پیش بین ضرایب رگرسیون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴-۱۵ ارائه شده است.

جدول ۴-۵. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t	معنی داری	Tolerance	VIF
همزمان	ثابت	۳۹۱/۵۲۲	۱۶/۰۶۳	-	۲۴/۳۷۴	۰/۰۰۱	-	-
	ترس از ارزیابی منفی	-۱/۴۴۴	۰/۷۱۳	-۰/۱۹۸	-۲/۰۲۴	۰/۰۴۶	۰/۷۷۴	۱/۲۹۳
	نگرانی از تصویر بدن	-۲/۰۹۹	۰/۳۸۴	-۰/۵۳۶	-۵/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴	۱/۲۹۳

مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. ضرایب بتا در ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن نشان می دهد که ترس از ارزیابی منفی ($\beta = -۰/۱۹۸$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی، نگرانی از تصویر بدن ($\beta = -۰/۵۳۶$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

فرضیه جزئی ۱: «ترس از ارزیابی منفی، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند».

به منظور پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون در جدول ۴-۶ ارائه شده است.

جدول ۴-۶. خلاصه نتایج معنی داری مدل رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	R	R2	F	معنی داری
-----	--------------	-------	------	---------	---	----	---	-----------

	مجذورات	آزادی	مجذورات				
همزمان	۳۹۳۹۷/۸۴۲	۱	۳۹۳۹۷/۸۴۲	۰/۴۵۳	۰/۱۹۵	۲۰/۱۸۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۵۲۲۲۲/۹۵۸	۷۸	۱۹۵۱/۵۷۶				
جمع	۱۹۱۶۲۰/۸۰۰	۷۹					

نتایج جدول ۴-۶، نشان می دهد با توجه به اینکه R^2 محاسبه شده ۱۹/۵ درصد واریانس مشترک متغیرهای پیش بین، ترس از ارزیابی منفی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی است. با توجه به اینکه F محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. به منظور مشخص نمودن سهم متغیر پیش بین ضرایب رگرسیون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴-۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۷. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t	معنی داری	Tolerance	VIF
همزمان	ثابت	۳۲۳/۸۰۲	۱۱/۹۷۲	-	۲۷/۰۴۶	۰/۰۰۱	-	-
	ترس از ارزیابی منفی	-۳/۳۰۰	۰/۷۳۴	-۰/۴۵۳	-۴/۴۹۳	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰

مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. ضرایب بتا در ترس از ارزیابی منفی نشان می دهد که ترس از ارزیابی منفی ($\beta = -۰/۴۵۳$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

فرضیه جزئی ۲: «نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند».

به منظور پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس مولفه های نگرانی از تصویر بدن از روش همزمان تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون در جدول ۴-۸ ارائه شده است.

جدول ۴-۸. خلاصه نتایج معنی داری مدل رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	R	R2	F	معنی داری
همزمان	رگرسیون	۷۶۱۴۲/۶۵۸	۲	۳۸۰۷۱/۳۴۳	۰/۶۳۰	۰/۳۹۷	۲۵/۳۸۶	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۱۱۵۴۷۸/۱۱۵	۷۷	۱۴۹۹/۷۱۶				
	جمع	۱۹۱۶۲۰/۸۰۰	۷۹					

نتایج جدول ۴-۸، نشان می دهد با توجه به اینکه R^2 محاسبه شده ۳۹/۷ درصد واریانس مشترک متغیرهای پیش بین، بین مولفه های نگرانی از تصویر بدن در پیش بینی بهزیستی روان شناختی است. با توجه به اینکه F محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. به منظور مشخص نمودن سهم متغیر پیش بین ضرایب رگرسیون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴-۹ ارائه شده است.

جدول ۴-۹. خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t	معنی داری	Tolerance	VIF
همزمان	ثابت	۳۸۷/۱۵۵	۱۶/۵۵۹	-	۲۳/۳۸۰	۰/۰۰۱		
	نارضایتی از ظاهر	-۲/۴۲۹	۰/۵۲۸	-۰/۴۳۹	-۴/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶۰	۱/۱۶۲
	تداخل در عملکرد اجتماعی	-۲/۵۳۸	۰/۷۶۳	-۰/۳۱۷	-۳/۳۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۰	۱/۱۶۲

مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. ضرایب بتا در مولفه های نگرانی از تصویر بدن نشان می دهد که نارضایتی از ظاهر ($\beta = -۰/۴۳۹$) و تداخل در عملکرد اجتماعی ($\beta = -۰/۳۲۶$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. مقدمه

هدف این پژوهش «پیش بینی بهزیستی روان شناختی براساس ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید» بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند که در طی فاصله زمانی ۳ ماه از اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۵ به بیمارستان بهمن تهران مراجعه کرده‌اند. روش نمونه گیری به شیوه در دسترس بود. نمونه ای به تعداد ۸۰ نفر بودند.

پرسشنامه هایی که جهت جمع آوری اطلاعات از گروه نمونه در نظر گرفته شدند عبارت بودند از: مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (FNF) و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی.

برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از شاخص های آماری میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به کمک نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده شد.

در این فصل با استفاده از یافته های پژوهش در فصل ۴، به تبیین فرضیات پژوهش می پردازیم؛ و باتوجه به اطلاعات به دست آمده از بررسی های آماری و بحث های نظری و سوابق پژوهش مندرج در فصل دوم، هر یک از فرضیه ها، تفسیر و نتیجه گیری خواهد شد.

۵-۲. بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: «ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کنند».

برای تبیین این فرضیه لازم است مروری بر نتایج جداول ۴-۴ و ۴-۵ داشته باشیم. ضرایب بتا در ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از تصویر بدن نشان می دهد که ترس از ارزیابی منفی ($\beta = -0.198$) و نگرانی از تصویر بدن ($\beta = -0.536$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

همانطور که نتایج نشان داد زمانی که هر دو متغیر ترس ارزیابی منفی و نگرانی تصویر بدن به طور همزمان وارد معادله رگرسیون شدند هر دو متغیر به طور منفی قادر به پیش بینی بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند. اما نگرانی از تصویر بدن بهترین پیش بینی کننده بهزیستی

روانشناختی است و افزودن ترس از ارزیابی منفی، تنها اندکی سهم پیش بینی را می افزاید. در تبیین این نتیجه می توان گفت اصولاً ترس از ارزیابی منفی به نگرانی از تصویر بدن فرد بر می گردد. به نظر می رسد یکی از جنبه های مهم شکل دهنده سلامت افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آنهاست. ارزش های فرهنگی و اجتماعی تاکید زیاد جامعه بر جذابیت های ظاهری، مقایسه کردن افراد از لحاظ ظاهری و ارزش قایل شدن برای افراد زیبا و تسهیل امور برای آنان و از طرفی ایجاد احساس کهنتری به دلیل ظاهر بد و یا تجربه تمسخر از سوی دیگران فرد را در مقابل تصویر بدنی خود حساس می نماید، اعتماد به نفس او را خدشه دار می کند و در نتیجه روابط اجتماعی را کاهش می دهد و در نهایت به احساس اجتماعی پایین تر و طرد شدگی در فرد منجر می گردد. بنابراین وخیم تر شدن چنین نگرش های روانشناختی، احتمال بالا بردن اختلالات روانی و جسمانی را افزایش می دهد و بهزیستی روانشناختی فرد را کاهش می دهد (وبستر و تریگرم^۱، ۲۰۰۳). بنابراین، تصویر بدنی بهتر از ترس از ارزیابی منفی، بهزیستی روان شناختی را پیش بینی نماید.

فرضیه جزئی ۱: «ترس از ارزیابی منفی، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند».

برای تبیین این فرضیه لازم است مروری بر نتایج جداول ۴-۶ و ۴-۷ داشته باشیم. ضرایب بتا در ترس از ارزیابی منفی نشان می دهد که ترس از ارزیابی منفی ($\beta = -0.453$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

همانطور که نتایج نشان داد زمانی که متغیر ترس ارزیابی منفی وارد معادله رگرسیون شد به طور منفی قادر به پیش بینی بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. این یافته با پژوهش های آدامزو همکاران (۲۰۱۱) که نشان دادند ترس از ارزیابی منفی می تواند افسردگی و کیفیت زندگی را پیش بینی نماید؛ پاسبانی و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه بهزیستی هیجانی براساس ترس از ارزیابی منفی قابل پیش بینی است همخوان می باشد.

¹ Webster, J., & Triggeman, M

در تبیین یافته مذکور می توان گفت که ترس از ارزیابی منفی نوعی ترس از ارزیابی دیگران درباره عملکردهای شخصی است. این ترس با ادراک منفی از ارزیابی دیگران، آشفتگی درباره ی ارزیابی های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی و پیش بینی ارزیابی منفی دیگران تعریف می شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۳). واتسون و فرنند (۱۹۶۹) ترس از ارزیابی منفی را نگرانی افراد درباره ارزیابی های دیگران، آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی های منفی، اجتناب از موقعیت های ارزیابی، و انتظار تجربه ارزیابی های منفی از سوی دیگران، تعریف کردند. رپی و هیمبرگ (۱۹۹۷) ترس از ارزیابی منفی را به عنوان مشخصه اضطراب اجتماعی در نظر می گیرند که در ایجاد و حفظ اضطراب غیرمنطقی و شدید مرتبط با موقعیت های اجتماعی موثر است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رفتارشان را در خلال گفتگو های فی البداهه و تعامل های اجتماعی بسیار ضعیف تر از آنچه ناظران امتیاز می دهند، ارزیابی می کنند؛ و ترس از ارزیابی منفی با چنین ارزش یابی های متفاوتی در ارتباط است (رودبایگ و چمبلس^۱، ۲۰۰۲).

این ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران و اضطراب همراه با آن در زندگی عامل ویران کننده است که بر روی جسم و روان تاثیر منفی می گذارد و او را از انجام هر کاری منع می کند. پس در چنین موقعیتی نمی توان انتظار داشت فرد با دید مثبتی به زندگی بنگرد و هر چه نگرانی و دل شوره شخص در موقعیت های عمومی بیشتر باشد، این نگرانی در موقعیت های اجتماعی زمینه مساعدتری را برای اضطراب ایجاد خواهد کرد و باعث خواهد شد که میزان سلامت روانی و بهزیستی شخص کاهش یابد و نسبت به زندگی ناامیدتر باشد (بهادری خسرو شاهی و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۱). از سوی ترس از ارزیابی منفی و اضطراب با پدید آوردن تاثیرات مخرب در وضعیت جسمانی و روانی فرد به وجود می آید که باعث می شود بین اضطراب و بهداشت روانی شخص دور باطل به وجود آید به طوری که تحمل اضطراب در موقعیت های اجتماعی، بهزیستی روانی شخص را به مخاطره می اندازد و به خطر افتادن و تضعیف فاکتورهای بهزیستی روان شناختی باعث ایجاد اضطراب در موقعیت های مختلف می شود.

¹Rodebaugh, T. L., &Chambless, D. L

هیدی و ورینگ^۱ (۱۹۹۹) معتقدند که افراد دارای اضطراب اجتماعی، به دلیل وابستگی و ترسو بودن همواره شرایطی را برای خود فراهم می کنند که به تنهایی و نگرانی هایشان دامن می زند. بنابراین این افراد دستاوردهای اندکی را در زندگی کسب می کنند و در زندگی زناشویی و شغلی رضایت کمتری را نشان می دهند. به همین دلیل نیز همواره دارای عواطف منفی، خشنودی، رضایت از زندگی و در نتیجه بهزیستی پایین تری هستند.

فرضیه جزئی ۲: «نگرانی از تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کند».

برای تبیین این فرضیه لازم است مروری بر نتایج جداول ۴-۸ و ۴-۹ داشته باشیم. ضرایب بتا در مولفه های نگرانی از تصویر بدن نشان می دهد که نارضایتی از ظاهر ($\beta = -0.439$) و تداخل در عملکرد اجتماعی ($\beta = -0.326$) پیش بینی کننده منفی و معنادار بهزیستی روان شناختی است.

همانطور که نتایج نشان داد زمانی که مولفه های نگرانی از تصویر بدن وارد معادله رگرسیون شد به طور منفی قادر به پیش بینی بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند. این یافته با پژوهش های دوتسی (۲۰۱۵) و سبیلک (۲۰۱۲) مبنی بر اینکه بین نگرانی از تصویر بدن و بهزیستی روان شناختی رابطه معنادار وجود دارد؛ کامینگ و دیودا (۲۰۱۲) که نشان دادند نگرانی از تصویر بدن بهزیستی روان شناختی را کاهش می دهد؛ خانجانی و بهادری خسرو شاهی (۱۳۹۳) که نشان دادند نگرانی از تصویر بدنی قادر به پیش بینی سلامت جسمی و روانی در دانشجویان بودهمخوان می باشد.

با عنایت به اینکه تصویر بدنی مقوله ای چند بعدی است که تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد، بنابراین می توان این نتایج را با استفاده از عوامل مختلف تاثیر گذار مورد بررسی قرار داد. در حقیقت تصویر بدنی یک مفهوم محوری برای روانشناسی سلامت است (زنجان و گودرزی، ۱۳۸۷) و به نظر می رسد افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارد، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت. در واقع، تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می شود (نوغانی،

¹ Headey B, Wearing A

منجمد و بهرامی، ۱۳۸۵) ولی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید به دلیل تغییرات در بدن و جسمشان، تصویر ذهنیشان دستخوش تغییر شده و منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی آنها می شود. به طور کلی تصویر بدنی نقش مهمی در متغیرهای مهم زندگی دارد.

مورد دیگر در تبیین پیش بینی بهزیستی روانشناختی براساس تصویر بدنی دارای اهمیت می باشد، نقش اعتماد به نفس در این افراد می باشد. به نظر می رسد، افرادی که اعتماد به نفس کمتری دارند، بر تصویر بدن خود به عنوان یک منبع خودارزشمندی، سرمایه گذاری بیشتری می کنند. وقتی به این افراد، بازخوردهای منفی داده می شود، عزت نفس و احساس خود ارزشمندی آنها تهدید می شود و آنها تلاش می کنند با تمرکز و تایید زیاد بر ظاهر و بدن خود احساس خودارزشمندی را حفظ کنند. از آنجایی که ممکن است فرد، نقص بدنی را احساس کند و یا به هر دلیلی از تصویر بدن خود راضی نباشد، منبع اصلی اعتماد به نفس او به طور نابسندۀ احساس می شود و چون مبنای دیگری برای ارجاع و ذخیره سازی مجدد عزت نفس او وجود ندارد دچار فقدان عزت نفس شده که این عامل به خود بر بهزیستی روانشناختی فرد تاثیر گذار است (عسگری، ۱۳۸۸).

علاوه بر آن در تبیین یافته مذکور می توان گفت تصویر بدنی، عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است که بر زندگی روانی و نگرش های او تاثیر می گذارد، این تصویر می تواند مثبت یا منفی باشد، و به منبعی برای هیجانات مثبت یا منفی تبدیل شود و از این طریق بر بهزیستی روانی فرد تاثیر بگذارد. اگر تصویر بدنی فرد به میزان زیادی منفی باشد، روابط اجتماعی، ارتباط بین فردی، رشد فردی، خودمختاری، پذیرش خود که از جمله حیطه های بهزیستی روانشناختی هستند، تحت تاثیر قرار می گیرد. تصویر هر فرد از خود، یکی از مهمترین علل مشکل هایی است که به طور آشکاری دید او را تغییر می دهد؛ در واقع تصویر منفی فرد از خود باعث ایجاد حس خود کم بینی شدن و این احساس با هیجان هایی مثل خشم و افسردگی مرتبط می شود و در بهزیستی روانشناختی فرد تاثیر می گذارد (سرو، پلاک و سران^۱، ۱۹۹۶).

¹ Sarw, A., Polok, & Saran, D

۳-۵. محدودیت های پژوهش

۱-۳-۵. محدودیت های در اختیار پژوهشگر

۱. در این پژوهش به منظور زمینه یابی از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند.
۲. تعداد زیاد پرسش های پرسشنامه ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ های شرکت کنندگان بی تاثیر نبوده است.

۲-۳-۵. محدودیت های خارج از اختیار پژوهشگر

۱. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد.
۲. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید بیمارستان بهمن تهران بوده است و در صورت نیاز و به تعمیم به سایر بیماران با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد.

۴-۵. پیشنهادات

- با توجه به گستره ی نظری موجود، یافته ها و محدودیت های حاضر، می توان پیشنهادهای و جهت گیری های پژوهشی زیر را ارائه نمود که فراهم کننده زمینه های پژوهشی جدید می باشند:

۱-۵-۵. پیشنهادات پژوهشی

۱. پیشنهاد می شود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کار گیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید.
۲. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، این تحقیق به صورت طولی صورت گیرد تا امکان مقایسه نتایج در زمان های مختلف میسر شود.
۳. از آنجا که به نظر می رسد بسیاری از شاخص های تناسب و زیبایی ظاهری و میزان اهمیت تصویر بدنی در بهزیستی روانشناختی افراد از باورهای فرهنگی نشات می گیرد، بنابراین پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی مقایسه بین فرهنگی در میان افراد ساکن در کلانشهرها با شهرهای کوچکتر و

روستاها در مورد نقش و اهمیت تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی بر بهزیستی روانشناختی صورت گیرد.

۵-۲. پیشنهادات کاربردی

۱. پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان سلامت روان برگزاری هر چه بیشتر کلاس های آموزشی در زمینه بهبود تصویر بدن و ارزیابی منفی بپردازند تا هر کس بتواند با بهبود تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی و متقاعب آن از بهزیستی روانشناختی بیشتری برخوردار شود.

۲. برگزاری جلسات آموزشی بویژه با مضامین روان شناسی حضور بیماران آرتريت روماتوئيد در اجتماع، به منظور افزایش مقدار بهزیستی روانشناختی در این بیماران صورت گیرد.

۳. متخصصین ارتوپد بهتر است به مسائل روانشناختی این بیماران توجه لازم را داشته باشند.

۴. متخصصین ارتوپدی بهتر است با متخصصین روانشناسی و روانپزشک جهت درمان این بیماری و اهمیت دادن به مشکلات و اختلالات روانی آنها تا حد زیادی در رفع علائم این بیماران موثر باشد، همکاری کنند.

۵. در جامعه برنامه ای برای ایجاد محیطی که دارای حداکثر میزان بهزیستی روانشناختی است داشته باشیم.

۶. با ایجاد برنامه پیشگیری و آموزش از تاثیر عوامل روانشناختی در بسیاری از مشکلات جسمانی موجب کاهش این بیماری شویم.

منابع فارسی

دانلود فایل کامل این پایان نامه همراه با پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی WORD + PDF