مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی و مطالعات اجتماعی، شماره ۱۳ ، پاییز ۱۳۹۷، جلد اول، ص ۵۰- ۴۲
http://www.jhss.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۳ / پاییز ۱۳۹۷ / ص ۵۰- ۴۲

رابطه ی باورهای غیر منطقی و اختلالات روانی در بیماران افسرده

محمود گودرزی[۱]، فاطمه شیری[۲]

[۱]استادیار،گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی وروانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج.

[۲]دانشجوی دکتری،گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی وروانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ،واحد سنندج.

نام نویسنده مسئول:
فاطمه شیری

چکیده

هدف:هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین باورهای غیر منطقی و اختلالات روانی بود.

روش: روش پژوهش از حیث هدف کاربردی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاه صلاح الدین شهرستان سنندج در سال ۹۴ بود که از طریق شیوه نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر از این بیماران انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه های استاندارد اختلالات روانی (SCL-90-R) و پرسشنامه استاندارد باورهای غیر منطقی جونز بود. داده های جمع اوری شده تو سط شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد و کمینه و بیشینه) وآزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون ورگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: یافته های پژوهش نشان دهنده رابطه مستقیم و معنی دار بین خرده مقیاس های شکایت جسمانی، وسواسی فکری، حساسیت میان فردی، اضطراب، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و جمع علایم مرضی با باورهای غیر منطقی بود. (**$p<0.05$**) همچنین متغیرهای ضرایب شکایت جسمانی، وسواسی فکری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی قابلیت پیش بینی متغیر باورهای غیر منطقی را دارند.

نتیجه گیری:باتوجه به مطالعه نتیجه می شود که باورهای غیر منطقی بر ایجاد اختلالات روانی موثر بوده و مانع سلامت فکر و روان می شوند.

واژگان کلیدی: باورهای غیر منطقی ؛اختلالات روانی ؛بیماران افسرده.

مقدمه

معمولا همه ی انسان ها عقاید و نگرش هایی در مورد خود، دیگران و جهان اطراف خویش دارند .برخی از این عقاید، منطقی و سودمند و برخی دیگر بیهوده و غیر منطقی هستند .عقاید منطقی به عقایدی گفته می شود که دلیلی برای آن ها وجود دارد، انعطاف پذیر بوده و منجر به بروز رفتار ها و هیجانات متعادل و متناسب(مثل غم، نا امیدی، عصبانیت خفیف و...) می شوند .عقاید غیر منطقی نیز شامل عقایدی می شود که دلیلی برای آنها وجود ندارد، انعطاف ناپذیر و مطلق هستند و منجر به بروز رفتارها و هیجانات نامناسب مانند عصبانیت خیلی شدید، افسردگی و ...می گردند[۱]. الیس این دیدگاه را مطرح می سازد که ممکن است نظام اعتقادی فرد، هم شامل مجموعه ای از اعتقادات منطقی باشد، و هم شامل مجموعه ای از اعتقادات و باورداشت های غیر منطقی و منشا اصلی پریشانی هیجانی فرد، اعتقادات غیر منطقی اوست[۲].

باورهای غیر منطقی[1]؛ خواست ها واهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری والزامی در می آیند وتبدیل به اهداف اجباری والزامی وقطعی می گردد به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجرمی گردد[۱].

یافته های اسمیت وهمکاران (۲۰۰۷) نشان می دهد افرادی که باورغیرمنطقی دارنداضطراب وعملکرد اجتماعی ضعیفی دارند.از نظر الیس[2] [۳] ماگرایش نیرومندی داریم به اینکه،با درونی کردن عقاید خودشکن، خودرا از لحاظ هیجانی ناراحت کنیم وبه همین دلیل است که دستیابی به سلامت روان و حفظ کردن آن واقعاً دشواراست.

داویس۳ (۲۰۰۸) در پژوهش خود از پنج اشتباه اساسی نام می برد:۱-تعمیم مفرط:«هیچ عدالتی در جهان نیست».۲-اهداف غلط یا غیر ممکن:«اگر بخواهم احساس کنم عزیزهستم باید همه را خشنودکنم».۳-سوءبرداشت در مورد زندگی و ضروریات زندگی:«زندگی برای من خیلی سخت است».۴-کم بهادادن یا انکارکردن ارزش اساسی خویش :«من اصولاً حقیرم، بنابراین چرا باید کسی بخواهد کاری برای من انجام دهد».۵-ارزش های غلط:«من باید به عالی ترین مقام برسم صرف نظر از اینکه چه کسی در این جریان صدمه ببیند».مایکن بام۴ [۱] معتقد است که خود ما ازطریق گفتگوی درونی استرس و مشکلات روان شناختی رابه خودمان تحمیل می کنیم بنابراین برای تغییررفتارها باید این خودگویی های درونی را تغییر دهیم.

باورهای غیر منطقی باعث جزم اندیشی می شود وافراد جزم اندیش در قالب تفکربیمارگونه آنها تجربه جدیدوانعطاف راه ندارد؛ در مقابل رشدوتغییر،تحمل خود را ازدست می دهند و به همان قالب کهنهٔ خود می چسبند.به عقیده برن۵ ناخالصی۶ یکی از مشکلات مرزی بین دو حالت «من» است وزمانی روی می دهدکه عقایدونگرش های متعصبانه یا غیرمنطقی والد ویا احساسات کهنه ومنسوخ کودک درتفکرمنطقی وشیوهٔ بزرگسال تداخل کرده باشد[۱].مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از باورمنطقی وسیستم حمایتی خوبی برخوردارندکمتربیمار ودچار اختلال روانی می شوند[۴].اختلال روانی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و روانشناختی است که در یک فرد اتفاق میافتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شدت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می شود[۵]. مشکلات روانی نتیجه شناخت نادرست افراد است، چرا که عواطف محصول شناخت است [۲]. به اعتقاد الیس۷ (۱۹۹۷) باورهای غیر منطقی هرگونه هیجان یا رفتاری است که موجب تخریب نفس و متلاشی شدن نفس خود می‌شود و نتایج مهم آن اختلال در تندرستی و سلامتی انسان است. او معتقد است این عقایدغیر منطقی است که در افراد دچارآشفتگی، پریشانی و یا اضطراب منجر به اختلال های روانی می شود نه خود وقایع یا رویدادها. بی بی جرجانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بین سلامت عمومی و باورهای غیر منطقی با سلامت روانی همبستگی مثبت وجود دارد. [۶] رشیدی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسید که از روی نمرات باورهای غیر منطقی می توان اختلال در سلامت روان دانش آموزان را پیش بینی کرد. [۷]صادق (۱۳۸۳) نشان داده است افرادی که از باورهای منطقی و سیستم حمایتی خوبی برخوردارند کمتر بیمار می شوند[۸] و بک و ایمری[8] (۱۹۹۰) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند پرداختن به الگوهای فکری معیوب باعث اضطراب می شود. نتایج مطالعات انجام گرفته حاکی از آن است در رابطه با اختلالات روانی و باورهای غیر منطقی تحقیقات مختلفی به صورت جداگانه انجام شده است[۹] اما تحقیقی که به بررسی این روابط این متغیرها باشدبسیارکم صورت گرفته است. لذا این پژوهش با هدف تبیین رابطه بین اختلالات روانی و باورهای غیر منطقی در بیماران افسرده درمانگاه صلاح الدین شهرستان سنندج انجام شد.

---

[1] irrational beliefs
[2] Ellis, A.
[3] Davies, M. F
[4] Meichen baum, D .
[5] Berne, E.
[6] Contamination
[7] Ellis
[8] Beck & Emery

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده که در آن رابطه بین اختلالات روانی و باورهای غیر منطقی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه کنند به درمانگاه صلاح الدین بود که از بین آن ها ۱۰۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز[1] و پرسشنامه اختلالات روانی (SCL-90-R) بود.

پرسشنامه باورهای غیر منطقی (IBT، جونز، ۱۹۹۲): این آزمون که براساس نظریهٔ الیس برای ارزیابی افکار ناکارآمد ساخته شده است ، ۱۰ فکر غیرمنطقی را بررسی می کند. این پرسشنامه که شامل ۱۰۰ سؤال است که پاسخ به سوالات به صورت ۵ گزینه ای (۱=به شدت مخالفم تا ۵=به شدت موافق) می باشد. در نهایت پس از پاسخگویی به همه سوالات، نمرات با هم جمع می شوند. جونز با استفاده از روش آزمون مجدد اعتبار این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده است. همچنین تقی پور (۱۳۷۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ را برای این آزمون به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه اختلالات روانی (SCL-90R): دراگویتس، لیپمن و کووی (۱۹۷۳) این آزمون را برای نشان دادن جنبه های روانشناختی بیماران جسمی و روانی به کار بردند. این آزمون که ۹۰ سؤال و ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانو ئیدی ، روان پریشی و سوالات اضافی برای ارزیابی نشانه های روانی بر پایهٔ خودگزارشی دارد، به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیادف خیلی زیاد) می باشد که هیچ، امتیاز صفر و خیلی زیاد، امتیاز ۴ می گیرد و کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال(3 یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال استاین پرسشنامه به طور مکرر در تحقیقات داخلی مورد استفاده قرار گرفته است و پایای آن بین ۰/۷۲ و ۰/۹ گزارش شده است [۶]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد.

داده های جمع اوری شده تو سط شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد و کمینه و بیشینه) وآزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون ورگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد بررسی قرار گرفتند.

[1] Jones

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، بیشترین درصد فراوانی جنسیت را زنان با ۷۳ درصد تشکیل می‌دهند و بیشترین درصد فراوانی مربوط به سطح تحصیلات دیپلم و پایینتر با ۹۴ درصد و کمترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات لیسانس با ۲ درصد می باشد. همچنین بیشترین درصد فراوانی سن را گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال با ۵۷/۱ درصد و کمترین درصد فراوانی را گروه سنی کمتر از ۲۰ سال با ۲ درصد تشکیل می دهند. در جدول (۱) نیز شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد و کمینه و بیشینه) باورهای غیر منطقی و ابعاد اختلالات روانی آورده شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
باورهای غیر منطقی	۱۰۰	۳۴۱/۵۵	۴۰/۰۰	۲۵۹	۴۳۳
شکایت جسمانی	۱۰۰	۱/۲۵	۰/۷۲	۰/۳	۳/۳۳
وسواسی فکری	۱۰۰	۱/۴۹	۰/۶۵	۰/۱۱	۳/۵
حساسیت میان فردی	۱۰۰	۱/۲۹	۰/۹۱	۰/۰۰	۲/۷۸
افسردگی	۱۰۰	۱/۳۹	۰/۶۶	۰/۰۰	۳/۶۷
اضطراب	۱۰۰	۱/۰۸	۰/۹۲	۰/۰۰	۳/۰۰
پرخاشگری	۱۰۰	۱/۲۳	۰/۵۸	۰/۰۰	۳/۳۳
ترس مرضی	۱۰۰	۰/۷۱	۰/۸۹	۰/۰۰	۲/۸۶
افکار پارانوئیدی	۱۰۰	۱/۵۸	۰/۷۴	۰/۰۰	۳/۳۳
روان پریشی	۱۰۰	۰/۸۴	۰/۸۵	۰/۰۰	۳/۷
سوالات اضافی	۱۰۰	۱/۱۴	۰/۸۵	۰/۰۰	۳/۲۹
جمع علایم مرضی (GSI)	۱۰۰	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۳۵

برای بررسی رابطه بین اختلالات روانی و خرده مقیاس های آن با باورهای غیر منطقی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: نتایج همبستگی اختلالات روانی و خرده مقیاس های آن با باورهای غیر منطقی

متغیر	مقدار پیرسون	همبستگی	سطح معنی داری
شکایت جسمانی	۰/۳۵۴		۰/۰۰۰*
وسواسی فکری	۰/۲۴		۰/۰۱۶*
حساسیت میان فردی	۰/۳۰۶		۰/۰۰۲*
افسردگی	۰/۰۲۵		۰/۸۰۴
اضطراب	۰/۲۳۲		۰/۰۲*
پرخاشگری	۰/۱۰۶		۰/۲۹۴
ترس مرضی	۰/۰۹۵		۰/۳۴۹
افکار پارانوئیدی	۰/۳۳۲		۰/۰۰۱*
روان پریشی	۰/۲۵۱		۰/۰۱۲*
سوالات اضافی	۰/۱۵		۰/۱۳۶
جمع علایم مرضی (GSI)	۰/۲۴۹		۰/۰۱۲*

*P<0/05

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۲) در سطح معنی داری ۰/۰۵ بین خرده مقیاس های شکایت جسمانی، وسواسی فکری، حساسیت میان فردی، اضطراب، افکار پارنوئیدی، روان پریشی و جمع علایم مرضی با باورهای غیر منطقی رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد و شکایت جسمانی بیشترین همبستگی را با باورهای غیر منطقی داشته است.

به منظور بررسی اینکه هر کدام از ابعاد اختلالات روانی تا چه اندازه قابلیت پیش بینی متغیر باورهای غیر منطقی را دارند از رگرسیون چندگانه استفاده شده است. نتایج آن به صورت زیر می باشد.

جدول ۳: نتایج برآورد مدل برای پیش بینی باورهای غیر منطقی

متغیر توضیحی	متغیر وابسته: باورهای غیر منطقی			
	ضریب	ضریب بتا	آماره t	(P– value)
مقدار ثابت	۳۲۵/۶۱	-	۳۲/۱۲	۰/۰۰۰
شکایت جسمانی	۳۱/۲۶۵	۰/۶۱۸	۴/۵۷	۰/۰۰۰
وسواسی فکری	۲۴/۳۸۸	۰/۴۴۱	۲/۲	۰/۰۳
حساسیت میان فردی	-۱۸/۷	۰/۱۰۶	-۱/۳	۰/۱۹۶
افسردگی	-۱۵/۱۱	-۰/۱۷۶	-۳/۸	۰/۱۰۳
اضطراب	-۹/۵۶	-۰/۱۶	-۰/۸۳	۰/۴۰۷
پرخاشگری	-۹/۶۲	-۰/۱۲۲	-۱/۶۹	۰/۰۹۶
ترس مرضی	-۱۱/۴۸	-۰/۱۱۴	-۳/۷۴	۰/۲۰۲
افکار پارانوئیدی	۲۳/۰۹	۰/۵۱۶	۳/۷۹	۰/۰۰۱
روان پریشی	۶۴/۵۷	۰/۴۵۷	۳/۳۴	۰/۰۰۰
سوالات اضافی	-۱۵/۹	-۰/۱۳۴	-۱/۹۳	۰/۰۵۶
آماره F	۸/۱۹			
P-value	۰/۰۰۰			
R^2	۰/۴۷۹			
R^2 تعدیل شده	۰/۴۲۱			
دوربین – واتسون	۲/۱۶۵			

بر اساس جدول (۳) ضرایب شکایت جسمانی، وسواسی فکری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی مثبت و در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار می‌باشد. بر اساس نتایج بدست آمده ضریب تعیین برای متغیر وابسته باورهای غیر منطقی برابر با ۰/۴۷۹ می‌باشد و این مقدار نشان می‌دهد که ۴۷/۹ درصد تغییرات باورهای غیر منطقی به وسیله تغییرات ضرایب شکایت جسمانی، وسواسی فکری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی توضیح داده می‌شود. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، در نتیجه می‌توان استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه گرفت. با توجه به جدول فوق سطح معنی‌داری محاسبه شده برای این آماره F برابر ۰/۰۰۰ بوده و نشان از معنی‌دار بودن رگرسیون در سطح ۹۵٪ دارد. با توجه به شاخص‌هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است و متغیرهای ضرایب شکایت جسمانی، وسواسی فکری، افکار پارانوئیدی و روان پریشی قابلیت پیش بینی متغیر باورهای غیر منطقی را دارند.

بحث و نتیجه گیری

تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه، یکی از مهمترین مسائل اساسی هر کشور است که بایستی آن را از سه دیدگاه جسمی- روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد. طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، حداقل ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان از بیماریهای شدید روانی و ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات ضعیف روانی رنج می برند همچنین ۱۴ درصد از تمامی ناتوانایی ها به علت اختلالات روانی، اجتماعی و عصبی بوده است و این موارد ۲۰ درصد از کل مراجعین به مراکز بهداشتی عمومی را تشکیل می دهند[۶].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اختلالات روانی و خرده مقیاس های آن شامل شکایت جسمانی، وسواسی فکری، حساسیت میان فردی، اضطراب، افکار پارنوئیدی، روان پریشی با باورهای غیر منطقی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج به دست آمده از پژوهش بی بی جرجانی و همکاران (۱۳۹۴)، رشیدی و همکاران (۱۳۸۹)، صادق (۱۳۸۳) بک و ایمری (۱۹۹۰) و الیس(۱۹۹۷) همخوانی و همسویی دارد.[۱۰-۶] باورهای غیر منطقی باورهایی هستند که بر الزام، اجبار، جزم اندیشی و اجحاف تاکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم سازی محیط فردی و اجتماعی می شوند. به اعتقاد آلیس وقایع و رویدادها نیستند که باعث آشفتگی، پریشانی و یا اضطراب می شوند بلکه باور بر برداشت خود فرد از وقایع و پدیده هاست که باعث آشفتگی، پریشانی، اضطراب همچنین باعث به وجود آمدن مشکلات در زندگی شخص می شوند. از این رو با پیشنهاد می شود پژوهشگران در مطالعات آتی به بررسی رابطه اختلال روانی و باورهای غیر منطقی در بیماران سراسر کشور بپردازند و همچنین در پژوهش های آتی شرکت کنندگان حتی الامکان آزمون هایی مورد استفاده قرار گیرد که مبتنی بر خودگزارش دهی بیماران نبوده، وابستگی کمتری به سطح سواد داشته باشد و عملکرد بیماران را بسنجد. از جمله محدودیت ها نیز میتوان به کم سوادی یا بی سوادی و درک مطلب ضعیف برخی از بیماران اشاره کرد.. استفاده تنها از یک روش تحقیق کمی نیز از محدودیت های پژوهش حاضر است.

منابع:

۱. شفیع آبادی ،عبدالله ، ناصری ،غلامرضا.(۱۳۹۵). نظریه های مشاوره و روان درمانی،چاپ اول، مرکزنشردانشگاهی.

۲. قنبری هاشم آبادی، بهرام. (۱۳۹۱). اولویت بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیر منطقی دانشجویان. مجله پژوهش های کاربردی روانشناختی. شماره ۵، ۳۹-۵۳.

۳. باقری، محمد. (۱۳۹۳) باورهای غیرمنطقی و اضطراب صفتی به عنوان پیشبینهای کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال سندروم روده تحریک پذیر (IBS) پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان.

۴. Boelen, P. A., Kip, H. J., Voorsluijs, J. J., & Bout, J. V. D.(2005). Irrational beliefs and basic assumptions in bereaved university students: A comparison study. Journal of Rational- Emotive and CognitiveBehaviour Therapy 22: 111-129.

۵. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. (2004).Advanced Practice Nursing Model For Comprehensive Care Illness: Model For Promoting Process Engagement. ANS Adv Nurs Sci. 27(1): 70-80. With Chronic

۶. بی بی جرجانی، امان؛حسینائی، علی و چرکزی، عبدالرحمان. (۱۳۹۴). رابطه سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی آزادشهر. شماره ۱، ۳۵-۴۳.

۷. رشیدی، فرنگیس (۱۳۸۹). نقش باورهای غیر منطقی بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. فصلنامه اندیشه های تازه در علوم تربیتی. شماره ۲، ۴۹-۶۴.

۸. صادق، یعقوب. (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با بهداست روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه (دختر و پسر) مشکین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.

۹. Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery ,G. (1990).Cognitive Therapy of Depression. New York ,Guilford.

۱۰. Ellis, A., & Harper, P.A. (1997). A Guide To Rational Living (3rd Ed.). North Holly Wood, CA: Melvin Powers (Wilshire Books).