



اثربخشی خانواده درمانی رفتاری - شناختی استوارت بر خود بیمار انگاری و هیستری معلمان زن آموزش و پرورش نقده

ندا نقی زاده: دانشجوی روانشناسی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران

پرویز کریمی ثانی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، شبستر، ایران

مظفر شریف زاده: مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) sharifzad2007@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

خانواده درمانی رفتاری - شناختی

استوارت،

خود بیمار انگاری،

هیستری

زمینه و هدف: هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی خانواده درمانی رفتاری-شناختی استوارت بر خود بیمار انگاری و هیستری در معلمان زن آموزش و پرورش است.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی، پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است که مداخله درمانی روی گروه آزمایش انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر ۲۴ نفر از معلمان زن آموزش و پرورش مقطع متوسطه شهرستان نقده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گروه‌بندی گردید. طی هشت جلسه درمانی، خانواده درمانی شناختی - رفتاری استوارت قرار گرفت و نتایج با گروه کنترل مقایسه گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آمار توصیفی (فراوانی، در صد فراوانی) و استنباطی از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف، آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس‌ها و از آزمون شیب رگرسیون برای همگونی شیب استفاده شد و همچنین برای آزمون همه فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آزمون آنکوا) و مانوا استفاده گردید. بر مبنای معیار جتسیت و بر اساس بالا بودن نمره اختلال جسمانی شکل آن‌ها از ۶۵ در پرسش‌نامه Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) در مقیاس‌های شماره ۱ و ۳ و بر اساس سابقه کار یکسان، متأهل بودن، و نداشتن مشکلات روانی دیگر، انتخاب شده و به منظور گردآوری اطلاعات مربوط به خودبیمارانگاری و هیستری از آزمون شخصیتی مینه سوتا MMPI استفاده می‌شود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان می‌دهد خانواده درمانی رفتاری - شناختی استوارت بر خود بیمار انگاری و هیستری در معلمان زن آموزش و پرورش موثر بوده و توانسته است اختلالات جسمانی شکل آن‌ها را به شکل معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

نتیجه گیری: با توجه به نقش درمان‌های روان‌شناختی نظری شناخت-رفتار درمانگری در از بین بردن علل روان‌شناختی زیربنایی اختلالات روان‌تنی، پیشنهاد می‌شود یک برنامه آموزشی و درمانی خاص براساس خانواده درمانی شناختی رفتاری استوارت برای دبیران به صورت کارگاه‌های آموزشی انجام شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Naghizadeh N, Karimi Sani P, SharifzadM. The effectiveness of stewart's cognitive-behavioral family therapy on hypochondriasis and hysteria of female teachers of education. Razi J Med Sci. 2020;27(Special Issue-Psychology):209-218.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

The effectiveness of stewart's cognitive-behavioral family therapy on hypochondriasis and hysteria of female teachers of education

Neda Naghizadeh: Student of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Parviz Karimi Sani: Assistant Professor, Faculty of Psychoanalysis, Shabestar, Iran

Mozaffar Sharifzad: Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (* Corresponding author)
sharifzad2007@yahoo.com

Abstract

Background & Aims: Physical disorder is defined as the presence of physical symptoms because of internal relations of mind, body and without physical justification and even after a medical examination. Physical disorder consists of several different types of symptoms that begin before the age of 30, last for several years, and are characterized by a mixture of pain symptoms, gastrointestinal disorders, sexual problems and false neurological symptoms. Becomes. The use of theoretical cognitive-behavioral therapeutic psychological therapies can help to eliminate the underlying psychological causes of psychiatric disorders and resolve the underlying conflicts. Especially considering that life stressors play a major role in the occurrence of these disorders and emphasizing that many of these stressors are related to the family and the family can use Teaching correct patterns of strengthening logical behaviors, thoughts and beliefs and recognizing patterns of beliefs, negative expectations and interactions and replacing them with positive patterns of interactions play a key role in establishing healthy emotional relationships and thus the physical and mental health of their people. Teachers, especially female teachers, have a critical and decisive role in advancing the goals of education, and on the other hand, they are closely related to students and study and identify methods of treating psychological disorders of teachers, especially female teachers in Our current society, especially in the city of Naqadeh, seems to be necessary and therefore the present study tries to answer the question: Does Stuart's behavioral-cognitive family therapy affect the self-morbidity and hysteria of female teachers? The aim of this study was to determine the effectiveness of Stewart behavioral-cognitive family therapy on self-morbidity and hysteria in female teachers.

Methods: The method of the present study is quasi-experimental, pre-test and post-test with the control group. The statistical population of the present study was 24 female secondary school teachers in Naghadeh city who were selected by purposive sampling method and were grouped into two experimental (12) and control (12) groups. During eight sessions, Stuart underwent cognitive-behavioral family therapy and the results were compared with the control group. To analyze the data, descriptive statistics (frequency, percentage of frequency) and inferential statistics were used by Holograph-Smirnov test, Levin test to check the homogeneity of variances and regression slope test for slope homogeneity and also to test all hypotheses. The study used univariate analysis of covariance (ANKOVA) and Manova test. Based on gender criteria and high score of physical disorder of their shape from 65 in Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in scales 1 and 3 and based on the same work experience, being married, and not having mental problems Another was selected and the Minnesota MMPI personality test was used to collect information about self-morbidity and hysteria. This questionnaire is scored in two categories of scales. Includes a set of narrative scales that are scored and interpreted before clinical scales are interpreted. Validity scales include: L scale (good pretend). Lie. A person tries to present himself / herself better and better while answering the test. Scale F (pretend to be bad). During the answer to the test, the person tries to make himself worse. K scale (deny). The person has taken a defensive stance during the response. Accordingly, the subjects' scores are interpreted on a clinical scale. Clinical scales deal with a person's personality traits in various

Keywords

Stewart Cognitive
Behavioral Family
Therapy,
Hypochondriasis,
Hysteria

Received: 07/07/2020

Published: 10/03/2021

dimensions. These scales are reduced to 71 questions. Residual scales include the following: HS or hypochondria scale: refers to a person's self-morbidity characteristics. People who get high scores on this scale pay more attention to their physical problems and often feel sick and uncomfortable, without actually having a specific physical problem. Scale D or Depression: A person's score on this scale indicates a person's level of depression. Hy or Hysteria Scale: Indicates a tendency to attract attention and display species reactions. Pad scale or psychosocial deviation: shows the subject's antisocial reactions. Pa or Paranoia Scale: Measures a person's level of trust or distrust of others. People who have high scores on this scale are people who do not have general trust in others and their thoughts and behavior indicate strong suspicion. PT or Psychotic Scale (mental weakness): refers to fatigue and mental weakness. SC or schizophrenia scale: refers to the identification of schizophrenic or schizophrenic disorder. Ma or Mania Scale (mild mania): Symptoms measured on this scale are the opposite of depression. People who score higher on this scale are happier and more energetic, which is known to some degree as a disorder.

Results: In this study, the statistical indicators used are number, average, standard deviation, minimum and maximum. The results of descriptive statistics of the variables of this research are divided into experimental and control groups and pre-test and post-test in Table 1. According to Table 2, the mean post-test for the rate of "hysteria" in the experimental group (53.92) is less than the mean of the pre-test for the rate of "hysteria" in that group (72.75); Therefore, it can be concluded that "the implementation of Stewart behavioral-cognitive family therapy reduces the symptoms of hysteria in female teachers of education." According to Table 3, the mean post-test for the rate of "physical symptom of self-morbidity" in the experimental group (60.83) was lower than the mean of the pre-test for the rate of "physical symptom of self-morbidity" in that group (76). Be; Therefore, it can be concluded that "the implementation of Stuart Behavioral Cognitive Family Therapy reduces the physical symptoms of self-morbidity in female teachers of education."

Conclusion: The results show that Stuart-based behavioral-cognitive family therapy has an effect on self-morbidity and hysteria in female teachers. The results are consistent with those of Jay et al., Saunders et al. And Lizzie, Robert and LaFalce et al. ; Because they found in their research that cognitive-behavioral family therapy is the most effective treatment for controlling physical symptoms. Explaining this result, it can be said that teachers' mental health is affected by job stress because people who are responsible to others experience high levels of stress. On the other hand, they have to play various roles and are influenced by physical signs due to their occupational nature. By participating in Stuart Cognitive-Behavioral Psychotherapy sessions, subjects were equipped with skills such as effective communication, love days, behavioral changes, etc., and were able to effectively deal with situational and social factors that cause stress and achieve more rational cognitive processing. Overcome their interpersonal conflicts. The results of this study are also consistent with the results of Saunders et al., Because they found that cognitive-behavioral family therapy is more effective than standard medical and medical care in the treatment of chronic abdominal and back pain. Stewart Cognitive-Behavioral Family Therapy helps people to increase their marital and work satisfaction by providing practical assignments in meetings and by teaching them effective methods for resolving conflicts and interactions in life and work. Strengthen the cognitive and behavioral interpretation and processing of individuals.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Naghizadeh N, Karimi Sani P, SharifzadM. The effectiveness of Stewart's cognitive-behavioral family therapy on hypochondriasis and hysteria of female teachers of education. *Razi J Med Sci.* 2020;27(Special Issue-Psychology):209-218.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

بیماری جدی نبوده ولی برای فرد ناراحت‌کننده می‌باشد و در روند طبیعی زندگی روزمره آنان اثر می‌گذارد (۵).

اختلال جسمانی شکل از چندین نوع نشانه مختلف تشکیل شده است که پیش از سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود و چندین سال باقی می‌ماند و برحسب آمیزه‌ای از نشانه‌های ناراحتی‌های معده-روده‌ای، اختلالات عضلات استخوانی، روماتیسم مفصلی، کمردرد و سردرد کاذب مشخص می‌شود (۶). اختلالات عضلانی استخوانی که از انواع اختلالات روان‌تنی است، شامل روماتیسم مفصلی، کمردرد، سردردهای میگرنی و تنشی است. روماتیسم مفصلی یک بیماری مشخص با درد مزمن عضلانی-استخوانی است که این درد از بیماری التهابی ناشی می‌شود. این اختلال دارای عواملی سببی مهم ارثی، آلرژیک، مصونیتی و روان‌شناختی است. استرس‌های روانی شخص را نسبت به روماتیسم مفصلی مستعد می‌سازند. کمردرد در ناحیه کمری، کمری خاجی و خاجی-خاصه‌ای احساس می‌شود. معمولاً با درد و التهاب عصب سمپاتیک همراه است که درد آن در یک یا هر دو ناحیه سرین یا در مسیر انتشار عصب سمپاتیک احساس می‌شود. سردرد شایع‌ترین علامت عصبی و یکی از شایع‌ترین شکایت‌های طبی است. اکثریت سردردها با علت عضوی همراه نیستند، خیلی از مردم در حالت استرس هیجانی مستعد ابتلا به سردرد می‌باشند (۷).

اغلب تصور می‌شود که نشانه‌های جسمانی شکل ناشی از فرآیندهای روان‌شناختی هستند، اما مکانیسم‌های تولید علائم و یا تشدید علائم را نمی‌توان به صورت مستقیم مشاهده کرد، بلکه فقط مکانیسم آن‌ها را می‌توان از سابقه پزشکی فرد، رفتار بیماری و شرایط اجتماعی وی استنباط کرد. مکانیسم‌های اجتماعی و روان‌شناختی مختلفی می‌توانند موجب افزایش واکنش روان‌شناختی این افراد شوند. به‌عنوان مثال، محیط اجتماعی، بین فردی و خانوادگی فرد می‌تواند بر تشدید این علائم و یا میزان بهبود آن تاثیر بسزایی داشته باشد. در آزمایش‌های انجام شده برای کنترل این علائم جسمانی، تاثیر رویکردهای مداخله‌ای مختلفی مورد ارزیابی قرار گرفته است و یافته‌های این آزمایش‌ها در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته

اختلال جسمانی شکل به‌عنوان حضور علائم بدنی در نتیجه روابط درونی ذهن، بدن و بدون توجه جسمانی و حتی پس از معاینه پزشکی، تعریف شده است. افراد مبتلا به علائم جسمانی شکل، به دلیل علائم فیزیکی، ابتدا به پزشک مراجعه می‌کنند؛ اما پس از انجام آزمایش‌های زیادی و عدم موفقیت در تشخیص و تعیین علت بیماری، سرانجام به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند (۱). اختلال جسمانی شکل از چندین نوع نشانه مختلف تشکیل شده است که پیش از سن ۳۰ سالگی شروع می‌شود و چندین سال باقی می‌ماند و برحسب آمیزه‌ای از نشانه‌های درد، ناراحتی‌های معده-روده‌ای، مشکلات جنسی و نشانه‌های عصب‌شناختی کاذب مشخص می‌شود (۲). شیوع اختلالات جسمانی شکل در جمعیت عادی و در موقعیت‌های نسبتاً بالاست و شکل‌های مزمن و عودکننده نشانه‌های جسمانی شکل به افزایش استفاده از منابع خدمات بهداشتی، افزایش ناتوانی و افزایش روزهای بیکاری منجر می‌شود (۳). اختلال روان‌تنی به شکل سه نوع تعریف شده است که شامل اختلال جسمانی تبدیلی، جسمانی ساختگی و جسمانی شکل می‌باشد. اختلال تبدیلی در اثر واپس زدن تعارضات ناخودآگاه و تبدیل اضطراب به یک علامت جسمی ایجاد می‌شود. علائم این اختلال بیمار را قادر می‌سازد به دیگران چنین القاء کند که وی نیاز به توجه ویژه و درمان به خصوص دارد و همچنین یک ابزار غیرکلامی برای کنترل کردن یا بازی دادن دیگران می‌باشد (۴). فرد مبتلا به اختلال ساختگی به صورت نهانی اقداماتی برای نمایش غیر واقعی، تقلید، ایجاد علائم و نشانه‌های بیماری یا آسیب انجام می‌دهد بدون آنکه نفع خارجی واضحی داشته باشد. به عبارتی دیگر فردی که دچار یک بیماری یا آسیب طبی شده است با روش‌های مختلف فریب‌کاری، سعی می‌نماید مسئله را از آنچه که واقعاً هست بزرگ‌تر نشان دهد. این مسئله حتی در مورد بیماری یا آسیب به دیگران هم اتفاق می‌افتد و فرد را بیمارتر و آسیب‌دیده‌تر از آنچه هست نشان می‌دهد. این فریب‌کاری از راه جعل، اغراق یا القاء صورت می‌گیرد؛ و مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی مانند درد موضعی، احساس خستگی را دارند که عموماً بیان‌کننده

رفتار درمانگری می‌تواند به از بین بردن علل روان‌شناختی زیربنایی اختلالات روان‌تنی و حل تعارضات زمینه ساز آن کمک شایانی نماید. به ویژه با توجه به این‌که عوامل فشارزا و استرس‌های زندگی نقش زیادی در بروز این اختلالات بر عهده دارند و با تاکید بر این‌که بسیاری از این عوامل فشارزا و استرس‌زا مربوط به خانواده بوده و خانواده می‌تواند با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار، افکار و باورهای منطقی و شناخت الگوهای باور، انتظارات و تعاملات منفی و جایگزین کردن آن‌ها با الگوهای مثبت تعاملات نقش اساسی در برقراری روابط عاطفی سالم و در نتیجه سلامت جسمانی و روانی افراد خود داشته باشد (۱۳).

معلمان، به خصوص معلمان زن، نقش حساس و تعیین‌کننده‌ای در پیشبرد اهداف آموزش و پرورش دارند و از طرفی ارتباط تنگاتنگی با دانش‌آموزان دارند و بررسی و شناسایی روش‌های درمان اختلالات روان‌شناختی معلمان، به خصوص معلمان زن در جامعه کنونی ما، به خصوص شهر نقده، ضروری به نظر می‌رسد و لذا پژوهش حاضر در تلاش است به این سؤال پاسخ دهد آیا خانواده درمانی رفتاری-شناختی استوارت بر خودبیمارانگاری و هیستری معلمان زن تاثیر دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر رفتاری-شناختی استوارت بر خود بیمار انگاری و هیستری انجام می‌شود و از نظر هدف از نوع مطالعات کاربردی است و از نظر ماهیت از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی می‌باشد. نوع نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که مداخله درمانی روی گروه آزمایش انجام می‌شود و نتایج با گروه کنترل مقایسه می‌گردد. جامعه مورد بررسی شامل کلیه معلمان زن آموزش و پرورش مقطع متوسطه نقده می‌باشد که تعداد آن‌ها بر اساس آمار اعلام شده از سوی آموزش و پرورش این شهرستان تعداد ۳۰۰ نفر می‌باشد و نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از معلمان زن آموزش و پرورش مقطع متوسطه شهرستان نقده می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و بر مبنای معیار جنسیت و بر اساس بالا بودن نمره اختلال جسمانی شکل آن‌ها از ۶۵ در پرسش‌نامه (MMPI -

است. جهت درمان اختلال نشانه‌های جسمانی شکل، مداخلات درمانی مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات نشان داده است که مداخلات در جهت تمدد اعصاب و بیوفیدبک و مدیریت استرس، نقش زیادی در کاهش تحریک هیجانی و نشانه‌های جسمانی شکل داشته است (۸). همکاری متخصصان سلامت روان می‌تواند کمک زیادی به تشخیص اختلال جسمانی شکل بکند؛ اما پزشکان خانواده و رویکرد خانواده درمانی شناختی-رفتاری بهترین نوع مداخلات را می‌توانند در تشخیص و درمان این اختلال داشته باشند (۹). رویکرد شناختی-رفتاری به خانواده درمانی بر این باور است که افراد یک خانواده هم از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند و هم بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. در نتیجه رفتار یکی از افراد خانواده، رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات سایر افراد خانواده را تحت تاثیر قرار داده و این به نوبه خود یک مجموعه کامل از شناخت‌ها، رفتارها و هیجانات را به صورت پاسخ ایجاد می‌کند (۱۰). استوارت یکی از نظریه‌پردازان اصلی نظریه خانواده درمانی رفتاری-شناختی، اعتقاد دارد که رفتار از طریق پیامدها ابقا یا حذف می‌شود. رفتارهای نافرآور را می‌توان اصلاح کرد یا نیاموخت. شناخت‌ها یا منطقی هستند یا غیرمنطقی، آن‌ها را می‌توان اصلاح کرد و در نتیجه در تعاملات زوجین یا خانواده تغییر ایجاد کرد. نقش درمانگر شامل سنجش و مداخله مستقیم و دقیق است. درمانگر یک معلم، متخصص یا تقویت‌کننده است. مشکلات فعلی کانون توجه است و بر کارکردن با کسانی که تحت فشار هستند تاکید می‌کند (۱۱). در یک مطالعه اخیر که در هلند انجام شده و از درمان رفتاری-شناختی برای درمان اختلال جسمانی شکل استفاده شده است، نتایج نشان‌دهنده کاهش شدت علائم، بهبود کارکرد اجتماعی افراد بوده است. همچنین در مطالعه‌ای که لیزلی (۱۲)، روبرت، ولفالک و همکاران در آن به بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جسمانی شکل پرداخته‌اند، نتایج نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری تأثیر مثبتی بر اختلالات جسمانی شکل داشته و موجب ارتقای کارکردهای اجتماعی فرد و کاهش علائمی مانند خستگی شده است. استفاده از درمان‌های روان‌شناختی نظری شناخت-

در Minnesota Multiphasic Personality Inventory) مقیاس‌های شماره ۱ و ۳ و بر اساس سابقه کار یکسان، متأهل بودن و نداشتن مشکلات روانی دیگر، انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گروه‌بندی شدند. به منظور گردآوری اطلاعات مربوط به خودبیمارانگاری و هیستری از آزمون شخصیتی مینه سوتا MMPI استفاده می‌شود.

آزمون شخصیت مینه سوتا که به اختصار MMPI شناخته می‌شود توسط دو پژوهشگر از دانشگاه مینه سوتای آمریکا به نام‌های دکتر استارک هات وی و دکتر مک کینلی برای اولین بار ارائه شد، از این رو اسم آن را مینه سوتا نامیده‌اند (۱۴). نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در دو دسته از مقیاس‌ها صورت می‌گیرد. یک دسته مقیاس‌های روایی را شامل می‌شود که قبل از تفسیر و نمره‌گذاری مقیاس‌های بالینی نمره‌گذاری و تفسیر می‌شود. مقیاس‌های روایی شامل مواردی است که: مقیاس L (وانمود خوب) دروغ سنجی. فرد در طول پاسخدهی به آزمون تلاش داشته خود را بهتر و خوب تر جلوه دهد. مقیاس F (وانمود بد). فرد در طول پاسخ دهی به آزمون تلاش داشته خود را بدتر جلوه دهد. مقیاس K (انکار کردن). فرد در طول پاسخ دهی حالت‌های دفاعی به خود گرفته باشد. بر همین اساس نمرات آزمودنی در مقیاس بالینی نیز مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌گیرند. مقیاس‌های بالینی به خصوصیات شخصیتی فرد در ابعاد مختلف می‌پردازد. این مقیاس‌ها در فرم ۷۱ سوالی کاهش پیدا کرده‌اند. مقیاس‌های باقیمانده شامل موارد زیر است: مقیاس HS یا هیپوکندری: به خصوصیات خودبیمارانگاری فرد اشاره دارد. افرادی که نمرات بالایی در این مقیاس می‌گیرند، توجه فزاینده‌ای به مشکلات جسمی خود دارند و اغلب احساس بیماری و ناراحتی می‌کنند، بدون اینکه واقعاً مشکل خاص جسمی داشته باشند. مقیاس D یا افسردگی: نمره فرد در این مقیاس میزان افسردگی فرد را نشان می‌دهد. مقیاس Hy یا هیستری: تمایل به جلب توجه و واکنش‌های نمایش گونه را نشان می‌دهد. مقیاس Pd یا انحراف روانی اجتماعی: واکنش‌های ضد اجتماعی آزمودنی را نشان می‌دهد. مقیاس Pa یا پارانویا: میزان اعتماد یا بی‌اعتمادی فرد را نسبت به دیگران می‌سنجد. افرادی

که نمرات بالایی در این مقیاس دارند، افرادی هستند که اعتماد کلی به دیگران ندارند و افکار و رفتار آن‌ها حاکی از سوطن شدید است. مقیاس PT یا پسیکااستنی (ضعف روانی): به خستگی و ضعف روانی فرد اشاره دارد. مقیاس SC یا اسکیزوفرنی: به شناسایی اختلال اسکیزوفرنیک یا شبه اسکیزوفرنیک اشاره دارد. مقیاس Ma یا مانیا (شیدایی خفیف): علائم مورد سنجش در این مقیاس بر عکس افسردگی است. افرادی که نمرات بالاتری در این مقیاس کسب می‌کنند، شادتر و پرنرژی‌تر هستند که در برخی درجات بالا به‌عنوان یک اختلال شناخته می‌شود (۱۵).

باتچر (۱۶) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه کرده و ۰/۸۶ را به دست آورده است. همچنین اخوت براهنی و شاملو ضریب روایی آزمون را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در بررسی روایی سازه آزمون، ضریب همبستگی بین نمرات دانش‌آموزان در پرسش‌نامه MMPI با پرسش‌نامه شخصیتی وود ورث و مقیاس شکایات جسمانی (So) پرسش‌نامه Scl-90_R محاسبه و برای مقیاس‌های بالینی خود بیمارانگاری افسردگی، هیستری، انحراف جامعه ستیزی، پارانویا، پسیک استنی، اسکیزوفرنی و مانیا به ترتیب ضرایب ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۸۵، ۰/۷۷، ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۷۱ به دست آمده است. فتحی همچنین در پژوهشی که بر روی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان لرستان انجام داد. ضریب پایایی کل آزمون به روش کودر ریچاردسون و آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ محاسبه کرد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بهزادپور با روش بازآزمایی ضریب پایایی آزمون را ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ محاسبه نموده است.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی می‌شود. در آمار توصیفی، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در قالب فراوانی، درصد فراوانی و نمودار فراوانی تجزیه و تحلیل می‌گردد و در آمار استنباطی، ابتدا برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده می‌شود. همچنین از آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس‌ها و از آزمون شیب رگرسیون برای همگونی شیب استفاده خواهد شد. علاوه بر آن، برای آزمون همه فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک

۷۲/۷۵ و برای «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» برابر برابر ۷۶ می‌باشد. میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش برای «هیستری» برابر با ۵۳/۹۲ و برای «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» برابر برابر ۶۰/۸۳ است. در نتیجه، خانواده درمانی مبتنی بر رفتاری- شناختی استوارت باعث کاهش سطح «هیستری» و «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» در معلمان زن آموزش و پرورش نقده شده است.

همچنین بر اساس نتایج جدول فوق، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل برای «نشانه جسمانی تبدیلی» برابر با ۶۹/۹۲ و برای «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» برابر ۷۴/۹۲ و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل برای «نشانه جسمانی تبدیلی» برابر با ۶۷/۹۲ و برای «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» برابر ۷۲/۵۸ می‌باشد.

آزمون فرضیه‌ی اول

فرضیه‌ی اول پژوهش بیان می‌کند که «خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت بر هیستری در معلمان زن آموزش و پرورش نقده تاثیر دارد». برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه (ANCOVA) استفاده شده است.

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۸۳/۶۰۱ و مقدار احتمال آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا، تفاوت معنی‌داری در میزان «هیستری» گروه‌های آزمایشی و کنترل وجود دارد؛ به عبارت دیگر اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی

متغیره (آزمون آنکوا) و مانوا استفاده شده است. دستورالعمل برنامه آموزشی-درمانی شناختی-رفتاری استوارت

جلسه اول: پیش‌آزمون، معارفه، مشخص کردن قوانین.

جلسه دوم: آشنایی با علائم و خصوصیات خودبیمارانگاری و هیستری.

جلسه سوم: علل خودبیمارانگاری و هیستری با تاکید بر خانواده درمانی شناختی رفتاری.

جلسه چهارم: اجرای تکنیک روزهای محبت.

جلسه پنجم: ارتقاء و بهبود پیام‌رسانی: مهارت‌های گوش دادن.

جلسه ششم: ارتقا بهبود پیام‌رسانی: مهارت‌های ابراز وجود.

جلسه هفتم: قرارداد رفتاری.

جلسه هشتم: بازسازی شناختی و انتظارات معقول.

جلسه نهم: تصمیم‌گیری راجع به مسئولیت‌ها، توان تغییرات رفتاری.

جلسه دهم: جمع‌بندی و پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این پژوهش شاخص‌های آماری مورد استفاده تعداد، میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر می‌باشد. نتایج حاصل از آمار توصیفی متغیرهای این تحقیق به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش برای «هیستری» برابر با

جدول ۱- نتایج آمار توصیفی

گروه	متغیر	آماره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
آزمایشی	هیستری	پیش‌آزمون	۱۲	۷۲/۷۵	۵/۶۶	۶۶	۸۴
		پس‌آزمون	۱۲	۵۳/۹۲	۵/۴۵	۴۵	۶۱
	خودبیمارانگاری	پیش‌آزمون	۱۲	۷۶/۰۰	۱۱/۳۹	۶۶	۱۰۱
		پس‌آزمون	۱۲	۶۰/۸۳	۱۱/۸۹	۵۰	۸۸
کنترل	هیستری	پیش‌آزمون	۱۲	۶۹/۹۲	۴/۷۴	۶۶	۸۲
		پس‌آزمون	۱۲	۶۷/۹۲	۴/۸۰	۶۳	۸۰
	خودبیمارانگاری	پیش‌آزمون	۱۲	۷۴/۹۲	۷/۲۸	۶۶	۹۵
		پس‌آزمون	۱۲	۷۲/۵۸	۶/۸۶	۶۵	۹۰

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه برای آزمون فرضیه دوم

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	Sig	مجذور اتا
گروه	۱۳۸۰/۶۰۲	۱	۱۳۸۰/۶۰۲	۸۳/۶۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۹۹
خطا	۳۴۶/۷۹۸	۲۱	۱۶/۵۱۴			

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه برای آزمون فرضیه دوم

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	Sig	مجذور اتا
گروه	۹۸۱/۷۱۱	۱	۹۸۱/۷۱۱	۱۵۴/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۸۸۰
خطا	۱۳۳/۶۷۶	۲۱	۶/۳۶۶			

جزئی دوم پژوهش پذیرفته می شود. همچنین مقدار مجذور اتا (۰/۸۸۰) نشان دهنده‌ی این است که ۸۸ درصد تغییرات متغیر «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» پس از اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت به وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است.

در نهایت، چون با توجه به جدول ۳، میانگین پس آزمون برای میزان «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» در گروه آزمایشی (۶۰/۸۳) کوچک تر از میانگین پیش آزمون برای میزان «نشانه جسمانی خود بیمار انگاری» در آن گروه (۷۶) می باشد؛ لذا، می توان نتیجه گرفت که اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت باعث کاهش نشانه جسمانی خود بیمار انگاری در معلمان زن آموزش و پرورش نقده می شود.

بحث نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان می دهد که خانواده درمانی مبتنی بر رفتاری-شناختی استوارت بر خود بیمار انگاری و هیستری در معلمان زن آموزش و پرورش تأثیر دارد. نتایج به دست آمده با نتایج جی و همکاران، ساندرز و همکاران (۱۶) و لیزلی، روبرت، ولفالک و همکاران همخوانی دارد؛ زیرا آنان در پژوهش های خود دریافتند که خانواده درمانی شناختی- رفتاری موثرترین شیوه درمانی برای کنترل اختلال نشانه جسمانی می باشد. در تبیین این نتیجه می توان گفت که سلامت روانی معلمان تحت تاثیر استرس شغلی قرار دارد چرا که افرادی که در برابر دیگران مسئول هستند، سطوح بالای از فشار روانی را تجربه می کنند. از طرف دیگر باید نقش های متعددی را ایفاء کنند و با واسطه ماهیت

استوارت بر نشانه جسمانی تبدیلی در معلمان زن آموزش و پرورش نقده تأثیر معناداری دارد. در نتیجه فرضیه‌ی دوم پژوهش پذیرفته می شود. همچنین مقدار مجذور اتا (۰/۷۹۹) نشان دهنده‌ی این است که ۷۹/۹ درصد تغییرات متغیر «هیستری» پس از اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت به وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است.

در نهایت، چون با توجه به جدول ۲، میانگین پس آزمون برای میزان «هیستری» در گروه آزمایشی (۵۳/۹۲) کوچک تر از میانگین پیش آزمون برای میزان «هیستری» در آن گروه (۷۲/۷۵) می باشد؛ لذا، می توان نتیجه گرفت که «اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت باعث کاهش نشانه هیستری در معلمان زن آموزش و پرورش نقده می شود».

آزمون فرضیه‌ی دوم

فرضیه‌ی جزئی دوم پژوهش بیان می کند که «خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت بر نشانه‌ی جسمانی خود بیمار انگاری در معلمان زن آموزش و پرورش نقده تأثیر دارد». برای آزمون این فرضیه نیز از روش تحلیل کوواریانس یک طرفه استفاده می شود.

با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۱۵۴/۲۲۳ و مقدار احتمال آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ می باشد؛ لذا، تفاوت معنی داری در میزان «نشانه‌ی جسمانی خود بیمار انگاری» گروه های آزمایشی و کنترل وجود دارد؛ به عبارت دیگر اجرای خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت بر نشانه جسمانی خود بیمار انگاری در معلمان زن آموزش و پرورش نقده تأثیر معناداری دارد. در نتیجه فرضیه‌ی

است؛ لذا، تعمیم نتایج به کارکنان دیگر و سایر سازمان‌ها رعایت جانب احتیاط ضروری است. براساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود یک برنامه آموزشی و درمانی خاص براساس خانواده درمانی شناختی- رفتاری استوارت برای دبیران مقاطع متوسطه تحصیلی و با مشارکت همسران در طول سال به طور متوالی به صورت کارگاه‌های آموزشی انجام شود. برای پیشگیری از به وجود آمدن اختلالات جسمانی شکل آموزش مؤلفه‌های مبتنی بر خانواده درمانی رفتاری- شناختی استوارت برای والدین پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بوده و همچنین نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از آموزش و پرورش و دبیران محترم زن شاغل شرکت کننده شهرستان نقده که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Kohi F, Karami J. Relationship of Behavioral Brain Systems and Emotional Neuroticism with Symptoms of Physical Disorders in Female Students. *Q J Psycholhealth*. 2015;9(3):13-21. (Persian)
2. Erikson H, Ursin H. Subjective health complaints, somatization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res*. 2002;5(4):445-448.
3. Kalantari H, Bagheri ansrarodi R, Babaeepoor E. Comparison between activate of inhibition system and activation system in IBS patient with control group. *J Babol Med Sci Univ*. 2011;14(2):59-65. (Persian)
4. Saduk B. Abstract Clinical Psychiatry, Translation by Nasratallah Pourfakheri, Tehran, Azadeh, First Printing. 1991:155. (Persian)
5. Personality Questionnaire (MMPI) on high school students in Lorestan province. Lorestan University Press, 2005. (Persian)
6. Moradi, O. The effectiveness of structural family therapy on reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Thought Behav Clin Psychol*. 2017;12(43):17-26. (Persian)
7. Asadi M, Shir-Alipor A, Shakori Z, Mohammad-Khani Sh. Meta-analysis of the efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Shahid Sadoughi*

شغلی شان تحت تأثیر نشانه‌های جسمانی شکل قراردارند. آزمودنی‌ها با شرکت در جلسات روان درمانگری شناختی- رفتاری استوارت مجهز به مهارت‌های چون برقراری ارتباط مؤثر، روزهای محبت، تغییرات رفتاری وغیره شوند و توانستند با عوامل موقعیتی و اجتماعی ایجاد کننده فشار روانی به طور مؤثری مقابله کنند و پردازش شناختی منطقی‌تر دست یابند و بتوانند برتعارضات بین فردی خود غلبه کنند. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج ساندرز و همکاران همسو می‌باشد، زیرا آنان دریافتند که خانواده درمانی شناختی- رفتاری نسبت به مراقبت‌های دارویی و پزشکی استاندارد در درمان دردهای مزمن شکمی و پشت مؤثرتر است. این برنامه شامل ۱۶ جلسه مهارت مقابله‌ای و بازسازی شناختی بوده که پس از درمان ۷۱ درصد از افراد مبتلا به دردهای جسمانی بهبود پیدا کردند و در یک پیگیری یک ساله اظهار کردند که هیچ دردی را در ناحیه شکم و کمر خود احساس نمی‌کنند.

روش خانواده درمانی شناختی رفتاری استوارت به افراد کمک می‌کند که از یک طرف با ارائه تکالیف عملی در جلسات و از طرف دیگر با آموزش روش‌های مؤثر حل تعارضات و سبک تعاملات در زندگی و محیط کار زمینه افزایش رضایتمندی روابط زناشویی و کاری آن‌ها را فراهم کرده موجبات تقویت تفسیر و پردازش شناختی و رفتاری افراد شود. استفاده از درمان‌های روان‌شناختی نظری شناخت-رفتار درمانگری می‌تواند به از بین بردن علل روان‌شناختی زیربنایی اختلالات روان‌تنی و حل تعارضات زمینه ساز آن کمک شایانی نماید. به ویژه با توجه به این‌که عوامل فشارزا و استرس‌های زندگی نقش زیادی در بروز این اختلالات بر عهده دارند و با تاکید بر این‌که بسیاری از این عوامل فشارزاو استرس‌زا مربوط به خانواده بوده و خانواده می‌تواند با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار، افکار و باورهای متطقی و شناخت الگوهای باور، انتظارات و تعاملات منفی و جایگزین کردن آن‌ها با الگوهای مثبت تعاملات نقش اساسی در برقراری روابط عاطفی سالم و در نتیجه سلامت جسمانی و روانی افراد خود داشته باشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل دبیران زن شاغل در آموزش و پرورش نقده از شهرهای آذربایجان غربی بوده

- Univ Med Sci. 2012;20(3):396- 405. (Persian)
8. Bener A, Dafeeah EE, Chaturvedi SK, Bhugra D. Somatic symptoms in primary care and psychological comorbidities in Qatar: neglected burden of disease. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25:(1):100-106.
 9. Van der F, van Oppen P, Ader HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom*. 2016;75:282-9.
 10. Leahy RL. Roadblocks in cognitive – behavioral therapy: ransforming challenges in to opportunities for change. 2003; New York, NY 10012, London: the Guilford press.
 11. Stewart SH, Knize K, Pihl RO. Anxiety sensitivity and dependency in clinical and non-clinical picnickers and controls. *J. Anxiety Disord*. 1992;6:119-131.
 12. Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. Pressed by Robert Wood Johnson Medical School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, 671 Hoes Lane, Piscataway, 2010; NJ 08854, USA.
 13. Soltani Dehkordi SK, Mobasheri M. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy alone and in combination with family psychological education in improving the symptoms of major depressive disorder in female patients. *J Kerman Univ Med Sci*. Cited: 2021 April 11;19(5):490-501.
 14. Butcher JN, Cheung FM, Lim J. Use of the MMPI-2 with Asian Populations. *Psychol Assess*. 2003;15:248-256.
 15. Besharat M, Abbasi G, Mirzamani Bafghi S. Comparison of personality structures of hard work, socialism and self-discipline in group and individual sports and their impact on sports success. *Movement*. 2017;(consecutive 33):135-151. (Persian)
 16. Sanders R, Dadds R. Behavioral family intervention. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1994.