

بررسی نیمرخهای شخصیتی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران سال ۱۳۸۰

دکتر علیرضا ظهیرالدین^۱، دکتر فاطمه خدایی فر^۱

چکیده

ساخته و هدف: معضل طلاق گربیان گیر عده‌ای از مردم می‌باشد. طلاق تبعات زیادی را در بین دارد که چنانچه توانیم از علل و عوامل آن جلوگیری کنیم خواهیم توانست از عوایق سخت طلاق رهایی یابیم. به همین دلیل نیمرخهای شخصیتی روی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران در سال ۱۳۸۰ انحصار گرفت.

مواد و روش‌ها: تحقیق به صورت نوصیفی بر روی ۱۳۲ نفر انجام شد. روش نمونه‌گیری با مراجعه مستمر بود. افراد مورد بررسی در پرسشنامه حاوی اطلاعات دموکرافیک و پرسشنامه نیمرخ شخصیتی چندوجهی مبنی سوتا (MMPI) را پرکردند.

یافته‌ها: تحقیق بر روی ۱۳۲ نفر شامل ۸۲ زن و ۵۰ مرد انجام شد در پایان نمونه‌گیری، ۱۰ نفر (۲ زن و ۸ مرد) به علت مقیاس‌های اعتباری بالاتر از حد مجاز، از مطالعه خارج شدند. از ۱۲۲ نفر نمونه باقیمانده، ۷۵ نفر (۶۱درصد) مقیاس خارج از حد ترمال نداشتند. ۲۷ نفر (۴۲/۳درصد) دارای یک مقیاس خارج از حد ترمال و ۲۰ نفر (۴۰/۶درصد) دارای حداقل ۲ مقیاس بالاتر از حد طبیعی بودند. در کل ۷۴ نفر (۴۷درصد) دارای نتایج نابهنجار بودند. در گروه نابهنجار بین زن و مرد از نظر نیمرخ کلی و نیز هر یک از مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری پیدا نشد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: رفتارهای نکامی، روابط مختلف بین فردی، خلق بی ثبات، خودبیمارانگاری، بدگمانی، اختلال انتباط، افسردگی، انزوا، تفکر غیرمعمول، اضطراب، سوساس و هراس بیشترین یافته‌ها در نیمرخ شخصیتی مراجعین طلاق بود. این پژوهش لزوم مشاوره روانشناصی قبل از ازدواج و قبل از طلاق را نائید می‌کند که بررسی تجربی آن را توصیه می‌نماید.

وازگان کلیدی: نیمرخ شخصیتی MMPI (پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مبنی سوتا)، طلاق، دادگاه خانواده

کیفیت ازدواج و روابط با همسر به ساختار یافته‌گی یا عدم ساختار یافته‌گی شخصیت دو فرد، تعامل بین آن دو و علت اصلی آنها برای ازدواج برمی‌گردد. انتظارات غیرمنطقی از همسر، خطر مشکلات زناشویی را زیاد می‌کند(۲). طبق تعریف، شخصیت کلیت منحصر به فردی از صفات رفتاری می‌باشد که در زندگی روزمره به چشم می‌خورد و معمولاً ثابت می‌باشد(۲). اختلال شخصیت، یک معضل اجتماعی، طبی و علمی است و شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۱-۳۲ درصد، می‌باشد. این افراد مستعد مشکلات متعددی از جمله اختلال روابط زناشویی هستند(۴).

در بررسی علل طلاق، بیشتر به جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی و کمتر به نقش علل روانی توجه شده است. این مطالعه جهت تعیین نیمرخ شخصیتی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی بود که در آن ۱۳۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری با مراجعه مستمر بود و پژوهش‌گر هر روز از شروع ساعت اداری تا پایان وقت اداری در مجتمع قضایی خانواده شهر تهران حضور می‌یافت. آزمودنی‌ها افرادی بودند که جهت طلاق، با تناقض و یا یک سویه، مراجعته کرده بودند. در آغاز به آنها اطمینان داده می‌شد که این پرسشنامه یک کار تحقیقاتی می‌باشد و نقشی در رای قاضی ندارد. سپس نحوه پاسخگویی به پرسشنامه به افراد آموزش داده می‌شد افرادی وارد مطالعه می‌شدند که از حداقل سواد سوم راهنمایی برخوردار باشند. چون یکی از شرایط انجام آزمون

مقدمه

انسان به حکم فطرت و طبیعت اجتماعی خود، نیازمند همدلی است که با او زندگی کند و در کنار او آرامش و سکون یابد. کانون خانواده، همواره تجلی‌گاه عشق و زندگی است و طلاق بحرانی است که باعث از هم‌گستن این کانون می‌شود. درصد طلاق در تمامی کشورهای جهان رو به افزایش است. جدیدترین اطلاعات آماری ایران در مورد طلاق بیانگر افزایش آمار آن می‌باشد. به گزارش اداره کل روابط عمومی سازمان ثبت اسناد و املاک کشور، طی ۶ماهه اول سال ۱۳۸۱ تعداد طلاقهای خلعی، بائی و رجعی به ترتیب ۱۷، ۱۷ و ۳۲ درصد نسبت به مدت مشابه سال گذشته افزایش نشان می‌دهد(۱).

انحراف از هنجار جامعه مانند خانواده‌های دچار طلاق، با طیف وسیعی از مشکلات دوران کودکی نظیر عزت نفس پایین، افزایش خطر کودک‌آزاری، افزایش میزان بروز طلاق در بزرگسالی و افزایش میزان بروز اختلالات روانی در بزرگسالی همراه است. یکی از عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی در توجوان طلاق یا جدایی اخیر والدین می‌باشد(۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که خطر طلاق برای ایجاد افسردگی بیشتر از بیوه شدن است(۲).

در بررسی علل طلاق، بیشتر روی جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی آن کار شده است و کمتر به نقش علل روانی توجه شده است. مطالعات طولی در مورد تکامل نشان داده است که هیچ متغیر واحدی نمی‌تواند به اندازه باقی‌ماندن در یک ازدواج موفق نشانه سلامت روان باشد(۳). اختلالات روانی در بین افراد مجرد، بیوه، طلاق رفته یا جدا شده، بیشتر از افراد متاهل می‌باشد(۲).

شیوع وضعیت بهنگار و نابهنگار از نظر نیمرخهای شخصیتی در نمونه‌ها تعیین شد. به تفکیک جنس و هر یک از شاخص‌ها مشخص و با آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۱۳۲ نفر شامل ۸۲ زن و ۵۰ مرد انجام شد. ۱۰ نفر (۸ مرد و ۲ زن) به علت نابهنگار بودن مقیاس‌های اعتبار F.L و K از مطالعه خارج شدند. از ۱۲۲ نفر باقیمانده، ۸۰ نفر، زن (۶۵ درصد) و ۴۲ نفر مرد (۳۴/۴ درصد) بودند. دامنه سنی آنها در گروه زنان ۱۹-۵۰ سال و در گروه مردان ۲۰-۵۳ سال در هر دو گروه میانگین سنی ۲۹ سال و نما ۲۵ سال بود. ۴۵/۹ درصد کل افراد دارای مدرک دیپلم (۳۴ زن و ۲۲ مرد) بودند و کمترین افراد مراجعه کننده (۷/۱۹ درصد) (۱۵ زن و ۹ مرد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. شایع‌ترین شاخص نیمرخهای شخصیتی که به تنهایی و یا توان در افراد وجود داشت افسردگی در ۱۳ نفر (۷/۱۰ درصد) بود. پس از آن روان‌گسیختگی و نیمه شیدایی هر کدام در ۱۱ نفر (۹ درصد) وجود داشت. در ۲۷ نفر (۲۲/۱ درصد) فقط یک شاخص و در ۲۰ نفر (۱۶/۴ درصد) شاخص MMPI وجود داشت. در جدول شماره ۱ توزیع افرادی که تنها یک شاخص را داشتند به تفکیک جنس ارائه گردیده است و نشان می‌دهد که ۱۷ زن (۲۱/۲) و ۱۰ مرد (۲۳/۸۰) فقط یک مقیاس نابهنگار داشتند. مقیاس نابهنگار Hs^۱، Sc^۲ و Pt^۳ در زن‌ها و مقیاس نابهنگار D^۴

۱- خودبیمارانگاری ۲- ضعف روانی

۳- افسردگی ۴- اسکیزوفرنی

^۱ داشتن تحصیلات در حد ۸ کلاس می‌باشد (۳).

ابزار پژوهش حاوی دو پرسشنامه بود. یک پرسشنامه حاوی اطلاعات شخصی (سن، شغل، تحصیلات و ...)، وضعیت طلاق (توافقی یا یک سویه)، سابقه بیماری‌های روانپزشکی و اعتیاد و دیگری پرسشنامه ۷۱ سوالی MMPI بود.

مقیاس‌های به کار گرفته شده، مقیاس L (دروغپردازی)، F (ندرت وقوع) و K (مقیاس بازدارنده) بودند. اگر نمره آنها بالاتر از حد مجاز باشد نیمرخ به دست آمده مععتبر نیست. برای تفسیر نیمرخ شخصیتی از ۲ مقیاس بالاتر از بقیه مقیاس‌ها، استفاده می‌شود (۲).

اگرچه نمی‌توان مرز مشخصی بین فرد طبیعی و بیمار مشخص کرد، اما برای این کار T Score مساوی ۶۵ یا بیشتر توصیه شده است (۳).

MMPI توسط گروهی از متخصصین بر مبنای ویژگیهای جامعه ایرانی استاندارد شده است و دارای روانی و پایابی مناسب است (۴). براساس آزمون افراد به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول کسانی که فقط یک نابهنگار داشتند و گروه دوم کسانی که حداقل ۲ مقیاس نابهنگار داشتند. شاخص‌ها شامل خودبیمارانگاری (Hypochondriasis)، افسردگی (Depression)، انحراف (Hysteria) نمایشی (Depression)، روانی - مرضی (Psychopathic deviance) روانی - بدگمانی (Paranoia)، ضعف (Paranoia)، روانی (psychathenia) روان‌گسیختگی (Schizophrenia) و نیمه‌شیدایی (Hypomania) بود.

از نظر وضعیت کلی بینجار یا نابینجار بودن نتایج آزمون، ۷۵ نفر (۶۱ درصد) شامل ۴۸ زن و ۲۷ مرد نتایج بینجار و ۴۷ نفر (۳۸٪) شامل ۳۲ زن و ۱۵ مرد نتایج نابینجار داشتند. ۴۰ درصد زن‌ها و ۳۵٪ مردها، نتایج نابینجار داشتند که از نظر آماری بین زن و مرد از نظر میزان نابینجاری تفاوت معناداری وجود نداشت (N.S.).

بحث

تحقیق نشان داد که ۳۸٪ از افراد مورد مطالعه دارای نتایج نابینجار شخصیتی در آزمون MMPI می‌باشدند که به تفکیک جنس ۴۰ درصد از زنان و ۳۵٪ مرد از مردان مورد مطالعه دارای حداقل یک مقیاس نابینجار در آزمون MMPI بودند.

بیشترین مقیاس نابینجاری در گروه اول، نیمه شیدایی (۴٪ درصد) و کمترین مقیاس نابینجار، ضعف روانی (۰٪ درصد) بود.

در گروه دوم بیشترین مقیاس‌های نابینجار ترکیب: روان‌گسیختگی و بدگمانی (۲۳٪) و کمترین مقیاس‌های نابینجار ترکیب: نیمه شیدایی و روان‌گسیختگی (۰٪ درصد) بود. بطور کلی، نیمرخهای شخصیتی به دست آمده از این مطالعه، به ترتیب شیوع شامل تکاملی بودن، نداشتن روابط عمیق و حقیقی، خودشیفتگی، خلق بالا و بی‌ثبات، خودبیمارانگاری، بدگمانی، اختلال انطباق، افسردگی، انزوا، تفکر غیرمعمول و عجیب، اضطراب، وسوس فکری - عملی و هراس اختصاصی بوده است. بیماری روانی شدید در تعداد بسیار کمی از افراد مورد مطالعه دیده شد (۰٪). اما میزان واقعی آن می‌تواند بیشتر از

^۷Pa و ^۸Pd در مردها بیشتر بود اما از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت (N.S.).

جدول ۱- توزیع مراجعه کنندگان جهت طلاق بر حسب داشتن یک شاخص نیمرخهای شخصیتی در آزمون MMPI سال ۱۳۱۰

کل	مرد	زن	شاخص
(۳۱) ۴	(۱۷) ۱	(۱۴) ۲	خودبیمارانگاری
۰	(۱۷) ۰	(۱۷) ۰	افسردگی
+	+	+	نمایشی
۲	۲	۱	انحراف روانی - مرضی
(۱۷)	(۹) ۰	(۸) ۰	بدگمانی
۳	۲	۱	ضعف روانی
(۱۷)	(۸) ۰	(۹) ۰	روان‌گسیختگی
۱	۰	۱	نیمه شیدایی
۰	۰	۰	جمع کل
(۱۷) ۱	(۹) ۰	(۸) ۰	

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

۱۵ زن (۱۸٪ درصد) و ۵ مرد (۱۱٪ درصد) در کل ۲۰ نفر (۱۶٪ درصد) حداقل دو مقیاس نابینجار داشتند. ترکیب‌های مختلف دو مقیاس نابینجار در جدول ۲ ارایه گردیده است و نشان می‌دهد که افسردگی در ۲۵ درصد موارد همراه با سایر شاخص‌ها وجود داشته است پس از آن اسکیزوفرنی در ۲۰ درصد موارد بوده است.

جدول ۲- توزیع مراجعه کنندگان جهت طلاق بر حسب داشتن ۲ مقیاس نیمرخهای شخصیتی به تفکیک جنس، در آزمون MMPI سال ۱۳۱۰

کل	مرد (۱۷)	زن (۱۴)	جنس
۲	۰	۲	افسردگی و خودبیمارانگاری
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	
۲	۰	۲	افسردگی و اسکیزوفرن
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	خودبیمارانگاری و نمایشی
۲	۰	۲	افسردگی و اضطراب روانی - مرضی
(۲۵)	(۲۵)	(۲۵)	بدگمانی و اسکیزوفرن
۴	۱	۳	اسکیزوفرن و اضطراب روانی
(۲۳)	(۱۶)	(۱۶)	
۲	۰	۲	اسکیزوفرن و ضعف روانی
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	
۲	۱	۱	نیمه شیدایی و اسکیزوفرن
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	
۱	۰	۱	نیمه شیدایی و افسردگی
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	
۱	۱	۰	جمع کل
(۱۶)	(۱۶)	(۱۶)	
۲۰	۵	۱۵	
(۱۶/۴)	(۱۱/۹)	(۱۸/۷)	

روانپزشکی مستلزم مصاحبه بالینی می‌باشد. سوم، این تفاوت می‌تواند، تفاوتی واقعی از نظر شیوع اختلاف روانی در دو جامعه آماری مختلف باشد. تنها در یک بررسی در ایران توسط ملازاده ۱۴ زوج سازگار و ۷ زوج ناسازگار، بین عوامل شخصیتی در گروه سازگار و ناسازگار، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. هرچند مورد بدیهی میزان آن گروه ناسازگار بالاتر بود. اما از نظر آماری معنی‌دار نبود^(۸). البته شاید با افزایش تعداد نمونه‌ها نتایج متفاوتی ارائه می‌شد.

در بررسی انجام شده در منابع خارجی، پژوهش‌ها اغلب در زمینه عوارض طلاق است که این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف نگرش به موضوع طلاق باشد. شاید به این دلیل که در کشورهای غربی نفوذ مذهب و خانواده‌ها برای کاهش طلاق کمتر از گذشته شده، مراحل قانونی برای طلاق و جدایی آسان‌تر از گذشته می‌باشد^(۲)، ولی در کشور ما مردم به علت نفوذ مذهب و سنت‌های ملی پدیده طلاق را به عنوان آخرین راه حل انتخاب نموده و همواره دنبال راه‌کارهایی جهت عدم وقوع آن می‌باشند.

در مقاله منتشر شده توسط Kalter و Garvin^(۹) گزارش شد که در مادران مطلقه، علایم روانی و سازگاری ضعیف اجتماعی بیشتر از گروه کنترل بوده است. اما جزئیات علایم روانی مشخص نشده است که بتوان با یافته‌های به دست آمده مقایسه نمود؛ ولی سازگاری ضعیف اجتماعی یکی از یافته‌های این پژوهش می‌باشد. طبق مطالعات Gottman John^(۱۰) که به روش مشاهده‌ای انجام شد، انتقادگری، تحقیر کردن همسر، دفاعی برخورد کردن و خودداری از تعامل، همگی عوامل پیش‌درآمد طلاق در آینده بودند^(۳).

در پژوهش grill^(۲۰۰۲) که روی مردان جدا شده از همسرانشان انجام شد، این مردان در سه

یافته‌های ما باشد. چرا که بیماری روانی شدید می‌تواند باعث خانه نشینی، بستری و حتی بی‌خانمانی فرد شود، اما در این پژوهش فقط افراد مراجعه کننده به مجتمع قضایی بررسی شدند. تعداد محدودی پژوهش درباره صفات شخصیتی مراجعین طلاق وجود دارد که هیچکدام از آزمون MMPI استفاده نکرده اند. به همین دلیل مقایسه بین یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های قبلی به صورت جزئی امکان پذیر نیست. اما در کل، می‌توان مقایسه‌ای از لحاظ وجود عوامل روانشناختی و نیمرخ کلی آنها، با پژوهش‌های قبلی انجام داد. در بررسی بنی‌اسدی و همکاران در سال ۱۳۷۵ که با پرسشنامه SCL-90-R انجام شد، درجه آسیب‌شناسی روانی (روان پریشی، بدگمانی، وسوس، افسردگی و ترس مرضی) در گروه طلاق بیشتر از گروه کنترل بود که با یافته‌های پژوهش ما همخوانی دارد^(۶). لازم به ذکر است که در پژوهش بنی‌اسدی و بقیه پژوهش‌های ذکر شده میانگین مقیاس‌ها ذکر شده است نه تعداد افرادی که دارای مقیاس نابهنجار بوده‌اند و به همین دلیل مقایسه دقیق امکان نداشت. در پژوهش سپهریان در سال ۱۳۷۹، علت تقاضای طلاق در ۸۳درصد موارد ناسازگاریهای رفتاری و اخلاقی و در ۱۰درصد موارد، بیماری روانپزشکی در حداقل یکی از زوجین گزارش شد. ناسازگاری اخلاقی می‌تواند ناشی از علل روانشناختی نیز باشد^(۷). علت تفاوت شیوع بیماری روانپزشکی در پژوهش سپهریان و پژوهش ما می‌تواند به علل زیر باشد: اول اینکه پژوهش ما براساس پرسشنامه می‌باشد و براساس گزارش افراد مورد مطالعه نیست. دوم اینکه پرسشنامه صفات بالینی را می‌سنجد و تشخیص اختلال

دادن اینکه آمار رو به افزایش طلاق در جامعه ما می‌تواند منشاء بسیاری از بحران‌های اجتماعی، عاطفی، تربیتی، و روانی باشد؛ می‌توان اهمیت و افزایش مشاوره‌های روانشناسی را قبل از ازدواج، در طول زندگی زناشویی و حتی در افراد مراجعه‌کننده به طلاق بهتر درک نمود. در پژوهش Watson اثرات مفید روان درمانی برای کاهش تصمیم به طلاق دیده شده است که این موضوع نقش عوامل روانشناختی را در طلاق نشان می‌دهد^(۱۳). به هر حال این موضوع، نیاز به تحقیقات گستردere تر و بیشتری دارد و همکاری جدی‌تر دستگاه‌های مربوطه را می‌طلبد. محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت شامل موارد زیر بود: ۱) فرصت کمی از سوی دادگاه جهت جمع‌آوری نمونه به پژوهش‌گر داده شد. ۲) به علت در دسترس نبودن بسیاری از همسران مراجعه‌کنندگان به دادگاه، اکثر نمونه‌ها را یکی از زوجین تشکیل می‌داد و امکان بررسی مقایسه‌ای بین زوجین وجود نداشت.^(۳) بحران طلاق و محیط دادگاه و اضطراب ناشی از آن می‌تواند برای نتایج این تحقیق، یک عامل مخدوش‌کننده باشد.^(۴) مصاحبه بالینی برای تایید اختلالات روانپزشکی مشخص شده در آزمون MMPI انجام نشد که این کار به دلیل حجم نسبتاً زیاد نمونه و عدم همکاری آنها برای مصاحبه با توجه به شرایط بد روحی بود از جنبه‌های مهم و با ارزش این تحقیق، استفاده از پرسشنامه VI این سوالی MMPI است. که یک پرسشنامه خودسنجی و رایج‌ترین ابزار عینی شخصیت است. این آزمون در سال ۱۹۳۷ از سوی Stake Hatha way و J. charnley McKinley روانپزشکی به نام

حوزه شخصیتی نمرات غیرطبیعی داشتند که شامل بیماری‌های سوماتیک، افسردگی و متغیر بودن هیجانات، بود^(۱۰). در پژوهش ما زن و مرد از لحاظ نیمرخ کلی شخصیت و نیز هر یک از مقیاس‌ها، تفاوت آماری معناداری نشان ندادند. اما در بررسی که توسط Svedin در سال ۱۹۹۹ انجام شد، اختلال داشتن مشکلات روانپزشکی در مرد‌های مراجعت‌کننده طلاق به طور معنی‌داری بیشتر از زنها بود^(۱۱) در بررسی دیگری که توسط Kposowa انجام شد، خطر خودکشی پس از طلاق در مرد‌ها بیشتر از زنها بود^(۱۲). در پژوهش کلافی، زوجین در حال طلاق در مقایسه با یکدیگر در کلیه آزمون‌های روانی (آزمون SCL-90-R) تفاوت معنی‌داری نداشتند که این یافته فقط تا حدودی با مطالعه ما هم‌خواهی دارد چرا که در مطالعه ما اکثر افراد به تنها بروزی شدند، اما به هر حال زن و مرد نیمرخ شخصیتی متفاوتی نداشتند.

از طرف دیگر در متون مرجع در جمعیت عمومی، شیوع افسردگی، اضطراب، اختلال در انتباط و جسمانی کردن مشکلات روانی در زنها شایع‌تر از مردان گزارش شده است^(۳و۴). این یافته‌های متفاوت می‌توانند نشان‌گر علل متفاوت طلاق در زنها و مرد‌ها باشد. اما از طرفی اگر در پژوهش فعلی نیز تعداد مردان بیشتر بود، شاید نتایج دیگری حاصل می‌شد. با توجه به آنچه ذکر شد، اگر چه بررسی ما، یک بررسی مورد - شاهدی نیست و فرضیه‌ای را نمی‌تواند بیان کند، اما با در نظر گرفتن میزان ۳۸/۵ درصدی اختلالات روانشناختی (طبق آزمون MMPI) در جمعیت مورد مطالعه ما و هم‌خواهی بسیاری از نتایج پژوهش‌های قبلی با این بررسی و با در نظر قرار

نقش مشاوره در مراحل مختلف زندگی افزایش تقویت مراکز بیماریابی مشاوره در سیستم قضایی کشور، معروفی زوجین به مراکز خانواده درمانی است که تصمیم قطعی برای اجرای هر یک موقول به انجام یک تحقیق تجربی می‌باشد و انجام این مهم را توصیه می‌نماید.

طراحی شد. وجود مقیاس‌های اعتباری که برای ارزیابی نگرش فرد نسبت به شرکت در آزمون طرح ریزی شده‌اند، علاوه بر اطلاعات شخصیتی و بالینی، یک مزیت مشخص MMPI است که موجب برتری آن بر بسیاری از ابزارهای شخصیت سنجی دیگر شده است.

تشکر و قدردانی

لازم می‌دانیم از دکتر محمد دژکام، دکتر محمدحسین کمالی و خانم معصومه سیف‌اللهی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، قدردانی نماییم.

پیشنهادات

پیشنهادات ما شامل شروع آموزش مهارت‌های زندگی و اصلاح دیدگاه‌ها در زمان تحصیل توسط سیستم آموزش و پرورش کشور، آموزش روش‌های کنترل تکامل در فرزندان، الزام مشاوره روانشناسی قبل از ازدواج و قبل از طلاق، معروفی

References:

- ۱- مأوى، شماره ۹۹، ۱۳۸۱، ص ۱
- 2- Kaplan's sadock. Synopsis of psychiatry. 9th ed, Lippincott Williams and Wilkins. 2003 44-5, 800, 181-2.
- 3 – Kaplan, Sadock. Comprehensive textbook of psychiatry. 7 th ed; Lippincott Williams and Wilkins. 2000: 2965, 1723, 1891, 2423.
- 4- اخوت و، داشمند ل. ارزشیابی شخصیت. تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۵۷
- 5- Hathaway SR, McKinley JC. Manual for administration and scoring MMPI2. 2 nd ed, University of Minnesota press, 1991: 9
- 6- بنی اسدی شهر باپک، حسن بررسی و مقایسه عوامل اجتماعی، فردی و شخصیتی در زوج های سازگار و زوج های ناسازگار در شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، ۱۳۷۵.
- 7- سپهریان فیروزه. بررسی مقدماتی عوامل موثر بر طلاق. فصلنامه علمی - پژوهشی اصول بهداشت روانی. ۱۳۷۹؛ شماره ۵ و ۶، صفحات ۱۷-۲۹.
- 8- مالفزاده جواد. بررسی ویژگیهای شخصیتی در رابطه با عوامل تندگی زای زناشویی در زوج های در حال طلاق و سازگاری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، ۱۳۷۲.
- 9- Garvin G, Kalter M. Individual differences in stressors, mediating factors, and adjustment to outcome. Am J Orthopsychiatry 1996; 63(2): 232-40.
- 10- Grill E, Crispin A, Weitkunat R. Health related lifestyles and personality traits in fathers of children of minor age. Gesundheitswesen. 2002; 64(1): 19-24.
- 11- Svedin CG, Wadsby M. The presence of psychiatric consultations in relation to divorce. Acta Psychiatr Scand 1998; 98(5): 414-22.
- 12 – Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. JEpidemiol Community Health 2000 54(4): 254-61.
- 13- Watson, Wondy L Bell, Jaince M. Who we are? psychosocial nursing. 1990; 28(4): 15-20