

بررسی نیم‌رخهای شخصیتی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران سال ۱۳۸۰

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

چکیده

سابقه و هدف: معضل طلاق گریبان‌گیر عده‌ای از مردم می‌باشد. طلاق تبعات زیادی را در پی دارد که چنانچه بتوانیم از علل و عوامل آن جلوگیری کنیم خواهیم توانست از عواقب سخت طلاق رهایی یابیم. به همین دلیل نیم‌رخهای شخصیتی روی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت. مواد و روش‌ها: تحقیق به صورت توصیفی بر روی ۱۳۲ نفر انجام شد. روش نمونه‌گیری با مراجعه مستمر بود. افراد مورد بررسی دو پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه نیم‌رخ شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (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 (۶۱/۷ درصد) مقیاس خارج از حد نرمال نداشتند. ۲۷ نفر (۲۲/۳ درصد) دارای یک مقیاس خارج از حد نرمال و ۲۰ نفر (۱۶/۴ درصد) دارای حداقل ۲ مقیاس بالاتر از حد طبیعی بودند. در کل ۴۷ نفر (۳۸ درصد) 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 تکاملی، روابط مختل بین فردی، خلق بی‌ثبات، خودبیمارانگاری، بدگمانی، اختلال انطباق، افسردگی، انزوا، تفکر غیرمعمول، اضطراب، وسواس و هراس بیشترین یافته‌ها در نیم‌رخ شخصیتی مراجعین طلاق بود. این پژوهش لزوم مشاوره روانشناسی قبل از ازدواج و قبل از طلاق را تأیید می‌کند که بررسی تجربی آن را توصیه می‌نماید.

واژگان کلیدی: نیم‌رخ شخصیتی MMPI (پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا)، طلاق، دادگاه خانواده

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 هم گسستن 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 ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۱ تعداد طلاقهای خلعی، بائن 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 پیش‌بینی‌کننده خودکشی در نوجوان طلاق یا جدایی اخیر والدین می‌باشد (۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که خطر طلاق برای ایجاد افسردگی بیشتر از بیوه‌شدن 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 متأهل می‌باشد (۲).

کیفیت ازدواج و روابط با همسر به ساختار یافتگی یا عدم ساختاریافتگی 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 ۳۲-۱۱ 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 نیرمخ 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 توافق و یا یک سویه، مراجعه 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

شیوع وضعیت بهنجار و نابهنجار 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 ناهنجار بودن مقیاس‌های اعتبار F, L, 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 ۵۰-۱۹ سال و در گروه مردان ۵۳-۲۰ 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 (۱۹/۶۷ درصد) (۱۵ زن و ۹ مرد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. شایع‌ترین شاخص نیم‌رخهای شخصیتی که به تنهایی و یا توأم در افراد وجود داشت افسردگی در ۱۳ نفر (۱۰/۷ درصد) بود. پس از آن روان‌گیسختگی و نیمه‌شیدایی هرکدام در ۱۱ نفر (۹ درصد) وجود داشت. در ۲۷ نفر (۲۲/۱ درصد) فقط یک شاخص و در ۲۰ نفر (۱۶/۴ درصد) ۲ 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 نابهنجار داشتند. مقیاس نابهنجار Sc^1 و Pt^3 در زن‌ها و مقیاس نابهنجار D^5

$MMPI^1$ 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 سوپه)، سابقه بیماری‌های روانپزشکی و اعتیاد و دیگری پرسش‌نامه ۷۱ سوالی $MMPI$ بود.

مقیاس‌های به کار گرفته شده، مقیاس L (دروغ‌پدازی)، F (ندرت وقوع) و K (مقیاس بازاریارنده) بودند. اگر نمره آنها بالاتر از حد مجاز باشد نیم‌رخ به دست آمده معتبر 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 روایی و پایایی مناسب است (۴). براساس آزمون افراد به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول کسانی که فقط یک نابهنجار داشتند و گروه دوم کسانی که حداقل ۲ مقیاس نابهنجار داشتند. شاخص‌ها شامل خودبیمارانگاری ($Hypochondrias$)، افسردگی ($Depression$)، نمایشی ($Hysteria$)، انحراف روانی - مرضی ($Psychopathic deviance$)، بدگمانی ($Paranoia$)، ضعف روانی ($psychathenia$)، روان‌گیسختگی ($Schizophrenia$) و نیمه‌شیدایی ($Hypomania$) بود.

۲- خودبیمارانگاری ۳- ضعف روانی

۴- اسکیزوفرنی ۵- افسردگی

1- Minnesota Multiphasic personality Inventory

Pa^۷، Pd^۶ و Ma^۸ در مردها بیشتر بود اما از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت (N.S).

جدول ۱- توزیع مراجعه کنندگان جهت طلاق برحسب داشتن یک شاخص نیمرخهای شخصیتی در آزمون MMPI سال ۱۳۸۰

شاخص MMPI	زن	مرد	کل
خودبیمارانگاری	۳ (۳/۷۵)	۱ (۱/۳۸)	۴ (۳/۱۲)
افسردگی	۳ (۳/۷۵)	۲ (۵/۷۶)	۵ (۴/۱۱)
نمایشی	۰	۰	۰
انحراف روانی - مرضی	۱ (۱/۲۵)	۲ (۲/۳۸)	۳ (۱/۱۶)
بدگمانی	۱ (۱/۲۵)	۲ (۵/۷۶)	۳ (۲/۵)
ضعف روانی	۱ (۱/۲۵)	۰	۱ (۰/۸)
روان گسیختگی	۳ (۳/۷۵)	۰	۳ (۲/۵)
نیمه شیدایی	۵ (۶/۲۵)	۴ (۱۰/۲۱)	۹ (۷/۴)
جمع کل	۱۷ (۲۱/۲)	۱۰ (۱۲/۸)	۲۷ (۲۲/۱)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

۱۵ زن (۱۸/۷۵ درصد) و ۵ مرد (۱۱/۹۰ درصد) در کل ۲۰ نفر (۱۶/۴۰ درصد) حداقل دو مقیاس نابهنجار داشتند. ترکیب‌های مختلف دو مقیاس نابهنجار در جدول ۲ ارایه گردیده است و نشان می‌دهد که افسردگی در ۲۵ درصد موارد همراه سایر شاخص‌ها وجود داشته است پس از آن اسکیزوفرنی در ۲۰ درصد موارد بوده است.

جدول ۲- توزیع مراجعه کنندگان جهت طلاق برحسب داشتن ۲ مقیاس نیمرخهای شخصیتی به تفکیک جنس، در آزمون MMPI سال ۱۳۸۰

مقیاس	زن	مرد	کل
افسردگی و خودبیمارانگاری	۲	۰	۲ (۱/۶)
افسردگی و اسکیزوفرن	۲	۰	۲ (۱/۶)
خودبیمارانگاری و نمایشی	۲	۰	۲ (۲/۵)
افسردگی و انحراف روانی - مرضی	۲	۱	۳ (۲/۵)
بدگمانی و اسکیزوفرن	۳	۱	۴ (۳/۳)
افسردگی و ضعف روانی	۲	۰	۲ (۱/۶)
اسکیزوفرن و ضعف روانی	۱	۱	۲ (۱/۶)
نیمه شیدایی و اسکیزوفرن	۱	۰	۱ (۰/۸)
نیمه شیدایی و افسردگی	۰	۱	۱ (۰/۸)
جمع کل	۱۵ (۱۸/۷)	۵ (۱۱/۹)	۲۰ (۱۶/۴)

۶- انحراف روانی - مرضی ۷- بدگمانی ۸- نیمه شیدایی

از نظر وضعیت کلی بهنجار یا نابهنجار بودن نتایج آزمون، ۷۵ نفر (۶۱ درصد) شامل ۴۸ زن و ۲۷ مرد نتایج بهنجار و ۴۷ نفر (۳۸٪) شامل ۳۲ زن و ۱۵ مرد نتایج نابهنجار داشتند. ۴۰ درصد زن‌ها و ۳۵/۷ مردها، نتایج نابهنجار داشتند که از نظر آماری بین زن و مرد از نظر میزان نابهنجاری تفاوت معناداری وجود نداشت (N.S).

بحث

تحقیق نشان داد که ۳۸/۵ درصد از افراد مورد مطالعه دارای نتایج نابهنجار شخصیتی در آزمون MMPI می‌باشند که به تفکیک جنس ۴۰ درصد از زنان و ۳۵/۷۲ درصد از مردان مورد مطالعه دارای حداقل یک مقیاس نابهنجار در آزمون MMPI بودند.

بیشترین مقیاس نابهنجاری در گروه اول، نیمه شیدایی (۷/۴ درصد) و کمترین مقیاس نابهنجار، ضعف روانی (۰/۸ درصد) بود.

در گروه دوم بیشترین مقیاس‌های نابهنجار ترکیب: روان‌گسیختگی و بدگمانی (۳/۳٪) و کمترین مقیاس‌های نابهنجار ترکیب: نیمه شیدایی و روان‌گسیختگی (۰/۸ درصد) و نیمه شیدایی و افسردگی (۰/۸ 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، وسواس فکری - عملی و هراس اختصاصی بوده است. بیماری روانی شدید در تعداد بسیار کمی از افراد مورد مطالعه دیده شد (۵ و ۲). اما میزان واقعی آن می‌تواند بیشتر از

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 ۴۷ زوج ناسازگار، بین عوامل شخصیتی در گروه سازگار و ناسازگار، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. هرچند مورد بدبینی 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**، گزارش شد که در مادران مطلقه، علایم روانی و سازگاری ضعیف اجتماعی بیشتر از گروه کنترل بوده است (۹). 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** که به روش مشاهده‌ای انجام شد، انتقادگری، تحقیرکردن 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 مراجعه‌کننده به مجتمع قضایی بررسی شدند. تعداد معدودی 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 امکان‌پذیر 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، وسواس، 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 ۸۳ درصد موارد ناسازگارهای رفتاری و اخلاقی و در ۱۰ درصد 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

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، احتمال داشتن مشکلات روانپزشکی در مردهای مراجعه‌کننده 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 هم‌خوانی دارد چرا که در مطالعه ما اکثر افراد به تنهایی بررسی 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 انطباق و جسمانی کردن مشکلات روانی در زنها شایع‌تر از مردان گزارش شده است (۳ و ۴). این یافته‌های متفاوت می‌تواند 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 - شاهدهی 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 هم‌خوانی بسیاری از نتایج پژوهش‌های قبلی با این بررسی و با در نظر قرار

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 گسترده‌تر 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 سئوالی MMPI است. که یک پرسشنامه خودسنجی و رایج‌ترین ابزار عینی شخصیت است. این آزمون در سال ۱۹۳۷ از سوی روانشناسی به نام Stake Hatha way و روانپزشکی به نام J. charnley Mckinley

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

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.

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

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، معرفی

References:

- ۱- مأوی، 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 Willams and Wilkins. 2000: 2965, 1723, 1891, 2423.
- ۴- اخوت و، دانشمند 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
- ۶- بنی اسدی شهر بابک. 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.
- ۷- سپهریان فیروزه. بررسی مقدماتی عوامل موثر بر طلاق. فصلنامه علمی - پژوهشی اصول بهداشت روانی. ۱۳۷۹؛ شماره ۵ و ۶، صفحات ۲۹-۱۷.
- ۸- مالفزاده جواد. بررسی ویژگیهای شخصیتی در رابطه با عوامل تنیدگی زای زنانوشویی 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 othopsychiatry 1996; 63(2): 232-40.
- 10- Grill E, Crispin A, Weitkumat 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. J Epidemiol Community Health 2000 54(4): 254-61.
- 13- Watson, Wondy L Bell, Jance M. Who we are? psychosocial nursing. 1990; 28(4): 15-20