



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOSOMATIK
UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

ارتباط عزت نفس و شکایات جسمانی در نابینایان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱

سیدمحمد رضا صمصام شریعت^۱ - فاطمه خانی^۲ - محمدجواد خادمی^۳ - رویا حکمت روان^۴

چکیده

هدف اصلی این پژوهش رابطه‌ی عزت نفس بر شکایات جسمانی در نابینایان بود. و روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه در این تحقیق کلیه نابینایان شهر اصفهان که حدوداً ۴۰۰ نفر برآورد می‌شدند، که در مراکز آموزشی مجتمع توان بخشی شهدای ۷ تیر و مجتمع توان بخشی فاطمه زهرا (س) و نابینایانی که در سازمان بهزیستی کل استان اصفهان پرونده دارند را شامل شده است. که به صورت تصادفی ساده نمونه‌ای از بین کلیه آنان تعداد ۱۱۳ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت، ۲- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی GHQ. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف پراکنندگی) و نیز آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) استفاده گردید. و یافته‌ها نشان داد؛ بین شاخص شکایات جسمانی با ابعاد عزت نفس؛ خود، خانوادگی، تحصیلی، عزت نفس کل رابطه معناداری وجود دارد. از بین تمامی عزت نفس و ابعاد آن، تنها ابعاد عزت نفس خانوادگی و تحصیلی قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است ($P < 0.01$).

کلید واژه‌ها: عزت نفس، شکایات جسمانی، نابینایان

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی و مربی دانشگاه آزاد خوراسگان: mohammad5ir@yahoo. com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد خوراسگان

^۳ کارشناس روانشناسی عمومی مؤسسه‌ی آموزش عالی غیر انتفاعی امین فولاد شهر اصفهان

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد خوراسگان

The relationship between Self-esteem and Somatization in Blind people of Isfahan city in 1391

Abstract

The purpose of this study was related between self-esteem and Somatization in Blind people of Isfahan city. The research method was descriptive correlation. 113 persons were randomly chosen. They were randomly selected. The research tools included; 1- SCL-90 test ,2- Questionnaire Esteem. Regression was used to analyze the data and the results showed, family and education self-esteem have been able to predict significant somatization ($P < 0.01$).

Key words: Somatization, Self-esteem, Blind people

مقدمه

از آن جایی که نابینایان در جوامع کنونی به خصوص کشورهای که به تکنولوژی و وسایل مدرن دسترسی کمتری دارند با مشکلات متعددی رو به رو هستند. که این مشکلات از کودکی شروع شده و تا پایان عمر ادامه دارد، که هر کدام از این مشکلات به نوبه‌ی خود بر روی زندگی آنان تاثیر گذار است. یک فرد نابینا به علت اینکه با مشکلات متعددی همچون نبود امکانات تفریحی، آموزشی، ورزشی و... در محیط اطراف خود روبرو می‌باشد و نمی‌تواند وقت آزاد خود را چون دیگر افراد برنامه ریزی کند دچار افت پیش‌تری بر عزت نفس و سلامت روان خود شده و وضعیت پیش آمده را به معلولیت خود نسبت می‌دهد که موجب احساس حقارت و سر افکنندگی نسبت به نقص عضویش شده و خود را هر چه بیشتر از جامعه کنار می‌کشد (کلی¹، ۲۰۰۳). بر اساس پانزدهمین گزارش سالانه کنفرانس افراد معلول در امریکا، از هر ده هزار کودک در سن مدرسه، چهار نفر مبتلا به معلولیت بینایی بوده و آموزش ویژه دریافت می‌کنند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بر طبق جدیدترین آمار WHO در حال حاضر تعداد ۴۵ میلیون نفر نابینا در دنیا وجود دارد و هر ساله ۱ تا ۲ میلیون نفر به این آمار افزوده می‌شوند، در هر ثانیه ۵ نفر و در هر دقیقه یک کودک در دنیا نابینا می‌شود و این در

2

حالی است که با اقدامات پیشگیرانه و درمان به موقع می‌توان از $\frac{2}{3}$ نابینایی‌ها پیشگیری کرد. در این مورد بیان شده است که بیش از ۳۱۲ هزار نابینای شناخته شده در ایران وجود دارد. تعداد نابینایان زن حدود ۱۴۱ هزار نفر و نابینایان مرد ۱۷۱ نفر است ۵۶ درصد از مجموع نابینایان کشور در مناطق روستایی و بقیه در نقاط شهری به سر می‌برند و ۵۸۰۰ تن از نابینایان کشور را کودکان ۶ ساله و ۶۷۰۰ نفر آنان بین ۱۲ تا ۲۰ ساله هستند (بنی یعقوب، ۱۳۷۲). نراقی و نادری (۱۳۸۱) نیز نرخ شیوع نابینایی را ۰/۱ درصد یعنی ۱ نفر در هر

¹ . Kelly

هزار نفر ذکر کرده اند. براساس آمارهای موجود هم اکنون نزدیک به ۲۵۰ هزار نابینا و دو برابر این تعداد افراد مبتلا به معلولیت های بینایی در کشور وجود دارند که این آمار با حفظ شرایط موجود تا سال ۱۴۰۰ دو برابر خواهد شد (عظیمی، ۱۳۸۶). این آمار در شهر اصفهان توسط سازمان بهزیستی حدود ۱۵ هزار نفر تا سال ۱۳۶۸ اعلام شده است. بر اساس جدیدترین گزارش آماری توسط سازمان بهزیستی ۳۷۲۴ نفر نابینا در اصفهان وجود دارد (پور شعبان، ۱۳۸۹). بر اساس گزارش سازمان بهزیستی به مناسبت روز عصای سفید ۱۳۸۹ در حال حاضر حدود ۷۰۰۰۰ نفر نابینا و ۳۲۰۰۰۰ هزار نفر کم بینا در ایران زندگی می کنند. بنابراین نابینا^۱ به فردی اطلاق

20

می گردد که فاقد بینایی بوده یا حداکثر بینایی او پس از اصلاح، کمتر از 20C باشد و یا میدان بینایی کمتر از ۲۰ داشته باشد (سازمان بهزیستی، ۱۳۹۰). آسیب بینایی بیش از هر معلولیت دیگر ناتوانی به بار می آورد. تعریف آموزشی نابینایی: نابینا کسی است که نتواند از حس بینایی اش در برنامه های آموزش عادی استفاده کنند و نیاز به آموزش خاص داشته باشند. در بافت آموزشی برای توصیف دانش آموزان دچار آسیب بینایی از واژه های گوناگون استفاده می شود که عبارت اند از بینایی جزئی، کم بینایی، نابینایی قانونی و نابینایی کلی. عوامل متعددی در چگونگی توانایی ها و سازگاری نابینایان و همچنین شیوه های آموزشی و بازپروری و توانبخشی آنان دخیل است که عبارت اند از: ۱- سن بروز نابینایی ۲- چگونگی بروز نابینایی ۳- عوامل و چگونگی عارضه ی نابینایی، این عوامل هر کدام به نوعی به سازگاری عاطفی روانی و به کارگیری توانایی های مطلوب شناختی و تصویر سازی ذهنی در افراد نابینا کمک فراوان می کند افروز (۱۳۸۵). نابینایی پس از ۵-۶ سالگی تاثیر زیادی در سازگاری های عاطفی و هیجانی فرد دارد و در نحوه ی برنامه ریزی آموزشی و توان بخشی او نیز کاملاً موثر و دخیل است برای چنین کودکانی آمادگی ذهنی و انطباق خود با شیوه ی جدید خواندن و نوشتن (بریل) سخت است و زمان می برد تا بخواهند خود را با این موقعیت تطبیق دهند (ساداتی، ۱۳۸۷). یکی از عواملی که می تواند بر زندگی نابینایان تاثیر گذارد و بدین وسیله کنترل بیشتری بر شرایط محیطی داشته باشند داشتن عزت نفس است. بیماریهای جسمی توانائی ها و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می کند و بدین طریق برای بیمار وضعیت نامید کننده ای را به وجود می آورد که منجر به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در فرد می شود. از آنجا که بیمار در مدت بیماری جسمی خود نمی تواند کارآیی های همیشگی جسمانی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالیتهايش محدود می شود این وضعیت او را دچار اضطراب، خشم و افسردگی می کند و او را با استرس و بحران روانی مواجه می سازد. در این شرایط، بیماری جسمی فرد را از نظر روانی آسیب پذیر می سازد (کاپلان و سادوک، ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۶). با توجه به این که عزت نفس به معنای یک قضاوت شخصی از ارزشمند بودن است یک تجربه ذهنی است که فرد با گزارشات کلامی و دیگر تظاهرات رفتاری آشکار به دیگران انتقال می دهد. فعالیت ذهنی و جسمانی فردی که دارای سمت و سو و جهت گیری منحصر به فردی برای خود در زندگی می باشد و این جهت گیری را برای پیشرفت و اعتلای خود،

¹ . Blind

وابستگی و جامعه مناسب می‌پندارد از عزت نفس بیشتری نسبت به کسی که چنین هدفی را در زندگی ندارد برخوردار است (میلانی فر، ۱۳۷۳). یکی از مهمترین نیازهای انسان که او را در برابر اضطراب و رویدادهای فشار زا محافظت می‌نماید، عزت نفس است. مفهومی که در دهه های اخیر بیش از گذشته مورد توجه روان شناسان قرار گرفته است. عزت نفس از مهمترین جنبه های شخصیت و تعیین کننده ویژگی های رفتاری (صدرالسادات، ۱۳۷۹) و شکوفایی انسان است و بیشتر صاحب نظران آن را عامل مهم و اساسی در سازگاری عاطفی و اجتماعی می‌دانند (لی^۱، ۱۹۹۴). کوپر اسمیت (ترجمه دادستان، ۱۳۷۱) عزت نفس را مجموعه ی بازخوردها و عقایدی می‌داند که افراد در روابط خویش با دنیای بیرون ابراز می‌کنند. عزت نفس درجه ارزشی است که یک فرد به خودش نسبت می‌دهد (ویر^۲، ۲۰۰۰). عزت نفس به منزله بیان تایید فرد نسبت به خویش است و نشان دهنده این است که فرد تا چه اندازه خود را توانا، ارزنده و پر اهمیت می‌داند و یک تجربه شخصی است که ترجمان آن را می‌توان در سطح گفتار و رفتارهای معنادار مشاهده کرد (موشکی و همکاران^۳، ۲۰۰۰). عزت نفس متغیر مهمی است که با عوامل مختلفی ارتباط داشته و بر رفتارهای آشکار فرد تاثیر می‌گذارد (کوپر اسمیت، ترجمه دادستان، ۱۳۷۱). عزت نفس که چهارمین نیاز از سلسله نیازهای مزلو است، به انسان اعتماد و استقلال می‌بخشد (فريسون^۴، ۱۹۹۷). عزت نفس پایین باز دارنده پشتکار، اعتماد و عملکرد تحصیلی مطلوب است (صدرالسادات و اسفند آباد، ۱۳۸۰) و عملکرد فرد را در حیطه های روان شناختی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی دچار اختلال میکند (کوپر اسمیت، ترجمه دادستان، ۱۳۷۱). عزت نفس عبارت است از ارزیابی مداوم شخص نسبت به ارزشمندی خود، عزت نفس نوعی قضاوت نسبت به ارزشمندی وجودی است به عبارت دیگر قضاوت شخص در مورد با ارزش بودن یا بی‌ارزش بودن، یا قبولی یا عدم قبولی خود او در نگرش او متظاهر می‌شود. در حقیقت شخص ممکن است خود را آن طور که مردم می‌بینند (اسلامی نسبت، ۱۳۷۳). عوامل مؤثر در پیدایش عزت نفس: ۱- واکنش دیگران ۲- مقایسه با دیگران ۳- ایفای نقش ۳- ایفای نقش. ابعاد عزت نفس: الف) عزت نفس خانوادگی ب) عزت نفس اجتماعی^۵ (همسالان) ج) عزت نفس آکادمیکی^۶ - آموزشگاهی (تحصیلی) د) تصویر بدنی^۷ (عزت نفس خود) ه) عزت نفس کلی^۸ (بیابانگرد، ۱۳۷۳). نشانه های عزت نفس پایین در حوزه رفتار فردی: ۱- آرزوی این که جای شخص دیگری باشد. ۲- احساس بی کفایتی و بی ارزشی داشتن ۳- گریستن مکرر ۴- اشکال در تصمیم‌گیری ۵- دیدگاه منفی و بدبینانه نسبت به آینده. نشانه‌های عزت نفس پایین در حوزه رفتار اجتماعی: ۱- اعمال پرخاشگرانه نسبت به همسالان ۲- نداشتن اعتماد به بزرگسالان

1 . Lee

2 . Wear

3 . Moshki & et al

4 . Frieson

5 -Social Self -Esteam

6 -Academic Self - Esteam

7 -Body Image

8 -Global Self Esteam

غریبه و همسالان تازه وارد ۳- اشکال در درک دیدگاه‌های دیگران ۴- اشکال در درک دیدگاه‌های دیگران ۵- اتکا بر عقاید قدرتمندان و همسالانی که جایگاه بالاتری دارند ۶- اجتناب از نقش‌های رهبری ۷- آزادیخواه نبودن ۸- به ندرت توسط همسالان خود برگزیده می‌شود ۹- اغلب گوشه‌گیر و انزوا طلب هستند ۱۰- بی‌ثباتی در رفتار ۱۱- متابعت جو هستند و کمتر ابراز وجود می‌کنند ۱۲- به ندرت خنده یا تبسم می‌کنند ۱۳- شیفته خود بودن ۱۴- تحقیر دیگران ۱۵- اغلب فعالیت‌های فرد توسط دیگران تعیین می‌شود (ابراهیمی، قوام، ۱۳۷۱). نشانه‌های عزت نفس پایین در حوزه کارهای آموزشی: ۱- اعمال ناگهانی و تکانه‌ای ۲- پریشان حال بودن ۳- از دست دادن اعتماد به خود در موفقیت‌های جدید ۴- اجتناب از موفقیت‌های ناخوشایند ۵- نداشتن انگیزه ۶- اطمینان نداشتن به توانایی‌های خود ۷- باور به بدشانسی و نا موفق بودن خود ۸- بغرنج ساختن مشکلات ساده ۹- ناتوانی در مستقل کردن ۱۰- به ندرت سوال می‌کند. عامل مهم و موثر دیگر بر زندگی نابینایان، شکایات است. امروزه پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد در زندگی با عوامل پر شمار تنش‌زا مانند ترس، نگرانی، خشم، حسادت، کمرویی، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس حقارت، اضطراب، ناکامی، تعارض و مانند اینها روبرو می‌شوند، که اگر به شیوه‌ی مناسب و بهنگام، بهداشت روانی آنها فراهم نشود دیر یا زود دچار ناهنجاری‌های شدید جسمانی - روانی- اجتماعی خواهند شد. حدود ۸۰ درصد مراجعه‌افراد مختلف به پزشکان، مربوط به بیماری‌های روان‌تنی یا سایکوسوماتیک و استرس است. به این ترتیب می‌توان گفت علت بیشتر بیماری‌ها، به نوعی استرس و مسائل روحی است. در واقع امروز بیشتر پژوهشگرانی که فرایندهای روانشناختی را مطالعه می‌کنند، نظرات ساده‌انگارانه یا اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علائم جسمی خاص رد می‌کنند و از دیدگاه تعاملی به علایم جسمانی می‌نگرند. آنان معتقدند که نقایص بدنی موجب مشکلات روانشناختی می‌شوند و مشکلات روانشناختی چه بسا موجب نقایص بدنی شوند. از این رو آنان تخمین زده‌اند که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران درمان شده در درمانگاه‌های پزشکی به اندازه‌ی بیماری‌های جسمانی دارای بیماری‌های روانشناختی هستند (لیپوسکی^۱، ۱۹۸۵). اصطلاح شکایت جسمانی اشاره به حالت جسمانی دارد که در آن حوادث پر معنای روانشناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی- روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه تناسلی - ادراری و پوست هستند. یافته‌های بالینی اهمیت عوامل روانشناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می‌دهند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲). جسمی‌سازی «شکایت جسمانی»، ناراحتی‌های جسمی مکرر و متعددی هستند که فاقد مبنای جسمی هستند. این ناراحتی‌ها در سر، کمر و دیگر قسمت‌های بدن نمود پیدا می‌کند (دادستان، ۱۳۸۰). شکایات جسمانی شامل بیماری‌های ریوی (آسم)، معدی- روده‌ای، قلبی- عروقی، پوستی، سرطانی، جنسی، عضلانی، استخوانی و عفونی هستند (ولمن^۲، ۱۹۸۸). شکایات جسمانی مثل آسم، زخم معده، فشار خون، سردرد و کمر درد و عبارت‌اند از اختلالات فیزیوشیمیایی، آناتومیک یا

¹ . Lipwski

² . Wolman

فیزیولوژیک موجودات زنده. این اختلالات معلول مشکلات روانی هستند یا اینکه حداقل تحت تاثیر عوامل و فشار های روانی تشدید می شوند (ناپ^۱، ۱۹۸۵). لیپوسکی بر نقش " روانپزشکی - ارتباط " به عنوان شاخه ویژه روان پزشکی که به تشخیص، درمان و پیشگیری از جنبه های روانپزشکی امراض جسمی میپردازد (لیپوسکی، ۱۹۸۵). ملاک تشخیصی اختلالات جسمانی در (DSM_IV_TR، ۲۰۰۰) یک یا چند عامل روان شناختی یا رفتاری خاص است که بر یک بیماری جسمانی تاثیر نامطلوب می گذارد. بازنگری تحقیقات انجام شده، بیانگر آن است که این گروه از افراد نیازمند روش های کاربردی خاص خود هستند. در تحقیقات آلیسون مشخص شده که افراد با عزت نفس پایین علائمی مثل شکایات جسمانی، بی تفاوتی، احساس تنهایی و افسردگی و ناامیدی را بروز می دهند (بیابانگرد، ۱۳۷۳). در تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان کلبعلی (۱۳۷۳) به این نتیجه رسیده است که هرچه عزت نفس دانش آموزان بیشتر باشد از پیشرفت تحصیلی بیش تری برخوردار می باشند و هرچه عزت نفس کمتر باشد تأثیر منفی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارد. تحقیقات اسماعیل بیابانگرد (۱۳۷۳) نشان داده است که افراد از کسانی که آنها را مورد تعریف و تمجید قرار می دهند خوششان آمده نسبت به آنها واکنش مثبت نشان می دهند در حالی که از کسانی که با آنها مخالفت می کنند بدشان آمده، نسبت به آنان واکنش منفی از خود بروز می دهند. استادی (۱۳۷۴) تحقیقی در زمینه بررسی رابطه بین باورهای غیر منطقی و عزت نفس در دانش آموزان پایه چهارم دبیرستان سطح تهران انجام داد که نتایج به دست آمده از این تحقیق به شرح زیر می باشد: بین باورهای غیر منطقی و عزت نفس همبستگی وجود دارد و هم چنین بین باورهای غیر منطقی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد و بین عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد. نوری (۱۳۷۴)، ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمانی و روانشناختی است و همان طور که سلامت جسمی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد بر سازگاری روانی اجتماعی، سلامت روانی و عزت نفس او نیز موثر است. خلیلیان و همکاران (۱۳۷۹)، در بررسی شان، پیوند میان عوامل استرس زا و شکایت های جسمانی، نتیجه گرفتند که میان عوامل استرس زا و شکایت های جسمانی رابطه معنا دار وجود دارد. در تحقیقاتی که هافمن و همکاران^۲ (۱۳۸۱)، بر روی نوجوانان اسرائیلی انجام دادند همین تاثیر ارتباط مادر با کودک در ایجاد تصور مثبت از خود و عزت نفس است، در این مطالعه تأثیر منابع حمایتی پدر و مادر و دوستان بر عزت نفس مورد بررسی قرار گرفت. بارون و همکاران (۱۹۹۴) به نقل از خسروی و آقا جانی (۱۳۸۲) راهبرد متمرکز بر مساله را عامل حفاظتی در برابر افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می داند. پژوهش های اخیر نشان داده اند که تعدادی از اختلالات جسمی وجود دارند که ممکن است عوامل شخصیتی و اجتماعی تا حد زیادی در آن نقش داشته باشد. یافته های بالینی اهمیت عوامل روانشناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می دهند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲). ابنیگهام^۳ (۱۹۸۰)، پژوهشی را در زمینه عزت نفس، آسیب پذیری و اختلالات روان پزشکی در

1 . Nap

2 . Hafman

3 . Ebengham

جامعه به انجام رساندند. در این پژوهش زنان ۶۵-۱۸ ساله علاوه بر اینکه مورد مصاحبه قرار گرفتند بر روی آنها آزمون عزت نفس روزنبرگ اجرا گردید. نتایج نشان داد که تاثیر عوامل بیولوژیکی اساسی بر روی عزت نفس با وجود بیماری در حالی که سایر عوامل نیز موجود باشد تنها بعد از شروع بیماری عمل می نمایند و علاوه بر این اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی بر روی عزت نفس تأثیر می گذارد. در بررسی هایی که کلدبرگ و همکاران (۱۹۸۰) بر روی افراد دارای عزت نفس پایین انجام دادند علائمی چون شکایت جسمانی، افسردگی، اضطراب، کاهش سلامت عمومی بدن، بی تفاوتی و احساس تنهایی، تمایل به اسناد شکست خود به دیگران، عدم رضایت شغلی و کاهش عملکرد گزارش شده است. در پی مطالعاتی که السیون (۱۹۸۳) انجام داده است مشخص شد که از دست دادن حس کنترل و ایجاد نارضایتی فردی یکی از جنبه های مشخص عزت نفس پایین بوده است. اندرسون (۱۹۸۵)، در تحقیق خود نشان داد که ورم مفاصل روماتیسمی یا بیماری مزمن مفاصل، سردردهای میگرنی، گردن درد و کمردرد از جمله اختلالاتی هستند که فشار روانی نقش مهمی در شروع و روند پیشرفت آنها دارد. ساراسون و ساراسون^۱ (۱۹۸۷)، پژوهش های معاصر در مورد جنبه های فیزیولوژیکی و روانشناختی هیجانانگیز و فشار روانی نشان داده است که تنش هیجانی بر دستگاه عصبی خود کار و غدد درون ریز تأثیر می گذارد. والش و والش^۲ (۱۹۸۹)، تطاهرات و عوارض ناتوانی های مزمن جسمی به شدت بر روی تصور فرد از خود تأثیر می گذارد و اثرات بسیار مخربی بر عزت نفس دارد. کیکلت - گلاسر و همکاران^۳ (۱۹۸۶)، در تحقیقات خود نشان دادند که آرامش بخشی می تواند کارکرد سامانه ایمنی بدن را افزایش دهد.

اوگدن^۴ (۱۹۹۸)، در تحقیقات خود نشان داده که عزت نفس پایین اختلال های جسمی و روانی را به دنبال دارد. فونتانان^۵ (۱۹۹۹)، سلامت عمومی به عنوان عملکرد سازگار فرد در محیط پیرامون وی تعریف می شود که می تواند تحت تاثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی قرار گیرد. از بین همه عوامل اضطراب می تواند اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد داشته باشد. افرادی که تحت تاثیر اضطراب شدید هستند در مقایسه با افراد دیگر احتمال دارد که به بیماریهای رایج مبتلا شوند. در هر حال اضطراب می تواند فرد را در برابر بیماریهای جسمانی آسیب پذیر تر ساخته و در دراز مدت به سوی مرگ کشاند. نتایج مطالعات استراسل، مک کی و پلان^۶ (۱۹۹۹)، نشان می دهد که خوشبینی به طور منفی با افسردگی و به طور مثبت با رضایت از زندگی، سلامت جسمانی و روانی و وقوع کمتر اختلالات روانی و عزت نفس بالا رابطه دارد. بی^۷ (۲۰۰۰) در تحقیقات خود نشان داده برای افزایش عزت نفس برنامه های

1 . Sarason & Sarason

2 . valsh and valsh

3 . Kiecolt-Glaser

4 . Ogden

5 . Fontana & et al

6 . Strassle, Mekee & pant

7 . Bee

آموزشی ارتقا سلامت جسم و روان و مهارت های اجتماعی ضرورت دارد. از مهمترین مباحثی که باید به آن پردازیم، شناخت ناینیا و چگونگی درک او از محیط و برقراری ارتباط با محیط اطراف و مردم است. در زمینه برقراری ارتباط با مردم اعم از بینا و ناینیا آنچه که حائز اهمیت است، تلاشهای خود ناینیا و راهنمائیهای مددکاران است و در زمینه ارتباط با محیط نیز ناینیا رفته رفته مهارت هایی کسب می کند تا بتواند درک نسبتاً درستی از فضا داشته باشد (رودباری، ۱۳۸۷). بنابراین برای بالا بردن بهداشت روانی باید شرایطی پدید آید که ناینیان بتوانند مسایلی چون روبه رو شدن با واقعیت، سازگار شدن با دگر گونی ها، تحمل کردن اضطراب ها و استرس های روزمره، رویارویی با هیجان ها و مواردی از این دست آشنا شوند (نظامی، ۱۳۸۶). در چند دهه اخیر نوع جدیدتری از بیماری ها تحت عنوان بیماری ها و اختلالات جسمانی ظهور کرده اند که عوامل روانی و هیجانی در ایجاد آنها دخیل هستند، ویژگی اساسی تغییر این نوع بیماری ها، پرننگ تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تاثیر ساختار ها و رفتار های اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری های مذکور بوده است. شناخت هر چه بیشتر این بیماری ها و تشخیص و آسیب شناسی آنها و همچنین بررسی ارتباط آنها با عوامل مهم تاثیر گذاری چون عزت نفس، شکایات جسمانی و اختلالات عملکردی و رفتاری ناینیان در تعامل با دیگران می تواند در تعیین سر نوشت فعلی و آتی آنان بسیار راهگشا باشد. بدین ترتیب نه تنها آسیب های فعلی شناسایی و مورد تحلیل و بررسی قرار می گیرند، بلکه از بروز برخی اختلالات و آسیب های احتمالی نیز جلوگیری می شود.

فرضیه پژوهش: بین عزت نفس و شکایات جسمانی در ناینیان رابطه معنی داری وجود دارد.

روش

روش، جامعه، نمونه آماری و روش نمونه گیری: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه در این تحقیق کلیه ناینیان استان اصفهان که حدوداً ۴۰۰ نفر برآورد می شدند، که در مراکز آموزشی مجتمع توان بخشی شهدای ۷ تیر و مجتمع توان بخشی فاطمه زهرا (س) و ناینیانی که در سازمان بهزیستی کل استان اصفهان پرونده دارند را شامل شده است. در این پژوهش به صورت تصادفی ساده نمونه ای از بین کلیه ناینیان به تعداد ۱۱۳ نفر به طور تصادفی انتخاب و جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت: کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظری که روی مقیاس راجرز و ایموند (۱۹۵۴) انجام داد تهیه و تدوین نمود. این مقیاس دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. ۵۰ ماده‌ی باقیمانده به ۴ خرده مقیاس تقسیم شده است که عبارتند از: ۱- خرده مقیاس عمومی (کلی) ۲- خرده مقیاس اجتماعی (همسالان) ۳- خرده مقیاس خانوادگی (والدین) ۴- خرده مقیاس آموزشی (تحصیلی). در کلیه خرده مقیاس‌ها حداقل نمره صفر و حداکثر نمره بر

خرده مقیاس عزت نفس کلی ۱۷، عزت نفس اجتماعی ۱۸، عزت نفس تحصیلی ۷ و خانوادگی ۸ خواهند بود. ضریب اعتماد پرسشنامه حرمت خود کوپر اسمیت هنگامی که نمره‌های پاره مقیاس دروغ سنجی را در برمی‌گیرد برابر ۰/۸۵۸ است اما چنانچه نمره‌های افراد درباره مقیاس دروغ سنجی در نظر نگیریم این ضریب به میزان ۰/۸۵۶۲ کاهش می‌یابد. فرجی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آزمون به روش باز آزمایی را بر روی دختران دبیرستانی ۰/۶۹ به دست آورد. ابراهیمی قوام (۱۳۶۹) میزان پایایی این آزمون را از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است.

پرسش نامه‌ی سلامت عمومی^۱ GHQ: این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال و ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی و شکایات جسمانی، علائم اضطراب، علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی می‌باشد. این پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای اولین بار توسط کلبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده. علائم جسمانی، سوال‌های ۱ تا ۷، احساس سلامت و تندرستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی، احساس بیماری، سردرد، احساس و سرد شدن و احساس فشار به سر. آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب باز آزمایی آن را ۰/۸۱ گزارش کردند. هم چنین ولیجو، جوردن، دیاز، کومچ و اورتگا (۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرونباخ را برای مولفه علائم شکایات جسمانی ۰/۸۴ و اعتبار آن را ۰/۸۰ گزارش کردند.

روش اجرا: ابتدا به مطالعه‌ی نظری پیرامون متغیرهای مورد پژوهش که عزت نفس و شکایات جسمانی بود انجام گرفت سپس پرسشنامه‌ها و ابزار مورد نیاز تهیه گردید و جامعه که شامل کلیه‌ی نابینایان استان اصفهان بود انتخاب شد و از میان آنها گروه نمونه تکمیل گردیده داده‌های به دست آمده با توجه به اهداف، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل یافته‌ها: داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف پراکنندگی) و نیز آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور بررسی رابطه عزت نفس و ابعاد آن با شکایات جسمانی در نابینایان) استفاده گردید.

یافته ها

در جداول ۱ آمار توصیفی مربوط به عزت نفس و ابعاد آن و علائم جسمانی ارائه شده است.

¹ . General Health Questionnaire (GHQ)

جدول ۱: آمار توصیفی مربوط به عزت نفس و ابعاد آن و علائم جسمانی

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف پراکندگی	واریانس
خود	۱۱۲	۱۰/۹۴	۲/۹۵	۸/۷۳
اجتماعی	۱۱۲	۱۰/۱۵	۲/۶۳	۶/۹۶
خانوادگی	۱۱۲	۵/۶۲	۱/۶۰	۲/۵۸
تحصیلی	۱۱۲	۴/۶۸	۱/۵۳	۲/۳۴
عزت نفس	۱۱۲	۳۲	۶/۷۱	۴۵
شکایات جسمانی	۱۱۲	۵/۳۳	۳/۷۳	۱۳/۹۴

چنانکه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین ابعاد عزت نفس؛ خود (۱۰/۹۴)، اجتماعی (۱۰/۱۵)، خانوادگی (۵/۶۲)، تحصیلی (۴/۶۸)، کل عزت نفس (۳۲) و شکایات جسمانی (۵/۳۳) در کارکنان می‌باشد.

نتیجه بررسی این فرضیه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی بین شکایات جسمانی با عزت نفس و ابعاد آن

عزت نفس	تحصیلی	خانوادگی	اجتماعی	خود	شکایات جسمانی	
** -0.363	** -0.314	** -0.363	-0.124	** -0.296	ضریب همبستگی	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۶	۰/۰۰۱	معناداری	

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین شاخص شکایات جسمانی با؛ خود ($r = -0.296, p < 0.01$)، خانوادگی ($r = -0.363, p < 0.01$)، تحصیلی ($r = -0.314, p < 0.01$)، عزت نفس کل ($r = -0.363, p < 0.01$) رابطه معناداری وجود دارد. واریانس مشترک شکایات جسمانی با ابعاد مذکور به ترتیب ۹، ۱۳، ۱۰ و ۱۳ درصد می‌باشد.

در جدول ۵ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق عزت نفس و ابعاد آن ارائه شده است.

جدول ۵: ضریب همبستگی گام به گام بین شکایات جسمانی و عزت نفس و ابعاد آن به همراه تحلیل واریانس رگرسیون

خطای استاندارد برآورد	مجذور ضریب همبستگی چندگانه تعدیل شده	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	ضریب همبستگی گام به گام	معناداری	ضریب F	شاخصهای آماری	رتبه
						الگو	
۳/۴۹۴	۰/۱۲۴	۰/۱۳۲	۰/۳۶۳	۰/۰۰۰	۱۶/۷۲۳	گام به گام	۱
۳/۴۳۴	۰/۱۵۴	۰/۱۶۹	۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	۱۱/۰۷۶		۲

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود در مرحله آخر تحلیل رگرسیون ($P < ۰/۰۱$ و $F = ۱۱/۰۷۶$) از اعتبار لازم برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از عزت نفس و ابعاد آن برخوردار بوده است. به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین باقی مانده در مرحله آخر دارای توان پیش‌بین معنادار برای پیش‌بینی شکایات جسمانی به اندازه ۱۵ درصد بوده‌اند.

در جدول ۶ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مربوط به عزت نفس و ابعاد آن برای پیش‌بینی شکایات جسمانی ارائه شده است.

جدول ۶: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد شاخص‌های روانی برای پیش‌بینی شکایات جسمانی

معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب و معناداری آنها	رتبه
		Beta	خطای استاندارد برآورد	B		
۰/۰۰۰	۸/۳۵۵		۱/۲۰۸	۱۰/۰۹۰	مقدار ثابت	۱

۰/۰۰۰	-۴/۰۸۹	-۰/۳۶۳	۰/۲۰۷	-۰/۸۴۵	خانوادگی	
۰/۰۰۰	۸/۵۵۷		۱/۳۳۸	۱۱/۴۴۷	مقدار ثابت	۲
۰/۰۰۳	-۳/۳۰۸	-۰/۲۸۶	۰/۲۱۹	-۰/۶۶۵	خانوادگی	
۰/۰۳۰	-۲/۲۰۱	-۰/۲۰۷	۰/۲۳۰	-۰/۵۰۵	تحصیلی	

جدول ۶: ضرایب سایر متغیرها برای پیش‌بینی شکایات جسمانی

معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب و معناداری آنها	متغیرهای پیش‌بین	رتبه
		Beta			
۰/۰۹۴	-۱/۶۸۸	-۰/۱۶۶		خود	۱
۰/۵۹۵	۰/۵۳۳	۰/۰۵۳		اجتماعی	
۰/۰۳۰	-۲/۲۰۱	-۰/۲۰۷		تحصیلی	
۰/۰۸۲	-۱/۷۵۴	-۰/۲۱۴		عزت نفس	
۰/۳۶۸	۰/۹۰۳	-۰/۰۹۶		خود	۲
۰/۲۲۰	۱/۲۳۴	۰/۱۲۶		اجتماعی	
۰/۶۳۹	-۰/۴۷۰	-۰/۰۷۴		عزت نفس	

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود در مرحله آخر از بین تمامی عزت نفس و ابعاد، تنها ابعاد عزت نفس خانوادگی ($P < ۰/۰۱$) و تحصیلی ($B = ۰/۶۶۰$) و اجتماعی ($B = ۰/۲۱۰$ و $P < ۰/۰۱$) قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. بر این اساس و بر یافته‌های ارائه شده در جدول ۶ معادله پیش‌بین برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق عزت نفس و ابعاد به شرح زیر است:

(بعد تحصیلی عزت نفس) ۰/۲۰۷ - (بعد خانوادگی عزت نفس) ۰/۲۸۶ - ۱۱/۴۴۷ = شکایات جسمانی

بحث

چنانکه مشاهده شد، بین شاخص شکایات جسمانی با خود، خانوادگی، تحصیلی، عزت نفس کل رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.01$). واریانس مشترک شکایات جسمانی با ابعاد مذکور به ترتیب ۹، ۱۳، ۱۰ و ۱۳ درصد می باشد. همچنین نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی شکایات جسمانی از طریق عزت نفس و ابعاد آن ارائه شد و چنانکه مشاهده شد در مرحله آخر تحلیل رگرسیون ($P < 0.01$ و $F = 11.076$) از اعتبار لازم برای پیش بینی شکایات جسمانی از عزت نفس و ابعاد آن برخوردار بود. به عبارت دیگر متغیرهای پیش بین باقی مانده در مرحله آخر دارای توان پیش بین معنادار برای پیش بینی شکایات جسمانی به اندازه ۱۵ درصد بودند. در مرحله آخر از بین تمامی عزت نفس و ابعاد، تنها ابعاد عزت نفس خانوادگی و تحصیلی قادر به پیش بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. بنابر این با کاهش عزت نفس، عزت نفس خانوادگی و تحصیلی، شکایات جسمانی ناینایان افزایش یافته است.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش از بین تمامی تمامی عزت نفس و ابعاد، تنها ابعاد عزت نفس خانوادگی و تحصیلی قادر به پیش بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. نتایج حاصل از این پژوهشی با فرض مذکور با یافته های (بیابانگرد، ۱۳۷۳) در تحقیقات آلیسون مشخص شده که افراد با عزت نفس پایین علایمی مثل شکایات جسمانی، بی تفاوتی، احساس تنهایی و افسردگی و ناامیدی را بروز می دهند، همسو است. نوری (۱۳۷۴) ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمانی و روانشناختی است و همان طور که سلامت جسمی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد بر سازگاری روانی اجتماعی، سلامت روانی و عزت نفس او نیز موثر است، همسو است. ابنیگهام^۱ (۱۹۸۰)، پژوهشی را در زمینه عزت نفس، آسیب پذیری و اختلالات روان پزشکی در جامعه به انجام رساندند، همسو است. در بررسی هایی که کلدبرگ و همکاران^۲ (۱۹۸۰) بر روی افراد دارای عزت نفس پایین انجام دادند علائمی چون شکایت جسمانی^۳، افسردگی، اضطراب، کاهش سلامت عمومی بدن، بی تفاوتی و احساس تنهایی، تمایل به اسناد شکست خود به دیگران، عدم رضایت شغلی و کاهش عملکرد گزارش شده است، همسو است.

والش و والش (۱۹۸۹)، تظاهرات و عوارض ناتوانی های مزمن جسمی به شدت بر روی تصور فرد از خود تاثیر می گذارد و اثرات بسیار مخربی بر عزت نفس دارد، همسو است. اوگدن^۴ (۱۹۹۸)، در تحقیقات خود نشان داده که عزت نفس پایین اختلال های جسمی و

1. Ebengham

2. Goldberg

3. Complaint Somatization

4. Ogden

روانی را به دنبال دارد، همسو است. نتایج مطالعات استراسل، مک کی و پلانت (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که خوشبینی به طور منفی با افسردگی و به طور مثبت با رضایت از زندگی، سلامت جسمانی و روانی و وقوع کمتر اختلالات روانی و عزت نفس بالا رابطه دارد، همسو است. بی (۲۰۰۰) در تحقیقات خود نشان داده برای افزایش عزت نفس، برنامه های آموزشی ارتقا سلامت جسمی و روانی و مهارت های اجتماعی ضرورت دارد، همسو است.

افرادی که عزت نفس دارند، نشان دهنده این است که فرد تا چه اندازه خود را توانا، ارزنده و پر اهمیت می‌داند و یک تجربه شخصی است که ترجمان آن را می‌توان در سطح گفتار و رفتار های معنادار مشاهده کرد و همچنین افرادی که شکایات جسمانی دارند، دارای نشانه های بدنی شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه تناسلی - ادراری و پوست هستند. با توجه به نتیجه به دست آمده با کاهش عزت نفس، عزت نفس خانوادگی و تحصیلی، شکایات جسمانی ناپیانیان افزایش یافته است. و نیز شکایات جسمانی می‌تواند باعث کاهش عزت نفس در این افراد شوند.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود در مراکز آموزشی و توانبخشی در سازمان های بهزیستی کل کشور از مشاورین و روان شناسان برای آموزش های لازم در افزایش اعتماد به نفس، استفاده کنند و نیز ناپیانیان را درگیر کارها و مشاغل کنند که هم بتوانند در زمینه های مختلف پیشرفت هایی داشته باشند و هم اینکه این احساس در آنها به وجود نیاید که انسان های ناتوانی هستند و در نهایت باعث کاهش عزت نفس شان نشود.

منابع فارسی

- اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۳)، روان شناسی اعتماد به نفس مبتنی بر مکاتبات اسلامی و فرعی، تهران، انتشارات مهرداد.
- انجمن روانپزشکی امریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و اماریاختلال های روانی. چاپ دوم، مترجمان نیکخو، محمد رضا و آوادیس یانس، هامایاک. تهران، انتشارات سخن
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۷۳)، روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان، تهران، انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.

خسروی، زهره و مریم آقاجانی. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله با آن. مطالعات زنان ۱۱(۱): ۵۴-۱۹.

خلیلیان، علی رضا. حسن زاده، رمضان. ضرغامی، مهران. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط بین عوامل استرس زا و شکایت جسمانی. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۰(۲۶): ۶۵-۶۱.

دادستان، پریخ. ۱۳۸۰. روانشناسی مرضی تحولی. جلد اول. انتشارات سمت، تهران.

رودباری، احمد. (۱۳۸۷)، «مقایسه استفاده از یک دست و دو دست و تاثیر برتری جانبی در سرعت بریل خوانی دانش آموزان نابینا پایه های چهارم و پنجم ابتدایی»، پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روان شناسی کودکان استثنایی، تیرماه.

روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. تهران: انتشارات ساوالان.

صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۷۹). چگونه عزت نفس در کودکان و نوجوانان دارای نیاز های ویژه را افزایش دهیم؟ طب و تزکیه، ۳۸، ۶۴-۷۰.

صدرالسادات، سید جلال. اسفند آباد، حسن. (۱۳۸۰). عزت نفس در افراد با نیاز های ویژه. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و سازمان بهزیستی کشور.

کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک، چکیده روانپزشکی بالینی، نصرت الله پورافکاری، سوم پائیز ۱۳۷۶، تهران: آزاده، ص ۹۹.

کویر اسمیت، اس. (۱۳۷۱). فهرست عزت نفس. ترجمه پریخ دادستان. ص ۵۳۴.

میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۳)، بهداشت روانی، تهران، انتشارات رشد.

نظامی، مریم. (۱۳۸۶). مقایسه اثر بخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانشجویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی. تهران.

نوری، ابولقاسم. (۱۳۷۴). جنبه های روانشناختی ناتوانی جسمی. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی). سال هفتم، شماره ۴.

هافمن، مارک ورنوری، جودیت ورنوری (۱۳۸۱) روان شناسی عمومی (از نظریه تا کاربرد) جلد دوم شابک: ۹۶۴-۶۳۸۹-۰۱-۵.

منابع لاتین

Bee, H.L. (2000). The developing child. 9th ed. Boston: Allyn & Bacon.

Fontana, Am, Hyra, D, Godfreg, L., Impact of a deer -led stress inoculation training intervention on state anxiety and heart. (1999). 4(1): 45-63.

- Frieson ,T.C.(1997).Relationship between hope and self-esteem in renal transplant recipients. *Transplantation proceeding* ,29,3739-3740.
- Goldberg,N.,Hass,P.,&Acikin,B.(1980).Effects of Chiropractic on Back pain.(J.M.P.T).July ,(P.29).
- Kiecolt-Glaser,Janice K.,Ronald Glaesr ,Eric C.(1986).Modulation of cellular Immunity in medical students. *Journal of Behavior Medicin*.9(1):5-27.
- Lee,M.(1994).change in personality. Translated by: Mansor,M.Tehran : Tehran university press.
- Lipwski,Z.J.(1985).Psychosomatic Medicin and Lisaon psychiatry. New York:Plenum press.
- Moshki ,M., Ghofranipour ,F.,& Allahyari ,A.A.(2000).The effect of problem solving training on the self-concept of male adolescents in gonabad high schools.Tehran : Tarbiat Modares.Inc.
- Ogden ,L.(1998).Health psychology. Buckingham :open university press.
- Sarason ,I.G .& Sarason , B.R.(1987).Abnormal psychology. New York:Prentic –Hall press.
- valsh ,A and valsh,P.(1989).Love,self-esteem and multiple sclerosis.social science and medicine,29,793-799.
- Wear,K.(2000).promoting mental and social health : A whole school approach. Londen :Routledge.
- Wolman,B.B(1988).Psychosomatic disorders. New York:Plenum Publishig Co.