



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND SONSTIGE PSYCHOLOGISCHE
BEREICHE
University of Applied Sciences
University of Applied Sciences
Department of Psychology,
Sociology & 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)

بررسی تاثیر بجا آوردن فریضه های ۵ گانه دین مبین اسلام بر کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران

مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان

نادر محمودی^۱ - معصومه ملکشاهی فر^۲

چکیده

مقدمه: روانشناسی دینی نوعی از روانشناسی است که مبتنی بر مفاهیم و آموزه‌های دینی تدوین و ارایه شده و مفاهیم الهی، روحانی و حیاتی را مبنای نظریه‌ها و توصیه‌های خود قرار می‌دهد، دین مبین اسلام از منظر روانشناسی اسلامی مکتبی الهی است که در جهت بهبود و ارتقای زندگی روانی انسانها دستورات بیشماری را در خود دارد. کارآمدی این روشها سالهاست بر مسلمانان آشکار است. پیوند زدن مفاهیم روانشناسی با آموزه های دینی و نشان دادن اثرات آموزه های دینی با زبان علم تجربی می تواند زیر بنای یک رویکرد نوین در علم روانشناسی در سطح بین المللی باشد. **هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر به کار گیری فریضه های ۵ گانه دین اسلام به عنوان یک روش درمانی در جهت کاربرد تلفیقی معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان می باشد. **روش اجرا:** روش این پژوهش، روش آزمایشی همراه پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است و برای گردآوری داده‌ها از روش پرسشنامه ای استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان تشکیل می‌دهند. از میان بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات روان تنی به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه پژوهش و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات روان تنی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. همچنین از ۳۰ بیمار دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و داخلی درخواست گردید تا در مطالعه حاضر شرکت نمایند. و از هر سه گروه خواسته شد تا مقیاس گزارشات ذهنی، روانی و شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی- DSM-IV (۲۰۱۰) را تکمیل کنند. در گام بعدی گروه آزمایشی شیوه درمانی مطالعه حاضر را در طی ۲ ماه به طور منظم و با برنامه هفتگی تحت نظر و راهنمایی پژوهشگر دریافت کردند. سپس از هر دو گروه خواسته شد مجدداً مقیاس گزارشات ذهنی، روانی و شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی- DSM-IV (۲۰۱۰) را تکمیل کنند. **یافته ها:** نتایج مطالعه نشان داد که شکایات

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی، مشاور آموزش و پرورش استان زنجان شهرستان خرمدره: Nader.Mahmodi60@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی - کارشناس مطالعات اجتماعی دادگستری استان زنجان

بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان به صورت گزارشات ذهنی و روانی خیلی بالاتر از افراد عادی و بیماران دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و داخلی است. و بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی با گزارشات و شکایات ذهنی و روانی بسیار بالا نسبت به دانش بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی با گزارشات و شکایات ذهنی و روانی پایین کمتر مراسمات مذهبی را به جا می آورند و در صورت به جا آوردن بیشتر در شکل وسواس فکر و عملی خود را نشان می دهند. بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی گزارشات و شکایات ذهنی و روانی بسیار بالایی حتی نسبت به بیماران دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و داخلی نشان دادند. ضریب همبستگی بین گزارشات و شکایات ذهنی و روانی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی و فریضه های پنج گانه در اکثر مولفه ها مثبت و معنادار می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می دهد که میانگین نمرات گزارشات و شکایات ذهنی و روانی گروه پژوهش بعد از شرکت در فرایض پنج گانه به مراتب پایین تر از پیش آزمون بوده است. **بحث:** نتیجه پژوهش حاضر نشان می دهد که به جا آوردن فریضه نماز و شرکت در دعای عاشورا، دعای توسل، دعای کمیل و... در پایین آوردن گزارشات و شکایات ذهنی و روانی بیماران روان تنی موثر و کارآمد است و این امر با اندازه اثر برابر با ۰/۸۱ نشان می دهد موید این مطلب است. پژوهش حاضر در راستای فرموده مقام معظم رهبری در رابطه با تحول بنیادین در علوم انسانی و بومی شدن دانش و فن آوری است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می توان با تکیه بر آموزه های اسلامی و بومی ایران گامهای بسیار مثبتی در جهت پیشگیری و درمان اختلالات روانی برداشت و امید است پژوهشهایی از این قبیل دلیل های علمی استفاده از تکنیک های اسلامی و بومی را بیش از پیش نمایان تر کند.

کلمات کلیدی: فریضه های ۵ گانه، نماز، بهداشت روان، دانش آموزان، پسر، مشکلات رفتاری.

Study of Discomfort and Mentality Reports decreasing by " individual and group Liturgy, Komeyl, Tavassol and Ashora invoke influence" above Psychosomatic Patients in Zanjan province.

Objectives: The purpose of the present study was to Study of Mentality Reports decreasing by " individual and group Liturgy, Komeyl, Tavassol and Ashora invoke influence" above Psychosomatic Patients in Zanjan province. **Method:** The Method of the present study was experimental, pre test and post test and Control group. Statically society in this research was all of Psychosomatic Patients in Zanjan province since 2011-2012 seasons (1389-90 in Persian). Initially, researcher provides a list Psychosomatic Patients in Zanjan province since 2011-2012 seasons. The present study sampling's method is simple random sampling. With kokran formula's calculation the sample number of the present study had to contain 8 individual, but the present study researchers was considered 30 individual for any two group(30 individual in experimental group and 30 individual in control group, aggregately 60 individual) for increasing of internal and external validity, albeit the researchers was considered 30 individual that have

for comparing with Psychosomatic Patients. After discriminate, researcher in pretest, asked for threere groups until to answer the DMRPPQ- DSM-IV-2010³and the researchers were recorded the data's(pretest). Then individual and group Liturgy, Komeyl, Tavassol and Ashora invoke (pray) was exerted above the Experimental group as independent variable. Then apologized for two groups that to answer the DMRPPQ – DSM – IV - 2010 and the researchers recorded the data's again (post test). Data was analyzed using descriptive statistics (means and standard deviations) and inferential statistics. **Findings:** The main findings of the study were as follows: individuals Mean in Discomfort and Mentality Reports among experimental group are highest than control group and individual that have heart-failure and gastro scope disease. And Discomfort and Mentality Reports, is high among experimental group and control group in pretest. , to this way, individual and group Liturgy, Komeyl, Tavassol, Ashora invoke, is low among Psychosomatic Patients with high Discomfort and Mentality Reports in pretest. Individuals Mean in Psychosomatic Patients with high Discomfort and Mentality Reports, were significantly greater than pretest among Psychosomatic Patients in post test. Conclusion: the difference is obvious between Discomfort and Mentality Reports among experimental group is highest than control group and individual that have heart-failure and gastro scope disease. Patients with high Discomfort and Mentality Reports don't have been praying. to this way, Pierson correlation is positive and value between individual, group Liturgy, Komeyl, Tavassol, Ashora invoke and Discomfort and Mentality Reports amount. Functioned in caste manner meliorate Discomfort and Mentality Reports in Zanjan province and Iran.

Key words: Mentality Reports, Liturgy, invoke, Psychosomatic, Zanjan

مقدمه

روانشناسی دینی یعنی نوعی از روانشناسی که مبتنی بر مفاهیم و آموز ههای دینی تدوین و ارایه شده و مفاهیم الهی، روحانی و حیاتی را مبنای نظریه‌ها و توصیه‌های خود قرار دهد، در حالی که روانشناسی دین به معنی مطالعه رفتارهای دینی انسانهای متدین، محافل و سنتهای دینی و باورهای دینی و الهی به وسیله علم روا شناسی است. واژه سوم روا شناسی و دین است که مطالعه و حوز های تطبیقی است. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و برپایی حکومت و اندیشه های اسلامی – شیعی و وجود متفکران بزرگی که در بطن انقلاب اسلامی تاکید ویژه‌ای بر استفاده همه جانبه از آموزه های دینی در همه ابعاد اجتماعی و فردی و با روشنگرهای حضرت امام خمینی(ره)، مقام معظم رهبری، آیت الله شهید بهشتی، آیت الله شهید مطهری، علامه طباطبایی، مرحوم علامه جعفری و بسیاری از علمای بزرگ دینی و علمی داشتند مردم ایران به این خودباوری رسیدند که با اجرای دستورات دینی و عنایت به مسائل شرعی انسانها

³ - Discomfort and Mentality Reports among Psychosomatic Patients questioner- DSM-IV (2010)

فارغ از تمام مکتب های ایسمی که درک ناقص و یا بعضا درک اشتباهی از انسان دارند زندگی بهتری مخصوصا به لحاظ روانی خواهد داشت. حوزه روانشناسی دینی به معنای آنچه روانشناسی به صورت علمی و تجربی حوزه ای نوپاست که کار و تلاش زیادی را خواهان است. منابع زیادی هم در دست نداریم و اظهار نظر کردن درباره آن مشکل است. روانشناسی دین بیشتر به جای روا شناسی دینی به کار می رود. تحقیقات زیادی نشان داده است که انسان به جز جسم و روان دارای اعتقادات، ایمان، معنویت و صفت دینداری است. این فاکتور انسان به راحتی قابل انداز هگیری، تقویت، هدایت و آموزش است. انسان خدایی و دینی در آزمایشگاه و به وسیله ابزارهای گوناگون قابل آزمون و سنجش است. فاکتورهای دینی عامل مهمی در رشد، تعالی، موفقیت و آرامش انسان است و روانشناسی دینی به راحتی رسالت حل بحرانهای اجتماعی، خانوادگی و معنوی بشری را برعهده گرفته و راه حل های منطقی بر این نابسامانی های جنسی، اخلاقی و سوء مصرف مواد ارایه دهد. هدف روا شناسی دینی شناخت این پدیده ها و بهره گیری از آنها در هدایت و تعالی انسان است و از این لحاظ با هدف علوم انسانی به خصوص روانشناسی تجربی که در صدد سالم نگه داشتن انسانها به لحاظ روانی است مشترک است. هدف دین مبین اسلام و دیگر ادیان آسمانی نیز سعادت و خوشبختی انسانهاست. نقش مذهب در سعادت و خوشبختی در هدایت و تعالی انسان که توسط منبع وحی ارسال گشته مورد نظر و توافق همه دانشمندان دینی و حتی غیر دینی است. تا آنجا که روانشناسان حتی غیر دینی وجود و اعتقاد به باورهای متافیزیکی را در سلامت روحی و روانی و کاهش مشکلات روحی انسانها را یک امر بدیهی و گاهی ضروری در نظر گرفته اند.

نقش مذهب در روانشناسی از ابتدای آغاز مباحث هستی شناسی و انسانشناسی مورد کنکاش قرار گرفته است مخصوصا در علم النفس جهان اسلام که به حد اعلای خود رشد نموده و روانشناسی تجربی نیز از این امر متأثر گشته است.

طبق تعریف آلپورت مذهب درونی مذهب خالص، درونی، بی ریا و بی تظاهر است و رابطه عمیق فرد با خداوند و ارزشهای معنوی است. در برابر آن، مذهب بیرونی مطرح است که تظاهر به مذهب یا به دنبال نفع بیرونی بودن از مذهب است. مذهب بیرونی مذهبی است برای دیگران، برای همسایه، دوستان، و برای تایید سایرین. تحقیقات زیادی نشان داده است که مذهب درونی همیشه با سلامتی و آرامش همبسته است و مذهب بیرونی چندان موجب سلامت نمیشود. و مثبت نگری در دین، ایجاد شبکه حمایتی عاطفی و اجتماعی، دادن پاسخ روشن و قاطع به مفهوم خلقت، جهان و زندگی، تبیین و تعریف لذتبخش و معقول از رنج، درد و محرومیت و مکانیسمهای بسیار دیگر (آلپورت، ۱۹۸۶). تحقیقات بسیاری نشان داده اند که دینداری، ایمان و عبادت موجب تقویت سیستم ایمنی در سطح ایمونوگلوبولین و کیلرسلها و سایر مکانیسمهای ایمنی می شود (خسرو پناه، ۱۳۸۶). تحقیقات زیادی نیز در این مورد وجود دارد که اثر دینداری را بر کاهش اضطراب، کاهش واکنش منفی به استرس، مقابله ایمنی موثر با عوامل استر سزا کاهش بیمار یهای روانی و احساس آرامش فکری و امنیت روانی نشان می دهد (احمدی، ۱۳۸۵). آیت الله

جوادی آملی (۱۳۸۹) در کنگره دین پژوهی در مورد ارتقای سلامت روانی انسان با کمک دین و آموزه های عنوان می کند که دین با مکانیسمهای گوناگون موجب سلامت جسمی و روانی و ارتقای بهداشت روانی می شود. عواملی که تا به حال در پژوهشها شناخته شده اند، عبارتند از: وجود، امید، انگیزه. بهداشت روانی و سلامت روانی یکی از مقوله های بسیار مهم در حوزه علوم انسانی و به خصوص در روانشناسی است که مورد توجه بسیاری از نظریه پردازان و پژوهشگران قرار گرفته است.

یکی از متغیرهای مهم مورد مطالعه شده در اختلالات سایکوسوماتیک بهداشت روانی سایکوسوماتیکهاست. بدون شک بهداشت روانی بیماران سایکوسوماتیک دچار افت و خیزهای فراوانی است و در مطالعات فراوانی سلامت روانی پایین یکی از همبسته ها و پیش بین های مورد اعتماد برای روانشناسان و روانپزشکان و حتی بیماریهای جسمی دیگر است. سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را چنین تعریف می کند «فرآیند تواناسازی مردم برای بهبود افزایش تسلط بر سلامتشان». دیگر متخصصان بهداشت، بهداشت روانی را به این صورت تعریف کرده اند، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه ی زندگی شان به منظور رسیدن به کمال مطلوب سلامتی». سلامت یا بهداشت روان عبارت از نحوه تفکر، احساس و عملکرد ما به منظور رویارویی با موقعیتهای زندگی است. بهداشت روان در بردارنده نوع نگاه ما به خودمان، زندگی مان و افرادی است که آنها را می شناسیم و به آنها علاقمندیم. همچنین به تعیین اینکه چطور استرس را کنترل کنیم، با دیگران ارتباط برقرار سازیم، گزینه های خود را ارزیابی کنیم و انتخاب نماییم کمک می کند. سلامت روان هم مانند سلامت جسم در هر مرحله ای از زندگی حائز اهمیت است (شاملو، ۱۳۷۸).

پیش گیری از اختلالات روانی و به خصوص بیماریهای روانی که موضوع پژوهش حاضر می باشد را چه با دیدگاه موقعیت مدار و چه با دیدگاه فرمدمدار، می توان در سه سطح انجام داد: پیشگیری سطح اول، پیش گیری سطح دوم، پیش گیری سطح سوم. **پیش گیری سطح اول:** در پیشگیری سطح اول کاهش موارد جدید اختلال روانی در یک جامعه مورد توجه قرار دارد. به طور مثال اگر دانستیم که بسیاری از اختلالات روانی ناشی از فشار روانی و ناکامیهای فرد در زندگی اجتماعی است می توانیم با دادن آگاهی و آموزش، سایر افراد را در مقابل استرس و فشارهای روزمره مقاوم نمائیم. امروزه از طریق آموزش های رسمی و یا از طریق آموزش غیررسمی (رسانه های جمعی، رادیو تلویزیون، روزنامه و مجلات) توانسته اند میزان ابتلا به اختلالات روانی را کاهش دهند و نقش دین و انجام فرایض دینی در این میان غیر قابل انکار است. **پیش گیری سطح دوم:** در پیش گیری سطح دوم هدف کاهش زمان و میزان ناتوان کنندگی یک اختلال روانی است. در پیش گیری سطح دوم، هدف اولیه درمان کامل یک اختلال است. ولی هدف ثانویه می تواند کنترل بیماری باشد. در حالی که پیش گیری سطح اول، هدف جلوگیری از ابتلای جمعیت سالم و عادی به اختلال روانی است. در پیش گیری سطح دوم، درمان بر روی جمعیت مبتلا متمرکز می شود. در این پیشگیری با اقدامات درمانی مناسب، که شامل تشخیص و اتخاذ شیوه های مناسب برای درمان می شود، در قدم اول از گسترش بیماری جلوگیری کرده و در عین حال سعی برای

کنترل و درمان کامل بیماری می کنند که یکی از این اقدامات و تکنیک ترغیب فرد بیمار به شرکت در مراسم مذهبی می تواند باشد. **پیش گیری سطح سوم:** هدف پیشگیری سطح سوم کاهش آسیب هایی است که در نتیجه اختلال حاصل شده است. بر اساس این پیشگیری از طریق توان بخشی و ممارست های اجتماعی می توان میزان آسیب را به حداقل رساند، هر چند که ممکن است هیچگاه بهبودی کامل حاصل نشود. با اقدامات پیگیری در سطوح مختلف می توان میزان و شدت بیماری را تا حد قابل ملاحظه ای کاهش داد. سه مکانی که نقش اساسی در سلامت و بیماری روانی دارند این سه مکان خانواده، مدرسه و اجتماع می باشد (شاملو، ۱۳۷۸).

توصیف اختلالات روان تنی در DSM-IV بدین صورت بدین صورت می باشد: اختلالات شبه جسمی گروه وسیعی از بیماری ها هستند که نشانه ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آنها را تشکیل می دهند. این اختلالات در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز، از راههایی که هنوز شناخته نشده است، پیامهای مختلفی ارسال می کند که بر آگاهی فرد تاثیر می گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می دهد. به علاوه مکانیسم های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیر قابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی و ایمنی شناسی عصبی ایجاد می کنند و باعث بروز این بیماری می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). افکار و هیجان های آدمی، نحوه واکنش دهی وی را تغییر می دهند. یکی از واکنش های بدنی انسان، بیماری است و ما معمولاً از این مسأله غافل هستیم که بیماری های جسمانی ممکن است تحت تاثیر افکار و احساسات قرار گیرند. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد، مدت و شاید حتی وقوع این نوع بیماری ها می تواند تحت تاثیر حالت های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین در زمینه تشخیص اختلال روان تنی، نظریه خود را مبنی بر اینکه تشخیص اختلال روان تنی زمانی صورت می گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و رویدادهایی که از نظر روان شناختی معنادار هستند، قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم تر شدن آن کمک کنند. ملاک اول، اختلال های روان تنی را از اختلال های جسمانی شکل جدا می کند. اختلال های جسمانی شکل، مبنای جسمانی شناخته شده ای ندارند اما اختلال های روان تنی، مبنای جسمانی دارند مورد تاکید قرار داده اند (سیدمحمدی، ۱۳۸۹ و وایت و هیلر، ۲۰۱۰). طبق DSM-IV پنج اختلال شبه جسمی عمده وجود دارند که عبارتند از: ۱- اختلال جسمانی کردن که وجه مشخصه آن شکایات جسمانی متعددی است که با دستگاه های عضوی مختلفی مرتبط هستند. ۲- اختلال تبدیلی که با یک یا دو شکایت عصبی مشخص می شود. ۳- خود بیمار انگاری که بیشتر با باور بیماران به داشتن بیماری خاصی مشخص می شود تا تمرکز روی علائم. ۴- اختلال بدریختی بدن، باور غلط یا مبالغه آمیزی است مبنی بر ناقص بودن بخشی از بدن ۵- اختلال درد، عبارتست از نشانه هایی از درد که به طور کامل با عوامل روانی مرتبط هستند یا بر اثر این عوامل تشدید می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰).

وایت و هیلر^۱ (۲۰۱۰) و دانلاپ^۱ اولین علت اختلال سایکوسوماتیک را وجود حالات تنش‌زای مداوم در زندگی خانوادگی می‌داند. نیز، وان، وایرینگن و دنیل نیز^{۱۱} (۲۰۰۸) و پلکسکیو، مانینگ^{۱۱} (۲۰۰۵) بهبودی از اختلالات سایکوسوماتیک را به چند مورد وابسته می‌دانند که عبارتند از: حمایت اطرافیان، درمان موفقیت‌آمیز، خود‌درمانی و تغییر رفتار، تغییر شناختی، تنظیم هیجان‌ها و داشتن سطح بالایی از انگیزه برای بهبودی. احساسات هسته اصلی زندگی هستند و احساسات بر هیجان‌ها و هیجان‌ها بر احساسات تأثیر می‌گذارند. همه باید بدانند که هیجان‌ها می‌تواند توانایی (الف) - زندگی در مدرسه و رابطه با همسالان (ب) - پاسخ‌گویی، مسولیت و اتکا به خود (ج) - کنار آمدن با مسائل مختلف زندگی و مرگ را به آنها دیکته می‌کند (ویور و اوییکار، ۱۹۹۵؛ اوییکار و همکاران ۱۹۹۶؛ به نقل از اوییکار^{۱۷}، ۲۰۰۱). دی‌گروی (۲۰۰۷) و کلومپاس و راس^۷ (۲۰۰۴) در تحقیقی بر روی زندگی اجتماعی، باورها و مسائل هیجانی افراد با اختلالات سایکوسوماتیک به این نتیجه رسیدند که اختلالات سایکوسوماتیک بر کیفیت زندگی، باورها، هیجان‌ها و تحصیلات دانشگاهی این افراد به طور منفی تأثیر می‌گذارد. وان ریکیگم، هیلپاس، بروتن و پلمان^{۱۶} (۲۰۰۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که نگرش‌های ناسازگارانه، هیجان‌های منفی و هوش هیجانی پایین همبستگی معنی‌دار مثبتی با افزایش شدت اختلالات سایکوسوماتیک دارند و هر چه سن مبتلایان به این اختلال پایین‌تر باشد شدت این همبستگی بیشتر می‌شود.

مطالعه درباره سبک‌های دل‌بستگی، نشان داده است که بین دل‌بستگی ناایمن و شاخص‌های وسیعی از ناسازگاری‌ها و درماندگی‌های روانشناختی ارتباط قوی‌ای وجود دارد (لوپز، میشل و کرملی؛ ۲۰۰۲، کوپر و همکاران؛ ۱۹۹۸، لاپسلی و ادگرتن؛ ۲۰۰۲). شواهد دیگری نشان می‌دهند که دل‌بستگی‌ایمن نحوه مقابله فرد را با استرس‌های بهنجار و نابهنجار تحت تأثیر قرار می‌دهد و با کمی تأمل و مطالعه پیشینه تحقیقات در مورد اختلالات سایکوسوماتیک به راحتی می‌توان همبستگی بین دو متغیر اختلالات سایکوسوماتیک و سبک‌های دل‌بستگی را دید (لوپز و همکاران، ۲۰۰۲). استروپ و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که سبک‌های دل‌بستگی با میزان احساس غربت، افسردگی و ثبات هیجانی رابطه معنی‌داری دارد. حکیم‌جوادی و اژه‌ای (۱۳۸۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سبک دل‌بستگی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای میزان سازگاری بیماران می‌باشد. والدینی که در ارتباطات خود متزلزل، فاقد اطمینان خاطر و بی‌ثباتند و در نحوه تربیت فرزندان با یکدیگر توافق ندارند، از الگوهای فرزند پروری مبتنی بر طرد، حمایت افراطی یا تسلط، انضباط دوگانه، سستی موازین اخلاقی، کمال‌جویی‌های غیر منطقی و عصبانیت و بی‌ثباتی عاطفی استفاده می‌کنند و رفتارهای نوروپاتی را در کودکان تثبیت می‌کنند و سبب می‌شوند که کودکان از نظر هیجانی و عاطفی نیازمندتر شده و در تحول چنین شرایطی از حس اعتماد و امنیت که اساس تحول رشد شناختی، هیجانی و گفتاری است، ناکام بمانند (مک‌کارتی، لائو و والری، ۲۰۰۴).

گرینبرگ، برون و کسیم (۲۰۰۸) گزارشات ذهنی و روانی در قالب شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی را از شایع‌ترین پدیده‌های تشخیصی اختلالات روان‌تنی است. این بیماران خود بیمار انگار، جسمانی کردن، اختلالات تبدیلی، اختلالات درد و اختلالات

بدریختی بدن با گزارشات ذهنی و روانی فراوانی همراه هستند که برای خود بیمار و اطرافیان وی حالت وسواسگونه و بسیار ناخوشایند را به خود میگیرد. اهمیت این گزارشات ذهنی علاوه بر وجود آن برای گذاردن تشخیص بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی در نحوه درمانهای دارویی و روانی بسیار موثر و تعیین کننده است و فرم مخصوص گزارشات ذهنی و روانی در قالب شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی در DSM-IV با توجه به اهمیت و ضرورت شناخت گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک تهیه و تدوین گشته است و از مورد مقبولترین ابزار سنجش در این زمینه می باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). این گزارشات و شکایات بیماران خود بیمار انگار، جسمانی کردن، اختلالات تبدیلی، اختلالات درد و اختلالات بدریختی بدن با افزایش سن در زمینه دامنه، مقدار افزایش معنی داری را نشان می دهد. از سوی دیگر محتوی این شکایات با افزایش سن بیشتر حالت مزمن تر و کمتر به سوی بهبودی پیش می روند (وایت و هیلر، ۲۰۱۰ و دی گروی، ۲۰۰۷)

درمان اختلالات سایکوسوماتیک را می توان در سه گروه طبقه بندی کرد: **الف - درمان های بینشی** : بینش لازم را نسبت به توانایی ها و استعداد های خود درمان «مراجع - محوری» نام دارد، هدف فراهم کردن یک جو حمایتی عاطفی و هیجانی شناخت درمانی است. شناخت درمانی یک نوع از درمان بینشی است که در آن تأکید بر بازسازی فرآیند شناختی برای دامنه ی گسترده ای از اختلالات روانی دارد ولی بیشترین کاربرد آن برای درمان افسردگی است. **ب - درمان رفتاری** : درمانهای رفتاری مبتنی بر اصول یادگیری است. که از طریق تقویت رفتارهای مناسب و تنبیه و عدم تقویت رفتارهای نامناسب انجام می پذیرد. حساسیت زدایی تدریجی است. **ج - درمان های پزشکی زیستی** : روش های پزشکی زیستی مداخله در کنش ها و اعمال زیستی مراجع است درمان های پزشکی زیستی از طریق دارو درمانی و الکترو شوک انجام می شود (شاملو، ۱۳۷۸).

نگاهی گذرا به پیشینه تحقیقات نشان می دهد که در زمینه اختلالات سایکوسوماتیک، جنبه هایی از هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار داده اند که با اختلالات سایکوسوماتیک ارتباط دارد. در کشور ایران در مورد اختلالات سایکوسوماتیک پژوهش های بسیار ناچیز و همین مقدار اندک نیز بیشتر بر جنبه های هیجانی و افسردگی تأکید نموده اند و اختلالات سایکوسوماتیک به عنوان مفهومی مجرد و مرتبط با متغیرهای دیگر کمتر بررسی شده است. هدف این پژوهش کم نمودن و پایین آوردن گزارشات ذهنی و روانی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان که به صورت شکایات متعدد که به نوبه خود موجب تداوم بیماری و افزایش بار روانی و عاطفی و حتی امنیتی آن بر روی بیماران سایکوسوماتیک و اطرافیان بیمار می باشد و سعی بر این بوده است تا ارتباط بجا آوردن فریضه های ۵ گانه دین مبین اسلام بر کاهش شکایات متعدد بیماران سایکوسوماتیک به صورت علم تجربی و قوی ترین روش آن یعنی روش آزمایشی این باور به عنوان یک روش درمانی مناسب به جامعه روانشناسی و پزشکی دنیا معرفی کند. البته در این پژوهش سعی شده است تا با تکیه بر آموزه های دین مبین اسلام به دور از هرگونه تعصب، پیش داوری به فرموده رهبر عظیم الشان حضرت آیت الله

العظمی خامنه‌ای و با توجه به اهمیتی که مذهب، فرهنگ و... در تامین سلامت روان انسان دارد در راه تولید علم و بومی سازی تکنیکهای درمانی که برخاسته از دل مذهب و فرهنگ ما هستند قدم مثبتی برداشته شود و چه فن درمانی بالاتر از نماز که خود منشا همه نعمتها (از جمله سلامت روح و روان) است به همین جهت این پژوهش با تکیه بر فرمایش مقام معظم رهبری انجام گرفته تا به عنوان بازخوردی برای متولیان امر باشد تا تصویری روشنی از کوششها و زحمات خود را ملاحظه فرموده و به عنوان سند علمی در محافل علمی به کل ممالک اسلامی و غربی ارائه گردد. از دیگر ضرورت های انجام پژوهش حاضر احساس نیاز به پژوهش در موضوع نماز و رابطه آن در تامین سلامت و بهداشت و از سوی دیگر پاسخی به این سوال است که چگونه می توانیم از بروز اختلالات روان تنی جلوگیری کنیم و یا در صورت بروز اختلال روانی اثرات آن را به حداقل برسانیم تا میزان آسیب آن را بر فرد و جامعه کاهش دهیم؟

از آنجا که موضوع پژوهش فوق برای اولین بار و تجربه اول در استان زنجان صورت می گیرد به جای فرضیات از سوالات پژوهشی استفاده شده است:

۱- شیوع میزان گزارشات ذهنی و شکایات در بیماران سایکوسوماتیک استان زنجان چه مقدار می باشد؟

۲- آیا میزان گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی، در دو گروه پژوهش و کنترل و گروه بیماران قلبی، کلیدی و داخلی متفاوت است؟

۳- آیا بجا آوردن فریضه های ۵ گانه دین مبین اسلام بر کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان موثر است؟

اهداف

با توجه به موضوع، عنوان پژوهش، نظریات موجود درمانی و پیشینه پژوهش، اهداف پژوهش حاضر که پژوهشگران در صدد دست یابی به آنها هستند عبارتند از:

۱- تعیین میزان گزارشات ذهنی و روانی شکایات اختلالات سایکوسوماتیک استان زنجان.

۲- تعیین تفاوت و شباهت های گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی، در دو گروه پژوهش و کنترل و گروه بیماران قلبی.

۳- مشخص نمودن موثر بودن فریضه های ۵ گانه دین مبین اسلام بر کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان.

روش تحقیق

روش این پژوهش، آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان بوده است که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ در نتیجه مراجعه به روانشناس، روانپزشک و پزشک مورد شناسایی قرار گرفته اند.

با توجه به این که در روش آزمایشی هر یک از گروههای مورد مطالعه از یک نفر می تواند شروع شود و روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است اما به خاطر افزایش اعتبار مطالعه، در این پژوهش ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات روان تنی به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه پژوهش و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات روان تنی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. همچنین از ۳۰ بیمار دچار ناراحتی قلبی، کلیوی و داخلی بودند درخواست گردید تا پرسشنامه های پژوهش را تکمیل نمایند جمعاً ۹۰ نفر نمونه آماری مطالعه حاضر را تشکیل دادند (دلاور، ۱۳۸۰). برای گردآوری داده ها از روش پرسشنامه ای استفاده شده است. شیوه اجرا به این گونه بود که بعد از هماهنگی با روانشناسان، روانپزشکان و پزشکان و حضور در جلسات درمانی این عزیزان و گرفتن اجازه همکاری از مراجعه کنندگان محترم، مراجعین محترم مورد مصاحبه بالینی - تشخیصی از سوی خود پژوهشگر قرار گرفتند پس از تهیه لیست مراجعینی که با نظر چهار متخصص: روانپزشک، روانشناس و خود پژوهشگران از میان جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شده و به عنوان گروه آزمایشی در نظر گرفته شدند همچنین ۳۰ بیمار سایکوسوماتیک دیگر که از نظر سن، جنس و تحصیلات، شرایط آموزشی یکسان، درآمد خانواده و وضعیت والدین و.... با گروه پژوهش همسازای شده بودند به عنوان گروه کنترل به صورت روش تصادفی ساده انتخاب شدند. البته پژوهشگران برای اینکه بتوانن مقایسه بین گروه بهنجار و گروه سایکوسوماتیک را در مولفه های پژوهش به عمل آورند از ۳۰ فرد نرمال که به طور مرتب فریضه نماز (متغیر مستقل) به صورت جماعت و فردی، نمازهای واجب یومیه، نماز جمعه و نمازهای مستحبی همچنین حضور در جلسات دعا را ادا می کردند نیز خواسته شد تا در پژوهش حاضر حضور داشته باشند. در گام بعدی از هر دو گروه پژوهش و گروه کنترل و همچنین گروه افراد بهنجار خواسته شد به پرسشنامه گزارشات ذهنی، روانی و شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی - DSM-IV (۲۰۱۰) پاسخ دهند در گام بعدی گروه آزمایشی، شیوه درمانی مطالعه حاضر یعنی انجام فریضه نماز (متغیر مستقل) به صورت جماعت و فردی، نمازهای واجب یومیه، نماز جمعه و نمازهای مستحبی همچنین حضور در جلسات دعا را در طی ۳ ماه تحت نظر و راهنمایی پژوهشگر و درمان گران محترم خود در مساجد مختلف دریافت کردند. پس از اتمام زمان در نظر گرفته شده از هر دو گروه خواسته شد مجدداً گزارشات ذهنی، روانی و شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی - DSM-IV (۲۰۱۰) را تکمیل کنند. داده های جمع آوری شده از این پرسشنامه

ها در محیط نرم افزاری SPSS 18 تعریف و وارد شد سپس با استفاده از جداول توصیفی میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفته اند.

ابزار های این پژوهش عبارتند از:

۱- فرم مخصوص گزارشات ذهنی و روانی در قالب شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی در DSM-IV

نتیجه این گزارشات اعتبار و روایی آن به ترتیب در پژوهش هومن (۱۳۷۸) ۸۳/۳٪ و ۷۶٪ و یعقوبی (۱۳۷۵) ۸۶/۵٪ و ۸۲٪ گزارش شده است. ۲- فریضه های ۵ گانه دین اسلام: (نماز جماعت، نماز فردی، نماز جمعه، دعای کمیل و دعای توسل): منظور از نماز در این پژوهش نمازهای واجب یومیه ۱۷ رکعت در پنج وقت صبح، ظهر، عصر، مغرب و عشا است که در این پژوهش به صورت جماعت در مساجد مختلف شهر ادا شده است. ۳- مصاحبه تشخیصی DSM-IV جهت غربالگری بیماران سایکوسوماتیک.

یافته ها

یافته های پژوهش به دو صورت یافته های توصیفی و یافته های استنباطی آورده شده است، ابتدا یافته های پژوهش به صورت جدول آورده شده و توصیف یا استنباط آماری نیز در ذیل آن ذکر گردیده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون اختلالات سایکوسوماتیک در ۳ گروه پژوهش

پیش آزمون						اختلالات سایکوسوماتیک
بیماران قلبی، کلیوی و داخلی		گروه کنترل		گروه پژوهش		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴/۶۸	۲۰/۷۶	۵/۰۱	۲۷/۸۶	۵/۸۵	۲۷/۳۴	اختلال جسمانی کردن
۳/۹۸	۳۰/۲۸	۵/۰۵	۲۰/۷۳	۴/۵۷	۱۹/۶۸	اختلال تبدیلی
۵/۰۷	۲۹/۶۲	۵/۵۶	۲۱/۱۳	۶/۸۰	۲۰/۰۲	خود بیمار انگاری
۴/۵۹	۲۸/۳۶	۲/۹۱	۱۷/۹۵	۴/۷۹	۱۸/۵۴	اختلال بدریختی بدن
۵/۹۹	۳۱/۱۰	۶/۵۹	۲۳/۹۳	۸/۸۶	۲۳/۳۶	اختلال درد

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف ذهنی و روانی ۳ گروه پژوهش در پیش آزمون (قبل از اجرای متغیر مستقل، ادای فریضه نماز و ...) را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است ولی گزارش شکایات اختلال درد در گروه بیماران قلبی، کلیوی و داخلی بالاتر از گروههای پژوهش و کنترل است همچنین با نگاه به انحراف معیار که یک ضریب پراکندگی است می‌توان دریافت که پراکندگی نمرات در بین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال درد و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است. این جدول در پاسخ به سوال پژوهش حاضر با عنوان: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های بهداشت روانی ۲ گروه پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون با هم فرق می‌کنند؟ می‌باشد. با توجه به اطلاعات بدست آمده در این زمینه سوال فوق پاسخ داده و تایید می‌شود.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار پس آزمون اختلالات سایکوسوماتیک در ۳ گروه پژوهش

پیش آزمون						اختلالات سایکوسوماتیک
بیماران قلبی، کلیوی و داخلی		گروه کنترل		گروه پژوهش		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۵/۵۴	۱۹/۱۹	۴/۰۲	۱۹/۱۲	۶/۷۸	۲۲/۷۰	اختلال جسمانی کردن
۳/۶۲	۳۲/۴۸	۴/۱۴	۳۱/۱۱	۴/۱۶	۲۹/۱۴	اختلال تبدیلی
۴/۹۵	۲۶/۷۲	۴/۸۹	۳۱/۳۰	۶/۱۱	۲۵/۵۶	خود بیمار انگاری
۳/۹۹	۲۸/۸۴	۴/۱۲	۲۸/۲۲	۴/۱۳	۲۴/۹۸	اختلال بدریختی بدن
۵/۱۶	۳۱/۰۵	۴/۵۴	۳۲/۱۱	۶/۶۴	۲۹/۵۲	اختلال درد

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار گزارشات ذهنی و روانی ۳ گروه پژوهش در پس آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل، ادای فریضه نماز) را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری و اختلال بدریختی بدن تقریباً نزدیک به گروه عادی مخصوصاً در پیش آزمون شده است البته با

نمرات پس آزمون گروه عادی تفاوت دارد اگرچه با نگاهی کلی می توان دریافت که این تفاوت بسیار اندک شده است موضوع مهم در این جدول کم کردن تفاوت دو گروه در مولفه های بهداشت روانی است که نشان می دهد اجرای متغیر مستقل تاثیر مثبتی داشته است. همچنین با نگاه به انحراف معیار که یک ضریب پراکندگی است می توان دریافت که پراکندگی نمرات گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری و اختلال بد ریختی بدن تقریباً نزدیک به گروه تقریباً نزدیک به گروه عادی شده است اگرچه در برخی مولفه ها این تفاوت همچنان باقی است ولی بسیار کم شده است. این جدول در پاسخ به فرضیه شماره مبنی بر میانگین وانحراف معیار مولفه های بهداشت روانی ۲ گروه پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون با هم فرق می کنند؟ می باشد با توجه به اطلاعات بدست آمده در این زمینه سوال فوق پاسخ داده و تایید می شود.

جدول شماره ۴- ضریب همبستگی بین بجا آوردن فریضه های ۵ گانه و اختلالات سایکوسوماتیک

اختلالات سایکوسوماتیک	نماز جماعت	نماز فردی	نماز جمعه	دعای توسل	دعای کمیل
اختلال جسمانی کردن	۰/۲۰**	۰/۰۹*	۰/۰۸*	۰/۱۱*	۰/۱۰*
	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۱
اختلال تبدیلی	۰/۳۸۳*	۰/۳۵**	۰/۳۵*	۰/۸۹۵*	۰/۸۹۰**
	۰/۰۵	۰/۰۰	۰/۰۱۳	۰/۰۴	۰/۰۰
خود بیمار انگاری	۰/۴۹۳**	۰/۵۹۴**	۰/۴۴**	۰/۶۷۴**	۰/۱۲
	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰	۰/۱۱
اختلال بد ریختی بدن	۰/۸۹۵**	۰/۳۵۹**	۰/۶۷۴**	۰/۱۵*	۰/۵۷۴**
	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۰۰
اختلال درد	۰/۲۶۷**	۰/۸۹۰**	۰/۳۲**	۰/۰۶	۰/۰۵
	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۵	۰/۱۸

** معنی داری در سطح ۰/۰۱ و * معنی داری در سطح ۰/۰۵.

جدول شماره چهار نشان دهنده ضریب همبستگی بین بجا آوردن فریضه های ۵ گانه و اختلالات سایکوسوماتیک است. همانگونه که در جدول فوق نشان داده شده است اختلال جسمانی کردن نماز جماعت (۰/۲۰-) در سطح (p<0/01) و با نماز فردی (۰/۰۹-) با نماز جمعه (۰/۰۸-) و با دعای توسل (۰/۱۱-) و با دعای کمیل (۰/۱۰-) در سطح (p<0/05) به صورت منفی رابطه معنی دار دارد. اختلال تبدیلی با نماز جماعت (۰/۳۵) با نماز جمعه (۰/۳۵) و با دعای توسل (۰/۸۹) در سطح (p<0/05) و با دعای کمیل (۰/۱۰-) و نماز فردی (۰/۳۸۳) در سطح (p<0/01) رابطه معنی دار دارد. خود بیمار انگاری با نماز فردی (۰/۴۹۳) با نماز جماعت (۰/۵۹۴) با نماز جمعه (۰/۴۴) و با دعای توسل (۰/۶۷۴) در سطح (p<0/01) رابطه معنی دار دارد و لی با دعای کمیل (۰/۱۲) در این پژوهش ارتباطی دیده نشد. اختلال بدریختی بدن نماز فردی (۰/۸۹۵) با نماز جماعت (۰/۳۵۹) با نماز جمعه (۰/۶۷۴) و با دعای کمیل (۰/۵۷۴) در سطح (p<0/01) رابطه معنی دار دارد و لی با دعای توسل (۰/۱۵) در سطح (p<0/05) رابطه معنی دار دارد. اختلال درد نماز فردی (۰/۲۶۷) با نماز جماعت (۰/۳۵۹) با نماز جمعه (۰/۸۹۰) در سطح (p<0/01) رابطه معنی دار دارد و لی با دعای کمیل (۰/۰۶) و دعای توسل (۰/۰۵) رابطه معنی داری در این پژوهش ملاحظه نگردید.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس جهت نشان دادن اثر بخشی روش درمانی پژوهش حاضر بر کاهش شکایات و گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک.

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنادار بودن	توان آماری
اختلال جسمانی کردن	۳/۴۷۴	۱	۳/۴۷۴	۵۶/۶۱	۰/۰۰۱	۸
اختلال تبدیلی	۱/۹۳۲	۱	۱/۹۳۲	۱۱/۹۹	۰/۰۰۲	۰/۱۸
خود بیمار انگاری	۵/۱۱	۱	۵/۱۱	۶۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹
اختلال بدریختی بدن	۳/۳۶۲	۱	۳/۳۶۲	۵۶/۵۶	۰/۰۰۲	۹
اختلال درد	۳/۵۷۳	۱	۳/۵۷۳	۵۸/۷۲	۰/۰۰۲	۹
خطا	۱/۹۴۵	۲۹	۰/۰۷۹			

جدول شماره شش نمایشگر تاثیر بسیار بالای ادای فریضه نماز به عنوان متغیر مستقل پژوهش حاضر در اختلالات سایکوسوماتیک و عدم تفاوت میانگین دو گروه پژوهش بعد از اجرای متغیر مستقل است (پس آزمون). همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود

اختلاف میانگین میان دو گروه در مؤلفه اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال بدریختی بدن و اختلال درد به دست آمده معنی دار نیست و t به دست آمده (جدول شماره ۶) معنی دار نیست. به این ترتیب می توان گفت که گروه پژوهش با اعمال متغیر مستقل که همان ادای فریضه نماز و شرکت در مراسمات مذهبی است بر کاهش شکایات و گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک تاثیر مثبتی گذاشته و تفاوت نمرات بدست آمده در مقدار شکایات و گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک و مؤلفه های آن بین دو گروه پژوهش حاضر را یا از بین برده و یا آن را به مقدار بسیار ناچیزی تبدیل کرده است.

اندازه ی اثر:

اندازه ی اثر اندازه ی اثر معیار کمی برای مقایسه ی یافته های مختلف است که این حد پدیده در جامعه وجود دارد یا نه؟ به طور کلی، اندازه ی اثر برابر است با نسبت سطح معنی داری به شاخصی از حجم نمونه. اندازه اثر محاسبه شده کلی برای پژوهش حاضر برابر با $ES = 0.81$ می باشد و با مراجعه به جدول تفسیر اندازه اثر کوهن می توان گفت که میزان اندازه اثر در پژوهش حاضر زیاد است.

نتیجه گیری

پژوهشگران پژوهش حاضر سعی کرده اند برای افزایش اعتبار درونی و بیرونی تا حد امکان گروه های پژوهش حاضر را با تعداد نفرات بیشتر تشکیل داده و از لحاظ جمعیت شناختی به همدیگر شبیه می باشند. از سوی دیگر علاوه بر گروه پژوهش و گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون یک گروه دیگر مشکل از بیماران قلبی، کلیوی و بیماریهای داخلی اول به سبب توجه بیشتر به این بیماران و بیماران سایکوسوماتیک و دوم به خاطر اینکه بتوان مقایسه ای را با گزارشات ناراحتی های بیماریهای سخت دیگر نشان داد که گزارش شکایات توسط بیماران سایکوسوماتیک اغراق آمیز و روانی است که برای خود بیمار در بسیاری از مواقع دارای شاخص های درد هستند. و مقایسه بین گروه های سایکوسوماتیک و گروه بیماران قلبی، کلیوی و بیماریهای داخلی کاملاً موید اغراق آمیز بودن، روانی بودن و ذهنی بودن این دردها را نشان می دهد که خود میتواند به عنوان یک موضوع پژوهشی توسط پژوهشگران در آینده انتخاب و مطالعه گردد.

سوال اول پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه میزان شیوع گزارشات ذهنی و شکایات در بیماران سایکوسوماتیک استان زنجان چه مقدار می باشد؟ در پاسخ به این سوال با استفاده از آمار توصیفی و نتایج آن طبق جدول شماره ۱ نشان می دهد که میانگین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است ولی گزارش شکایات اختلال درد در گروه بیماران قلبی، کلیوی و داخلی بالاتر از گروه های پژوهش و کنترل است همچنین با نگاه به انحراف معیار که یک ضریب پراکندگی است می توان دریافت که پراکندگی نمرات در بین گروه پژوهش و کنترل

در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال درد و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است و با توجه به اطلاعات بدست آمده در این زمینه فرضیه فوق تایید می‌شود. این نتیجه با پژوهش های محمدی، باقر(۱۳۸۵) سیده زهرا اجاق(۱۳۸۴)، حمدیان، علی (۱۳۸۵) رحمانی، فرناز و همکاران.(۱۳۸۵) شهیدی (۱۳۸۶) منشی طوسی، محمد تقی (۱۳۷۹) هماهنگ و همسو می باشد.

سوال دوم پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه آیا میزان گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی، در دو گروه پژوهش و کنترل و گروه بیماران قلبی، کلیوی و داخلی متفاوت است؟ جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار گزارشات ذهنی و روانی ۳ گروه پژوهش در پیش آزمون (قبل از اجرای متغیر مستقل، ادای فریضه نماز و ...) را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است ولی گزارش شکایات اختلال درد در گروه بیماران قلبی، کلیوی و داخلی بالاتر از گروههای پژوهش و کنترل است همچنین با نگاه به انحراف معیار که یک ضریب پراکندگی است می‌توان دریافت که پراکندگی نمرات در بین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال درد و اختلال بدریختی بدن بالاتر از بیماران قلبی، کلیوی و داخلی است. با توجه به اطلاعات بدست آمده در این زمینه سوال فوق پاسخ داده و تایید می‌شود. داده های جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار گزارشات ذهنی و روانی ۳ گروه پژوهش در پس آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل، ادای فریضه نماز) را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین با سلامت روانی پایین در مولفه های احساس داشتن بیماری، احساس داشتن سرگرمی مثبت، احساس رضایت از انجام کارها، احساس رضایت شخصی و حس وظیفه شناسی تقریباً نزدیک به گروه عادی مخصوصاً در پیش آزمون شده است البته با نمرات پس آزمون گروه عادی تفاوت دارد اگرچه با نگاهی کلی می‌توان دریافت که این تفاوت بسیار اندک شده است موضوع مهم در این جدول کم کردن تفاوت دو گروه در مولفه های بهداشت روانی است که نشان می‌دهد اجرای متغیر مستقل تاثیر مثبتی داشته است.. همچنین با نگاه به انحراف معیار که یک ضریب پراکندگی است می‌توان دریافت که پراکندگی نمرات در بین گروه پژوهش و کنترل در اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال درد و اختلال بدریختی بدن تقریباً نزدیک به گروه عادی شده است اگرچه در برخی مولفه ها این تفاوت همچنان باقی است ولی بسیار کم شده است. با توجه به اطلاعات بدست آمده در این زمینه سوال فوق پاسخ داده و تایید می‌شود. این نتیجه با پژوهش های محمدی، باقر(۱۳۸۵) سیده زهرا اجاق(۱۳۸۴)، حمدیان، علی (۱۳۸۵) رحمانی، فرناز و همکاران.(۱۳۸۵) شهیدی (۱۳۸۶) منشی طوسی، محمد تقی (۱۳۷۹) هماهنگ و همسو می باشد.

سوال سوم پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه آیا بین فریضه های ۵ گانه و اختلالات سایکوسوماتیک در پژوهش حاضر همبستگی وجود دارد؟ جدول شماره چهار نشان دهنده ضریب همبستگی بین بجا آوردن فریضه های ۵ گانه و اختلالات سایکوسوماتیک است. همانگونه که در جدول فوق نشان داده شده است اختلال جسمانی کردن نماز جماعت ($p < 0/20$) در سطح ($p < 0/01$) و با نماز فردی ($p < 0/09$) با نماز جمعه ($p < 0/08$) و با دعای توسل ($p < 0/11$) و با دعای کمیل ($p < 0/10$) در سطح ($p < 0/05$) به صورت منفی رابطه معنی دار دارد. اختلال تبدیلی با نماز جماعت ($p < 0/35$) با نماز جمعه ($p < 0/35$) و با دعای توسل ($p < 0/89$) در سطح ($p < 0/05$) و با دعای کمیل ($p < 0/10$) و نماز فردی ($p < 0/383$) در سطح ($p < 0/01$) رابطه معنی دار دارد. خود بیمار انگاری با نماز فردی ($p < 0/493$) با نماز جماعت ($p < 0/594$) با نماز جمعه ($p < 0/44$) و با دعای توسل ($p < 0/674$) در سطح ($p < 0/01$) رابطه معنی دار دارد و لی با دعای کمیل ($p < 0/12$) در این پژوهش ارتباطی دیده نشد. اختلال بدریختی بدن نماز فردی ($p < 0/895$) با نماز جماعت ($p < 0/359$) با نماز جمعه ($p < 0/674$) و با دعای کمیل ($p < 0/574$) در سطح ($p < 0/01$) رابطه معنی دار دارد ولی با دعای توسل ($p < 0/15$) در سطح ($p < 0/05$) رابطه معنی دار دارد. اختلال درد نماز فردی ($p < 0/267$) با نماز جماعت ($p < 0/359$) با نماز جمعه ($p < 0/890$) در سطح ($p < 0/01$) رابطه معنی دار دارد و لی با دعای کمیل ($p < 0/06$) و دعای توسل ($p < 0/05$) رابطه معنی داری در این پژوهش ملاحظه نگردید. این نتیجه با پژوهش های محمدی، باقر (۱۳۸۵) سیده زهرا اجاق (۱۳۸۴)، حمدیان، علی (۱۳۸۵) رحمانی، فرناز و همکاران (۱۳۸۵) شهیدی (۱۳۸۶) منشی طوسی، محمد تقی (۱۳۷۹) هماهنگ و همسو می باشد.

سوال چهارم پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه آیا بجا آوردن فریضه های ۵ گانه دین مبین اسلام بر کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان موثر است؟ جدول شماره شش نمایشگر تاثیر بسیار بالای ادای فریضه نماز به عنوان متغیر مستقل پژوهش حاضر در اختلالات سایکوسوماتیک و عدم تفاوت میانگین دو گروه پژوهش بعد از اجرای متغیر مستقل است (پس آزمون). همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود اختلاف میانگین میان دو گروه در مؤلفه اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، اختلال بدریختی بدن و اختلال درد به دست آمده معنی دار نیست و t به دست آمده (جدول شماره ۶) معنی دار نیست. به این ترتیب می توان گفت که گروه پژوهش با اعمال متغیر مستقل که همان ادای فریضه نماز و شرکت در مراسم مذهبی است بر کاهش شکایات و گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک تاثیر مثبتی گذاشته و تفاوت نمرات بدست آمده در مقدار شکایات و گزارشات ذهنی و روانی بیماران سایکوسوماتیک و مولفه های آن بین دو گروه پژوهش حاضر را یا از بین برده و یا آن را به مقدار بسیار ناچیزی تبدیل کرده است. اندازه ی اثر اندازه ی اثر معیار کمی برای مقایسه ی یافته های مختلف است که این حد پدیده در جامعه وجود دارد یا نه؟ به طور کلی، اندازه ی اثر برابر است با نسبت سطح معنی داری به شاخصی از

حجم نمونه. اندازه اثر محاسبه شده کلی برای پژوهش حاضر برابر با $ES = 0/81$ می باشد و با مراجعه به جدول تفسیر اندازه اثر کوهن می توان گفت که میزان اندازه اثر در پژوهش حاضر زیاد است. به عبارت دیگر به کارگیری فریضه های ۵ گانه دین اسلام (نماز جماعت، نماز فردی، نماز جمعه، دعای کمیل و دعای توسل) به عنوان یک روش درمانی برای کاهش گزارشات ذهنی و روانی شکایات بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی استان زنجان که بسیار آزارنده برای خود بیمار و اطرافیان وی می باشد بسیار اثر بخش است و به کلیه روانشناسان و مشاوران در محیط های کلینیکی و آموزشگاهی توصیه می شود از روش درمانی به کارگیری فریضه های ۵ گانه دین اسلام (نماز جماعت، نماز فردی، نماز جمعه، دعای کمیل و دعای توسل) که درمانی بومی و اسلامی است با تلفیق یا به جای تکنیک هایی به مانند EMDR, RET, C.B.T و ... استفاده نمایند. زیرا نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که روش درمانی درمانی به کارگیری فریضه های ۵ گانه دین اسلام (نماز جماعت، نماز فردی، نماز جمعه، دعای کمیل و دعای توسل) روشی کار آمد و بسیار موثر است.

منابع

- اسعدی، محمد و همکاران. (۱۳۸۳). " رابطه پس زمینه اجتماعی-فرهنگی با شیوه های تربیتی والدین، موفقیت تحصیلی و سبک یادگیری فرزندان". فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، بهار و تابستان ۱۳۸۴، شماره ۲۷ و ۲۸، صفحه ۱۸-۲۴.
- اسعدی، محمد و همکاران. (۱۳۸۴). " بررسی رابطه متغیرهای فرهنگی - اجتماعی و نحوه تعامل والدین با نوجوانان در ایران". تازه های علوم شناختی، سال هفتم، شماره ۴، ۳۵-۲۸.
- بدری، حسن. (۱۳۸۷). کاربرد روانشناسی در آموزشگاه. تهران انتشارات رشد
- عبدالحسین خسروپناه (۱۳۸۵). ابزارها و روشهای پژوهش در حوزه معنویت، دین، اخلاق و بهداشت روان. پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه.
- فضل الله بن روزبهان خنجی، سلوک الملوک، تصحیح و مقدمه از محمد علی موحد، انتشارات خوارزمی، تهران، ۱۳۶۲.
- رحمانی، فرناز و همکاران. (۱۳۸۵). " نقش دین، نگرش و اعتقادات دینی و اسلامی در پیشگیری اولیه و ارتقاء بهداشت روان فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۵، شماره بیست و نهم و سی ام، صفحه ۱۶-۱۱.
- سیده زهرا اجاق، مطالعه خصلتهای عقلانیت ارتباطی در حوزه عمومی ایرانی، رساله کارشناسی ارشد، کده علوم اجتماعی، گاه تهران، ۱۳۸۴.

حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۸۶) روانشناسی دینی و اسلامی، روانشناسی و دین، روانشناسی جوامع و رفتارهای مذهبی. همایش تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران.

شاملو، سعید. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران، انتشارات رشد.

(۱۳۸۵) شهیدی (۱۳۸۶) خانواده، بهداشت روان و دینداری. همایش تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران

محمدی، باقر (۱۳۸۵). مشاوره، درمان و توانبخشی و رویکرد معنوی، دینی و اسلامی. فصلنامه حوزه و گاه، شماره های ۴۷ تا ۵۰، تابستان ۱۳۸۵ تا بهار ۱۳۸۶.

منشی طوسی، محمد تقی (۱۳۷۹)، اختلالات رفتاری کودکان، (تالیف ریتاویکس، نلسون. ال. سی، ایزرائل)، مشهد. انتشارات آستان قدس رضوی.

منصوری رضا، ایران ۱۴۲۷، چاپ سوم، ویرایش دوم، طرح نو، تهران، ۱۳۸۳

منصوری رضا، ایران را چه کنم؟، فصل اول، تهران، انتشارات کویر، ۱۳۸۵

میرسپاسی، علی (۱۳۸۶) روشنفکران ایران (روایت های یاس و امید)، ترجمه عباس فجر، نشر توسعه، تهران، ۱۳۸۶

حمدیان، علی (۱۳۸۵). افراد برجسته در روانشناسی دینی: مایکل نیلسن اردبیل، انتشارات باغ رضوان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) تاثیر روش درمانی EMDR بر کاهش اضطراب فراگیر، اضطراب فراگیر، افسردگی روان تنی استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) تاثیر روش درمانی EMDR بر توان روانی، عملکرد فردی و گروهی کشتی گیران استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی و عملکرد کارکنان و معاونین تربیت بدنی گیران استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی، تاثیر آن بر عملکرد مدیران، معاونین تربیت بدنی، کارمندان و دبیران تربیت بدنی آموزش و پرورش استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش خوراسگان اصفهان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی، تاثیر آن بر عملکرد مدیران، معاونین تربیت بدنی، کارمندان و دبیران تربیت بدنی آموزش و پرورش استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش خوراسگان اصفهان.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت بر حجم تمرینی و عملکرد ورزشی ورزشکاران رشته کشتی و فوتبال. نخستین همایش شخصیت. سندج. ایران.

نریمانی، محمد و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴)، آزمونهای روانشناختی، اردبیل، انتشارات باغ رضوان.

Ainsworth M.D.S., 1969. Objects relations, dependency and attachment: A theoretical Review of infant mother relationship. *Developmental Psychiatry*. 40(3): 969-1025.

Alizadeh, HM., Andries C., 2002., Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Journal of Child Fam Behavior Ther*, 24(3): 37-52.

Bar-On, R., Parker, J., 2000., *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, Jossey-Boss.

Bekendam, C., 2001., Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy. *Dissertation Abstract International*, 58, 2109.

Boey, R., Wuyts, F, L., Van de heyning., De Bodt., Heylen, L., 2007., Characteristics of stuttering-like disfluencies in Dutch-speaking children. *Journal of Fluency disorders.*, 32 (4): 310-329.

Bredmeier, K., Berenbaum., 2008., Intolerance of uncertainty and perceived threat., *Behavior research and therapy*, 46(1): 28-23.

De Gruy FV. The somatic patient. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Medicine*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 61.

Dunlap, K., 1994., Stammering: its nature, etiology and therapy., *Journal of Comprative Psychology.*, 37(3): 187-202.

Greenberg DB, Braun IM, Cassem NH. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2008:chap 24.

Hearne, A., Packman, A., Onslow,M., Quine, S.,2008., Stuttering and its treatment in adolescence: The persption of people who stutter., Journal of Fluency disorders.,

Hunt, N.,Evans, D, 2004. Predicting traumatic stress using emotional intelligence. J. Behaviour Research and Therapy,42(3): 791-798.

Kafetsios, K., 2004., Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. Journal of Personality and Individual Differences, 37(4): 129-145.

Karras,J., Walden, T, A., Conture, G, E., Graham, C, G., Arnold, A, S., Hartfield, K, N., Schwenk, K, A., 2006., Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering., Journal of Communication Disorders, 39(6): 402-423.

Kiefete, M., Armson, J.,2008., Dissecting choral speech: Properties of the accompanist critical stuttering reduction., Journal of Communication disorders 41(1): 33-48.

Kirkoran, M., 2002., Emotional intelligence in relation to attachment style. Dissertation Abstract International, 62(11-B).

Klompas, M., Ross, E., 2004., Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on qualiyu of life: personal accounts of South Afrrican individuals., Journal of Fluency disorders., 29(4): 275-305.

-Lac, D., Bradbery, T., 2004., EQ and gender: Woman feel smarter. Retrived from: <http://www.Business.Uq.Edu.Au/research/emont/resources/eq-and-gender.pdf>.

M. Golschani, 2000, How to make Sense of Islamic Science, American Journal of Islamic Science, 17, No. 3, 1-12.

MaCarty, CA., Lau, AS., Valery, SM., 2004., Parent-child interactions to critical and emotionality overinvolved expressed emotion: is EE a proxy for behavior? Journal of Abnorm child Psychology, 32(4): 83-93.

Mayer, J,D., Salovay, P., Caruso, D,R., Sitarenios, G., 2001., emotional intelligence as a standard intelligence. Emotion, 26(1):232-242.

Medeiros, M., Rossi, P, J., Van Borsel, J., 2008., Public awareness and knowledge of stuttering in Rio de Janeiro., *Journal of Fluency disorders.*,33(1):24-31.

Michel Gibbons et.al. , *The New Production of Knowledge* , Sage Publication, London, 2000.

Obikoar,E,F(2001).,Developing Emotional intelligence in Learner with behaviorial problem., *Wilson education abstracte.*

Pellowski.M, Conture.E, 2002. Characteristics of Speech Disfluency and Stuttering Behaviours in 3- and 4- year old children. *J. Speech, Language, Hearing Research*,45(1):20-35.

Petrides, K,V., Frederickson, N., & Furnham,A.(2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school, *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.

Plexico, L., Manning, W,L., 2005., Aphenomenological understanding of successful stuttering management., *Journal of Fluency Disorders*, 30(1):1-22.

Reza Mansouri, *Obsolete Concept of Science* , pre print, 2006

Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad. J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S.,Cox, N, J., Drayana, D., 2005., Genomewide Sinificant Linkage to Stuttering on chromosome 12., *The American Journal of Human Genetices.*,79(4): 674-651.

Sugiura, Y., 2007., Ressonibility to continue thinking and worrying: Evidence of incremental validity., *Behavior research and therapy*, 45,7,

Theys, C., Van Wieringen, A., De Nil, F., 2005., A clinical survey of speech and non-speech characteristics of neurogenic stuttering., *Journal of Fluency disorders.*, 33(1): 1-23.

Throneburg, R, N., Yairi. E., 2001., Durational, Proportionat and Absolute Frequency Characteristics of Disfluencies: A Longittudinal Study Regarding Persistence and Recovery., *Journal of Speech, Language and Hearing research*, 43(2): 368-383.

Van Borsel, J., Mase, E., Foulon, S.,2001., Stuttering and bilingualism A review., 26(3): 179-205.

Van Borsel, J., Tetnnowski, J, A.,2007., Fluency disorder in genetic syndromes., 32(4): 279-296.

Vanryckeghem, M., Hylebos, C., Brutton, G, J., Peleman, M., 2001., The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter., Fluency disorder in genetic syndromes.,26(1), 1-15.

VZebrowski. P, 2003. Developmental Stuttering, pediatric Annals.J. Speech, Language, Hearing Research,37(7): 453-463.

Watkins, R., Johnson, V., Bonnie, W., 2004., Language Abilities in Children Who Stutter., Toward Improved Research and Clinical Application, Language, Speech & Hearing Services in School., 35(1): 82-90.

WithÅ¶ft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:257-283.

Yairi. E, Ambrose.N, 2001. Longitudinal studies of childhood stuttering. J. Speech, Language, Hearing Research, 44(4):867- 873.

i - Dunlap

ii - -Theys, Van Wieringen, De Ni

iii - Plexico, Manning

iv - Obikoar

v - Klompas, Ross

vi - Vanryckeghem, Hylebos, Brutton, Peleman