



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
MARBURG
KLINIKUM

UNIVERSITÄT
MARBURG

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGIE
UND PSYCHIATRIE
UNIVERSITÄT
MARBURG
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنگره بین المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (۱ صفهان)

بررسی میزان شیوع و رابطه اختلالات سایکوسوماتیک با هوش هیجانی و سبک دلبستگی در مدارس متوسطه

پسرانه استان زنجان

نادر محمودی^۱ - معصومه ملکشاهی فر^۲

چکیده

اهداف: هدف مطالعه حاضر، بررسی میزان شیوع^۱ اختلالات سایکوسوماتیک^۲ در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان و مقایسه هوش هیجانی^۳ و سبک دلبستگی^۴ کودکان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و بدون اختلالات سایکوسوماتیک بوده است. **روش تحقیق:** روش تحقیق در مطالعه حاضر زمینه یابی مقطعی - مقایسه‌ای بوده است که در جهت مشخص نمودن میزان شیوع و رابطه اختلالات سایکوسوماتیک با هوش هیجانی و سبک دلبستگی در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان (به عنوان واحد تجزیه و تحلیل) استفاده گردیده است. برای دستیابی به این هدف از بین مدارس متوسطه پسرانه شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ تعداد ۲۸ مدرسه به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و پس از شناسایی میزان شیوع اختلالات، از بین دانش‌آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک تعداد ۳۰ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۳۰ نفر دانش‌آموز عادی نیز به عنوان گروه کنترل شدند. سپس پرسشنامه‌های هوش هیجانی شوت و پرسشنامه پیوند با والدین پارکر و همکاران را تکمیل کردند و داده‌ها توسط آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلالات اختلال جسمانی کردن ۱٪ و بیشتر در خانواده‌های با درآمد کم و سطح پایین تحصیلات پدر و مادر است. شیوع اختلال تبدیلی ۰۹۶٪ و دارای کمترین درصد شیوع در بین دانش‌آموزان پسر دبیرستانی است. می‌باشد. خودبیمارانگاری ۱/۳۵٪ مخصوصاً با اضطراب امتحان و فصل امتحانات رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. شیوع اختلال بدریختی بدن با شیوع ۲/۴۷٪ دارای بیشترین میزان شیوع در بین دانش‌آموزان پسر دبیرستانی است. شیوع اختلال درد نیز به مانند اختلال خودبیمارانگاری با فصل امتحانات که دارای بیشترین اضطراب برای دانش‌آموزان است شیوع ۱٪ دارد. شیوع کل اختلالات روان‌تنی در مدارس متوسطه پسرانه شهر زنجان برابر با ۱/۱۸ درصد می‌باشد و همچنین بین دانش‌آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و

^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

عادی در شش مولفه هوش هیجانی و سبک دلبستگی تفاوت وجود دارد. و سبک دلبستگی با ارزیابی هیجان‌ها دیگران، ابراز هیجانی، رابطه معنی داری دارد. **نتیجه گیری:** نتیجه کلی این پژوهش نشان می‌دهد که شیوع اختلالات در جامعه مورد مطالعه حدود ۰/۱۸ درصد بالاتر از میانگین از جمعیت عمومی است و در کنار دیگر علل اختلالات می‌توان متغیرهای هوش هیجانی و سبک دلبستگی را نیز به عوامل اختلالات سایکوسوماتیک اضافه کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات سایکوسوماتیک، هوش هیجانی، سبک دلبستگی

Study of prevalence of psychosomatic disorder, EQ, and Devotion among Zanjan province Students

Objectives: The purpose of the present study was to " prevalence of psychosomatic disorder, EQ, and Devotion among Zanjan province Students. **Method and Materials:** The Method of the present study was to Correlation Study. Statically society in this research was all of the jointure in 2012 (1390 in Persian) in Zanjan province. The present study sampling's method is simple random sampling. . researchers was considered 300 individual for any two group(150 individual in experimental group and 150 individual in control group, aggregately 300 individual). researcher asked for two groups until to answer the Love styles questioner, Coping skills questioner and Intolerance of Uncertainly questioner. and the researchers were recorded the data. **Findings:** The main findings of the study were as follows: discored jointures were using .to this way discored jointures were using avoidance Coping skills but normal jointures were using **Conclusion:** the difference is obvious between low mental health and behavior problems Student's and normal Students. Students with low mental health and behavior problems don't have been praying. to this way, Pierson correlation is positive and value between individual, group Liturgy, Komeyl, Tavassol, Ashora invoke and mental health combination. Functioned in caste manner meliorate low mental health and behavior problems Student's in Zanjan province and Iran. **Conclusion:** the difference is obvious between low mental health and behavior problems Student's and normal Students. Students with low mental health and behavior problems don't have been praying. to this way, Pierson correlation is positive and value between individual, group Liturgy, Komeyl, Tavassol, Ashora invoke and mental health combination. Functioned in caste manner meliorate low mental health and behavior problems Student's in Zanjan province and Iran.

Key words: pathologist, parent-fosterling, mother, communication, 15-18th Students, intolerability.

مقدمه

اصطلاح شبه جسمی (SOMATOFORM) از کلمه یونانی soma به معنی "بدن" گرفته شده است (وایت و هیلر، ۲۰۱۰). 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 برگرفته 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 غیرقابل 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 مسئله 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)

گرینبرگ، برون و کسیم (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی (۲۰۰۷) شیوع اختلال اختلالات سایکوسوماتیک را متناقض و در متون پژوهشی دارای مقادیر مختلف می‌دانند اختلالات سایکو سوماتیک در تمام فرهنگها و نژادها، طبقه‌های اجتماعی مختلف دیده می‌شود و با توجه به فاکتورهای جنسیت، فرهنگ، نژاد و طبقه‌های اجتماعی متفاوت است (پور افکاری، ۱۳۹۰ و مدیروس، روسای و بورسل، ۲۰۰۸). طبق DSM-IV اختلال جسمانی کردن در زنان ۲۰ برابر مردان و در جمعیت کلی ۵-۱۰ درصد یا ۱٪ تا ۲٪ و اختلال تبدیلی در زنها شایعتر، شروع حاد، آغاز در سنین جوانی، بیشتر در طبقات پایین و کم سواد می‌باشد، خودبیمارانگاری در مرد و زن برابر، بیماری جسمی قبل از سنین میانه یا پیری شروع می‌شود. شیوع ۶ ماهه خودبیمارانگاری ۴ تا ۶ درصد گزارش شده است و میانگین شروع آن ۲۰ تا ۳۰ سالگی است، اختلال بد ریختی بدن دارای شیوع نامعلوم دارای میانگین سن شروع ۱۵-۲۰ سالگی است، اختلال درد در زنان دو برابر مردان، شروع در ۴۰-۵۰ سالگی، بسیار شایع است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰ و وایت و هیلر، ۲۰۱۰). اختلالات سایکوسوماتیک اختلالی چند بعدی است (زبراوسکی، ۲۰۰۳، ۷). فلاندرز دانبار ۱ صفات شخصیتی را که برای یک اختلال روان‌تنی اختصاصی هستند (مثلاً شخصیت کرونری ۲ را تعریف کرد و نتیجه گرفت شخصیت تیپ A سخت‌کوش، پرخاشگر، تحریک‌پذیر و در معرض خطر بیماری قلبی است. فرانتس آلکساندر^۳ (۱۹۹۶) در پژوهش خود عنوان می‌کند که تعارضات ناآگاهانه که ایجاد اضطراب می‌کنند، از طریق دستگاه عصبی خودمختار تعدیل می‌شوند و منجر به یک اختلال خاص می‌شوند (مثلاً نیازهای مهار شده وابستگی منجر به زخم پپتیک می‌شود).

عوامل استرس‌زای غیراختصاصی این نظریه بیانگر این است که هر استرس طولانی می‌تواند تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد کند که منجر به یک اختلال جسمی شوند. هر فرد یک "عضو شوک"^۴ دارد که از نظر ژنتیک به استرس حساس است. بعضی بیماران واکنش‌های قلبی، برخی معدی و برخی دیگر واکنش‌های پوستی نشان می‌دهند. افرادی که به‌طور مزمن مضطرب یا افسرده هستند به بیماری‌های روان‌تنی یا جسمی حساس‌تر هستند (گرینبرگ، برون و کسیم، ۲۰۰۸).

هانس سلیه^۵ (۱۹۹۸) با تاکید بر عوامل فیزیولوژیک، سندرم تطابق فراگیر^۶ را، که چکیده همه واکنش‌های سیستمیک غیراختصاصی بدن در پاسخ به استرس طولانی مدت است، تعریف کرد. محور هیپوفیز - هیپوتالاموس - آدرنال تحت تأثیر قرار می‌گیرد و افزایش ترشح

¹ - Flanders Dunbar

² - coronary personality

³ - Frantz Alexander

⁴ - shock organ

⁵ - Hans Sleye

⁶ - general adaptation syndrome

کورتیزول موجب ایجاد تغییرات ساختاری در اندام‌های مختلف می‌شود. جرج انگل^۱ (۲۰۰۱) نشان داد در شرایط استرس، همه مکانیسم‌های تنظیمی عصبی متحمل تغییراتی می‌شوند که مکانیسم‌های هومئوستاتیک بدن را سرکوب می‌کنند، بنابراین بدن به عفونت و سایر اختلالات حساس می‌شود. مسیرهای نوروفیزیولوژیک که میانجی واکنش به استرس هستند، عبارتند از: قشر مخ، سیستم لیمبیک، هیپوتالاموس، مرکز آدرنال و سیستم عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک. پیام‌آورهای عصبی شامل هورمون‌هایی مثل کورتیزول و تیروکسین هستند که موجب پاسخ عملکردی به استرس، پاسخ نوروترانسمیتری، افزایش تولید نوراپی نفرین مغز، افزایش تغییر و تبدیل سروتونین که ممکن است به تخلیه تدریجی آن بینجامد و افزایش انتقال دوپامینژیک که پاسخ غدد درون‌ریز را با افزایش هورمون محرک قشر آدرنال (ACTH) که باعث تحریک ترشح کورتیزول می‌شود. تستوسترون با استرس طولانی کاهش می‌یابد. کاهش هورمون تیروئیدی پاسخ ایمن: فعالیت ایمنی با آزاد شدن عوامل ایمنی هورمونی (سیتوکین^۲ در استرس حاد رخ می‌دهد. تعداد و فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی در استرس مزمن کاهش می‌یابد. وایت و هیلر (۲۰۱۰) و دانلاپ^۸ اولین علت اختلال اختلالات را وجود حالات تنش‌زای مداوم در زندگی خانوادگی می‌دانند. نیز، وان، وایرینگن و دنیل نیز^۹ (۲۰۰۸) بر نقش آسیب‌های مغزی و بیماری‌های تخریب‌کننده اعصاب در به وجود آمدن این اختلال تاکید دارند. پلکسکیو، مانینگ^{۱۰} (۲۰۰۵) بهبودی از اختلالات سایکوسوماتیک را به چند مورد وابسته می‌دانند که عبارتند از: حمایت اطرافیان، درمان موفقیت‌آمیز، خود درمانی و تغییر رفتار، تغییر شناختی، تنظیم هیجان‌ات و داشتن سطح بالایی از انگیزه برای بهبودی. پلوسکی و کانچر (۲۰۰۲) و وایت و هیلر (۲۰۱۰) نشان دادند تفاوت بین کودکان دارای اختلال سایکوسوماتیک و نرمال در مراحل رشد به لحاظ بسامد ناروانیها بیش از تفاوت‌های آنهاست. از طرف دیگر هوش هیجانی جدیدترین تحول در زمینه ارتباط میان تفکر و هیجان است. توانایی پیش‌بینی موفقیت‌های زندگی و نیز نقش هوش هیجانی در بیشتر اختلالات روانی، و هم‌چنین دو نوع مفهوم صفتی و توانشی از هوش هیجانی (پتریدز و فرهنگ به نقل از پتریدز، فردریکسون و فرهنگ^{۱۱}، ۲۰۰۴)، بر گستره پژوهش‌های مربوط به هوش هیجانی افزوده است. به اعتقاد بار-ان^{۱۲} (۱۹۹۹) هوش هیجانی مجموعه‌ای از قابلیت‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌ها است که فرد را برای سازگاری با محیط و کسب موفقیت در زندگی تجهیز می‌کند و نوعی ظرفیت ادراک، بیان، فهم، کاربرد و مدیریت هیجان‌های خود و دیگران است (مایر، سالووی، کاروسو و سیتانیوس^{۱۳}، ۲۰۰۱). احساسات هسته اصلی زندگی هستند و احساسات بر هیجان‌ات و هیجان‌ات بر احساسات تاثیر می‌گذارند. همه باید بدانند که هیجان‌اتشان می‌تواند توانایی (الف)- زندگی در مدرسه و رابطه با همسالان (ب)- پاسخ‌گویی، مسولیت و اتکا

^۱ - George Engel

^۲ - cytokines

به خود (ج) - کنار آمدن با مسائل مختلف زندگی و مرگ را به آنها دیکته می کند (ویور و اوییکار، ۱۹۹۵؛ اوییکار و همکاران ۱۹۹۶؛ به نقل از اوییکار^{۱۴}، ۲۰۰۱). دانش هیجانی به تنظیم هیجان کمک می کند. با توجه به این مطلب افراد باید توانایی های مربوط به این سطح را به منظور استفاده از دانش های آن در عمل پرورش دهند. هرن، پاکمن و کواین^{۱۵} (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که فقدان آگاهی معلمان، والدین و همسالان در مورد اختلالات سایکوسوماتیک در به وجود آوردن هیجانات منفی و عدم تنظیم هیجانات افراد با اختلالات سایکوسوماتیک موثر می باشد. دی گروی (۲۰۰۷) و کلومپاس و راس^{۱۶} (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، هیجانات و تحصیلات دانشگاهی این افراد به طور منفی تاثیر می گذارد. وان ریکیگم، هیلپاس، بروتن و پلمان^{۱۷} (۲۰۰۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که نگرش های ناسازگارانه، هیجانات منفی و هوش هیجانی پایین همبستگی معنی دار مثبتی با افزایش شدت اختلالات سایکوسوماتیک دارند و هر چه سن مبتلایان به این اختلال پایین تر باشد شدت این همبستگی بیشتر می شود. این توانایی برای فهم و ارتباط نزدیک و صمیمانه بین خود و دیگران است (فینی و نولر^{۱۸}؛ ۱۹۹۱). سومین متغیر وابسته در این پژوهش دلبستگی است. دلبستگی پیوندی هیجانی بین دو نفر است که آنها را از لحاظ فیزیکی و مکانی به هم پیوند می زند و تداوم می یابد (اینزورث^{۱۹}، ۱۹۷۴) از نظر روان تحلیل گران نخستین رابطه کودک پایه و اساس شخصیت او را تشکیل می دهد و می تواند ویژگیهای شخصیتی کودک را متاثر سازد. هدف چنین ارتباطی در نوزادان و بزرگسالان حفظ تقرّب جویی هیجانی، جسمانی و همچنین احساس امنیت است. مطالعه سیستماتیک رفتارهای دلبستگی مبتنی بر مشاهده پاسخ های نوزادان و کودکان در مورد جدایی و دیدار مجدد با چهره دلبستگی است (اینزورث، ۱۹۷۴). برقراری پیوندهای عمیق با شخص مهم زندگی (مادر) برای نوزاد انسان دارای ارزش حیاتی است و این توانایی به صورت ذاتی در او وجود دارد. مطالعه درباره سبک های دلبستگی، نشان داده است که بین دلبستگی نایمن و شاخص های وسیعی از ناسازگاری ها و درماندگی های روانشناختی ارتباط قوی ای وجود دارد (لوپز، میشل و کرملی؛ ۲۰۰۲، کوپر و همکاران؛ ۱۹۹۸، لاپسلی و ادگرتن؛ ۲۰۰۲). همچنین افراد با سبک های دلبستگی مختلف در تنظیم هیجانی عواطف و پردازش اطلاعات از راهکارهای متفاوتی استفاده می کنند (شیور، کولینز و کلارک؛ ۱۹۹۶). شواهد دیگری نشان می دهند که دلبستگی ایمن نحوه مقابله فرد را با استرس های بهنجار و نابهنجار تحت تاثیر قرار می دهد (لوپز و همکاران، ۲۰۰۲). استروپ و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده اند که سبک های دلبستگی با میزان احساس غربت، افسردگی و ثبات هیجانی رابطه معنی داری دارد. حکیم جوادی و اژه ای (۱۳۸۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سبک دلبستگی پیش بینی کننده خوبی

برای میزان هوش هیجانی افراد می‌باشد. صدرالسادات، شمس و امامی‌پور (۱۳۸۴)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که شیوه‌های فرزند پروری نقش مهمی در کارکرد خانواده و کارکرد خانواده نقش مهمی در سلامت روانی کودکان دارد. نحوه ارتباط والدین با کودکان قوی‌ترین عامل موثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود، تحقیقات پیرامون آسیب‌های روانی کودکان نشان می‌دهد که بسیاری از خانواده‌ها از شیوه‌های تربیتی نامطلوب که منشا ترس، عدم اعتماد، احساس نارضایتی، بدبینی و اضطراب در فرزندان آنها می‌شود استفاده می‌کنند (علیزاده و اندریس، ۲۰۰۲). 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، کمال جویی‌های غیر منطقی و عصبانیت و بی‌ثباتی عاطفی استفاده می‌کنند و رفتارهای نورو تیک 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 والرئ، ۲۰۰۴). نگاهی گذرا به پیشینه تحقیقات نشان می‌دهد که در زمینه‌های رابطه هوش هیجانی و دلبستگی، و در ارتباط با متغیرهای دیگر از جمله اختلالات سایکوسوماتیک، پژوهش‌ها بیشتر از آنکه هوش هیجانی و دلبستگی را بررسی کنند، جنبه‌هایی از هیجان را مورد بررسی قرار داده‌اند که با دلبستگی ارتباط دارد. در مورد هوش هیجانی و دلبستگی در ارتباط با اختلالات پژوهش‌های بسیار ناچیز و همین مقدار اندک نیز بیشتر بر جنبه‌های هیجانی و افسردگی تاکید نموده‌اند و در مورد اختلالات، هوش هیجانی و دلبستگی به عنوان مفهومی مجرد و مرتبط با هم کمتر بررسی شده است. هدف این پژوهش فراهم آوردن آمار مناسبی از میزان شیوع اختلالات سایکوسوماتیک در مدارس متوسطه پسرانه شهر زنجان و رابطه آن با هوش هیجانی و سبک دلبستگی کودکان مبتلا به آن بوده است. از آنجا که موضوع پژوهش فوق برای اولین بار و تجربه اول در میان دانش‌آموزان استان زنجان صورت می‌گیرد به جای فرضیات از سوالات پژوهشی استفاده شده است:

- ۱- شیوع اختلالات سایکوسوماتیک در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان چه مقدار می‌باشد؟
- ۲- آیا هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و نرمال متفاوت است؟
- ۳- آیا سبک دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و نرمال متفاوت است؟
- ۴- آیا بین سبک دلبستگی و هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک ارتباط وجود دارد؟

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 شیوع اختلالات سایکوسوماتیک در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان .
- ۲- مشخص نمودن تفاوت مولفه های هوش هیجانی در دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک.
- ۳- مشخص نمودن تفاوت مولفه های سبک دلبستگی در دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک.
- ۴- پیش بینی عضویت دانش آموزان در گروه اختلالات سایکوسوماتیک بوسیله متغیر هوش هیجانی و مولفه های آن.
- ۵- پیش بینی عضویت دانش آموزان در گروه اختلالات سایکوسوماتیک بوسیله متغیر سبک دلبستگی و مولفه های آن.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع روش زمینه یابی مقطعی- مقایسه ای است که دانش آموزان دارای اختلال سوماتیک به عنوان واحد تجزیه تحلیل در نظر گرفته شده است. البته برای مشخص نمودن ارتباط متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، برای نشان دادن تفاوت بین متغیرهای پژوهش از آزمون t و تحلیل واریانس یکطرفه و برای نشان دادن عضویت دانش آموزان در گروههای اختلالات سایکوسوماتیک از روش تحلیل ممیز استفاده شده است. در پژوهش حاضر جامعه آماری مورد مطالعه را کلیه دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ تشکیل می دهد. ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش و هماهنگی های لازم ۲۸ مدرسه متوسطه پسرانه به عنوان نمونه با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. بعد از شناسایی دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک تعداد ۳۰ نفر از این دانش آموزان به عنوان نمونه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، و ۳۰ نفر دانش آموز عادی از همان مدارس از لحاظ سن، تحصیلات و ... همسازی شده و در گروه کنترل گمارده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار کامپیوتری SPSS 18 و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه احتمالی متغیرهای تحقیق و از آزمون t برای تفاوت متغیرهای پژوهش استفاده شد (دلاور، ۱۳۸۱).

ابزار سنجش

۱- **چک لیستهای شناسایی دانش آموزان** دارای اختلالات سایکوسوماتیک مخصوص معلمان به همراه مصاحبه تشخیصی که توسط خود پژوهشگران طراحی، اعتبار یابی و انجام شد.

۲- **پرسشنامه پیوند والدین پارکر، توپلینگ و براون^{۲۰} (۱۹۷۸):** این پرسشنامه گزارشات گذشته نگر افراد را در مورد کیفیت روابط عاطفی آنها در دوران کودکی با هر یک از والدین در طول ۱۶ سال اول زندگی می سنجد. آزمودنیها با توجه به نمرات خود به ۴ گروه تقسیم می شوند.

۱- گروه فرزند پروری بهینه (مراقبت بالا- کنترل پایین)

۲- گروه کنترل کننده با محبت (مراقبت بالا- کنترل بالا)

۳- گروه کنترل کننده بدون محبت (مراقبت پایین- کنترل بالا)

۴- گروه فرزند پروری طرد کننده (مراقبت پایین- کنترل پایین)

مولفین این پرسشنامه پایایی بازآزمایی سه هفته ای را به میزان ۰/۷۶ و ۰/۸۳ را به ترتیب برای مقیاس های محافظت و مراقبت را گزارش کرده اند. روایی این آزمون برای مقیاس مراقبت ۰/۷۶ و برای مقیاس محافظت ۰/۶۳ گزارش شده است. آلفای کرونباخ مراقبت والدین ۰/۹۳، محافظت والدین ۰/۹۰ توسط مولفین ذکر شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این مطالعه برای مقیاس مراقبت ۰/۷۴ و برای مقیاس محافظت ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- پرسشنامه هوش هیجانی شوت:

این پرسشنامه که توسط شوت ساخته شده است توسط جاوید (۱۳۸۱)، در ایران (بویژه بر روی نوجوانان) اعتبار بالای ۰/۸۱ را نشان می دهد برای تهیه این پرسشنامه ۳۳ ماده ای از مقیاس ۲۰ ماده ای آلکسی تایمیا تورنتو، مقیاس افسردگی بیرلسن و پرسشنامه حالت اضطراب اسپیلبرگر استفاده شده است و سه عامل تنظیم هیجانی (۰/۷۸)، ارزیابی و ابراز هیجان (۰/۶۸) و بهره برداری از هیجان (۰/۵۰) را پیشنهاد می - دهد (جاوید، ۱۳۸۱).

یافته ها

جدول ۱ - یافته‌های توصیفی مربوط به گروه‌های پژوهش

ترتیب کودک در میان فرزندان خانواده			تعداد فرزند خانواده			تحصیلات (مقطع متوسطه)			سن			متغیر گروه
									۱۷ به بالا	۱۶	۱۵	
سوم	دوم	اول	۳ به بالا	۲	۱	سوم	دوم	اول	۱۱ به بالا	۶	۱۳	اختلالات روان تنی
۱۱	۱۳	۶	۱۲	۸	۱۰	۱۰	۱۵	۵	۱۱	۶	۱۳	
۱۰	۱۳	۷	۸	۱۲	۱۰	۱۰	۱۴	۶	۱۰	۱۰	۱۰	عادی

جدول شماره یک نمایانگر سن، تحصیلات، تعداد فرزندان خانواده و ترتیب کودک اختلالاتی و بدون اختلالات در میان فرزندان دیگر خانواده است. پژوهشگران سعی کرده‌اند برای افزایش اعتبار درونی طرح تا حد امکان گروه‌ها از لحاظ جمعیت شناختی به همدیگر شبیه باشند.

جدول ۲ - شیوع اختلالات روان تنی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه استان زنجان

شیوع	فراوانی	نمونه آماری	سطح تحصیلات والدین				درآمد خانواده				جامعه آماری	نوع اختلالات روان تنی
			ارشد و دکتری	لیسانس	دیپلم و فوق دیپلم	زیر دیپلم	پایین	متوسط	بالا	خیلی بالا		
٪۱	۳۵۰	۳۵۰۰	-	۵	۱۵	۱۰	۲	۵	۸	۱۵		اختلال جسمانی کردن
٪۰۹۶	۳۱۵	۳۵۰۰	۲	۸	۱۱	۹	۳	۳	۱۳	۱۱		اختلال تبدیلی
٪۱/۳۵	۴۶۹	۳۵۰۰	-	۸	۱۶	۶	۳	۷	۷	۱۳		خود بیمار انگاری
٪۲/۴۷	۸۴۰	۳۵۰۰	۴	۸	۸	۱۰	۵	۷	۹	۹		اختلال بدریختی بدن
٪۱	۳۴۸	۳۵۰۰	۱	۵	۱۰	۱۴	۴	۵	۱۰	۱۱		اختلال درد
٪۱۸	۶۳۰	۳۵۰۰	۱/۴	۶/۸	۱۲	۹/۸	۳/۴	۵/۴	۹/۴	۱۲		کل اختلالات روان تنی

با توجه به جدول شماره ۲ مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلالات اختلال جسمانی کردن ٪۱ و بیشتر در خانواده‌های با درآمد کم و سطح پایین تحصیلات پدر و مادر است. شیوع اختلال تبدیلی ٪۰۹۶ و دارای کمترین درصد شیوع در بین دانش آموزان پسر دبیرستانی

است. می باشد. خودبیمارانگاری ۱/۳۵٪ مخصوصا با اضطراب امتحان و فصل امتحانات رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. شیوع اختلال بد ریختی بدن با شیوع ۲/۴۷٪ دارای بیشترین میزان شیوع در بین دانش آموزان پسر دبیرستانی است. شیوع اختلال درد نیز به مانند اختلال خود بیمار انگاری با فصل امتحانات که دارای بیشترین اضطراب برای دانش آموزان است شیوع ۱٪ دارد. شیوع کل اختلالات روان تنی در مدارس متوسطه پسرانه شهر زنجان برابر با ۱/۱۸ درصد می باشد.

جدول ۳- مقایسه میانگین دو گروه دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک و عادی در مؤلفه های هوش هیجانی و مؤلفه های آن

معنی داری	t	انحراف استاندارد	میانگین	df	گروه ها	مؤلفه های هوش هیجانی
۰/۰۰	-۱۰/۹۶	۲/۷۸ ۴/۰۹	۱۶/۷۰ ۲۶/۶۰	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	ارزیابی هیجانات خود
۰/۰۵	۲/۹۷	۴/۳۱ ۲/۵۹	۲۷/۹۰ ۲۲/۱۶	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	ارزیابی هیجانات دیگران
۰/۰۰	-۷/۲۷	۲/۷۴ ۲/۲۴	۸/۴۶ ۱۳/۱۷	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	ابراز هیجانی
۰/۴۱	-۰/۸۲	۱/۶۴ ۱/۵۱	۶/۹۳ ۷/۲۶	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	تنظیم هیجانی
۰/۰۰۱	-۶/۶۶	۲/۴۶ ۱/۵۲	۴/۴۶ ۱۰/۴۰	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	سودمندی هیجانات در حل مساله
۰/۰۰	-۹/۵۹	۲/۰۹ ۲/۰۲	۱۰/۰۷ ۱۵/۱۷	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	تنظیم هیجانی دیگران
۰/۰۰۲	-۱۱/۱۹	۸/۴۱ ۷/۸۹	۶۹/۰۱ ۹۱/۷۳	۵۸	گروه دارای اختلالات گروه عادی	هوش هیجانی کل

همانگونه که در جدول شماره سه مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه ارزیابی هیجانان خود بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۲) معنی دار است ($t = -10/96, p < 0/00$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه ارزیابی هیجانان خود تفاوت معنی داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه های ارزیابی هیجانان دیگران، بیشتر از میانگین دانش آموزان عادی می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۲) معنی دار است ($t = 2/97, p < 0/05$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه ارزیابی هیجانان دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه ابراز هیجانی بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۱) معنی دار است ($t = -3/66, p < 0/01$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه ابراز هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه تنظیم هیجانی خود بیشتر از میانگین دانش آموزان عادی می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۲) معنی دار نیست ($t = -0/82, p < 0/41$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه تنظیم هیجانی تفاوت معنی داری وجود ندارد. همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه سودمندی هیجانان در حل مساله بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۱) معنی دار است ($t = -6/66, p < 0/001$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه سودمندی هیجانان در حل مساله تفاوت معنی داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه تنظیم هیجانی دیگران بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۱) معنی دار است ($t = -9/59, p < 0/00$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه تنظیم هیجانی دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین در جدول شماره دو مشاهده می شود که میانگین کل دانش آموزان عادی در متغیر هوش هیجانی (کل) از میانگین کل دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک بالاتر می باشد و t

به دست آمده جدول شماره ۲ معنی دار است ($t = -11/19, p < 0/002$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه هوش هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴- مقایسه میانگین دو گروه دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک و عادی در متغیر سبک دلبستگی و مؤلفه های آن

معنی داری	t	انحراف استاندارد	میانگین	df	گروه ها	مؤلفه های سبک دلبستگی
0/00	7/07	6/34 3/37	23/06 12/18	58	گروه اختلالات گروه عادی	مراقبت با محبت مادر
0/00	8/32	6/03 3/30	22/23 13/08	58	گروه اختلالات گروه عادی	مراقبت با محبت پدر
0/005	-3/19	6/45 2/66	29/43 25/50	58	گروه اختلالات گروه عادی	کنترل مادر
0/00	-5/18	7/95 2/91	16/60 28/60	58	گروه اختلالات گروه عادی	کنترل پدر
0/00	4/41	12/42 71/95	96/01 80/10	58	گروه اختلالات گروه عادی	سبک دلبستگی

همانگونه که در جدول شماره چهار مشاهده می شود میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه میزان مراقبت مادر بیشتر از میانگین دانش آموزان عادی می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۳) معنی دار است ($t = 7/07, p < 0/00$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه مراقبت مادر تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین، همانگونه که در جدول شماره سه مشاهده می شود میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه میزان مراقبت پدر بیشتر از میانگین دانش آموزان عادی می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۳) معنی دار است ($t = 8/32, p < 0/00$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه مراقبت پدر تفاوت معنی داری وجود دارد. و همانگونه که در جدول شماره سه مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه میزان کنترل مادر بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۳) معنی دار است ($t = -3/19, p < 0/05$).

پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه کنترل شدید مادر تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین همانگونه که در جدول شماره سه مشاهده می شود میانگین دانش آموزان عادی در مؤلفه میزان کنترل شدید پدر بیشتر از میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۳) معنی دار است ($t = -5/18, p < 0/00$). پس می توان گفت که بین دانش آموزان عادی و مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در مؤلفه کنترل پدر تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین میانگین کل دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در متغیر سبک دلبستگی بیشتر از میانگین کل دانش آموزان عادی می باشد و t به دست آمده (جدول شماره ۳) معنی دار است ($t = 4/41, p < 0/00$).

جدول ۵- همبستگی میان نمره هوش هیجانی (کل) و سبک دلبستگی (کل) با مولفه های هوش هیجانی

تنظیم هیجانی دیگران	سودمندی هیجانات در حل مساله	تنظیم هیجانی	ابراز هیجانی	ارزیابی هیجانات دیگران	ارزیابی هیجانات خود	
۰/۵۳**	۰/۴۹**	۰/۵۶**	۰/۶۷**	۰/۶۷**	۰/۳۴	هوش
۰/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۳۷	هیجانی
۰/۴۱*	۰/۲۶	۰/۲۸	۰/۴۴*	۰/۴۱*	۰/۴۴*	دلبستگی
۰/۰۲	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۱	

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

همانگونه که در جدول شماره پنج مشاهده می گردد میانگین نمرات بدست آمده هوش هیجانی در پژوهش حاضر با ابراز هیجانی، ارزیابی هیجانات دیگران، تنظیم هیجانی خود و دیگران و سودمندی هیجانات در حل مساله رابطه معنی دار در سطح ($p < 0/01$) دارد؛ و سبک دلبستگی با ارزیابی هیجانات خود، ارزیابی هیجانات دیگران، ابراز هیجانی و تنظیم هیجانی دیگران رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/05$) دارد.

جدول شماره ۶- میان نمره هوش هیجانی (کل) و سبک دلبستگی (کل) با مولفه های سبک دلبستگی.

دلبستگی	مراقبت با محبت مادر	مراقبت با محبت پدر	کنترل شدید مادر	کنترل شدید پدر	هوش هیجانی

-----	-۰/۳۴ ۰/۲۳	-۰/۴۴* ۰/۰۴	۰/۴۵* /۰۱	۰/۵۸** ۰/۰۰	۰/۴۶* ۰/۰۱	هوش هیجانی
-۰/۰۹ ۰/۶۱	۰/۴۰* ۰/۰۲	۰/۵۱** ۰/۰۰	۰/۵۱** ۰/۰۰	۰/۴۸* ۰/۰۰	-----	دلبستگی

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

همانگونه که در جدول شماره شش مشاهده می گردد هوش هیجانی با مراقبت با محبت پدر رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/01$) دارد و هوش هیجانی با سبک دلبستگی، مراقبت با محبت مادر رابطه مثبت و با کنترل شدید مادر رابطه منفی معنادار در سطح ($p < 0/05$) دارد. دلبستگی با مراقبت با محبت مادر و کنترل پدر رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/05$) دارد و با مراقبت با محبت پدر، و کنترل شدید مادر رابطه معنی دار در سطح ($p < 0/01$) دارد.

بحث

سوال اول پژوهش عبارت بود از اینکه "شیوع اختلالات سایکوسوماتیک در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان چه مقدار می باشد؟" برای پاسخگویی به این سوال از روش زمینه یابی و آمار توصیفی استفاده گردیده است. و همانگونه که در جدول شماره یک و دو ملاحظه میگردد اختلالات سایکوسوماتیک از متداولترین اختلالات روانی به خصوص در میان جمعیت بالینی محسوب می شود در کنار خود مسائلی را به مانند اضطراب، نگرانی و مشغولیت ذهنی و دیگر علایم نگران کننده روانی و فیزیولوژی را به بیمار، خانواده و اطرافیان وی تحمیل می نماید و اختلالات سایکوسوماتیک بیشتر در خانواده های با درآمد کم و سطح پایین تحصیلات پدر و مادر، اضطراب امتحان و فصل امتحانات رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. البته گرینبرگ، برون و کسیم (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی (۲۰۰۷) شیوع اختلال اختلالات سایکوسوماتیک را متناقض و در متون پژوهشی دارای مقادیر مختلف می دانند اختلالات سایکو سوماتیک در تمام فرهنگها و نژادها، طبقه های اجتماعی مختلف دیده می شود و با توجه به فاکتورهای جنسیت، فرهنگ، نژاد و طبقه های اجتماعی متفاوت است (پور افکاری، ۱۳۹۰ و مدیروس، روسای و بورسل ۲۲، ۲۰۰۸). نتیجه پژوهش حاضر با پژوهشهای گرینبرگ، برون و کسیم (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی (۲۰۰۷) و کاپلان و سادوک به نقل از پور افکاری (۱۳۹۰) و مدیروس، روسای و بورسل (۲۰۰۸) هماهنگ و همسو است.

سوال دوم پژوهش عبارت بود از اینکه "آیا هوش هیجانی دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و نرمال متفاوت است؟" برای پاسخ دادن به این سوال از آزمون t استفاده شده است و همانگونه که ملاحظه می‌گردد می‌توان گفت که بین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک و عادی در مؤلفه های هوش هیجانی و میانگین کل هوش هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. همانطور که در بخش یافته‌های پژوهش ملاحظه می‌شود نتایج این تحقیق با پژوهش‌های گرینبرگ، برون و کسیم^{۲۴} (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی^{۲۴} (۲۰۰۷) و کاپلان و سادوک به نقل از پور افکاری (۱۳۹۰) و مدیروس، روسای و بورسل (۲۰۰۸)، ون بورسل، میس و فولون^{۲۵} (۲۰۰۱) مدیروس، روسای و بورسل^{۲۶} (۲۰۰۸)، بوی، وویتز، ون دی هی نینگ، د بوت و هیلین^{۲۷} (۲۰۰۷) کاراس و همکاران^{۲۸} (۲۰۰۶) و کلومپاس و راس^{۲۹} (۲۰۰۴) هماهنگ و همسو است و کودکان اختلالی در زمینه‌های ارزیابی هیجانات خود و دیگران، ابراز هیجانی، ارزیابی هیجانات دیگران و سودمندی هیجانات در حل مساله مشکلاتی را دارند ولی یافته‌های این تحقیق تفاوتی را بین کودکان اختلالی و غیر اختلالی در زمینه تنظیم هیجانی نشان نداد.

سوال سوم پژوهش عبارت بود از اینکه "آیا سبک دلبستگی دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک و نرمال متفاوت است؟" برای پاسخ دادن به این سوال از آزمون t استفاده شده است و همانگونه که ملاحظه می‌گردد می‌توان گفت که بین دانش آموزان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک و عادی در مؤلفه های سبک دلبستگی و میانگین کل سبک دلبستگی تفاوت معنی داری وجود دارد. همانطور که در بخش یافته‌های پژوهش ملاحظه می‌شود نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های گرینبرگ، برون و کسیم^{۲۴} (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی^{۳۰} (۲۰۰۷) و کاپلان و سادوک به نقل از پور افکاری (۱۳۹۰) و مدیروس، روسای و بورسل (۲۰۰۸)، کولینز (۱۹۹۶)، بار-ان و پارکر^{۳۱} (۲۰۰۰)، کافتیوس (۲۰۰۴)، لاک و برادبری (۲۰۰۴)، کریکورین (۲۰۰۲) و بکندام (۲۰۰۱) هماهنگ و همسو است و میانگین دانش آموزان مبتلا به اختلال اختلالات سایکوسوماتیک در متغیرهای میزان محافظت و کنترل شدید مادر و پدر از کودک در متغیر سبک دلبستگی بیشتر از میانگین دانش آموزان عادی بود.

سوال چهارم پژوهش عبارت بود از اینکه "آیا بین سبک دلبستگی و هوش هیجانی دانش آموزان دارای اختلالات سایکوسوماتیک ارتباط وجود دارد؟" برای پاسخ دادن به این سوال از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است و همانگونه که ملاحظه می‌گردد همانگونه که در جدول شماره پنج مشاهده می‌گردد میانگین نمرات بدست آمده هوش هیجانی در پژوهش حاضر با ابراز هیجانی، ارزیابی هیجانات

دیگران، تنظیم هیجانی خود و دیگران و سودمندی هیجانات در حل مساله رابطه معنی دار در سطح ($p < 0/01$) دارد؛ و سبک دلبستگی با ارزیابی هیجانات خود، ارزیابی هیجانات دیگران، ابراز هیجانی و تنظیم هیجانی دیگران رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/05$) دارد. همچنین همانگونه که در جدول شماره شش مشاهده می‌گردد هوش هیجانی با مراقبت با محبت پدر رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/01$) دارد و هوش هیجانی با سبک دلبستگی، مراقبت با محبت مادر رابطه مثبت و با کنترل شدید مادر رابطه منفی معنادار در سطح ($p < 0/05$) دارد. دلبستگی با مراقبت با محبت مادر و کنترل پدر رابطه معنی داری در سطح ($p < 0/05$) دارد و با مراقبت با محبت پدر، و کنترل شدید مادر رابطه معنی دار در سطح ($p < 0/01$) دارد. همانطور که در بخش یافته‌های پژوهش ملاحظه می‌شود نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های ون بورسل و تنتوسکی (۲۰۰۷) مدیروس، روسای و بورسل (۲۰۰۸)، کولینز (۱۹۹۶)، بار-ان و پارکر (۲۰۰۰)، کافتیوس (۲۰۰۴)، لاک و برادبری (۲۰۰۴)، کریکورین (۲۰۰۲) هماهنگ و همسو است. همانگونه که در بخش یافته‌های تحقیق ملاحظه می‌شود نمرات کلی هوش هیجانی و سبک دلبستگی دانش‌آموزان عادی نسبت به دانش‌آموزان اختلالاتی در سطح مطلوب‌تری قرار دارد که با نتایج تحقیقات ذکر شده در این پژوهش هماهنگ و همسو می‌باشد اختلالات سایکوسوماتیک بر کیفیت زندگی، باورها، هیجانات و تحصیلات دانشگاهی به طور منفی تاثیر می‌گذارد که کودکان اختلالاتی لحاظ هوش هیجانی و مولفه‌های آن نیز دارای مشکلاتی بودند که به نوعی می‌تواند پیش‌بینی کننده مشکلات این کودکان در زمینه‌های اجتماعی و ارتباطی و در نهایت عاطفی و شناختی باشد پیش‌بینی عضویت دانش‌آموزان در گروه اختلالات سایکوسوماتیک بوسیله متغیر هوش هیجانی و مولفه‌های آن و متغیر سبک دلبستگی و مولفه‌های آن امکانپذیر می‌باشد.

منابع

- اتکینسون، ریتا و دیگران؛ زمینه روان‌شناسی، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ هشتم، ج ۲، ص ۱۹۳.
- آسیب‌شناسی روانی، ص ۴۵۴ و ۴۵۵.
- بختیار، م.، سلیمانی، ز.، محمودی، ن.، ۱۳۸۵. مقایسه توانایی تکرار ناکلمه در کودکان لکتی و غیر لکتی ۵-۸ ساله، مجله توانبخشی، دوره ۷، ش ۴، ص ۴۷-۵۱.

شاملو، سعید؛ بهداشت روانی، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ سیزدهم، ص ۲۳۹.

روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین؛ آسیب‌شناسی روانی، ترجمه بحیی سیدمحمدی، تهران، ساوالان، ۱۳۷۹، چاپ اول، ج ۱، ص ۴۵۲

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 گروه 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. سندرچ. ایران.

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.

Ambrose.N, Yairi. E,1999. Normative Disfluency data for Early childhood stuttering. *J. Speech, Language, Hearing Research*,42(4): 895-910.

Attanasio, J, S., Onslow, M., Packman, A., 1998., Representativeness reasoning and the search for the origins of stuttering A return to basic observations., *Journal of Fluency disorders.*, 23(4): 267-277.

- Barnes, W,M,F., Hanson, M., Walton,W., 1991., Stuttering hn five generations of a single family
Apreliminary report including evidence supporting a sex-modified mode of transmission., 16(2-3):
117-123.
- Bar-On, R., Parker, J., 2000., Handbook of emotional intelligence. San Francisco, Jossey-Boss.
- Baron,R., Tranel,D., Denburg, N., Bechara, A.2003. Exploring the neurological substrate of
emotional and social intelligence. J. Brain, 126(4): 1790-1800.
- Bar-on,R.1999. Bar-on emotional quotient inventory.toronto multi- health system, Inc. Applied
Radiation and Isotopes 49(5-6):495-497
- Bekendam, C., 2001., Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation,
alexithymia and empathy. Dissertation Abstract International,58, 2109.
- Bredmeier, K., Berenbaum., 2008., Intolerance of uncertainty and perceived threat., Behavior
research and therapy, 46(1): 28-23.
- Boey, R., Wuyts, F, L., Van de heyning., De Bodt., Heylen, L., 2007., Charcteristics of stuttering-
like disfluencies in Dutch-speaking children. Journal of Fluency disorders., 32 (4): 310-329.
- deGruy 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.
- Ezrati.V, Platzky. R, Yairi.E, 2001. The young child Awareness of stuttering Like Disfluency. J.
Speech, Language, Hearing Research, 44(2):368-383.
- Finn.P, Ingham.R, 1997. Children Recovered from Stuttering Without Formal treatment. J. Speech,
Language, Hearing Research,40(4):867-876.
- 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 perspective 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.

Karniol, R., 1995., Stuttering, Language, and Cognition: A Review and a Model of Stuttering as Suprasegmental Sentence Plan Alignment., 117(1): 104-124.

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 quality of life: personal accounts of South African individuals., *Journal of Fluency disorders.*, 29(4): 275-305.

Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F. W., Bruten, G. J., 1995., Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset., *Journal of Fluency disorders.*, 20(2): 157-170.

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

- 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., Salovey, 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.
- Obikoar,E,F(2001).,Developing Emotional intelligence in Learner with behaviorial problem., *Wilson education abstracte.*
- 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.
- 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.
- Plexico, L., Manning, W,L., 2005., Aphenomenological understanding of successful stuttering management., *Journal of Fluency Disorders*, 30(1):1-22.
- 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 Genetics.*,79(4): 674-651.
- Simmons, A., Matthews, S., Paulus, M,P and Stein, M,B., Intolerance of uncertainty correlates üith insula activation during affective ambiguity., *Neuroscience Letters*, 430(2): 92-97.
- Sugiura, Y., 2007., Ressponsibility 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.

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

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., Brutten, 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.

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.

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

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

-
- 1 - prevalence
 - 2 - Stuttering
 - 3 - Emotional intelligence
 - 4 - Attachment style
 - 5 - Van Borsel & Tetnnowski
 - 6 - Medeiros, Rossi, Van Borsel
 - 7 - Zebrowski
 - 8 - Dunlap
 - 9 - Theys, Van Wieringen, De Ni
 - 10 - Plexico, Manning
 - 11 - Petrides, Frederickson, Furnham
 - 12 - Bar-on
 - 13 - Mayer, Salovay, Caruso, Sitarenios
 - 14 - Obikoar
 - 15 - Hearne, Packman, Onslow, Quine
 - 16 - Klompas, Ross
 - 17 - Vanryckeghem, Hylebos, Brutten, Peleman
 - 18 - Finny, Noller
 - 19 - Ainsworth M.D.S
 - 20 - Parker, Tupling, Brown
 - 21 - Van Borsel & Tetnnowski
 - 22 - Medeiros, Rossi, Van Borsel
 - 23 - Van Borsel & Tetnnowski
 - 24 - Van Borsel & Tetnnowski
 - 25 - Van Borsel , Mase & Foulon
 - 26 - Medeiros, Rossi, Van Borsel
 - 27 - Boey, Wuyts, Van de heyning, De Bodt, Heylen
 - 28 - Karras, Walden, Conture, Graham, Arnold, Hartfield, Schwenk
 - 29 - Klompas, Ross
 - 30 - Van Borsel & Tetnnowski
 - 31 - Bar-On, Parker