

Prediction of Depression Based on Dysfunctional Attitudes, Personality Traits, and Family Communication Patterns among Patients with Epilepsy

Omsalmeh Mousazadeh, Kobra Haji Alizadeh*

Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

Received: 21 Mar 2017

Article Info:

Accepted: 8 Oct 2017

ABSTRACT

Introduction: Patients with epilepsy are markedly at the risk of depression. It is important to find out the causes of depression in these patients in order to provide comprehensive health care services. Therefore, this study was done to predict the propensity to the depression based on dysfunctional attitudes, personality traits, and family communication patterns among epileptic patients. **Materials and Methods:** The present research was a descriptive-correlational study. The population included all patients with epilepsy who referred to the hospitals and medical clinic of Bandar Abbas during the year 2015 from which 150 patients were selected using convenience sampling method. Beck depression Inventory, NEO Five-Factor Inventory, Dysfunctional Attitudes Scale, and Family Communication Patterns Questionnaire were used for data collection. **Results:** Personality traits of neuroticism, extraversion, agreeableness, and openness as well as communication pattern of conformity can explain together %59.2 of depression variance in these patients. However, conscientiousness personality trait, dysfunctional attitudes, and communication pattern of conversation cannot predict depression. **Conclusion:** According to the findings of this study, it can be suggested that training and intervention on improving personality traits and family communication patterns are effective methods to decreasing depression of patients with epilepsy.

Key words:

1. Depression
2. Epilepsy
3. Patients

*Corresponding Author: Kobra Haji Alizadeh

E-mail: ph_alizadeh@yahoo.com

پیش بینی افسردگی بر اساس نگرش های ناکارآمد، ویژگی های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده در بیماران مبتلا به صرع

ام سلمه موسی زاده، کبری حاجی علیزاده*

گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۱۶ شهریور ۱۳۹۶

تاریخ دریافت: ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۶

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به صرع به شدت در معرض خطر ابتلاء به افسردگی هستند. پیدا کردن عوامل ایجاد کننده افسردگی در این بیماران به منظور ارائه خدمات درمانی جامع حائز اهمیت است. از این رو این پژوهش جهت پیش بینی گرایش به افسردگی بر اساس نگرش های ناکارآمد، ویژگی های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده در میان بیماران مبتلا به صرع انجام شد. **مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع بود که به بیمارستان ها و کلینیک های درمانی بندرعباس در سال ۱۳۹۴ مراجعه کردند که ۱۵۰ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه پنج عاملی نئو، پرسشنامه نگرش های ناکارآمد و پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده برای جمع آوری داده ها استفاده شد. **یافته ها:** ویژگی های شخصیتی روان رنجوری، برون گرایی، توافق پذیری و تجربه گرایی و همچنین الگوی ارتباطی همناوایی می توانند با هم ۵۹/۲٪ از واریانس افسردگی در این بیماران را تبیین نمایند. اگرچه ویژگی شخصیتی وظیفه شناسی، نگرش های ناکارآمد و الگوی ارتباطی گفت و شنود نمی توانند افسردگی را پیش بینی کنند. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته های این پژوهش، می توان پیشنهاد داد که آموزش و مداخله در بهبود ویژگی های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده روش های مؤثری جهت کاهش افسردگی بیماران مبتلا به صرع هستند.

کلید واژه ها:

۱. افسردگی
۲. صرع
۳. بیماران

* نویسنده مسئول: کبری حاجی علیزاده

آدرس الکترونیکی: ph_alizadeh@yahoo.com

مقدمه

سرع^۱ یکی از اختلالات نورولوژیک با میزان شیوع ۳ درصد در جمعیت عادی است. سرع، به حملات عودکننده اشاره دارد و به معنای تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های مغزی است (۱). با وجود پیشرفت‌های درمانی چشم‌گیر در کنترل حملات سرع، در ۲۰-۳۰ درصد بیماران، حملات سرع تحت کنترل مطلوب در نمی‌آید و بیمارانی هم که با دارو کنترل می‌شوند از عوارض ناخواسته دارویی و مشکلات متعدد آن رها نیستند. بیماران مبتلابه سرع با چالش‌های متعددی همچون تشخیص نادرست نوع سرع و در نتیجه انتخاب نامناسب دارو، عدم پذیرش درمان دارویی توسط بیمار، بروز عوارض ناخواسته داروها، ایجاد مقاومت دارویی در بیمار، درمان غیردارویی و محدودیت‌های آن، حساسیت به نور، سن و مشکلات سرع در کودکان و سالمندان، سرع و حاملگی، سرع و رانندگی و مرگ ناگهانی در بیماران سرعی روبه‌رو هستند (۲). در واقع سرع به‌شدت بر زندگی افراد مبتلابه آن تأثیر می‌گذارد و با کاهش سلامت جسمی و روانی آنان موجب بروز اختلالات روانپزشکی و گاه خودکشی می‌شود (۳، ۴). شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرع تا ۶۰-۵۰ درصد گزارش شده است (۵). بیماران مبتلا به سرع به‌شدت از اختلالاتی همچون افسردگی، اضطراب، وسواس و ترس مرضی رنج می‌برند (۶، ۷) که در این بین شدت افسردگی بیشتر از سایر اختلالات روانی است (۸). آلسادی^۲ و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرع بین ۵۵-۲۰ درصد متغیر است (۹). همچنین نتایج پژوهش بیفتو^۳ و همکاران نشان داد که میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرع ۴۵/۲ درصد است که از این میزان ۲۹/۶ درصد افسردگی خفیف، ۱۴/۸ درصد افسردگی متوسط و ۰/۸ درصد افسردگی شدید داشتند (۱۰).

اینکه بیماران مبتلا به سرع در مورد بیماری و تجارب معمول زندگی چه نگرشی دارند بر بهزیستی روانی و سازگاری با بیماری و همچنین همکاری‌های درمانی این بیماران تأثیر زیادی دارد (۱۱). یکی از مدل‌های رایج در تبیین افسردگی، مدل شناختی^۴ است. مدل شناختی بر این فرض استوار است که تجارب اولیه باعث به وجود آمدن باورها و پیش‌فرض‌های زیربنایی منفی و در نتیجه موجب بروز افسردگی می‌شود (۱۲). در برخی موارد باورها و نگرش‌های ناکارآمد^۵ درباره سرع، مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات

یک بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باورهای این بیماران با عقاید یک فرد عادی تفاوت دارد و به وسیله تجارب منفی مربوط به سرع تقویت می‌شود و به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن می‌انجامد (۵). مطالعات نشان می‌دهد که نگرش‌های ناکارآمد باعث افسردگی می‌شود (۱۴، ۱۳) و با تغییر نگرش‌های ناکارآمد و بازسازی شناختی می‌توان افسردگی را کاهش داد (۱۱، ۱۲، ۱۵).

از جمله عوامل دیگری که می‌تواند بر بروز افسردگی تأثیرگذار باشد، ویژگی‌های شخصیتی^۶ است (۱۶). شخصیت بیانگر آن دسته از ویژگی‌های فردی است که نسبتاً ثابت هستند و الگوی رفتاری فرد را نشان می‌دهد (۱۷). مک کری و کاستا^۷ شخصیت را متشکل از پنج عامل اصلی؛ روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی عنوان کردند (۱۸). هارکنس^۸ و همکاران در بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت و افسردگی نشان دادند که روان‌رنجوری ارتباط مثبت و توافق‌پذیری ارتباط منفی با افسردگی دارند (۱۹). همچنین چیوکوتا و استیل^۹ و پترسون^{۱۰} و همکاران نشان دادند که رابطه مثبتی بین روان‌رنجوری، تجربه‌پذیری و وظیفه‌شناسی با افسردگی و رابطه منفی بین برون‌گرایی با افسردگی وجود دارد (۲۰، ۲۱). در واقع هرکدام از ویژگی‌های شخصیتی، در برابر مسائل و مشکلات زندگی الگوهای رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای غالبی را به کار می‌گیرند. کارآمد یا ناکارآمد بودن این الگوهای رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند منجر به بهبود یا وخیم‌تر شدن افسردگی شود (۲۰).

علاوه بر نگرش‌های ناکارآمد و ویژگی‌های شخصیت، الگوی ارتباطی خانواده نیز می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی شود (۲۲). در واقع کیفیت سلامت روان افراد، تا حدی تحت تأثیر محیط و روابط اجتماعی قرار دارد و از آنجا که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم باز می‌کند، در آن آموزش می‌بیند و از آن تأثیر می‌پذیرد بیشترین اثر را بر توانایی‌ها و رفتارهای افراد می‌گذارد. یکی از مدل‌های مطرح در خانواده که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری مؤثر با محیط پرداخته است مدل الگوی ارتباطی^{۱۱} خانواده است (۲۳). مدل الگوهای ارتباطی متشکل از دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی است. جهت‌گیری گفت و شنود اشاره به شرایطی دارد که خانواده فراهم می‌آورد تا در آن همه اعضا آزادانه و راحت درباره طیف وسیعی از موضوعات به بحث و تبادل نظر بپردازند و جهت‌گیری همنوایی وضعیتی است که در آن خانواده

¹ Epilepsy

² Alsaadi

³ Bifttu

⁴ Cognitive model

⁵ Dysfunctional attitudes

⁶ Personality traits

⁷ McCrae and Costa

⁸ Harkness

⁹ Chioqueta and Stiles

¹⁰ Petersen

¹¹ Communication patterns

یک سال از بیماری، عدم داشتن اختلال روانپزشکی و همچنین رضایت کلامی در جهت شرکت در پژوهش و پاسخ دادن به ابزارهای پژوهش بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^{۱۲} این پرسشنامه توسط بک تهیه شده است و دارای ۲۱ ماده و هر ماده دارای چهار عبارت است که به هر عبارت نمره‌های صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره کلی این آزمون بین ۰ تا ۶۳ است. بر حسب نمره به دست آمده فرد می‌تواند در یکی از این ۴ طبقه قرار گیرد: صفر تا ۱۵ عدم افسردگی، ۱۶ تا ۶۰ افسردگی خفیف، ۳۱ تا ۴۶ افسردگی متوسط و ۴۷ تا ۶۳ افسردگی شدید (۱۵). روایی هم‌زمان این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و اعتبار آن با روش بازآزمایی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۷). شاهسواری و فروغی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در مرحله اول ۰/۹۵ و در مرحله دوم ۰/۸۸ نشان داده‌اند (۱۵).

پرسشنامه پنج عاملی نئو

کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۸۹ فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI)^{۱۳} شخصیت را برای سنجش پنج عامل اصلی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی) طراحی کردند (۱۸). این پرسشنامه دارای ۶۰ ماده است و صرفاً پنج عامل اصلی شخصیت را می‌سنجد، در حالی که فرم بلند آن علاوه بر پنج عامل، ابعاد سی‌گانه آن را نیز می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌شود. همبستگی بین فرم کوتاه و فرم بلند از ۰/۷۵ برای باوجدان بودن تا ۰/۸۹ برای روان‌رنجوری متغیر بود. روایی همگرایی و افتراقی نشان دادند که فرم کوتاه، پنج عامل اصلی شخصیت را با دقت کمتری نسبت به فرم بلند می‌سنجد. اعتبار بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ قرار داشت. همچنین همسانی درونی زیرمقیاس‌ها در نمونه مورد مطالعه از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ متغیر بود (۲۸). نتایج بررسی اعتبار این پرسشنامه توسط انیسی و همکاران با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که ویژگی‌های وظیفه‌شناسی و روان‌رنجوری به ترتیب آلفای ۰/۸۳ و ۰/۸۰ و ویژگی‌های شخصیتی تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و برون‌گرایی به ترتیب آلفای ۰/۳۹، ۰/۶۰ و ۰/۵۸ داشتند. به‌علاوه در بررسی روایی هم‌زمان مشاهده شد که ضریب همبستگی روان‌رنجوری و برون‌گرایی در پرسشنامه نئو با روان‌رنجوری و برون‌گرایی در پرسشنامه آیزنک به ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بود (۲۹).

تأکید می‌کند اعضایش نگرش، ارزش و عقاید مشترکی داشته باشند و شبیه یکدیگر شوند (۲۴). کوروش نیا و لطفیان نشان دادند که جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی در فرزندان هستند (۲۵).

با توجه به مطالب عنوان شده، بیماران مبتلابه صرع از اختلالات روانشناختی و خصوصاً از افسردگی رنج می‌برند که موجب می‌شود رضایت چندانی از زندگی نداشته باشند و در مواردی حتی اقدام به خودکشی کنند. از این رو به‌منظور کمک به افزایش سطح سلامت این افراد، بررسی عواملی که می‌تواند موجب ایجاد و شدت‌بخشی افسردگی در این بیماران شود، حائز اهمیت فراوانی است. بررسی عواملی که بتواند تمامی واریانس افسردگی را تبیین کند نیاز به مطالعات گسترده و شاید طولی باشد. با توجه به تأکید رویکرد شناختی، نظریه‌های شخصیتی و رویکرد سیستمی، به نظر می‌رسد که نگرش‌های ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانوادگی؛ به‌عنوان یکی از مفاهیم مرکزی در این رویکردها، می‌توانند تبیین‌کننده بروز افسردگی در این بیماران باشند. از این رو این پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده در بیماران مبتلابه صرع انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انواع مختلف صرع و مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۴ بودند. به علت عدم در دست بودن لیست دقیق افراد جامعه برآورد حجم دقیق نمونه امکان‌پذیر نبود. بر اساس نظر گال و همکاران در تحلیل رگرسیون و بر اساس یک قاعده سرانگشتی برای هر متغیر پیش‌بین حداقل باید ۱۵ نفر به اندازه نمونه اضافه شود (۲۶). بر این اساس در پژوهش حاضر به علت وجود هشت متغیر پیش‌بین، حداقل اندازه نمونه باید ۱۲۰ نفر باشد اما به‌منظور بالا بردن اعتبار پژوهش، از میان جامعه آماری نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. شیوه نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از تصویب موضوع و اخذ مجوزهای لازم، با مراجعه به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درمانی شهر بندرعباس و با همکاری مسئولان و رعایت جوانب اخلاقی، بیماران مبتلا به صرع بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. معیارهای ورود برای پژوهش حاضر شامل ابتلا به بیماری‌های صرع بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب، گذشت حداقل

¹² Beck depression inventory

¹³ NEO five-factor inventory

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS)^{۱۴} توسط بک و وایزمن^{۱۵} به‌منظور سنجش نگرش‌های زیربنایی محتوای شناختی افسردگی بر اساس نظریهٔ یک ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس آسیب‌پذیری، نیاز به تأیید شدن، موفقیت-کمال‌گرایی، نیاز به خشنود کردن دیگران و نیاز به تأثیر بر دیگران است. نمره‌گذاری به شیوهٔ لیکرتی ۷ درجه‌ای (از کاملاً موافقم=۷ تا کاملاً مخالفم=۱) انجام می‌شود. دامنهٔ نمره‌ها از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ است. مطابق تحقیقات مختلف، نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر، آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریفات شناختی را نشان می‌دهد. تحقیقات در زمینهٔ روایی و پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در جمعیت عادی و بالینی نشان داد که آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازهٔ آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۰/۷۱ و با پرسشنامهٔ افکار خودآیند ۰/۴۷ است (۱۱). ابراهیمی در ایران ضریب پایایی را پس از ۶ هفته ۰/۹۰ و روایی آن را از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامهٔ افسردگی ۰/۶۵ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ گزارش کرده است (۳۰).

پرسشنامهٔ الگوی ارتباطی خانواده

پرسشنامهٔ الگوی ارتباطی خانواده (FCPQ)^{۱۶} شامل ۲۶ گویه است و توسط فیتزپاتریک و ریچی^{۱۷} جهت اندازه‌گیری ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده یا به عبارت دیگر ابعاد جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی تهیه شده است. این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که آزمودنی موافقت یا عدم موافقت خود را در دامنه‌های ۵ درجه‌ای (از

کاملاً موافقم=۴ تا کاملاً مخالفم=۰) در زمینهٔ ارتباطات خانوادگی گزارش می‌دهد. از نظر کوئرنر^{۱۸} و فیتزپاتریک، با توجه به اینکه این ابزار تمام رفتارهای مربوط به دو بعد وضعیت گفت و شنود و همنوایی را لحاظ کرده، از روایی محتوایی قابل قبولی برخوردار است (۲۴). در پژوهش کوروش‌نیا و لطیفیان، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی وجود دو عامل جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی تأیید شد. همبستگی جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی با نمرهٔ کل به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۴۴ بود. بررسی پایایی به شیوهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۵).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون رگرسیون چندمتغیری به شیوهٔ گام‌به‌گام استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونهٔ پژوهش حاضر متشکل از ۱۵۰ بیمار مبتلا به صرع بودند که از میان این افراد از نظر جنسیت ۶۶ نفر مرد (۴۴ درصد) و ۸۴ نفر (۵۶ درصد) زن و از نظر تأهل ۶۹ نفر (۴۶ درصد) مجرد و ۸۱ نفر (۵۴ درصد) متأهل بودند. نمونهٔ مورد مطالعه از نظر سنی عمدتاً بین محدودهٔ سنی ۲۷ تا ۴۶ قرار داشتند و از نظر اقتصادی ۴۵ نفر (۳۰ درصد) خود را ضعیف، ۵۴ نفر (۳۶ درصد) خود را متوسط و ۵۱ نفر (۳۴ درصد) خود را خوب توصیف کرده بودند. نتایج آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای پژوهش به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش.

متغیرها	مؤلفه‌ها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
ویژگی‌های شخصیتی	برون‌گرایی	۱۶	۵۳	۳۸/۹	۸/۴۷
	روان‌رنجوری	۳۴	۵۴	۴۳/۷	۴/۴۲
	تجربه‌گرایی	۳۰	۵۳	۴۰/۰۸	۵/۰۲
	توافق‌پذیری	۳۰	۵۴	۴۱/۱	۶/۵۱
	وظیفه‌شناسی	۲۹	۵۱	۴۰/۲۲	۴/۰۱
الگوهای ارتباطی	گفت و شنود	۱۵	۷۲	۴۰/۶	۷/۳۵
	همنوایی	۱۲	۴۸	۲۶/۸	۶/۷۷
نگرش‌های ناکارآمد	آسیب‌پذیری	۱۲	۴۷	۲۸/۴	۹/۱۸
	تأیید شدن	۸	۴۹	۲۵/۴	۹/۷۰
	کمال‌گرایی	۸	۴۶	۲۵/۸	۸/۸۷
	خشنودکردن دیگران	۸	۵۲	۲۴/۰۳	۱۰/۸۶
	تأثیر بر دیگران	۸	۵۲	۲۶/۱	۱۰/۷۸
افسردگی	نگرش‌های ناکارآمد	۶۹	۲۲۱	۱۲۹/۹	۳۲/۴۰
		۱۲	۲۹	۱۹/۲	۳/۲۷

^{۱۴} Dysfunctional attitudes scale

^{۱۵} Wiseman

^{۱۶} Family communication patterns questionnaire

^{۱۷} Fitzpatrick and Richie

^{۱۸} Koerner

ارتباطی خانواده در بیماران مبتلا به صرع انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد سهم معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی نداشتند. مغایر با نتیجه پژوهش حاضر، عمدتاً پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند پیش‌بینی کننده افسردگی باشند (۳۱، ۳۲). در این زمینه، موسی رضایی و همکاران در بررسی رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که بین نگرش‌های ناکارآمد با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۳). صالح زاده و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماران مبتلا به صرع نشان دادند که با تغییر دادن نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به صرع مشکلات شناختی و استرس‌های مرتبط با بیماری کاهش و سلامت جسمی و روانی این بیماران افزایش پیدا می‌کند (۳۳). هر چند نتیجه به دست آمده مطابق با انتظارات پژوهشگر نبود؛ اما با این حال چنین نتایجی در محیط‌های بالینی و در جمعیت‌های گوناگون ناممکن نیست و می‌توان برای آن تبیین‌هایی بیان نمود.

در تبیین عدم معنی‌داری نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به صرع می‌توان به پایین بودن سهم نگرش‌های ناکارآمد در مقایسه با سایر متغیرهای پیش‌بین در مدل اشاره کرد. این احتمال مطرح است که بیماران مبتلا به صرع به دلیل بیماری خود سعی می‌کنند تا با کسب اطلاعات از منابع مختلف شناختی بهتر از بیماری و محیط اطراف کسب کنند تا بتوانند با کاهش افکار و باورهای ناکارآمد خود، مقابله مؤثری با ناراحتی و مشکلات ناشی از بیماری خود داشته باشند. همسو با پژوهش حاضر، سام خانپانی و همکاران در پژوهشی که بر روی افراد افسرده و سالم انجام دادند، دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری در نگرش‌های ناکارآمد نداشتند که در واقع نشان می‌دهد تمام افراد میزانی از نگرش‌های ناکارآمد را دارند (۳۴). سنورمانسی^{۱۹} و همکاران در بررسی رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی که بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هیچ رابطه معنی‌داری بین نگرش‌های

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده، در میان ویژگی‌های شخصیتی، روان‌رنجوری دارای بیشترین میانگین $43/7 \pm 4/42$ و برون‌گرایی دارای کمترین میانگین $38/9 \pm 8/47$ است. میانگین و انحراف استاندارد الگوی ارتباطی گفت و شنود، الگوی ارتباطی همنوایی، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و همچنین نتایج سایر مؤلفه‌ها در جدول فوق قابل مشاهده است.

به‌منظور بررسی مقدار تبیین افسردگی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای ارتباطی و نگرش‌های ناکارآمد از رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول ۲ است.

در برآورد مقدار رگرسیون، مفروضه‌های نرمال بودن، ثابت بودن واریانس و هم خطی نبودن چندگانه برقرار بود. همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری، الگوی ارتباطی همنوایی، ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری، تجربه‌گرایی و برون‌گرایی به صورت گام‌به‌گام وارد معادله رگرسیون شده‌اند و با میزان همبستگی $0/77$ توانسته‌اند $59/2$ درصد از واریانس افسردگی بیماران مبتلا به صرع را پیش‌بینی کنند و با توجه به مقدار F می‌توان گفت مدل رگرسیونی معنی‌دار است ($P < 0/001$, $F = 41/85$). ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی، الگوی ارتباطی گفت و شنود و نگرش‌های ناکارآمد به دلیل اینکه سهم معنی‌داری نداشتند از معادله رگرسیون حذف شدند. برای بررسی سهم هر یک از متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیون از ضرایب استاندارد استفاده شد. با توجه به نتایج ضرایب بتای استاندارد و بررسی معنی‌داری آماره T می‌توان گفت ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری، الگوی ارتباطی همنوایی، ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری، تجربه‌گرایی و برون‌گرایی به ترتیب با اندازه $-0/432$ ، $0/252$ ، $0/243$ ، $0/199$ و $-0/155$ نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به صرع دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افسردگی بر اساس نگرش‌های ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک افسردگی.

متغیرهای پیش‌بین	همبستگی چندگانه	ضریب تعیین (R^2)	F و سطح معنی‌داری	مقدار بتای استاندارد (β)	مقدار بتای معیار (β)	خطای معیار	آماره T	سطح معنی‌داری
توافق‌پذیری			41/85 0/001	-0/432	-0/217	0/032	6/78	0/001
همنوایی				0/252	0/122	0/026	4/86	0/001
روان‌رنجوری	0/770	0/592		0/243	0/180	0/041	4/36	0/001
تجربه‌گرایی				-0/199	-0/130	0/042	-3/11	0/002
برون‌گرایی				-0/155	-0/060	0/022	2/70	0/008

مصرف

¹⁹ Senormanci

ناکارآمد و افسردگی وجود ندارد و نگرش‌های ناکارآمد نمی‌توانند افسردگی را پیش‌بینی کنند. آنان علت این عدم معنی‌داری را در ابزارهای پژوهش و کم بودن تعداد نمونه می‌بینند (۳۵) که از تبیین آنان نیز می‌توان برای بیان چرایی یافته پژوهش حاضر هم استفاده کرد. همچنین می‌توان گفت که باورها و نگرش‌های ناکارآمد نیز ممکن است در مواردی و با توجه به موقعیت و نوع مشکل، پیامدهای مثبت و انرژی‌بخشی نیز به بار آورد و از این رو موجب افسردگی نشود.

در بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و افسردگی، نتایج به دست آمده نشان داد که به غیر از وظیفه‌شناسی، ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجوری، توافق‌پذیری و تجربه‌گرایی رابطه معنی‌داری با افسردگی دارند و می‌توانند افسردگی را به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند. به این صورت که با کاهش ویژگی روان‌رنجوری و افزایش ویژگی‌های برون‌گرایی، توافق‌پذیری و تجربه‌گرایی سطح افسردگی در بیماران مبتلا به صرع کاهش می‌یابد. این نتیجه نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند نقش‌های گوناگونی در تبیین افسردگی داشته باشند. بشارت قراملکی و همکاران در مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد افسرده و عادی به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی‌های شخصیتی در بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد افسرده بیشتر دارای ویژگی روان‌رنجوری و توافق‌پذیری و کمتر دارای ویژگی برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی هستند و از نظر ویژگی تجربه‌گرایی بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری یافت نشد (۱۶). در فرا تحلیلی که توسط کوتو^{۲۰} و همکاران صورت گرفت، این نتیجه نمایان شد که ویژگی‌های شخصیتی با اختلالات اضطرابی، افسردگی و سوء‌مصرف مواد رابطه دارد (۳۶).

بر اساس نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به صرع که دارای ویژگی روان‌رنجوری هستند، از افسردگی رنج می‌برند. افراد روان‌رنجور تمایل به هیجان‌پذیری منفی دارند. در واقع چنین افرادی زودرنج، دمدمی‌مزاج و بلا تکلیف هستند، افکار پریشانی دارند و رفتارهای بروز می‌دهند که توأم با آشفتگی‌های احساسی است. همچنین گرایش بیشتری به بی‌ثباتی هیجانی، اضطراب و غم و اندوه دارند (۳۷). بیمار صرعی که دارای چنین ویژگی‌هایی است مستعد افسردگی است و با کوچک‌ترین درد و ناراحتی به فاجعه‌سازی آن می‌پردازند و دچار افسردگی می‌شوند. بر اساس مطالعه ماک^{۲۱} و همکاران افراد با ویژگی روان‌رنجوری بالا محرک‌های منفی ناچیز را درست همانند فشارهای منفی شدید ارزیابی می‌کنند (۳۸) و از این رو دچار مشکلات و آشفتگی‌های روانی می‌شوند.

در رابطه با ویژگی برون‌گرایی، بیماران که از ویژگی

برون‌گرایی بیشتری برخوردار باشند کمتر دچار افسردگی می‌شوند. همسو با این نتیجه، چیوکوتا و استیل و پترسون و همکاران نشان دادند بین افسردگی و برون‌گرایی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (۲۱) (۲۰). در پژوهش احمدی و همکاران که بر روی ۴۳۴۲ دانش‌آموز انجام شد نتایج به دست آمده نشان داد که بین ویژگی برون‌گرایی و سلامت عمومی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (۳۹). بیمارانی که از ویژگی برون‌گرایی برخوردارند، تمایل دارند که افکار، دلواپسی‌ها و ناراحتی‌های خود را با دیگران مطرح کنند و به دلیل همجوشی با دیگران می‌توانند حمایت آنان را کسب کنند و از این رو در برخورد با مشکلات توان مقابله‌ای بیشتری داشته باشند.

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که بیماران مبتلا به صرع وقتی دارای ویژگی توافق‌پذیری بیشتری باشند کمتر دچار افسردگی می‌شوند. پژوهش باقری‌نیا و همکاران نشان داد که بین توافق‌پذیری و سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۳۹). توافق‌پذیری اشاره به جامعه‌پذیری، همکاری، تواضع و فروتنی دارد (۱۸). بیمارانی که دارای ویژگی توافق‌پذیری هستند سعی می‌کنند که با دیگران همراه شوند و کمتر مخالفت‌ورزی کنند؛ به همین دلیل همراهی افراد بیشتری را کسب می‌کنند و این افراد می‌توانند با حمایت و کمکی برای این بیماران ارائه می‌دهند از مشکلات و آشفتگی‌های آنان کاهش دهند.

در بررسی رابطه تجربه‌گرایی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد با افزایش ویژگی تجربه‌گرایی در بیماران مبتلا به صرع، سطح افسردگی در آنان کاهش می‌یابد. همسو با این نتیجه، احمدی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی و تجربه‌گرایی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (۳۹). همچنین در پژوهش باقری‌نیا و همکاران نشان داده شد که بین تجربه‌گرایی و سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۴۰). افرادی که ویژگی تجربه‌گرایی دارند از انعطاف‌پذیری خوبی برخوردار هستند. این افراد بیشتر پذیرای عقاید و ارزش‌های جدید و غیرمتعارف هستند، هیجان‌خواه هستند و میل به تجربه هیجان‌های مثبت و منفی دارند و همچنین بیشتر پذیرای فعالیت‌های تازه و متنوع هستند (۱۸). به نظر می‌رسد بیمارانی که دارای چنین ویژگی‌هایی هستند به دلیل میل هیجان‌خواهی، سعی می‌کنند از تجربیات جدید استقبال کنند و به دلیل اینکه تجربیات جدید و متنوع موجب برانگیختگی و نشاط می‌شود، احتمال افسردگی در این افراد کاهش پیدا می‌کند.

از نتایج دیگر این پژوهش، عدم معنی‌داری بودن رابطه وظیفه‌شناسی و افسردگی بود. طبق فراتحلیل کوتو و

²⁰ Kotov

²¹ Mak

ارتباطی گفت و شنود در پیش‌بینی افسردگی می‌توان به فرهنگ جمع‌گرایی ایرانی اشاره کرد. در الگوی گفت و شنود تمامی اعضا تشویق می‌شوند که بدون ترس و محدودیت نظرات خود را ابراز کنند و آزادانه در بحث‌ها شرکت کنند (۲۴). این نوع الگوی ارتباطی بیشتر در کشورهای غربی جریان دارد و در آنجا بر فردیت و ابراز آزادانه نظرات تأکید می‌شود در حالی که در فرهنگ ایرانی بیشتر الگوی هم‌نوایی مطرح است و فرد نمی‌تواند نظرات خود را به راحتی ابراز کند. در فرهنگ ایرانی هم‌جوشی عاطفی بسیار بالاست و در این نوع فرهنگ جمع‌گرایی ما ایرانیان، افراد هویت خود را در جمع جست‌وجو می‌کنند و با منسوب شدن به آن خود را شناخته و به دیگران می‌شناسانند. در فرهنگ شرقی اگر کسی قاطع باشد و نظرات، دیدگاه‌ها و خواسته‌های خود را صریحاً ابراز کند با انتظارات گروه هماهنگ نیست و خودخواه و گستاخ تلقی می‌شود (۴۱). از این رو به دلیل اینکه این نوع الگوی ارتباطی کمتر در فرهنگ ایرانی جریان دارد می‌تواند دلیلی بر عدم توان آن در پیش‌بینی افسردگی باشد.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که ویژگی‌های شخصیت (بجز ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی) و الگوهای ارتباطی هم‌نوایی می‌توانند پیش‌بینی کننده افسردگی بیماران مبتلا به صرع باشند. از این رو پیشنهاد می‌شود که مسئولان سیاست و برنامه‌ریزی و همچنین پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان و سایر متخصصان حوزه سلامت با آگاهی از نتایج پژوهش سعی در آموزش و بهبود ویژگی‌های مختلف شخصیتی و الگوهای ارتباطی خانواده داشته باشند تا شاهد کاهش مشکلات و آشفتگی‌های بیماران مبتلا به صرع باشیم. این پژوهش چون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت و مشکلاتی است؛ از آنجایی که تمام بیماران مبتلا به انواع صرع، صرف نظر از نوع صرع در پژوهش حاضر شرکت داشتند، همچنین از آنجایی که پژوهش به روش همبستگی بوده و روابط علی بین متغیرها قابل استنباط نیست، استفاده تنها از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات و همچنین سوگیری‌های موجود در پاسخ به پرسشنامه و عدم کنترل کردن متغیرهایی که به نوعی می‌توانند نتایج را مخدوش کنند؛ باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم را به عمل آورد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس است. در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، خانواده آنان، مسئولین محترم بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درمانی شهر بندرعباس و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

همکاران پایین بودن ویژگی وظیفه‌شناسی با افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و ترس مرضی اجتماعی همراه است (۳۶). پژوهش احمدی و همکاران نشان داد که رابطه منفی و معنی‌داری بین وظیفه‌شناسی و افسردگی وجود دارد (۳۸)؛ در مقابل پژوهش‌های چیوکوتا و استیل و پترسون و همکاران نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین وظیفه‌شناسی و افسردگی وجود دارد (۲۰، ۲۱). فردی که ویژگی وظیفه‌شناسی داشته باشد، احساس مسئولیت می‌کند، محتاط، دقیق و دلسوز است و همچنین هدفمند و در پی موفقیت است (۱۸). در تبیین این نتیجه این احتمال مطرح است که بیماران مبتلا به صرع به دلیل بیماری و حملات ناگهانی متناوب آن نمی‌توانند در کارهای خود دقت و احتیاط لازم را داشته باشند و همچنین به دلیل ایجاد باوری چون «بیماری برایم محدودیت ایجاد می‌کند و نمی‌گذارد در کارهایم موفق شوم» که از صحبت‌های آنان استنباط می‌شود، مسئولیت و امور کمتری را بر عهده بگیرند که به موجب این شیوه، ویژگی وظیفه‌شناسی در آنان تضعیف شود.

در بررسی رابطه بین الگوهای ارتباطی و افسردگی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه منفی و معنی‌داری بین الگوهای ارتباطی گفت و شنود و هم‌نوایی با افسردگی وجود دارد و تنها الگوی ارتباطی هم‌نوایی قادر است که به صورت معنی‌داری افسردگی را پیش‌بینی کند؛ به این صورت که با افزایش الگوی ارتباطی هم‌نوایی میزان افسردگی بالا می‌رود. کوروش‌نیا و لطیفیان در خود بر روی دانش‌آموزان به این نتیجه رسیدند که الگوی ارتباطی گفت و شنود می‌تواند به صورت منفی افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی کند؛ اما الگوی ارتباطی هم‌نوایی می‌تواند تنها اضطراب را در دانش‌آموزان پیش‌بینی کند (۲۵). عسکری و همکاران نشان دادند که رابطه مثبت و معنی‌داری بین الگوی ارتباطی گفت و شنود با سلامت عمومی، سلامت عاطفی و کیفیت زندگی وجود دارد و رابطه منفی بین الگوی ارتباطی هم‌نوایی با سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط، سلامت عاطفی و کیفیت زندگی وجود دارد (۴۱).

در الگوی ارتباطی هم‌نوایی اعضای خانواده تشویق می‌شوند تا از نظر ارزشی، نگرشی و اعتقادی شبیه همدیگر شوند تا از تعارض در تعاملات اجتناب کنند که به نوعی از خودجوشی و استقلال نظر آنان کاسته می‌شود (۲۴). ارائه اعتقاد و باورهای تحمیلی از سمت خانواده بر اعضای خود در الگوی ارتباطی هم‌نوایی بر خودپنداره فرد تأثیر می‌گذارد و از آنجایی که فرد میل درونی به استقلال و فردیت دارد دچار تعارض درونی می‌شود و این تعارض موجب آشفتگی‌های روانی و افسردگی می‌شود. در تبیین عدم توانایی الگوی

منابع

1. Najafi MR, Rezaei F, Vakili Zarch N, Dehghani F, Barekattain M. Personality and psychopathology of patients with grandmal and complex partial seizures. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2010; 18(2): 84-91.
2. Ebrahimi HA. Challenges in the treatment of epilepsy. *J Kerman Univ Med Sci.* 2012; 19(2): 212-24.
3. Kerr MP. The impact of epilepsy on patients' lives. *Acta Neurol Scand.* 2012; 126(194): 1-9.
4. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol.* 2012; 72(2): 184-91.
5. Dehghanifiroozabadi M, Manshaee G, Danae Sij Z, Sharifzadeh G. Effectiveness of cognitive behavioral stress management on depression and anxiety symptoms of patients with epilepsy and migraine. *J Birjand Univ Med Sci.* 2015; 21(4): 407-15.
6. Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol.* 2014; 10(3): 175-88.
7. Noohi S, Azar M, Karamad A, Shafiee Kandjani A, Amiri M, Habibi M et al. Frequency of symptoms of depression, general anxiety, obsessive-compulsive and phobia in interictal phase in Patients with epilepsy. *Med Sci.* 2008; 18(1): 39-43.
8. Gandy M, Sharpe L, Perry KN. Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012; 140(3): 222-32.
9. Alsaadi T, El Hammasi K, Shahrouf TM, Shakra M, Turkawi L, Nasreddine W, et al. Depression and anxiety among patients with epilepsy and multiple sclerosis: UAE comparative study. *Behavioural Neurology.* 2015; 4. doi.org/10.1155/2015/196373.
10. Biffu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Tebeje NB. Depression among people with epilepsy in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Research Notes.* 2015; 8(585): 1-8.
11. Salehzadeh M, Najafi M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epileptic patients. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2011; 19(3): 377-87.
12. Salehzadeh M, kalantari M, molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients. *Adv Cog Sci.* 2012; 12(2): 59-68.
13. Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *J Health Syst Res.* 2015; 11(1): 68-76.
14. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2008; 9(4): 52-8.
15. Shahsavari A, Foroghi S. Effectiveness of cognitive therapy on depression in epileptic patients. *IJPN.* 2015; 3(1): 37-46.
16. Besharat Gharamaleki R, Khanjani Z, Babapour J. Comparison of five big personality factors in depressive disorder patients and obsessive-compulsive disorders with normal individuals. *Knowl Res Appl Psycho.* 2013; 14(1): 110-7.
17. Lawrence AP, Oliver PJ. *Handbook of personality: theory and research.* 3rd ed. New York: Guilford; 1989.
18. McCrae RR, Costa PT Jr. Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO personality inventory. *Multivariate Behav Res.* 1989; 24(1): 107-24.
19. Harkness KL, Michael Bagby R, Joffe RT, Levitt A. Major depression, chronic minor depression, and the five-factor model of personality. *Eur J Pers.* 2002; 16(4): 271-81.
20. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Pers Individ Dif.* 2005; 38(6): 1283-91.
21. Petersen T, Papakostas GI, Bottonari K, Iacoviello B, Alpert JE, Fava M, et al. NEO-FFI factor scores as predictors of clinical response to fluoxetine in depressed outpatients. *Psychiatry Res.* 2002; 109(1): 9-16.
22. Radfar M, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M. Depression roots in viewpoints of depressed patients' family. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2013; 10(6): 780-92.
23. Fitzpatrick MA. Family communication patterns theory: Observations on its development and application. *J Fam Commun.* 2004; 4(3-4): 167-79.
24. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. *Commun Stud.* 1997; 48(1): 59-75.

25. Kouroshnia M, latifian M. Relationship between family communication patterns with anxiety and depression in children. *J Fam Res*. 2007; 3(10): 587-600.
26. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. Longman Publishing; 1996.
27. Zahiroddin A, Ghoreishi F. A survey of depressive symptoms in patients. *Res in Med*. 2006; 30(4): 305-8.
28. Roshanchsly R, Shaeiri M, Atryfrd M, Nikkhah A, Qaem-Maqami B, Rahimi-Rad A. Psychometric properties of "five-factor NEO personality inventory NEO-FFI. *J Daneshvar-Raftar*. 2007; 16: 27-36.
29. Anisi J, Majdiyan M, Joshanloo M, Ghoharikamel Z. Validity and reliability of NEO five-factor inventory (NEO-FFI) on university students. *J Behav Sci*. 2011; 5(4): 17-8.
30. Ebrahimi A. Effectiveness of integrated treatment of religious, cognitive behavioral and drug therapy on depression and dysfunctional attitudes of patients with dysthymic disorder. PhD thesis. Isfahan University; 2009.
31. Moallemi S, Bakhshani NM, Raghbi M. On the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Sistan and Baluchestan University, Southeast of Iran. *J Fund Ment Health*. 2011; 12(4): 702-9.
32. Shankman SA, Campbell ML, Klein DN, Leon AC, Arnow BA, Manber R, et al. Dysfunctional attitudes as a moderator of pharmacotherapy and psychotherapy for chronic depression. *J Psychiatric Res*. 2013; 47(1): 113-21.
33. Salehzade M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Noori A. Effectiveness of cognitive – behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. *J Behav Sci*. 2011; 4(4): 255-60.
34. Samkhaniani N, Yazdandoost R, Asgharnejad Farid AA. Surveying schematic mental model, perfectionism and need for approval, in depression. *IJPCP*. 2003; 8(3): 65-74.
35. Senormanci O, Konkan R, Guclu O, Senormanci G, Sungur MZ. The relationship between dysfunctional attitudes, rumination response styles and depression. *Dusunen Adam*. 2013; 26(3):239-47.
36. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2010; 136(5): 768-821.
37. Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, Sadan O. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(5): 1055-62.
38. Mak AS, Blewitt K, Heaven PC. Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals and depressive symptoms. *Pers Individ Dif*. 2004; 36(6): 1483-96.
39. Ahmadi K, Nejati V, Abdi M. Comparison of general health in adolescent boys and girls and its relationship with personality characteristics. *J Guilan Univ Med Sci*. 2012; 21(81): 29-36.
40. Bagherinia H, Yamini M, Ildarabadi S, Bagherinia F. Relationship between personality traits and mental health with resilience mediation in nurses. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2016; 22(6): 1063-70.
41. Askari S, Rashidi AR, Naghshineh T, Sharifi S. Relationship between family communication patterns and self-differentiation with quality of life in Seeking-divorce women. *J Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2015; 4(11): 87-112.