

مقایسه تحریف‌های شناختی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی بالا و پایین

آسیه شریعتمدار^۱، زهرا غروی^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱۲

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه تحریف‌های شناختی افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی بالا و پایین بود. **روش:** این مطالعه از نوع پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه معلولین جسمی حرکتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بود و نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد. با مراجعه به سه مرکز آموزش و نگهداری از افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی شهر تهران ۷۱ نفر با کسب رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه تحریف‌های شناختی (سالار، ۱۳۸۷) و تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغییره مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. **یافته‌ها:** مقدار F محاسبه شده در نمره کلی تحریف شناختی در سطح $p < 0/000$ معنادار بود به عبارتی میزان تحریف شناختی در گروه دارای تحمل پریشانی پایین بطور معناداری بیشتر از گروه دارای تحمل پریشانی بالا بود. مقدار F محاسبه شده در تمامی خرده مقیاس‌های پرسشنامه تحریف شناختی بجز شخصی‌سازی نیز در سطح $p < 0/001$ معنادار بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی پایین از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده می‌کنند. **کلیدواژه‌ها:** معلولان جسمی - حرکتی، تحریف‌های شناختی و تحمل پریشانی.

۱. استاد یار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی - تهران s_shariatmadar@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبایی - تهران. نویسنده مسئول:

E-mail: z_gharavi67@yahoo.com

مقدمه

درصد قابل توجهی از هر جامعه‌ای را افراد دچار معلولیت^۱ تشکیل می‌دهد (کمالی و ایران، ۱۳۸۲). معلولیت به عنوان محرومیت‌های فرد در نتیجه اختلال^۲ تعریف می‌شود. معلولیت با نقص و ناتوانی متفاوت است. مشارکت در اجتماع معیاری است که معلولیت بر مبنای آن تعریف می‌گردد. به عبارت دیگر ناتوانی در مشارکت در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران معلولیت نامیده می‌شود. معلولان به سه طبقه الف) معلولان جسمی، ب) معلولان ذهنی و روانی و ج) معلولان اجتماعی تقسیم می‌گردند (کریمی درمنی، ۱۳۹۰). یکی از گروه‌هایی که با واقعیتی تغییرناپذیر در زندگی خود مواجه هستند معلولان جسمی - حرکتی می‌باشند. بنابراین توجه به بهداشت روان این قشر ضرورت دارد.

افراد دارای ناتوانی باید برای کنار آمدن با مشکل خود، ویژگی‌های خاصی را در خود پرورش دهند. تحمل پریشانی^۳ از عوامل روانی و فردی مهم در کنار آمدن با سختی‌هاست. تحمل پریشانی به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی است. تحمل پریشانی می‌تواند نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد، اما به صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر^۴، ۲۰۰۵).

تحمل پریشانی سازه‌ای نسبتاً نوظهور است و یکی از سازه‌هایی است که در رفتار درمانی دیالکتیکی^۵ (DBT) توسط لینهان^۶ (۱۹۹۳) برای درمان اختلال شخصیت مرزی، مطرح گردید (لینهان، ۱۹۹۳ و لینهان و همکاران، ۲۰۰۲).

تحمل پریشانی مهارتی مبتنی بر پذیرش واقعیت، بدون تلاش برای تغییر آن است.

1. Handicap
2. Impairment
3. Distress Tolerance
4. Simons, J., & Gaher, R.M.
5. Dialectical Behavior Therapy
6. Linehan, M.M

لازم به ذکر است پذیرش واقعیت به معنای تایید آن نیست و بایستی بین این دو تمایز قائل شد. این مهارت ترکیبی از مهارت‌های رفتار درمانی شناختی و اعمال ذهن به ویژه پذیرش رادیکال^۱ است (محمود علیلو و شریفی، ۱۳۹۲). توانایی تحمل درد و پریشانی به دو دلیل، هدف اساسی سلامت روان است. از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان بطور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیرش واقعیت تغییرناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد. از طرفی اگر فرد برای تغییر خود، تلاش نکند، اعمال تکانشی جایگزین تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳).

مدل یکپارچه تحمل پریشانی شامل تحمل در ابعاد عدم قطعیت^۲، ابهام^۳، ناکامی^۴، هیجانات منفی^۵ و ناراحتی جسمی^۶ است (زولنسکی، و جانویس، برنشتاین و لیرو^۷، ۲۰۱۰، لیرو، زولنسکی و برنشتاین^۸).

تحقیقات ارتباط بین تحمل پریشانی و اختلالات و نشانگان آسیب شناختی روانی^۹ را نشان می‌دهد (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰ و زولنسکی و همکاران، ۲۰۱۰). به عنوان مثال رابطه تحمل عدم قطعیت با اختلال اضطراب فراگیر^{۱۰} (با هر دو داگاس^{۱۱} ۲۰۰۲)، تحمل ابهام با نگرانی^{۱۲} و انعطاف ناپذیری رفتاری^{۱۳}، تحمل ناکامی با اضطراب، خودآزاری^{۱۴} و افسردگی (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰)، عدم تحمل هیجانات منفی با اختلال شخصیت

1. Radical Acceptance

2. Uncertainty

3. Ambiguity

4. Frustration

5. Negative Emotion

6. Physical Discomfort

7. Zvolensky, M. J., Vujanovic, A.A., Bernstein, A., & Leyro, T.

8. Leyro, T.M., Zvolensky, M.J., & Bernstein, A.

9. Psychopathological

10. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

11. Buhr, K., & Dugas, M.J.

12. Worry

13. Behavioral Rigidity

14. Self-Harm

مرزی (لینهان، ۱۹۹۳)، تحمل هیجان‌نا منفی با استرس پس از سانحه^۱ (وجانویس، میلر، پوتر، مارشال و زولنسکی^۲، ۲۰۱۱) و عدم تحمل ناراحتی جسمی در بیماران مبتلا به اختلال ترس^۳ بیشتر گزارش شده است (اشمیت، ریچی و فیتزپاتریک^۴، ۲۰۰۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد سیگاری از تحمل پریشانی کمی برخوردارند رگلان^۵ (۲۰۱۳) و از مواد مخدر برای تسکین سریع هیجان‌نا منفی استفاده می‌کنند. افزایش تحمل پریشانی میزان موفقیت درمان سیگاری‌ها را افزایش و خطر عود را کاهش می‌دهد. بنابراین سطوح پایین تحمل پریشانی یکی از عوامل خطر برای لغزش در ترک سیگار است (براون، پالم، استرانگ، لژوز، کاهلرو همکاران^۶، ۲۰۰۸، و براون، کاهلرو استرانگ^۷، ۲۰۰۲).

نتایج مطالعه کوئین، براندون و کاپلند^۷ (۱۹۹۶) نشان داد افراد با تحمل پریشانی پائین به مصرف مواد مخدر به عنوان یک تقویت فوری روی می‌آورند. این مطالعه بیان کننده این است که مصرف کنندگان مواد مخدر از سطوح پائین تر تحمل پریشانی نسبت به افراد عادی برخوردارند. داترز^۸ (۲۰۰۵) بیان می‌کند سطوح پائین تحمل پریشانی پیش بینی کننده ترک زود هنگام درمان در مصرف کنندگان مواد مخدر است. برنوالوا^۹ (۲۰۰۸) بر اهمیت افزایش تحمل پریشانی با استفاده از آموزش مهارت‌هایی برای بهبود عدم تحمل پریشانی (SIDI^{۱۰}) در درمان افراد مصرف کننده مواد مخدر، تاکید می‌کند.

تحمل پریشانی از فرایندهای شناختی تأثیر می‌پذیرد و آن رانیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عنوان مثال تمایل به توجه به ابعاد پریشان کننده یک موقعیت و تغییر

1. Posttraumatic Stress
2. Vujanovic, A.A., Miller, M.O.B., Potter, C.M., Marshal, E.C. & Zvolensky, M.J.
3. Panic Disorder
4. Schmidt, N., Richey, J., & Fitzpatrick, K.
5. Reglan, G.B.
6. Brown, R.A., Palm, K.M., Strong, D.R., Lejuez, C.W., Kahler, C.W., & Et Al
7. Quinn, E.P., Brandon, T.H., & Copeland, A.L.
8. Daughters, S.B.
9. Bornovalova, M.A.
10. Skills For Improving Distress Intolerance

معنای موقعیت (به عنوان مثال فاجعه سازی^۱ یا کوچک نمایی^۲) برای جاد پریشانی تأثیر می‌گذارد و همچنین عملکرد تحمل پریشانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

یکی از فرایندهای شناختی، تحریف‌های شناختی^۳ است. تحریف‌های شناختی توسط بک^۴ در نظریه شناختی^۵ مطرح گردید. بک (۱۹۷۶) تحریف‌های شناختی را به عنوان خطاهای پردازش اطلاعات تعریف می‌کند که منجر به فرض‌ها و استنباط‌های تحریف شده و نامناسب می‌گردد. مشهورترین تحریف‌های شناختی شامل؛ تفکر همه یا هیچ^۶، تعمیم مبالغه‌آمیز^۷، فیلتر ذهنی^۸، بی‌توجهی به امر مثبت^۹، نتیجه‌گیری شتاب زده^{۱۰}، درشت نمایی^{۱۱}، استدلال احساسی^{۱۲}، باید‌ها^{۱۳}، برچسب زدن^{۱۴} و شخصی سازی^{۱۵} میباشد (برنز، ۱۹۹۰، ترجمه قرچه داغی، ۱۳۹۲).

تحریف‌های شناختی در پژوهش‌های گوناگونی مورد مطالعه قرار گرفته است. تحریف‌های شناختی بر میزان موفقیت درمان افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی نیز موثر است. بنابراین ارزیابی و اصلاح تحریف‌های شناختی در درمان این بیماران حائز اهمیت است (مورنو، کانیکم، گچل و مایر^{۱۶}، ۱۹۹۱). نتایج مطالعه سیرز و کراوس^{۱۷} (۲۰۰۹) نشان

1. Catastrophizing
2. Minimizing
3. Cognitive Distortions
4. Beck, A.T.
5. Cognitive Theory
6. All-Or-Nothing Thinking
7. Overgeneralization
8. Mental Filter:
9. Disqualifying The Positive
10. Jumping To Conclusions
11. Magnification
12. Emotional Reasoning
13. Should Statements
14. Labeling
15. Personalization
16. Moreno, R., Cunnigham, A.C., Gatchel, R.J., & Mayer, T.G.
17. Sears, S., & Kraus, S.

داد که تغییر در تحریف های شناختی (به عنوان مداخله واسطه) موجب کاهش اضطراب و عواطف منفی و همچنین افزایش امید می گردد. در مطالعه ای که توسط موران و موتا^۱ (۱۹۹۳) درباره تحریف های شناختی در سه گروه افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، گروه مبتلا به اضطراب و افسردگی و گروه غیربالینی انجام شده است، دریافتند که میزان تحریف های شناختی در افراد مبتلا به PTSD و اضطراب و افسردگی بیشتر از گروه غیربالینی است. پژوهش موسوی، شهاب جهانلو، نمازی و رجایی (۱۳۸۰) نیز بر روی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد سالم نشان داد که افراد وابسته به مواد مخدر از تحریف های شناختی بیشتری نسبت به افراد سالم برخوردارند.

با توجه به اینکه تحمل پریشانی از فرایندهای شناختی تأثیرمی پذیرد و یکی از فرایندهای شناختی، تحریف های شناختی است و همان طوری که در پژوهش های فوق بیان گردید برخی از بیماری های روانی نظیر اضطراب و افسردگی با تحمل پریشانی و تحریف های شناختی در ارتباط هستند و از سویی تاکنون مطالعه ای به طور مستقیم تحمل پریشانی و تحریف های شناختی را مورد مطالعه قرار نداده است، هدف پژوهشگران در این پژوهش پاسخ دادن به این سوال است که آیا تحریف های شناختی افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی بالا و پایین متفاوت است؟

روش

در این پژوهش از روش علی - مقاسیه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش معلولین جسمی - حرکتی شهر تهران در بهار سال ۱۳۹۲ بوده است. نمونه گیری به صورت تصادفی انجام شد. ملاک ورود افراد به این مطالعه داشتن معلولیت جسمی حرکتی بود. با مراجعه به سه مرکز آموزش و نگهداری از معلولین جسمی - حرکتی با کسب رضایت آگاهانه ۷۱ نفر در این پژوهش شرکت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات دو

پرسشنامه تحمل‌پریشانی و تحریف‌های شناختی بود که هر دو به صورت خود گزارشی هستند. نتایج از طریق آزمون تحلیل واریانس چند متغییره تحلیل گردید. از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

الف) مقیاس تحریف‌های شناختی: این مقیاس توسط سالار (۱۳۸۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ عبارت است که ۱۰ تحریف شناختی شامل: تفکر همه یا هیچ (عبارت ۱ و ۲)، تعمیم مبالغه‌آمیز (عبارت ۳ و ۴)، فیلتر ذهنی (عبارت ۵ و ۶)، بی‌توجهی به امر مثبت (عبارت ۷ و ۸)، نتیجه‌گیری شتاب زده (عبارت ۹ و ۱۰)، درشت‌نمایی (عبارت ۱۱ و ۱۴)، استدلال احساسی (عبارت ۱۲ و ۱۳)، بایدها (عبارت ۱۵ و ۱۶)، برچسب زدن (عبارت ۱۷ و ۱۸) و شخصی‌سازی (عبارت ۱۹ و ۲۰) را مورد سنجش قرار می‌دهد. برای هر عبارت ۵ گزینه شامل کاملاً موافقم، اندکی موافقم، نظری ندارم، اندکی مخالفم و کاملاً مخالفم وجود دارد که گزینه کاملاً موافقم معادل نمره ۱ و گزینه کاملاً مخالف معادل نمره ۵ است و تنها عبارت شماره ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری میشود. هرفردی که نمره بیشتری کسب کند از تفکر سالم تری برخوردار است و هرفردی که نمره پائین تری به دست آورد از تحریف‌های شناختی بیشتری برخوردار است. این پرسشنامه روی ۳۰۰ نفر (۱۵۱ زن و ۱۴۹ مرد) انجام شد. برای تعیین همسانی درونی آن از آلفای کرانباخ استفاده شد. ضریب آلفای به دست آمده به صورت استاندارد برابر با ۰/۸۰ است به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت آزمون حاضر از همسانی درونی خوبی برخوردار است (سالار، ۱۳۸۷).

ب) مقیاس تحمل‌پریشانی (DTS): این مقیاس توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. که در فرم اصلی دارای ۱۶ عبارت و در فرم فارسی دارای ۱۵ عبارت است. عبارات این مقیاس بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای شامل کاملاً موافق، اندکی موافق، به یک اندازه موافق و مخالف، اندکی مخالف و کاملاً مخالف وجود دارد که گزینه کاملاً موافق معادل نمره ۱ و گزینه کاملاً مخالف معادل نمره ۵ است و تنها عبارت شماره ۶ به

صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضریب آلفای به دست آمده برای این خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شد این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس توسط علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (۱۳۹۰) روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا شد. پایایی همسانی درونی آن از طریق آلفای کرانباخ محاسبه شد. نتایج این مطالعه پایایی همسانی درونی بالایی (۰/۷۱) را نشان داد (علوی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته ها

یافته های پژوهش از طریق تحلیل واریانس چند متغییره تجزیه و تحلیل شده است.

جدول شماره ۱- میانگین نمره کلی و خرده مقیاسهای پرسشنامه

تحریف شناختی در دو گروه دارای تحمل پریشانی بالا و پایین

مقیاس	گروه	پیش آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد
تفکر همه یا هیچ	تحمل پریشانی	۶/۶۹	۱/۴۱
	پایین		
تعمیم مبالغه آمیز	تحمل پریشانی بالا	۷/۸۹	۲/۰۲
	پایین	۵/۱۶	۲/۱۱
فیلتر ذهنی	تحمل پریشانی بالا	۷/۸۹	۲/۰۲
	پایین	۶/۰۹	۲/۰۲
بی توجهی به امر مثبت	تحمل پریشانی بالا	۸/۰۳	۱/۶۸
	پایین	۵/۸۶	۲/۳۶

پیش آزمون		گروه	مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین		
۲/۱۸	۸/۱۴	تحمل پریشانی بالا	نتیجه گیری شتابزده
۱/۸۰	۵/۲۵	تحمل پریشانی پایین	
۱/۶۴	۷/۵۰	تحمل پریشانی بالا	
۱/۹۸	۵/۴۶	تحمل پریشانی پایین	درشت بینی - ریز بینی
۱/۹۹	۶/۹۲	تحمل پریشانی بالا	استدلال احساسی
۲/۱۲	۷/۱۱	تحمل پریشانی پایین	
۱/۴۱	۸/۷۱	تحمل پریشانی بالا	
۱/۹	۴/۷۶	تحمل پریشانی پایین	بایدها و نبایدها
۱/۸۸	۷/۳۵	تحمل پریشانی بالا	برچسب زدن
۲/۵۱	۶/۲۰	تحمل پریشانی پایین	
۲/۲۱	۷/۹۶	تحمل پریشانی بالا	
۲/۱۰	۶/۵۳	تحمل پریشانی پایین	شخصی سازی
۲/۰۵	۶/۹۲	تحمل پریشانی بالا	نمره کلی تحریف شناختی
۱۲/۰۶	۵۹/۱۶	تحمل پریشانی پایین	
۱۱/۱۴	۷۷/۳۵	تحمل پریشانی بالا	

نتایج حاصل از جدول شماره یک نشان می دهد که میانگین نمرات تمامی خرده آزمونها و نمره کلی تحریف شناختی در گروه دارای پریشانی بالا بیشتر از گروه دارای پریشانی پایین است. لازم به ذکر است که در مقیاس تحریف های شناختی هر فردی که نمره بیشتری کسب کند از تفکر سالم تری برخوردار است و هر فردی که نمره پایین تری به

دست آورد از تحریف های شناختی بیشتری برخوردار است. برای بررسی معنا داری این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده که نتایج آن در جداول بعدی نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: آزمونهای چند متغیره برای بررسی معناداری تفاوت بین میانگینها در گروه های پژوهش

گروه	ارزش	F آزمون	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر Pilla	۰/۴۶۴	۵/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۴
Wilks لامبادا	۰/۳۵۶	۵/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۴
اثر هتلینگ	۰/۸۶۷	۵/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۴
بزرگترین ریشه Roy	۰/۸۶۷	۵/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۴

نتایج حاصل از جدول فوق نشان می دهد که مقادیر f محاسبه شده در سطح $p < ۰/۰۰۰$ معنا دار است. بنابراین حداقل تفاوت بین یک جفت میانگین معنادار می باشد که نتایج این بررسی در جدول بعدی نشان داده شده است. مقدار مجذور اتا نشان می دهد که بین گروه و متغیر وابسته همبستگی نسبتا خوبی وجود دارد.

جدول شماره ۳: خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس چند متغیره

منبع تغییر	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آزمون	سطح معناداری	مجذوراتا
تفکر همه یا هیچ	۲۴/۲۲	۱	۲۴/۲۲	۸/۶۲	۰/۰۰۴	۰/۱۱۱	
تعمیم مبالغه آمیز	۱۲۶/۳۹	۱	۱۲۶/۳۹	۲/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷	
فیلتر ذهنی	۶۳/۹۹	۱	۶۳/۹۹	۱۷/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۲۰۵	
بی توجهی به امر مثبت	۸۸/۳۳	۱	۸۸/۳۳	۱۶/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۱۹۵	
نتیجه گیری شتابزده	۸۵/۴۰	۱	۸۵/۴۰	۲۸/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۰	
درشت بینی - ریز بینی	۳۶/۳۱	۱	۳۶/۳۱	۹/۱۹	۰/۰۰۳	۰/۱۱۸	
استدلال احساسی	۴۳/۳۰	۱	۴۳/۳۰	۱۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۵۱	

منبع تغییر	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آزمون F	سطح معنا داری	مجدور اتا
	بایدها و نبایدها	۱۱۳/۷۲	۱	۱۱۳/۷۲	۳۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱۴
	برچسب زدن	۵۵/۲۲	۱	۵۵/۲۲	۹/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۱۱۶
	شخصی سازی	۲/۶۲	۱	۲/۶۲	۰/۶۰۳	۰/۴۴	۰/۰۰۹
	نمره کلی تحریف شناختی	۵۶۱۳/۵۹	۱	۵۶۱۳/۵۹	۴۰/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲
خطا	تفکر همه یا هیچ	۱۹۳/۷۴	۶۹	۲/۸			
	تعمیم مبالغه آمیز	۲۹۸/۵۳	۶۹	۴/۳۲			
	فیلتر ذهنی	۲۴۸/۵۹	۶۹	۳/۶			
	بی توجهی به امر مثبت	۳۶۴/۵۹	۶۹	۵/۲۸			
	نتیجه گیری شتابزده	۲۰۹/۱۸	۶۹	۳/۰۳			
	درشت بینی - ریزبینی	۲۷۲/۵۵	۶۹	۳/۹۵			
	استدلال احساسی	۲۴۴/۱۳	۶۹	۳/۵۳			
	بایدها و نبایدها	۲۴۸/۱۰	۶۹	۳/۵۹			
	برچسب زدن	۳۹۸/۰۸	۶۹	۵/۷۶			
	شخصی سازی	۳۰۰/۵۵	۶۹	۴/۳۵			
	نمره کلی تحریف شناختی	۹۴۷۲/۲۸	۶۹	۱۳۷/۲۸			
	کل	تفکر همه یا هیچ	۲۱۷/۹۷	۷۰			
تعمیم مبالغه آمیز		۴۲۴/۹۳	۷۰				
فیلتر ذهنی		۳۱۲/۵۹	۷۰				
بی توجهی به امر مثبت		۴۵۲/۹۳	۷۰				
نتیجه گیری شتابزده		۲۹۴/۵۹	۷۰				
درشت بینی - ریزبینی		۳۰۸/۸۷	۷۰				

منبع تغییر	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنا داری	مجذور اتا
	استدلال احساسی	۲۸۷/۴۳	۷۰				
	بایدها و نبایدها	۳۶۱/۸۳	۷۰				
	برچسب زدن	۴۵۰/۳۱	۷۰				
	شخصی سازی	۳۰۳/۱۸	۷۰				
	نمره کلی تحریف شناختی	۱۵۰۸۵/۸۸	۷۰				

نتایج حاصل از جدول فوق نشان می دهد که:

مقدار F محاسبه شده در نمره کلی تحریف شناختی در سطح $p < 0/000$ معنادار است به عبارتی میزان تحریف شناختی در گروه دارای تحمل پریشانی پایین بطور معناداری بیشتر از گروه دارای تحمل پریشانی بالا است.

مقادیر F محاسبه شده در تمامی خرده مقیاسهای پرسشنامه تحریف شناختی بجز شخصی سازی نیز در سطح $p < 0/001$ معنادار است. بدین معنا که میزان انواع خطاهای شناختی مورد بررسی در پرسشنامه تحریف شناختی بجز خطای شخص سازی در گروه دارای تحمل پریشانی پایین بیشتر از افرادی است که دارای تحمل پریشانی بالا هستند. مقایسه ضرایب اتا نشان می دهد که بیشترین تفاوت در دو گروه به ترتیب در نمره کلی، خطای بایدها و نبایدها، تعمیم مبالغه آمیز و نتیجه گیری شتابزده است و کمترین تفاوت در خطای تفکر همه یا هیچ، درشت بینی و ریز بینی و برچسب زدن می باشد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نقش تحریف های شناختی و تحمل پریشانی در بیماری های روان شناختی و عدم بررسی این دو مولفه در پژوهش های پیشین، مطالعه حاضر در صدد بررسی این دو

متغییر در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی برآمد. لزوم توجه به سلامت روان افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی علت انتخاب این جمعیت بود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تحریف‌های شناختی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی بالا و پایین انجام شد. نتایج نشان داد افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی پائین از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده می‌کنند. براساس یافته‌ی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) نیز تحمل پریشانی به صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود، اما می‌تواند نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد.

از نظر لینهان (۱۹۹۳) نیز از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان بطور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیرش واقعیت تغییر ناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد. بنابراین اگر به جای رویارویی با واقعیت تغییر ناپذیر و پذیرش آن، معلولان جسمی حرکتی به شیوه‌های انکار و تحریف‌های شناختی متوسل شوند، تحمل درد و پریشانی برای آنان سخت‌تر خواهد بود. این داده توجیه می‌کند که چرا معلولان دارای تحریف شناختی بیشتر، پریشان‌تر هستند.

تحقیقات زیادی ارتباط بین تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن را با متغیرهای شاخص عدم برخورداری از سلامت روان نشان می‌دهد. از جمله: ارتباط بین تحمل پریشانی و اختلالات و نشانگان آسیب شناختی روانی (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰ و زولنسکی و همکاران، ۲۰۱۰)، رابطه تحمل عدم قطعیت با اختلال اضطراب فراگیر (باهر و داگاس، ۲۰۰۲)، تحمل ابهام با نگرانی و انعطاف ناپذیری رفتاری، تحمل ناکامی با اضطراب، خودآزاری و افسردگی (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰)، عدم تحمل هیجانات منفی با اختلال شخصیت مرزی (لینهان، ۱۹۹۳)، تحمل هیجانات منفی با استرس پس از سانحه (وجانویس، میلر، پوتر، مارشال و زولنسکی، ۲۰۱۱) و عدم تحمل ناراحتی جسمی در بیماران مبتلا به اختلال ترس (اشمیت، ریچی و فیتزپاتریک، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد یکی

از وجوه از وجوه اشتراک این اختلالات شناخت های ناکارآمد و تحریف های شناختی باشد. به هر حال تحمل پریشانی از فرایندهای شناختی تأثیری می پذیرد و آن رانیز تحت تأثیر قرار می دهد. به عنوان مثال تمایل به توجه به ابعاد پریشان کننده یک موقعیت و تغییر معنای موقعیت (به عنوان مثال فاجعه سازی یا کوچک نمایی) برای جاد پریشانی تأثیر می گذارد و همچنین عملکرد تحمل پریشانی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. این فرایندها موجب شناخت ناکارآمد می شود و شناخت ناکارآمد خود، پریشانی را افزایش می دهد و به این شکل یک دور معیوب شکل می گیرد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

از محدودیت های پژوهش حاضر این بود که برخی از افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی به دلیل ناتوانی و محدودیت های جسمی قادر به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه نبودند یا تکمیل پرسشنامه برای آنها با مشکلاتی همراه بود. همچنین دسترسی به این جامعه آماری با دشواری هایی همراه بود. در پژوهش های آتی باید این تحقیق در مورد سایر جمعیت های آماری و بالینی که چنین محدودیت هایی را ندارند، تکرار شود. ابزار گردآوری اطلاعات به صورت خودگزارشی بود. این نوع ابزار جمع آوری اطلاعات در معرض گزارش های نادرست قرار دارد. پیشنهاد میشود در پژوهش های آتی علاوه بر مقیاس های خودگزارشی از سایر روش های جمع آوری اطلاعات که در معرض این خطر قرار ندارند نیز استفاده شود. با توجه به این که روش این پژوهش علی مقایسه ای بود و اطلاعات حاصل از این روش میتواند راهنمایی برای تحقیقات آزمایشی بعدی که نتایج آنها قطعی تر است باشد (دلور، ۱۳۸۸) پیشنهاد میشود در آینده از روش های آزمایش برای دستیابی به نتایج روشن تر استفاده شود.

منابع

- برنز، د.، (۱۹۷۹). *از حال خوب به حال بد (شناخت درونی)*. ترجمه مهدی قرچه داغی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات آسیم.
- دلور، ع.، (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ هفتم، تهران: انتشارات

- رشد.
- سالار، م. (۱۳۸۷). *هنجار یابی مقدماتی پرسشنامه تحریف‌های شناختی*، پایان‌نامه کارشناسی رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور بهشهر.
 - علوی، خ.، مدرس غروی، م.، امین یزدی، امیر.، و صالحی فدردی، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تأکید بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی. *مجله اصول بهداشت روان*، ۱۳ (۲)، ۱۳۵-۱۲۴.
 - کریمی درمنی، ح. (۱۳۹۰). *توانبخشی گروه‌های خاص (با تأکید بر مداخله اجتماعی)*. چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
 - کمالی، م.، ایران، ف. (۱۳۸۲). *مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت*. *مجله رفاه اجتماعی*، ۲ (۷)، ۹۳-۱۱۰.
 - محمود علیلو، م.، شریفی، م. (۱۳۹۲). *اختلال شخصیت مرزی مباحث نظری و روش‌های درمانی*. چاپ اول، تهران: انتشارات کتاب ارجمند.
 - موسوی، م.، شهاب جهانلو، ع.، نمازی، ش.، رجایی، ر. (۱۳۸۰). مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مبتلا به وابستگی مواد و افراد غیر وابسته. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان*، ۱۳ (۲)، ۱۹-۲۱.
 - Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
 - Bornovalova, M. A. (2008). *Distress tolerance treatment for inner-city drug users: a preliminary trial*. Doctoral dissertation. Maryland University.
 - Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 180-185.
 - Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J.,... & Gifford, E. V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers rationale, program description, and preliminary findings. *Journal of Behavior modification*, 32, 302-332.
 - Buhr, K., & Dugas, M.J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
 - Daughters, S. B. (2005). *Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility*. Doctoral dissertation. Maryland University.
 - Leyro, T.M., Zvolensky, M.J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Journal of Psychological Bulletin*, 136, 576-600.
 - Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, A. C., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan. D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid

- dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
 - Moreno, R., Cunnigham, A. C., Gatchel, R. J., & Mayer, T. G. (1991). Functional changes in depression, cognitive distortion, and disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1, 207-216.
 - Muran, E. M., & Motta, R. W. (1993). Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 166-176.
 - Quinn, E.P., Brandon, T.H., & Copeland, A.L. (1996). Is task persistence related to smoking and substance abuse? The application of learned industriousness theory to addictive behaviors. *Journal of Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 4, 186-190.
 - Raglan, G. B. (2013). *Distress tolerance and smoking status: differences between smokers, former and never smokers*. master's thesis. American University.
 - Schmidt, N., Richey, J., & Fitzpatrick, K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 263-280.
 - Sears, s., & Kraus, S. (2009). I think therefore i om: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 561-573.
 - Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self- report measure. *Journal of Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
 - Vujanovic, A.A., Miller, M. O. B., Potter, C. M., Marshal, E. C. & Zvolensky, M. J. (2011). An Evaluation of the Relation Between Distress Tolerance and Posttraumatic Stress within a Trauma-Exposed Sample. *Journal of Psychopathol Behav Assess*, 33, 129-135.
 - Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein , A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance : Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Journal of Current Directions in Psychological Science*, 19, 406-410.