

مقاله اصلی

مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۵

خلاصه

مقدمه

بروز اختلال شخصیت سبب آسیب به مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و هیجانی مبتلایان می‌شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا اختلال شخصیت با افراد عادی شهر اصفهان انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر به دو گروه کلی، افراد مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی و افراد عادی شهر اصفهان تقسیم می‌گردد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به اختلال شخصیت مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، تعداد ۶۰ فرد و از بین افراد سالم نیز ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش آن‌ها ارائه داده شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس چندمتغیری توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی دارای تفاوت معنادار با هم است ($p < 0/0001$). بدین صورت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد عادی، دارای نمرات پایین‌تر در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بودند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، لازم است که به فرایندهای روان‌شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت توجه کافی صورت گرفته و با بکارگیری روش‌های مداخله‌ای مناسب همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان ذهن آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌نگر، به سلامت روان‌شناختی این بیماران یاری رسانده شود.

کلمات کلیدی

بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، اختلال شخصیت
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهه شفیایی^۱

سیدحمید آتش‌پور^{۲*}

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

Email:

hamidatashpour@gmail.com

مقدمه

اختلالات شخصیت^۱، الگوی رفتاری پایدار هستند و در بسیاری از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی انعطاف‌ناپذیرند و از نظر بالینی منجر به نگرانی شدید یا آسیب جدی در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر زمینه‌های مهم می‌شوند. این اختلالات در صورت عدم درمان منجر به آشفتگی شخصیتی قابل‌ملاحظه‌ای می‌شوند (۱). اختلال شخصیت مجموعه‌ای بادوام از تجربه‌های درونی و رفتارهای که با آنچه از فرهنگ و جامعه‌ی فرد انتظار می‌رود بسیار تفاوت دارد، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده است، در طول زمان ثابت دارد، و به رنج یا نابسامانی منجر می‌شود (۲). طیف محدود تجارب و پاسخ‌های مبتلایان به این اختلالات منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌گردد. این اختلالات معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شوند (یا حداقل در این سنین قابل تشخیص‌اند)، اگرچه در بعضی موارد نیز اختلال در دوران کودکی شروع می‌شود، ولی انواع آن از نظر میزان فروپاشی فرد متفاوت است (۳). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) ۱۰ نوع اختلال شخصیت تعریف کرده و آن‌ها را در ۳ طبقه قرار می‌دهد. طبقه اول با رفتار «عجیب و غریب» مشخص شده و مرکب از اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. طبقه دوم، که با رفتار «هیجانی و نمایشی» مشخص شده، مرکب از اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، مرزی و خودشیفته است. طبقه سوم که با رفتار «اضطرابی» مشخص می‌شود، شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و سواسی/جبری است. بررسی اختلالات شخصیت نشان می‌دهد که علائم و نشانه‌های هر یک از این ۱۰ اختلال با یکدیگر هم‌پوشانی فراوان دارند. بنابراین، تمایز قائل شدن بین آن‌ها دشوار است (۴).

مشاهده شده است که بین ۱۹ تا ۴۹ درصد از بیماران روانی، مبتلا به یکی از اختلالات شخصیتی هستند (۵). سالیانه هزینه‌های

هنگفتی صرف درمان روان‌پزشکی این اختلالات و راه‌اندازی سرویس‌ها و سازمان‌های سلامت روانی برای بستری کردن افراد مبتلا به آن‌ها می‌شود (۶). بر همین اساس، شناخت ویژگی‌ها و حالات روان‌شناختی و الگوی زندگی این افراد می‌تواند به درمان‌گران در جهت اتخاذ تدابیر درمانی و حمایتی مناسب کمک شایانی بنماید. زندگی در کنار افرادی که به اختلالات شخصیت دچار هستند، گاه‌آ سخت و دشوار است و پیچیدگی‌هایی که آن‌ها در الگوی تفکر، هیجان و پاسخ‌دهی به رویدادهای پیرامونی از خود نشان می‌دهند، درمان آن‌ها را با مشکلات زیادی مواجه می‌سازد (۷).

اختلال شخصیت، سلامت روان بیماران را هدف قرار داده و سبب می‌شود تا مبتلایان در مولفه‌های مختلف روان‌شناختی همچون بهزیستی روان‌شناختی^۲ دچار آسیب جدی شوند (۸-۱۰). ریف^۳ (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه فرد می‌داند (۱۱). بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس‌کننده عملکرد و تجربه روان‌شناختی مطلوب است (۱۲). بهزیستی صحیح شامل هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی بالغ مانند خود رهبری، مشارکت کردن، خودشکوفایی، رضایت از زندگی و نیروهای شخصیتی مانند امید، دلسوزی و شجاعت می‌شود. هم‌چنین به خودآگاهی به عنوان کلید بهزیستی صحیح اشاره شده است، مبتنی بر این حقیقت که ویژگی‌های بهزیستی اگر درونی نشوند، خود به خود تجربه نشوند و افراد از خود و اعمال‌شان آگاه نباشند، تقلیل می‌یابند (۱۳). ریف به نقل از هارینگتون دریافت که محققان درباره معیارهایی از قبیل: پذیرش خود^۴، روابط مثبت با دیگران^۵، استقلال^۶، تسلط بر محیط^۷، هدفمندی در زندگی^۸ و رشد شخصی^۹ در حوزه بهزیستی روان‌شناختی اتفاق نظر دارند

2. Psychological well-being

7. Ryff

4. Self acceptance

5. Positive reactions with others

6. Autonomy

7. Environmental mastery

8. Purpose in life

9. Personal growth

1. Personality disorders

جهت مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا اختلال شخصیت با افراد عادی، محققین بر آن شدند تا این مولفه‌ها را در بین دو گروه افراد مبتلا اختلال شخصیت و افراد عادی مورد مقایسه و آزمون قرار دهد. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا بین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا اختلال شخصیت با افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی و به دلیل عدم دخالت پژوهشگر در متغیرهای مورد بررسی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر به دو گروه کلی، افراد مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی و افراد عادی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ تقسیم می‌گردد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان نظام روان‌شناسی و مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی، افرادی که توسط روان‌پزشک تشخیص یکی از اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی) را دریافت کرده بودند مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال شخصیت در نزد این افراد، یک متخصص (دکترای روان‌شناسی) با آنها مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ انجام داد. سپس از بین افرادی که مبتلا به اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی) تشخیص داده شدند ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. تعداد ۶۰ نفر از همراهان گروه نمونه نیز که فاقد علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت بوده و همگن با گروه نمونه بودند، انتخاب شدند. ملاک انتخاب این تعداد برای حجم نمونه مراجعه به منابع علمی مکتوب بود که تعداد ۵۰ نفر را برای هر گروه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای جهت تعمیم داده‌ها مکفی قلمداد کرده‌اند (۲۴). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ابتلا به یکی از اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و

۱۴). ملاک‌های فوق با کنش‌وری مثبت از قبیل رضایت از زندگی رابطه مثبت و با کنش‌وری‌های منفی از قبیل افسردگی رابطه منفی نشان می‌دهد (۱۵). ساتیسی^۱ (۲۰۱۶) (۱۶) و اسمیت و یانگ^۲ (۲۰۱۷) (۱۷) نشان دادند بین بهزیستی و تاب‌آوری و آسیب‌پذیری در برابر اختلالات تعامل معنی‌دار وجود دارد.

بروز آسیب‌های روان‌شناختی حاد همچون اختلال شخصیت می‌تواند شرایط زندگی فردی و اجتماعی مبتلایان را متاثر ساخته و به نوعی به کیفیت زندگی^۳ آنها آسیب وارد سازد (۱۸-۲۰). کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد (۲۱). در بعد فیزیکی مهم‌ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است. بر این اساس کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد. کیفیت زندگی به برداشت افراد از موقعیت خود در زندگی و بافت فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارزش‌ها و علایق آن‌ها شامل سلامت جسمی، روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورها و ارتباط افراد با خصیصه‌های مهم محیط‌شان، گفته می‌شود (۲۲). درک از کیفیت زندگی متاثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی موثر است. در بعد اجتماعی- فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی هستند (۲۳).

حال با عطف توجه به وجود آسیب‌های روان‌شناختی، رفتاری، هیجانی، تعاملی و ارتباطی در افراد مبتلا به انواع اختلالات شخصیت و لزوم مقایسه این آسیب‌ها با ویژگی‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد غیرمبتلا؛ و همچنین عدم انجام پژوهشی در

1. Satıcı

2. Smith, Yang

3. Quality of Life

4 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده‌مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط توسط ریف^۲ در دانشگاه ویسکانسین در سال ۱۹۸۹ تنظیم شد و در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (۲۸). در پژوهش حاضر نسخه ۵۴ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی از آزمون‌های خودگزارش دهی و بسته پاسخ است که هر یک از سؤالات آن از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، تا حدی مخالفم ۲، مخالفم ۳، موافقم ۴، تا حدی موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶) تشکیل شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۴ تا ۳۲۴ است. کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. دایرندانک^۳ (۲۰۰۵) نسخه‌ای از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و روایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تأیید قرار داد (۲۹). نتایج همبستگی پرسشنامه ۵۴ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی^۴، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (۲۸). میکائیلی منیع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است (۳۰). بیانی و همکاران (۱۳۸۷) هم ضریب پایایی پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۲۸). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون

اجتنابی) با تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی روان‌شناس، تکانشگری، داشتن ۲۰ تا ۴۰ سال، برخورداری از سلامت جسمی و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک-های خروج از پژوهش شامل بروز مشکل جسمی خاص در طول انجام پژوهش، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، تکمیل پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص و عدم همکاری جهت شرکت در پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در فرایند اجرایی پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. همچنین به این افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ دارای ۲۶ آیتم است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (نمره یک تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و نوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه، نشانه سطوح بالاتر کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). پرسشنامه کیفیت زندگی شامل چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌شود (۲۵). ضریب پایایی این ابزار در پژوهش‌های انجام شده در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و روایی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسشنامه سلامت عمومی، تأیید شده است (۲۶). در پژوهش پورکمالی و همکارانش (۱۳۹۵) نیز پایایی این ابزار به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (۲۷).

2. Ryff

3. Dierendonck

4. Life satisfaction index

1. WHO Quality of Life Questionnaire

همچنین افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که در این در گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت دامنه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۱۷ نفر معادل ۲۸/۳۳ درصد). این در حالی بود که در گروه افراد غیرمبتلا دامنه سنی ۳۱ تا ۳۴ سال فراوانی بیشتری داشت (۱۹ نفر معادل ۳۱/۶۶ درصد). از طرفی افراد حاضر در هر دو گروه دارای سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند که در این بین در گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت سطح تحصیلات دیپلم (۲۱ نفر معادل ۳۵ درصد) و در گروه افراد غیرمبتلا سطح تحصیلات لیسانس (۲۵ نفر معادل ۴۱/۶۶ درصد) فراوانی بیشتری داشت. حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری جهت بررسی معناداری تفاوت مولفه‌های پژوهش بین دو گروه استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ صورت پذیرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که از افراد حاضر در پژوهش در گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت ۳۷ نفر (معادل ۶۱/۶۶ درصد) زن و ۲۳ نفر (معادل ۳۸/۳۴ درصد) مرد بودند. در گروه افراد غیرمبتلا نیز ۴۰ نفر (معادل ۶۶/۶۶ درصد) زن و ۲۰ نفر (معادل ۳۳/۳۴ درصد) مرد بودند.

جدول ۱- نتایج آمار توصیفی مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه افراد

مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	۱۱۸/۹۰	۱۲/۹۷
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۱۸/۹۰	۱۲/۹۷
افراد غیرمبتلا	۱۷۵/۳۵	۱۶/۱۲
پذیرش خود	۲۵/۵۳	۶/۳۶
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۲۵/۵۳	۶/۳۶
افراد غیرمبتلا	۳۲/۵۳	۵/۱۳
ارتباط مثبت	۲۰/۱۶	۴/۹۳
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۲۰/۱۶	۴/۹۳
افراد غیرمبتلا	۳۰/۶۶	۴/۴۳
خودمختاری	۱۷/۷۶	۳/۶۴
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۷/۷۶	۳/۶۴
افراد غیرمبتلا	۲۶/۲۳	۴/۹۷
تسلط بر محیط	۱۸/۴۳	۳/۹۷
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۸/۴۳	۳/۹۷
افراد غیرمبتلا	۲۷/۸۶	۷/۸۱
هدفمندی در زندگی	۱۸/۷۸	۳/۸۵
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۸/۷۸	۳/۸۵
افراد غیرمبتلا	۲۸/۶۰	۱۰/۹۹
رشد فردی	۱۸/۲۱	۵/۲۱
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۸/۲۱	۵/۲۱
افراد غیرمبتلا	۲۹/۴۵	۶/۱۴
نمره کل کیفیت زندگی	۴۵/۵۵	۵/۵۹
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۴۵/۵۵	۵/۵۹
افراد غیرمبتلا	۶۲/۰۸	۵/۲۹
سلامت جسمی	۱۲/۱۶	۲/۶۲
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۲/۱۶	۲/۶۲
افراد غیرمبتلا	۱۶/۳۶	۳/۲۴
سلامت روان‌شناختی	۹/۷۰	۲/۶۲
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۹/۷۰	۲/۶۲
افراد غیرمبتلا	۱۶/۲۰	۳/۳۶
روابط اجتماعی	۱۰/۲۰	۲/۶۷
افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۰/۲۰	۲/۶۷
افراد غیرمبتلا	۱۵/۵۶	۲/۷۵

ابعاد بهزیستی
روان‌شناختی

ابعاد کیفیت
زندگی

سلامت محیط	افراد مبتلا به اختلال شخصیت	۱۳/۴۸	۲/۳۵
زندگی	افراد غیرمبتلا	۱۳/۹۵	۳/۱۱

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چندمتغیره، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا برقرار است ($p > 0/05$).

همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری مقدار sig بود که نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای فوق رعایت شده است ($p > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه افراد مبتلا به اختلال

شخصیت و افراد غیرمبتلا

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۹۲/۲۵	۱۰	۱۰۹	
لامبدای ویلکز	۹۲/۲۵	۱۰	۱۰۹	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۹۲/۲۵	۱۰	۱۰۹	
بزرگترین ریشه روی	۹۲/۲۵	۱۰	۱۰۹	

با معناداری آزمون کواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی) و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی) بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا تفاوت معنادار وجود داشته باشد.

بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی) و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی) است، به بررسی تحلیل به واریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری جهت مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد

غیرمبتلا

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
اثر گروه	پذیرش خود	۱۴۷۰	۱	۱۴۷۰	۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۱
	ارتباط مثبت	۳۳۰۷/۵۰	۱	۳۳۰۷/۵۰	۱۵۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
	خودمختاری	۲۱۵۰/۵۳	۱	۲۱۵۰/۵۳	۱۱۳/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تسلط بر محیط	۲۶۶۹/۶۳	۱	۲۶۶۹/۶۳	۶۹/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
	هدفمندی در زندگی	۲۸۹۱	۱	۲۸۹۱	۴۲/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۱
	رشد فردی	۳۷۸۵/۶۳	۱	۳۷۸۵/۶۳	۱۱۶/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	سلامت جسمی	۵۲۹/۲۰	۱	۵۲۹/۲۰	۸۸/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱
	سلامت روان‌شناختی	۱۲۶۷/۵۰	۱	۱۲۶۷/۵۰	۲۰۳/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
	سلامت اجتماعی	۸۶۴/۰۳	۱	۸۶۴/۰۳	۱۱۶/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	سلامت محیطی	۶/۵۳	۱	۶/۵۳	۰/۸۶	۰/۳۵	۰/۰۰۷	۰/۱۵

۳۳/۴۰	۱۱۸	۳۹۴۱/۸۶	پذیرش خود	خطا
۲۱/۹۹	۱۱۸	۲۵۹۵/۶۶	ارتباط مثبت	
۱۹/۰۳	۱۱۸	۲۲۴۵/۴۶	خودمختاری	
۳۸/۳۸	۱۱۹	۴۵۲۹/۶۶	تسلط بر محیط	
۶۷/۸۳	۱۱۹	۸۰۰۴/۵۸	هدمندی در زندگی	
۳۲/۴۳	۱۱۹	۳۸۲۷/۰۳	رشد فردی	
۵/۹۶	۱۱۸	۷۰۴/۲۶	سلامت جسمی	
۶/۲۴	۱۱۸	۷۳۶/۲۰	سلامت روان‌شناختی	
۷/۳۹	۱۱۸	۸۷۲/۳۳	سلامت اجتماعی	
۷/۶۱	۱۱۸	۸۹۷/۸۳	سلامت محیطی	
	۱۲۰	۱۰۶۵۶۴	پذیرش خود	کل
	۱۲۰	۸۳۴۲۴	ارتباط مثبت	
	۱۲۰	۶۲۴۷۶	خودمختاری	
	۱۲۰	۷۱۵۱۰	تسلط بر محیط	
	۱۲۰	۷۸۲۵۱	هدمندی در زندگی	
	۱۲۰	۷۵۷۷۶	رشد فردی	
	۱۲۰	۲۵۶۵۸	سلامت جسمی	
	۱۲۰	۲۲۱۲۸	سلامت روان‌شناختی	
	۱۲۰	۲۱۶۵۴	سلامت اجتماعی	
	۱۲۰	۲۳۴۸۲	سلامت محیطی	

با توجه به نتایج جدول ۳ بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا در مولفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد فردی، سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. چنانکه نتایج یافته‌های توصیفی نیز نشان داد که گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد غیرمبتلا، دارای نمرات پایین‌تر در مولفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی، سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی هستند. همچنین با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که به ترتیب ۲۷، ۵۶، ۴۹، ۳۷، ۲۷، ۵۰، ۴۳، ۶۴ و ۵۰ درصد تغییرات متغیرهای پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد فردی، سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی توسط متغیر گروه‌بندی (ابتلا و یا عدم ابتلا به اختلال شخصیت) تبیین می‌شود. لازم به ذکر است که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا در مولفه سلامت محیطی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی با هدف مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا اختلال شخصیت با افراد عادی شهر اصفهان انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی) در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین صورت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد عادی، دارای نمرات پایین‌تر در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بودند. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های همکاران (۱۳۹۴) (۸)؛ ریسینگ و همکاران (۲۰۱۹) (۹) و اوراوز و همکاران (۲۰۲۰) (۱۰) بود. این پژوهشگران با بررسی نقش اختلالات شخصیت در سلامت روان، گزارش کرده‌اند که بروز اختلال شخصیت سلامت روانی و ذهنی مبتلایان را با آسیب جدی مواجه می‌سازد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تفاوت معنادار ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی) در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی می‌توان گفت که بهزیستی روان‌شناختی اندازه‌گیری‌های مثبت را شامل می‌شود و فرآیند بهزیستی منجر به یک ارزیابی مداوم و نسبتاً پایدار از رضایت درونی در طول عمر یک فرد می‌شود. با نظر گرفتن این که افراد دارای اختلال شخصیت، نگرانی دائم نسبت به طرد شدن دارند و الگوی روابط بین فردی‌شان ناپایدار است و در مواجهه با عوامل استرس‌زا دچار افکار پارانویید می‌شوند و احساس یهودگی مزمن دارند (۲). می‌توان گفت که به لحاظ بهزیستی روان‌شناختی در مقایسه با افراد عادی سطح پائین‌تری را نشان می‌دهند و نتایج این تحقیق تأیید کننده این امر است. البته این نکته که بروز نشانه‌های اختلال شخصیت باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود یا افت بهزیستی روان‌شناختی باعث تشدید نشانه‌های اختلال شخصیت می‌شود خود می‌بایست در تحقیقات دیگری به آن پرداخته شود. آنچه که می‌توان گفت این است که با توجه به این که بخش عمده‌ای از آسیب‌های ناشی از اختلال شخصیت مربوط به تجربیات دوران کودکی فرد به‌ویژه الگوی ارتباط فرد با والدین خودش هست، می‌توان گفت که افکار و الگوهای هیجانی که فرد مبتلا به اختلال شخصیت در مواجهه با رویدادهای مختلف زندگی‌اش تجربه می‌کند که منجر به بروز افکار پارانویید، بی‌ثباتی هیجانی و خودانگار آشفته می‌شود باعث می‌شود تا این افراد در مشخصه‌های سلامت روان نیز مشکلاتی را از خود نشان دهند. مشکلاتی که مانع از تجربه‌ی پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، رشد فردی، داشتن احساس تسلط بر محیط، بروز هدفمندی در زندگی و روابط بین فردی می‌گردد.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که بین ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی) در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین صورت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد عادی، دارای نمرات پایین‌تر در مولفه‌های کیفیت زندگی بودند.

این یافته با نتایج پژوهش سلطانی (۱۳۹۷) (۱۸)؛ بوردون و همکاران (۲۰۱۹) (۱۹) و روگرس (۲۰۱۹) (۲۰) همراستا بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود دریافتند که بروز اختلالات شخصیت فرایند زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی مبتلایان را دچار آسیب می‌کند.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تفاوت معنادار ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی) در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت با افراد عادی می‌توان بیان نمود که کیفیت زندگی، ارزیابی و رضایت بیمار از سطوح عملکرد وجودش در مقایسه با آنچه ایده‌آل می‌پندارد و ارزیابی ذهنی او درباره زندگی، تلقی می‌شود (۲۲). می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت بر اساس الگوی روابط بین فردی ناپایدار و داشتن افکار پارانوئید و احساس بیهودگی مزمن و بی‌ثباتی در خودانگاره و هویت که منجر به تغییر مداوم در اهداف، آرزوها و ارزش‌های شغلی و اجتماعی همراه می‌شود باعث می‌شود تا سطح رضایت آن‌ها از زندگی‌شان در سطح پائینی باشد. درگیری‌های عاطفی و مشکلات ارتباطی که با اطرافیان خود پیدا می‌کنند اغلب بر احساس رضایت آن‌ها از زندگی‌شان تأثیر منفی می‌گذارد و ممکن است مانع از این شود تا آن‌ها بتوانند اهداف و برنامه‌های زندگی خود را دنبال کرده و بتوانند اهداف مشخصی را دنبال کنند. بر اساس شاخص‌هایی که سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) برای کیفیت زندگی عنوان نموده است، افراد مبتلا به اختلال شخصیت بر اساس شاخص‌های جسمی (احساس ناراحتی، استراحت، فعالیت‌های زندگی روزانه)، روانی (احساسات منفی، اعتماد به نفس) و اجتماعی (روابط بین فردی، احساس حمایت اجتماعی) از احساس رضایت کمتری از زندگی خود دارند و اغلب این احساس نارضایتی را به عوامل بیرونی نسبت می‌دهند. بنابراین تلاش‌های آن‌ها برای بهبود شرایط زندگی که بتوانند منجر به تجربه احساس مثبت و مطلوب از زندگی‌شان باشد با اسنادهای بیرونی که به رویدادها و جریات بیرونی می‌دهند، ناکام می‌ماند و این احساس ناکامی به جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها تسری پیدا می‌کند. بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، افراد مبتلا به اختلال شخصیت در سه

حوزه کیفیت زندگی شامل جسمانی، روانی و اجتماعی در مقایسه با افراد عادی سطح پائین‌تری را نشان داده‌اند که این امر می‌تواند ناشی از الگوهای خود ناکام‌ساز یا تجارب ناامیدکننده دوران کودکی که در بزرگسالی به شکل احساس طردشدگی و احساس بیهودگی خود را بروز می‌دهد، باشد. درگیری‌های ذهنی شدیدی که افراد شخصیت در ارتباط با مسائل مختلف دارند اغلب مانع از این می‌شود تا آن‌ها بتوانند در مقابله با رویدادهای زندگی‌شان احساس موفقیت و شادکامی، کنند و تفاوت بین کیفیت زندگی بین افراد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت می‌تواند ناشی از این امر است.

پژوهش کنونی، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم استنباط علی با توجه به روش پژوهش (روش علی - مقایسه‌ای) و محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (افراد مبتلا به اختلال شخصیت و افراد غیرمبتلا شهر اصفهان) مواجه بود. بنابراین توصیه می‌شود که پژوهش حاضر در دیگر گروه‌ها، سایر منطقه جغرافیایی با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و روش پژوهش آزمایشی صورت پذیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

یافته‌های حاصل از تحقیق حاضر بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد غیرمبتلا دارای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی پایین‌تری هستند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و همچنین مراکز درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت، فرایندهای هیجانی و روان‌شناختی این افراد مورد بررسی دقیق و کامل قرار گرفته و سپس با بهره‌گیری از روش‌های مداخله‌ای روان‌شناختی مناسب همانند درمان ذهن-آگاهی، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر این بیماران مورد آموزش قرار گرفته تا خلاهای و نارسایی‌های هیجانی و روان‌شناختی آنان برطرف گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی که همکاری کاملی جهت

اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی الهه شفایی

بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش و مسئولین

References

- Holmes J, Neighbour R, Tarrier N, Hinshelwood R, Bolsover N. All you need is cognitive behaviour therapy? Commentary: Benevolent scepticism is just what the doctor ordered. *Commentary: Yes, cognitive behaviour therapy may well be all you need*. *Commentary: Symptoms or relationships*. *Commentary: The "evidence" is weaker than claimed*. *BMJ* 2002; 324:288-94.
- Currie CJ, Katz BA, Yovel I. Explicit and implicit shame aversion predict symptoms of avoidant and borderline personality disorders. *J Res Personal* 2017; 13:71-6.
- Disney KL. Dependent personality disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33:1184-96.
- Ganji H. Psychological pathology based on DSM5. Tehran: Arasbaran Publications; 2014.
- Westermeyer J, Yoon G, Amundson C, Warwick M, Kuskowski MA. Personality disorders in adopted versus non-adopted adults. *Psychiatry Res* 2015; 226:446-50.
- Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1223-32.
- Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 52:147-56.
- Farhady A, Abbasi M, Bagyian Koulemarz MJ, Azimpour AR. An intervention in subjective well-being and reducing impulsive behaviors of men with borderline personality disorder: efficiency and effectiveness of cognitive analytic therapy. *Clin Psychol Stud* 2016; 6:120-45.
- Reising K, Farrington DP, Ttofi MM, Piquero AR, Coid JW. Childhood risk factors for personality disorder symptoms related to violence. *Aggression Violent Behav* 2019; 49:101-7.
- Oravec Z, Dirsmith J, Heshmati S, Vandekerckhove J, Brick TR. Psychological well-being and personality traits are associated with experiencing love in everyday life. *Personal Individ Differ* 2020; 153:109620.
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Directions Psychol Sci* 1995; 4:99-104.
- Cho J, Martin P, Margrett J, Macdonald M, Poon LW. The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *J Aging Res* 2011; 2011:605041.
- Tartakovsky E. Psychological well-being and ethnic identities of Jewish adolescents planning emigration from Russia and Ukraine to Israel: Changes during the post-perestroika period. *Int J Intercult Relat* 2008; 32:553-64.
- Harrington R, Loffredo DA, Perz CA. Dispositional mindfulness as a positive predictor of psychological well-being and the role of the private self-consciousness insight factor. *Personal Individ Differ* 2014; 71:15-8.
- Pailler S, Tsaneva M. The effects of climate variability on psychological well-being in India. *World Dev* 2018; 106:15-26.
- Satici SA. Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: the mediating role of hope. *Personal Individ Differ* 2016; 102:68-73.
- Smith GD, Yang F. Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today* 2017; 49:90-5.
- Soltani Z, Alipour G, Ghasemi Jobaneh R, Salimi H. Efficacy of dialectical behavior therapy on emotion regulation and quality of life among women with borderline personality disorder in Shahr-e-Kord, Iran, in 2015. *J Ilam Univ Med Sci* 2018; 26:47-55.
- Bourdon D-É, El-Baalbaki G, Beaulieu-Prévost D, Guay S, Belleville G, Marchand A. Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Eur J Trauma Dissoc* 2019; In Press.
- Rogers RT. Predicting subjective quality of life and illness impact for individuals with schizophrenia using the Five-Factor Model of personality: a starting point for future research. *Personal Med Psychiatry* 2019; 19-20:100053.
- Giovagnoli AR, Paterlini C, Meneses RF, Martins da Silva A. Spirituality and quality of life in epilepsy and other chronic neurological disorders. *Epilepsy Behav* 2019; 93:94-101.
- Openshaw KP. The relationship between family functioning, family resilience, and quality of life among vocational rehabilitation clients. [Doctoral Dissertation]. Logan: Utah State University; 2011.
- Karow A, Reimer J, Schafer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend* 2010; 112:209-15.

24. Delaware A. Research methodology in psychology and educational sciences. Tehran: Editing Publication; 2013.
25. Yang SC, Kuo PW, Wang JD, Lin MI, Su S. Development and psychometric properties of the dialysis module of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *J Formos Med Assoc* 2006; 105:299-309.
26. Hosseinian S, Ghasemzadeh S, Niknam M. Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional and spiritual intelligence variables. *J Career Organ Consul* 2012; 3:42.
27. Pourkamali T, Yazdkhasti F, Oreizi HR, Chitsaz A. Compare the effectiveness of Dosah-hou treatment and massage therapy on improvement of happiness, social adjustment, hope, mental health and quality of life in patients with Parkinson's disease. *Quart J Health Psychol* 2017; 6:145-62.
28. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14:146-51.
29. Diredonck D. The construct validity of Ryff scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personal Individ Differ* 2005; 36:629-43.
30. Michaeli Manee F. The study of undergraduate students' psychological well-being status in Urmia university. *Quart Horizon Med Sci* 2011; 16:65-72.

Original Article

Comparing Psychological Wellbeing and Life Quality in the People Suffering from Personality Disorder to the Normal People

Received: 23/11/2019 - Accepted: 04/02/2020

Elaheh Shafaei¹
Seyyed Hamid Atashpour^{2*}

¹PhD student of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

²Associate Professor of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email:
hamidatashpour@gmail.com

Abstract

Introduction: The emergence of personality disorder causes the damage in the psychological, emotional, and communicative components of the patients. Therefore the present study was conducted aiming to compare psychological wellbeing and life quality in the people suffering from personality disorder to the normal people in the city of Isfahan.

Materials and Methods: The research method of the present study was descriptive in causal-comparative type. The statistical population of the present study is divided into two major groups; the people with borderline, histrionic, obsessive dependent and avoidant personality disorders, and normal people in the city of Isfahan. Non-probable purposive sampling method was used in the present study in a way that 60 people were selected from 20-to-40-year-old people with personality disorder who referred to consultation centers in the city of Isfahan and 60 people were purposefully selected from healthy people and their research questionnaires were offered to them. The applied questionnaires in this study included life quality questionnaire (WHO, 1994), and the questionnaire of psychological wellbeing (Ryff, 1989). The data from the study were analyzed through MANOVA method via SPSS software.

Results: The results of data analysis showed that psychological wellbeing and life quality are significantly different in the people with personality disorder and normal people ($P < 0.0001$) in a way that the people with personality disorder had lower scores in the components of psychological wellbeing and life quality in comparison to the normal people.

Conclusion: According to the findings of the present study, psychological, social, emotional and familial processes of the people with personality disorder should be sufficiently attended to and their psychological health should be helped through applying suitable intervention methods such as ACT, mindfulness therapy and positivist psychotherapy.

Key words: Mindful therapy, mental vitality, emotion cognitive regulation, migraine headache

Acknowledgement: There is no conflict of interest.