J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE

Received: 2020/05/17 *Accepted:2020/07/21*

Episodic Memory Bias in People with and without General Health

Fatemeh Nikpour(B.S.)[1], Gholamali Nikpour(Ph.D.)[2], Azadeh Nezhadi(M.Sc.)[3], Shahryar Gharibzadh(Ph.D.)[4]

1.Corresponding Author: B.S Student of General Health, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, iran. Email:fateme.np24@gmail.com Tel:09358600187
2.Postdoctoral Student, Department of Cognitive and Brain Modeling, Shahid Beheshti University, Tehran,iran.
3.M.Sc. of Clinical Psychology , Azad Islamic University unit of Sari, Mazandaran, iran.
4.Associate Cognitive Rehabilition clinic, shahid Beheshti university, Tehran, iran.

Abstract

Introduction: Health investigations require a wide and continuous range of studies over physical and moral aspects of humans. Health is feeding good and not being sick. Many factors affect the sustainability of health; one of the important factors is cognitive (memory) factors since episodic memory plays on important role in recording a person's personal experience related to time and place. Memory bias includes positive or negative orientation and more or less recall. So, the purpose of this study was to examine this orientation and its relationship with public health.
Methods: The causal-comparative or causal method was applied to conduct this study; in other words, the reasons had happened previously and researcher could not manipulate them. The research data were collected from healthy and unhealthy people by Williams test and then analysis of variance (ANOVA) was used to analyze the data.
Results: Memory is a cognitive function that plays an important role in individual activities. Any wrongdoing in the memory system, including bias can provide the context for other cognitive functions and threaten the public health. Therefore, it can be concluded that the intellectual functions of individuals affect their mental and behavioral performance.
Conclusion: Intellectual functions of individuals affect their behavioral performance orientation.

Keywords: Bias (orientation), General health, Obsession, Episodic memory
Conflict of interest: The authors declared that there is no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

This Paper Should be Cited as:
Author : Fatemeh Nikpour, Gholamali Nikpour, Azadeh Nezhadi, Shahryar Gharibzadh. Episodic Memory Bias in People with and without General Health. Tolooebehdasht Journal.2021;19(6):95-107.[Persian]

سوگیری حافظه رویدادی در افراد برخوردار از سلامت عمومی و افراد فاقد آن

نویسندگان:فاطمه نیک پور[۱]، غلامعلی نیک پور[۲]، آزاده نژادی[۳]، شهریار غریب زاده[۴]

۱.نویسنده مسئول : دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

تلفن تماس:۰۹۳۵۸۶۰۰۱۸۷ Email:fateme.np24@gmail.com

۲.دانشجوی پسادکتری گروه مدلسازی شناختی و مغز دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران.

۳.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران.

۴.دانشیار پژوهشکده و کلینیک توانبخشی مغزی-شناختی دانشگاه شهید بهشتی ، تهران، ایران.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال نوزدهم
شماره ششم
بهمن و اسفند ۱۳۹۹
شماره مسلسل: ۸۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۳۱

چکیده

مقدمه: سلامت یکی از مقوله هایی است که بررسی آن نیاز به نگاه طیفی یا پیوستاری دارد، هم از نظرگاه سالم بودن فرد و هم از نظر محتمل بودن ارگانیسم های انسانی به بدکاری. سلامت، احساس خوب داشتن و بیمار نبودن است. عوامل زیادی بر پایداری سلامت اثر گذار است و یکی از عوامل مهم آن عوامل شناختی (حافظه) است، چرا که حافظه رویدادی، نقش مهمی در ثبت و یادآوری تجربه شخصی فرد که مربوط به زمان و مکان است دارد. سوگیری حافظه به معنای جهت گیری و یادآوری کمتر یا بیشتر و یا مثبت و منفی است و هدف تحقیق نیز بررسی این سوگیری و ارتباط آن با سلامت عمومی است.

روش بررسی: روش تحقیق در این پژوهش علی-مقایسه ای یا پس رویدادی است زیرا اشاره به مواردی دارد که در آنها علت از پیش رخ داده است و پژوهشگر نمی تواند در آنها دستکاری کند. داده های تحقیق، یعنی پاسخ افراد سالم و غیر سالم به آزمون ویلیامز جمع آوری و سپس با روش تحقیق پس رویدادی و روش آماری تحلیل و واریانس (ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: نتایج در مورد محرک های خوشایند نشان داد، میانگین نمرات محرک های خوشایند در افراد برخوردار سلامت عمومی بالاتر از گروه فاقد آن و والدین زیست شناختی آنان است و در مورد محرک های ناخوشایند نتیجه برعکس بوده است.

نتیجه گیری: حافظه یکی از کنش های شناختی است که نقش مهمی در فعالیت های فرد دارد. هر نوع بدکاری در سیستم حافظه از جمله سوگیری می تواند زمینه ی اختلال سایر کارکرد های شناختی را فراهم کند و سلامت عمومی فرد را تهدید نماید. بنابراین نتیجه می گیریم که کارکرد های فکری افراد در جهت گیری عملکرد فکری و رفتاری آنها اثرگذار است.

واژه های کلیدی: سوگیری ، سلامت عمومی، وسواس، حافظه رویدادی.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

مقدمه

سلامت یکی از مقوله هایی است که بررسی آن نیاز به نگاه طیفی یا پیوستاری دارد. هم از نظر نگاه سالم بودن فرد که در طیف و پیوستار سلامت به بیماری قرار دارد و هم از نظر متحمل بودن ارگانیسم انسانی بر آن که طیف وسیعی از عوامل سیستم عصبی، بیولوژیک، ذهنی و روانی را در برمی‌گیرد. سلامت، احساس خوب داشتن و بیمار نبودن است. ما معمولا در صورت موجود نبودن موارد زیر می پنداریم که سلامتیم: الف- نشانه های عینی مبنی بر این که بدن، کارکرد خوبی ندارد، مانند فشار خون بالا ب- علایم بیماری و آسیب دیدگی، مانند درد وحالت تهوع(۱).

سلامت و بیماری دو مفهوم کاملا جدا از هم نیستند، بلکه به هم مرتبط هستند. سلامت و بیماری درجاتی دارند. جامعه شناس پزشکی، آرون آنتونوفسکی (۱۹۸۷، ۱۹۷۹) اظهار داشت که این مفاهیم، درد نقطه انتهایی طیفی قرار دارند و هم چنین اظهار می دارد که تاکنون توجه خود را بیشتر از این که مردم چگونه سالم می مانند، بر دلایلی که آنان را بیمار می کندمعطوف ساخته ایم(۲).

بنابراین براساس دیدگاه سلامت باید ببینیم چه چیزهایی بر پایداری سلامت اثرگذار است. همان گونه که شرایط نامطلوب جسمانی و واکنش ها هیجانی منجر به بروز تنش های گریبان گیر در افراد می شود اختلالات شناختی (که مربوط است به حافظه) نیز می تواند در بروز تنش ها نقش داشته باشد. هم چنین اختلالات شناختی در طول دوره های پرتنش اغلب موجب پایبندی افرادبه الگوهای رفتاری خشک وانعطاف ناپذیر می شود، چون تحت این شرایط آن ها نمی توانند به فکر الگوهای دیگر بیفتن(۲). بنابراین موضوع حافظه را که جنبه شناختی دارد را تحت تاثیر قرار می دهد.

حافظه یکی از کنش های شناختی است که نقش مهمی در فعالیت های فرد دارد(۳). حافظه به یاد آوردن اطلاعاتی است که اندوخته شده اند و به عنوان یکی از کنش های شناختی نقش بسیارکلیدی در شخصیت، رفتار، انگیزش، فرایندهای هیجانی، فعالیت ها و مهارت های انسان ایفا می کند. تیلمن معتقد است که حافظه آدمی نظام های گوناگون دارد. وی جامع ترین نظریه درباره نظام های حافظه را پیشنهاد کرد که خود عامل پنج نظام عمده می شد(۴).

بطور کلی دو نوع حافظه به نام های حافظه معنایی و حافظه رویدادی در این نظریه قابل تصور است(۵). حافظه معنایی به دانش عمومی فرد اطلاق می شود که مستقل از هویت شخصی است و در آن زمان و مکان معینی وجود ندارد. در این نوع حافظه سازماندهی اطلاعات مفهومی است و دسترسی به آن به صورت خودکار و نیمه هوشیار انجام می گیرد(۶). حافظه رویدادی به ثبت و یادآوری اطلاعاتی مربوط می گرددکه تجربه شخصی فرد را در بر می گیرد وزمان و مکان مشخصی برای آن وجود دارد و دسترسی به آن اطلاعات با هشیاری و آگاهی صورت می پذیرد. لذا اغلب تمایزها بین حافظه اشخاص گوناگون به این جهت ایجاد می گردد که نظام های حافظه متفاوت است(۳). حافظه رویدادی معمولا به این ترتیب ارزیابی می شود که از افراد خواسته می شود اطلاعاتی مانند فهرست هایی از کلمات، تصاویر و مهره ها را به یاد آورند. پژوهش ها نشان داده اند که از بین سیستم های حافظه، حافظه رویدادی به بعضی عوامل (مانند فراموشی و پیری) حساس است(۷). براثر آن

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

ممکن است حافظه دچارسوگیری شود. سوگیری حافظه یعنی جهت گیری حافظه در رمزگردانی با یادآوری کمتر یا بیشتر و یا مثبت یا منفی اطلاعات کسب شده. هر نوع بدکاری در سیستم حافظه می تواند زمینه اختلال سایر کارکردهای شناختی را فراهم سازد. در تفسیر تمام محرک ها و وقایع سازه‌ای، حافظه نقش اساسی دارد زیرا حافظه فرایند ذخیره سازی تجارب، خاطرات و اطلاعات برای بازیابی در آینده است.

حال باید دید که این بازیابی در افرادی که دارای بهداشت عمومی یا سلامت عمومی هستند چگونه است. بنابراین می توان فرض کرد که این بازیابی در افراد دارای سلامت عمومی و افراد فاقد آن، فرق دارد. افرادی که دارای سلامت عمومی می باشند معمولا نشانه جسمانی بدکارکردی ندارند. اضطرابشان کم وخوابشان نرمال است. طبعا این افراد از کارکردهای اجتماعی خوبی برخوردارند و افسردگی در وضعیت روانی آن ها دیده نمی شود و افراد فاقد سلامت عمومی، در متغیرهای نامبرده شده یعنی نشانه های جسمانی، اضطراب، خواب و کارکرد اجتماعی دچار مشکل هستند. بنابراین در این تحقیق افراد مبتلا به وسواس به عنوان افراد فاقد بهداشت عمومی و یا سلامت عمومی تلقی شده اند و خانواده های آنها بعنوان افرادی که بصورت کمتری فاقد سلامت عمومی می باشند مورد بررسی قرار گرفته اند(۸).

بنابراین اختلال وسواس فکری- عملی در بزرگسالان، اختلال شایعی است که در صورت عدم درمان، مزمن خواهد شد(۹). اختلال وسواس فکری – عملی (OCD) یک اختلال همراه با اضطراب بسیار ناتوان ساز است که معمولا به مشابه یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام العمر است در نظر گرفته می شود. یک فکر وسواس در حیطه و دنیای اختلال وسواس فکری عملی به عنوان تصور، فکر و یا التزامی تعریف می شود که در درون ذهن فرد قرار دارد و باعث شعله ور شدن اضطراب و ناراحتی می شود. این نوع وسواس های فکری بارها و بارها ناخواسته و غیر قابل کنترل ذهن بیمار را جولان می دهد. اما اختلال وسواس عملی ، اعمالی هستند که شخص بارها و بارها در پاسخ به یک وسواس فکری انجام می دهد. هدف وسواس های عملی، کاهش احتمال آسیب زدن و آزار رساندن می باشد تا اینکه بدین وسیله وی احساس آرامش کرده و همه چیز را خوب بپندارند.

وسواس های عملی می‌توانند به صورت اعمالی باشند که به وسیله دیگران قابل مشاهده باشند - از قبیل کنترل کردن تا جایی که احساس آرامش کنند(۱۰). اختلال وسواس فکری – عملی یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد که در حوزه آسیب شناسی روانی پژوهش های زیادی را به خود احتصاص داده است. این اختلال شامل زیرگروه های مختلف از نظر آسیب شناسی روانی می باشد شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می رسد که نیرو و کارآیی فرد را کاملا پایین می اورد و اثری فلج کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جا می گذارد(۱۱).

نه تنها تحقیقات حاکی از اثرگذاری منفی بیماری اسکیزوفرنی بر بهداشت روان خانواده می باشد بلکه اثرات بیماری روانی همانند افسردگی نیز این نتیجه را گزارش کردند. بنابر نتایج تحقیقات مراقبان و خانواده های این بیماران علایم افسردگی بیشتری را در مقایسه با خانواده‌های فاقد این بیماری نشان دادند(۱۲). هم چنین تحقیقات نشان داده‌اند که خانواده بیماران وسواس بیشتر کمال گرا و غیرمنعطف اند(۱۳). وبروز این

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

بیماری بیشتر جنبه ارثی دارد که این مطالب خود نشانه عدم نرمال بودن بهداشت روانی در خانواده این دسته از بیماران است(۱۴). بنابراین برای مطالعه کارکرد حافظه در افراد دارای سلامت عمومی و فاقد آن که بر بیماران وسواس و والدین ژنتیکی آن ها پرداخته است لازم است تا بر مدل های تبیینی آن پرداخت. یکی از این مدل های مهم مدل ارزیابی های مختل از افکار مزاحم و باورهای بیمار در مورد اهمیت این افکار، می باشد. مطالعات نشان می دهد که افراد مبتلا به وسواس به لحاظ جنبه های شناختی دچار مشکل هستند شهامت ده سرخ، (۱۵) نشان دادند افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری نسبت به افراد عادی عملکرد پایین‌تری در حافظه رویدادی دارند. اما خودآگاهی شناختی بیشتری را از خود نشان دادند. لیزاکر وهمکاران (۱۶)، گزارش‌کردند که توجه بیش از حد به افکار و بازبینی فرایند- های ذهنی در افراد مبتلا به وسواس باعث تخریب عملکرد حافظه انان می شود. بنابراین استفاده این افراد از رمزگردانی فرایند پردازش حافظه ایشان را دچار مشکل می سازد. گودمن و همکاران(۱۷)، گزارش کردند افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با افراد بدون وسواس عملکرد ضعیف تری در حافظه نشان می دهند.دادسینی و همکاران (۱۸)، دریافتند مشکلات افراد مبتلا به وسواس در به خاطر آوردن اطلاعات کلامی منسجم و پیچیده با کاهش توانایی در پردازش معنایی مرتبط است. سالکوویسکنس(۱۹)، بیان می کند افراد مبتلا به اختلال وسواس باورهای مختلفی مانند سرزنش کردن خود، احساس مسئولیت افراطی و اشتغال ذهنی در مورد وقوع آسیب برای خود و دیگران دارند. در مدل کنش اجرایی خود تنظیمی(۲۰)، سیستم شناختی چندگانه ای برای تبیین افکار تکرار شونده در اختلال وسواس توصیف کرده اند. منابع پردازش اطلاعات محدود بر رویدادهای درونی نظیر افکار، تجربیات هیجانی و رفتار تمرکز می‌کنند. باورهای بیمار در مورد کنترل ناپذیری افکار وحافظه آن ها با نشانه‌های اختلال وسواسی شان ارتباط دارد(۲۱). در واقع بیماران وسواسی گزارش می کنندکه کنترل کمتری روی افکار مزاحم منفی ای دارند که در خاطرات آن ها بوده است(۲۲). کالاماری و همکاران، نشان داده اند که حافظه این افراد در یادآوری خاطرات دخیل است. با این حال این مسئله بیشتر در سطح گمانه زنی نظری است و مطالعات همخوان و ناهمخوانی دراین رابطه وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سئوال اساسی است که آیا سوگیری حافظه رویدادی در افراد برخوردار سلامت عمومی(بهداشت عمومی) با افراد فاقد ان تفاوت دارد؟ اگر تفاوت دارد این تفاوت در کجاهاست؟

روش بررسی

روش تحقیق در این پژوهش، علی- مقایسه ای یا پس رویدادی است زیرا اشاره به مواردی دارد که در آن ها علت از پیش رخ داده است و پژوهشگر به منظور مطالعه، توانایی دستکاری بر روی متغیرها را ندارد(۲۳).

جامعه آماری مورد مطالعه تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ به کلینیک های مشاوره شهرساری مراجعه کردند و والدین زیست شناختی آن ها، تحت عنوان افراد فاقد برخوردار از سلامت عمومی (بهداشت عمومی) و هم چنین افراد دارای سلامت عمومی از میان جمعیت عادی ساکن شهرستان ساری انتخاب شدند. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی با بررسی و مصاحبه تشخیصی و مراجعه به پرونده های

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

پزشکی به عنوان نمونه انتخاب شدند. تعداد نمونه آماری با توجه به جدول مورگان ۴۵ نفر (از هر گروه ۱۵ نفر) بود که با روش نمونه گیری هدفمند بیماران مبتلا به اختلال وسواس و والدین زیست شناختی آنان و افراددارای سلامت عمومی به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این تحقیق از دو پرسشنامه بعنوان ابزار پژوهش استفاده شده است، الف- پرسشنامه حافظه رویدادی ویلیامز ب- پرسشنامه سلامت عمومی.

پرسشنامه حافظه رویدادی ویلیامز شامل ۲۰ واژه اصلی است که در مرکز مطالعات و شناخت رفتاری بیمارستان روزبه تهران و توسط دکتر حسین کاویانی و دکتر پریسا رحیمی مورد مطالعه و آزمایش قرار گرفت و ۱۵ واژه از ۲۰واژه ارائه شده براساس مطالعه پژوهش به عنوان محر ک های های آزمون انتخاب گردید. این ۱۵ واژه در سه دسته ۵ تایی تحت عنوان محرک های خوشایند محرک های ناخوشایند و محرک های خنثی دسته بندی شده اند. دراین آزمون از افراد خواسته می شود که رویداد یا خاطره ای را در موردواژه ارائه شده بازگو نمایند. سپس این خاطرات به منظور تحلیل و بررسی توسط محقق بر روی کاغذ یاد داشت می شود و برای ۵ آیتم اصلی زمان، مکان، اشیا، موقعیت و اشخاص مورد ارزیابی و نمره دهی قرار می گیرد. در پژوهش عبدی و همکاران،(۲۴) اعتبار و روایی ۰/۸۷ و ۰/۸۵ برای این آزمون به دست آورند.

پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q)

این پرسشنامه توسط گلدبرگ Goldberg و هیلر (Hiller) ساخته شده و به ۳۶ زبان دنیا ترجمه گردید. این آزمون مشتمل بر چهار مقیاس فرعی نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد نادرست اجتماعی و نشانگان افسردگی می باشد که هر خرده مقیاس ۷ پرسش را در بر می گیرد. گلد برگ در تحلیلی حساسیت این پرسشنامه را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. پایایی فرم ۲۸ سئوالی این پرسشنامه توسط پالاهنگ، نصراصفهانی و براهنی، (۱۳۷۵) ۹۱٪ محاسبه شده است. و بهترین نقطه برش این پرسشنامه حساسیت ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹، ۰/۱۶ گزارش نمودند. بنابر شرح داده شده این ازمون دارای ۴ مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای ۷ پرسش می باشد و هر پرسش دارای ۴ گزینه است نمره اصلی این آزمون براساس این ۴ گزینه انجام می گیرد به گونه ای که به گزینه اول نمره صفر و به گزینه دوم نمره ۱ و به گزینه سوم نمره ۲ و به گزینه چهارم نمره ۳ تعلق می گیرد. مجموع نمرات هر خرده مقیاس حداکثر ۲۱ نمره می باشد که نمره بالای ۱۴ نشان دهنده مشکل فرد در آن مقیاس است و نیازمند مراقبت های روانشناختی می باشد و نمره کل ۲۳ در کل ازمون که از نمره ۴ مقیاس تشکیل می شود و فردی که دارای نمره ۲۳ و بالاتر است سلامت عمومی او دچار خطر است(۲۵). این پژوهش در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در مورخ ۱۳۹۸/۰۳/۲۲ مورد بررسی قرار گرفت و کد اخلاقی با شناسه IR.IAU.SAREC .1398.038 به آن اختصاص داده شده است.

یافته ها

در این بخش به کمک محاسبات استنباطی با استفاده ازتحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) یافته های حاصل از بررسی داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت(۲۶). البته قبل از تجزیه

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

تحلیل واریانس یک راهه به بررسی میانگین نمرات محرک های خوشایند به تفکیک سه گروه به شرح ذیل پرداخته شد تا از این طریق زمینه برای بررسی فرضیه های فراهم گردد:

فرضیه ۱: بین سوگیری حافظه رویدادی به محرک های خوشایند در افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس، والدین زیست شناختی) و افراد دارای سلامت عمومی تفاوت وجود دارد. میانگین نمرات محرک های خوشایند به تفکیک سه گروه افراد وسواسی ۳/۴۲، والدین زیست شناختی، ۳/۶۸، افراد سالم، ۵/۷۷ می باشد. که براین اساس میانگین نمرات محرک های خوشایند در افراد برخوردار سلامت عمومی بیش از دو گروه دیگر است.

نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه نمرات محرک های خوشایند در سه گروه آمده است. با توجه به مطالب بالا، می توان گفت بین سه گروه افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس، والدین زیست شناختی) و افراد برخوردار سلامت عمومی از لحاظ محرک های خوشایند تفاوت معناداری وجود دارد.

پس از مشخص شدن معناداری بین سه گروه به منظور نشان دادن دقیق تر وضعیت تفاوت متغیر وابسته (تفاوت محرک های خوشایند) در افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس، والدین زیست شناختی) و افراد بر خوردار سلامت عمومی و با توجه به رعایت مفروضه آزمون تعقیبی توکی مبنی بر برابر بودن تعداد گروه ها از این آزمون تعقیبی استفاده شد و نتایج این آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه نمرات محرک های خوشایند در سه گروه

منابع تغییر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۴۹/۷۶	۲	۲۴/۸۸	۴/۸۷	۰/۰۱۲
درون گروهی	۲۱۴/۲۰	۴۲	۵/۱۰		
جمع	۲۶۳/۹۶	۴۴			

جدول ۲: آزمون تعقیبی توکی به منظور بررسی تفاوت " نمرات محرک های خوشایند " در سه گروه

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین ها	معناداری
محرک های خوشایند	بیماران وسواس با افراد برخوردار سلامت عمومی	-۳۴۶/۲	۰۱۸/۰
	بیماران وسواس با والدین زیستی	-۲۵۳/۰	۹۴۹/۰
	والدین زیستی با افراد برخوردار سلامت عمومی	-۰۹۳/۲	۰۳۹/۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

بین نمرات محرک های خوشایند در دو گروه افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس) و افرادبرخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی می توان گفت میانگین نمرات محرک های خوشایند در افرادبرخوردار سلامت عمومی بالاتر از گروه فاقد ان (وسواس) است.

هم چنین بین نمرات محرک های خوشایند در دو گروه افراد فاقد سلامت عمومی(والدین زیستی) و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی می توان گفت میانگین نمرات محرک های خوشایند در افراد برخوردار میانگین نمرات محرک های ناخوشایند به تفکیک سه گروه، افراد وسواس برابر است با ۵/۳۸ والدین زیست شناختی ۵/۰۱و افراد برخوردار سلامت عمومی ۳/۳۳ می باشد.

براساس میانگین نمرات، نمرات محرک های ناخوشایند در افراد وسواسی بیش از دو گروه دیگر می باشد. بر اساس نمرات میانگین می توان گفت بین سه گروه افراد دارای اختلال وسواس، والدین زیست شناختی و افراد برخوردار سلامت عمومی از لحاظ محرک های ناخوشایند تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به تحلیل واریانس یکراهه مجموع مجذورات بین گروهی برابر است با۳۵/۸۹ در حالی که مجموع مجذورات درون گروهی برابراست با۱۳۸/۲۸ هم چنین میانگین مجذورات بین گروهی برابر است با۱۷/۹۴ومیانگین مجذورات درون گروهی برابر است با۳/۱۹که با F به بدست آمده (۵/۶۱) بین گروهی در بین سه گروه تفاوت معنا دار بوده که بمنظور نشان دادن دقیق تر وضعیت تفاوت متغیر وابسته از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است ونتایج نشان داده است بین نمرات سلامت عمومی بالاتر از افراد فاقدان (والدین زیستی بیماران وسواس) است. یافته دیگر فرضیه اول حاکی از آن بود که بین نمرات محرک های خوشایند در دو گروه افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس و والدین زیستی) تفاوت معناداری وجود نداشت(جدول ۲).

فرضیه ۲: بین سوگیری حافظه رویدادی به محرک های خوشایند در افراد فاقد سلامت عمومی(بیماران وسواس، والدین زیست شناختی) و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت وجود دارد.

محرک های ناخوشایند در دو گروه فاقد سلامت عمومی (بیماران وسواسی) و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد.

به عبارتی می توان گفت میانگین نمرات محرک های ناخوشایند در افراد وسواسی بالاتر از گروه افراد برخوردار سلامت عمومی است. هم چنین بین نمرات محرک های ناخوشایند در دو گروه والدین زیستی و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ۳: بین سوگیری حافظه رویدادی به محرک های خنثی در افراد فاقد سلامت عمومی (بیماران وسواس، والدین زیست شناختی) و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت وجود دارد.

میانگین نمرات محرک های خنثی به تفکیک سه گروه، افراد وسواس۴/۷۲ والدین زیست شناختی۳/۸۵ افراد برخوردار سلامت عمومی ۳/۰۶ می باشد که بر این اساس نمرات محرک های خنثی در افراد وسواس بیش از دو گروه دیگری باشد.

نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه نمرات محرک های خنثی در سه گروه آمده است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

پس از مشخص شدن معناداری بین سه گروه به منظور نشان دادن دقیق تر وضعیت تفاوت متغیر وابسته (تفاوت محرک های خنثی) در افراد فاقد سلامت عمومی (بیماران وسواسی، والدین زیست شناختی) و افراد برخوردار سلامت عمومی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد(جدول ۴).

بین نمرات محرک های خنثی در دو گروه بیماران وسواس و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد. بعبارتی می توان گفت میانگین نمرات محرک های خنثی در افراد وسواس بالاتر از گروه افراد برخوردار سلامت عمومی است. هم چنین بین نمرات محرک های خنثی در دو گروه والدین زیست شناختی و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته دیگر فرضیه سوم حاکی از آن بود که بین نمرات محرک های خنثی در دو گروه بیماران وسواس و والدین زیستی تفاوت معنی داری وجود نداشت(جدول ۴).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه نمرات محرک های خنثی در سه گروه

منابع تغییر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۵۱/۲۰	۲	۲۵/۱۰	۲۴/۳	۰۴۹/۰
درون گروهی	۷۹/۱۳۲	۴۲	۱۶/۳		
جمع	۳۱/۱۵۳	۴۴			

جدول۴ : آزمون تعقیبی توکی به منظور بررسی تفاوت " نمرات محرک های خنثی" در سه گروه

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین ها	معناداری
محرک های خنثی	بیماران وسواس با افراد برخوردار سلامت عمومی	۶۵۳/۱	۰۳۸/۰
	بیماران وسواس با والدین زیستی	۸۶۶/۰	۳۸۴/۰
	والدین زیستی با افرادبرخوردار سلامت عمومی	۷۸۶/۱	۴۵۳/۰

بحث و نتیجه گیری

حافظه یکی از کنش های شناختی است که نقشی مهمی در فعالیت های فرد دارد. هر نوع کاری در سیستم حافظه از جمله سوگیری می تواند زمینه اختلال سایر کارکردهای شناختی را فراهم کند و سلامت عمومی فرد را تهدید نماید(۸). چنان که نتایج تحقیق نشان داد بین نمرات محرک های خوشایند درد و گروه بیماران وسواس و افراد دارای سلامت عمومی تفاوت معناداری است. بعبارتی میانگین نمرات محرک های خوشایند در افراد برخوردار سلامت عمومی بالاتر از گروه وسواس است. در علت و چرایی این مطلب، به نظر می رسد افراد مبتلا به

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

اختلال وسواسی، عدم پیوستگی راهبردهای سازماندهی اطلاعات در حافظه منجر به بروز نشانه های وسواس می شود. یعنی در حالی که مبتلایان باید حافظه شان را بعنوان یک کل منسجم سازماندهی کنند تمایل دارند فقط روی مرحله ای از مراحل سازماندهی اطلاعات در حافظه تمرکز کنند.

هم چنین در تبیین دیگر این نتیجه، می توان گفت افراد برخوردار سلامت عمومی به علت برخورداری سیستم پردازش فکری سالم انسجام فکری و بازخورد مناسبی که از رویدادهای خوشایند در ارتقا سطح کیفی کارکردشان در مسائل متعدد شغلی، تحصیلی و ...می گیرند، خاطرات خوشایند را بیشتر و بهتر از بیماران وسواسی و والدین زیست شناختی به یاد می آورند، در حالی که افراد فاقد سلامت عمومی (وسواسی) به علت درگیری مداوم و آمیختگی شناختی با افکار ناخواسته منفی و اضطراب انگیز، بیشتر خاطرات و رویدادهای آ ن ها را، رویدادهای ناخوشایند تشکیل می دهد و در نتیجه بازخوانی رویدادها و خاطرات و جهت گیری آن ها کمتر به سمت خاطرات خوشایند خواهد بود.

هم چنین بر اساس نتایج این تحقیق نمرات محرک های ناخوشایند نیز بین دو گروه بیماران وسواس و افراد برخوردار سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. بعبارتی میانگین نمرات محرک های ناخوشایند در افراد وسواس بالاتر از گروه افراد برخوردار سلامت عمومی است. در بررسی علت و چرایی این موضوع شاید بتوان گفت بیماران وسواسی در مقایسه با افراد به هنجار در برابر محرک های تهدیدزا و بر پا کننده هیجانی بیش از محرک های خنثی توجه نشان داده اند.

بررسی های بعمل آمده در زمینه سوگیری حافظه در بیماران وسواس وجود سوگیری و حافظه ضمنی را در ارتباط با محرک های تهدید زا آشکار کرده اند و نشان داده اند که این افراد نسبت به محرک های تهدید زا سوگیری حافظه دارند. در تبیین این نتایج به طور کلی می توان گفت بر اساس دیدگاه شناختی، سوگیری ها با شناخت های ناکارآمد مختلفی همراه هستند که به نوبه خود پاسخ های رفتاری و هیجانی بد کارکرد را فعال می کنند. بخاطر تقویت ارتباط میان شناخت، هیجان، رفتار، یک مارپیچ رو به پایین آسیب شناسی روانی در افراد آسیب پذیر فعال می شود که منجر به نشانه های اختلال می گردد.

در تبیین دیگر این مسئله می توان گفت شاید بیماران وسواس به علت داشتن تجارب ناخوشایند مکرر که ناشی از ورود افکار مزاحم، منفی، غیر ارادی و همیشگی است و تلاش های این افراد برای خنثی کردن افکار مزاحم که خود منجر به ایجاد مشکل در انجام وظایف مربوط مسائل شغلی، خانوادگی و اجتماعی می شود، سطح سلامت رواشناختی و کیفیت زندگی آن ها پائین می آید و در نتیجه افراد مبتلا به این اختلال تمایل وسوگیری بیشتر به محرک های ناخوشایند دارند وخاطرات مربوط به این محرک ها را بیشتر پردازش می کنند.

نهایتا بر اساس نتایج تحقیق بین نمرات محرک های خنثی در دو گروه بیماران وسواس و افرادبرخوردار سلامت عمومی تفاوت معنا داری وجود دارد یعنی میانگین نمرات محرک های خنثی افراد وسواس بالاتر از گروه افراد برخوردار سلامت عمومی می باشند. علت و چرایی این مطلب را شاید بتوان با نتایج سالکو میکس و همکاران تبیین کرد(۱۹).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

این محققین معتقدند که افراد مبتلا وسواس درک ضعیف‌تری از توانایی حافظه خود دارند و نیز اطمینان به حافظه آن ها پایین است. رادموسکی و همکاران(۲۶) با انجام دادن آزمایش‌هایی توانستند این یافته را تکرار کنند که وارسی مکرر به کاهش اطمینان به حافظه منتهی می شود، در تبیین این نتایج بنظر می رسد احتمالاً ارتباط با همه محرک ها حتی محرک‌های های خنثی افراد وسواس به دلیل یک نارسایی فراشناختی در اطمینان کردن به حافظه خود مشکل داشته باشند، به این معنی که اعتماد کافی به حافظه خویش را از دست داده اند و همین مسئله می تواند دلیل عمده سوگیری آن ها حتی در برخورد با محرک های خنثی نیز متجلی شود.

بنابراین در بوجود آوردن شک و تردیدها، راهبردهای فراشناختی غیر انطباقی وارسی های حافظه با معیارهای درونی ناسودمند که بوسیله بیمار مورد استفاده قرار می گیرند، معمولاً نقش مهمی دارند. این تردیدها و وارسی ها معمولاً به اطمینان به حافظه و نتیجه گیری در برخورد با محرک های خنثی می شود. یکی دیگر از تبیین های احتمالی که می توان بیان کرد این است که افراد وسواس با توجه به مزمن بودن اختلال اثری فلج کننده که در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جای می گذارد و درگیری های مداوم با افکار اضطراب انگیز و انجام دادن اعمال برای خنثی کردن این افکار منجر به عدم لذت از زندگی شده و در نتیجه نسبت به محرک هایی که بار عاطفی خنثی دارند بهترین واکنش را نشان می دهند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدر دانی

پژوهشگران از همکاری بسیار خوب درمانگاه اعصاب و روان و مراکز روانشناختی و مشاوره این شهرستان که در طول انجام این تحقیق همکاری بسیارخوبی داشته اند، نهایت سپاس خود را اعلام می دارند.

Reference

1-lokhande A.dongore. The study paper on Big 5 personality traits and their relation with Public and Private sector jobs African Journal of Business Management.2013;7(15).

2-Mousavi S KR. A comparison of semantic and episodic memory in deap and hearing students. Advances in cognitive science advances in cognitive science. 2009;10(4):83-93.

3-Tolman E. cognitive maps inputs and memory. first published in the psychologist review 2013;55(4):189-208.

4-Soleimani M, Jabari G. A comparison on of memory and mental development between dyslexia and normal children. Journal of modern rehabilitation. 2016;10(3):33-128.

5-Nosrati A. investigation types of memory in the students of the Qurans of non qurans. advances in cognitive science.2003;4(3):12-26.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

6-Nikdel F KNR, Arabzadeh M. The Effect of Memory Self-efficacy on Episodic and Semantic Memory. Advances in Cognitive Sciences.2009;11(2):19-26.

7-Nikpour G. the bias of memory of the events of schizophrenia patints and their comparison with Their biological relatives and ordinary people. masters thesis. 2009;3(2):95-101.

8-Storch E, Geffkeh G, Merlo L, Jcob M, Murphy T, Goodman W. family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. journal of clinical child and Adolescent psychology. 2007;36(2):207-16.

9-Azad H. psychopathology. tehran: besat; 2010.

10-Couture S, Penn D, Losh M, et al. Comparison of social cognitive functioning in schizophrenia and high functioning autism: more convergence than divergence. Psychological medicine.2010;40(4):568-9.

11-Shahin T. satisfaction with life and mental health and fanily of patients. journal of behavioral sciences.2010;4(3):177-82.

12-Dadsetan M. abnormal and disorder psychology. tehran: Tehran university Publishing; 2000.

13-Halgin R, Krauss S. abnormal psychology:clinical perspectives on psychological disorders. 6th ed: McGraw-hiil higher education.2009.

14-Tumkaya S, Karadag F, Kalkan N. obsessive beliefs and cognitive impairment in obsessive compulsive disorders. noro psikiyatr ars.2015;52(1):54-8.

15-Macleod C, Mathews A. Cognitive Bias Modification Approaches to Anxiety. first published online as a review in advance on psychology.2012;8(2):189-217.

16-Ansseau M, Dierick M, Cnockaert P. high prevalence of mental disorders in primary care. journal of affective disorders. 2004;78(1):49-55.

17-jozef l, guido R, martinet W, Cor E, et al. impaired fibrillin-1 function promotes features of plaque instability in apolipoprotein e-deficient mice. originally published. 2009;120(24):24-30.

18-laura J. Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. clinical psychology. 2004;60(11):1155-68.

19-Purdon C. Metacognition and Obsessions. Clinical Psychology & Psychotherapy. 1999;6(2).

20-Calamari J. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(9):1347-60.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]

21-Kothari C, Quinn C, Liu C, et al. psychological distress among youth probationers: using social determinants of health to assess suicidal thoughts and behaviors. adolescent psychiatry. 2017;7(2):89-104.

22-Jitendra M,Meena S,Ashrafalsadat GG. Comparison of Stress and Coping styles in Patients with Cancer and Healthy People. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2017;11(45).

23-Abdi A. Investigate the performance of P.T.S.D. people caused by war in memory of episodic history. journal of Research in psychological Health. 2009;3(1):24-5.

24-Radomsky A, Rachman S, Hammond D. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. Behav Res and Ther. 2001;39(7):813-22.

25-Radomsk A, Gilchrist P, Dussault D. Repeated checking really does cause memory distrust. Behav Res Ther. 2006;44(2):305-16.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v19i6.5712]