Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 11, Issue 4 , Winter 2023

Maladaptive Daydreaming: A preliminary Study to Investigate the Comparison of Psychological Problems and Job Performance Among two Groups of Nurses

Hashemi N[1], Abdollahi siyahkaldeh F[2*], Shirazi F[3], Karami S[4]

1- Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
2- Master of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3-Master of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran
4- PhD student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Corresponding Author: Abdollahi siyahkaldeh F, Master of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
E-mail: abdollahi1383@gmail.com

Abstract

Introduction: Maladaptive daydreaming (MD) is an extreme form of daydreaming that may cause significant psychological distress and dysfunction in individuals. A lot of research has been done on maladaptive daydreaming weaving recently, but its psychopathology is still not clear. The aim of this study was to compare psychological problems and job performance among two groups of nurses with MD and without MD.

Methods: This research is causal-comparative. The statistical population of this research was made up of all the nurses of Kermanshah hospitals. Among the statistical population, 80 nurses were selected as a sample group in a convenience manner. Using the MDS-16 scale, out of 80 people in the sample, 30 people were diagnosed as having MD symptoms and 50 people were diagnosed as people without MD symptoms. 30 people without MD symptoms were selected and compared with the group with MD symptoms (30 people). The maladaptive daydreaming scale, generalized anxiety disorder scale, obsessive-compulsive questionnaire, self-report diagnostic questionnaire of attention-deficit-hyperactivity disorder and job performance questionnaire were used to collect information. The analysis of the information obtained from the implementation of questionnaires was done through SPSS software version 24 in two descriptive (mean and standard deviation) and inferential (multivariate analysis of variance) sections.

Results: The results indicated that there is a significant difference between psychological problems and job performance among two groups of nurses with and without maladaptive daydreaming ($P<0.05$). Between the fact that nurses with maladaptive daydreaming have a higher mean score in general anxiety, obsessive-compulsive, attention deficit and hyperactivity and have a lower score in job performance.

Conclusions: The presence of MD among nurses and a high score in psychological problems and a low score in job performance indicate a potentially serious, comprehensive and important problem. This preliminary study should provide a solid foundation for more detailed research on the causes and factors associated with MD and other related psychological problems and job performance. In addition, it is suggested to pay special attention to MD as an important component.

Keywords: Maladaptive daydreaming, Psychological problems, Job performance, Nurses.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

فصلنامه مدیریت پرستاری مقاله پژوهشی

دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

خیال پردازی ناسازگار: یک مطالعه مقدماتی جهت بررسی مقایسه مشکلات روان‌شناختی و عملکرد شغلی در بین دو گروه از پرستاران

نیلوفر هاشمی[۱]، فرنوش عبداللهی سیاهکلده[۲*]، فرشته شیرازی[۳]، صابر کرمی[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: فرنوش عبداللهی سیاهکلده، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
ایمیل: abdollahi1383@gmail.com

چکیده

مقدمه: خیال بافی ناسازگار (MD) شکل افراطی رویاپردازی است که احتمالا باعث پریشانی های روان شناختی قابل توجه و اختلال در عملکرد افراد می شود. اخیرا پژوهش های زیادی در مورد خیال بافی ناسازگار صورت گرفته است، اما آسیب شناسی روانی آن هنوز مشخصی نیست. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه مشکلات روان شناختی و عملکرد شغلی در بین دو گروه از پرستاران با MD و بدون MD بود.

روش کار: این پژوهش زمینه‌یابی از نوع علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان¬های شهر کرمانشاه تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۸۰ پرستاران به عنوان گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از ابزار MDS- 16 از میان ۸۰ نفر نمونه ۳۰ نفر به عنوان افراد دارای علائم MD و ۵۰ نفر هم افراد بدون علائم MD تشخیص داده شدند. تعداد ۳۰ نفر از افراد بدون علائم MD انتخاب و با گروه مبتلا به علائم MD (۳۰ نفر) مقایسه شدند. از مقیاس خیال بافی ناسازگارانه، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، پرسشنامه وسواسی- اجباری، پرسشنامه تشخیصی خودگزارشی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و پرسشنامه عملکرد شغلی به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی(تحلیل واریانس چندمتغیره) انجام پذیرفت.

یافته ها: نتایج بیانگر این بود که بین مشکلات روان‌شناختی و عملکرد شغلی در بین دو گروه از پرستاران با و بدون خیال پردازی ناسازگارانه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). به این صورت که پرستاران دارای خیال پردازی ناسازگارانه دارای نمره میانگین بالاتری در اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی، نقص توجه و بیش فعالی و دارای نمره پایین تری در عملکرد شغلی هستند.

نتیجه گیری: وجود MD در بین پرستاران و به علاوه نمره بالا در مشکلات روان شناختی و نمره پایین در عملکرد شغلی نشان دهنده یک مشکل بالقوه جدی، فراگیر و مهم است. این مطالعه مقدماتی باید پایه محکمی برای تحقیقات دقیق تر در مورد علل و عوامل مرتبط با MD و سایر مشکلات روان شناختی مرتبط و عملکرد شغلی ارائه دهد. به علاوه پیشنهاد می شود که به MD به عنوان یک مولفه مهم توجه ویژه ای لحاظ شود.

کلیدواژه ها: خیال پردازی ناسازگار، مشکلات روان‌شناختی، عملکرد شغلی، پرستاران.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

مقدمه

پرستارن بزرگترین گروه کاری در بیمارستان هستند، بنابراین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی آنان تا حد زیادی در گرو سلامت روان‌شناختی آنان است. پرستاران به واسطه شرایط کاری‌شان – مانند ساعت کار طولانی، نوبت‌کاری، کمبود کارکنان و گاهی اوقات کار چالش‌برانگیز و نارحت‌کننده– در معرض خطر بالای تجربه استرس تروماتیک اولیه و ثانویه، فرسودگی شغلی، خستگی شفقت و ناراحتی روان‌شناختی و اخلاقی هستند (۱). پژوهش‌ها بر روی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی نیز نشان می‌دهد که میزان مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، عدم تمرکز، بی‌خوابی و وسواس زیاد است (۱،۲). لذا پرستاران ممکن است برای فرار از این شرایط تروماتیک، به مکانیسم‌های روان‌شناختی ناسازگاری متوسل شوند که هم وضعیت‌های روان‌شناختی منفی را ایجاد و هم آن را تشدید می‌نماید. یکی از این مکانیسم‌های نوظهور، خیال‌بافی ناسازگار است.

خیال‌بافی ناسازگار یا فاصله‌گیری، نوعی جدایی موقت از واقعیت است که در طی آن تماس افراد با واقعیت به خطر می‌افتد و تا حدودی با خیال‌پردازی رویاگونه جایگزین می‌شود که ممکن است خوشایند یا آزاردهنده باشد (۳). این یک پدیده شناختی طبیعی است که در حدود ۹۶٪ از آمریکایی‌ها اتفاق می‌افتد (۴). با این حال زمانی که افراد و به ویژه پرستاران سازگاری کافی یا مناسب با محیط یا موقعیت خود نداشته باشند آنگاه رویاپردازی به عنوان مکانیسمی جهت فرار از این محیط یا موقعیت، ممکن است جدی شود و به خیال‌بافی ناسازگار (MD) تبدیل گردد (۴). سامر برای اولین بار مفهوم MD را معرفی کرد و آن را چنین تعریف نمود « فعالیت فانتزی گسترده که جایگزین تعاملات انسانی می‌شود و /یا با عملکرد تحصیلی یا حرفه‌ای تداخل می‌کند» (۵). سامر شش بیمار را با مشکلات شدید در عملکرد اجتماعی و شغلی توصیف کرد که به نظر می‌رسد پس از تجربه آزاردهنده دوران کودکی از واقعیت به زندگی خیالی فرار کرده بودند. رویاهای آنها اغلب با حرکاتی مانند قدم زدن همراه بود که سامر آن را عمل جنبشی نامید (۵). درواقع افراد مبتلا به خیال‌پردازی ناسازگار (MDers) ساعت‌ها را صرف رویاهای بسیار ساختاریافته و فراگیر می‌کنند که گاهی با حرکات تکراری مانند قدم زدن و بی‌قراری همراه است. همچنین، آنها در تغییر توجه به جای حفظ توجه مشکل دارند، که نوعی ناتوانی در بازگشت به زندگی واقعی پس از غرق شدن در رویاهای خیالی است (۶). افراد مبتلا به MD می‌توانند تظاهرات مختلفی داشته باشند، لازم نیست فردی که همه ویژگی‌های آن را داشته باشد تا یک MDer در نظر گرفته شود. تظاهرات رایج عبارتند از: رویاپردازی طولانی مدت، رویاهای بسیار واضح، دشواری در انجام کارهای روزمره، مشکل در خوابیدن در شب، میل شدید به ادامه رویاپردازی، انجام حرکات تکراری در حین رویاپردازی، نشان دادن برخی حالات صورت در هنگام خیال‌پردازی، زمزمه کردن و صحبت کردن هنگام خیال‌پردازی، و بسیاری از تظاهرات دیگر (۷).

مطالعات زیادی در مورد MD در سرتاسر جهان انجام شده است و اکثریت قریب به اتفاق آنها اخیراً صورت گرفته است؛ زیرا این یک مولفه نسبتاً جدید است و تعداد کمی از محققان از آن اطلاع دارند. یکی از مطالعات اخیر که در سال ۲۰۱۶ توسط بیگلسن و همکاران منتشر شد. MD را توصیف نمود و تلاش کرد تا درک ویژگی‌های این مولفه را افزایش دهد (۶). برخی پژوهش‌ها گزارش نمودند که MD از بسیاری جهات با رویاپردازی هنجاری کاملاً متفاوت است و بسیاری از متخصصان دارای علائم نقص توجه، وسواس اجباری و تجزیه هستند (۳، ۶). مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۶ توسط سامر و همکاران منتشر شد و مقیاس ۱۴ مولفه‌ای برای ارزیابی خیال‌بافی ناسازگار را طراحی نمود. نتایج نشان داد که این ابزار به خوبی بین افراد با و بدون MD تمایز قائل شد و به نظر می‌رسد که معیار عالی برای بررسی آتی MD باشد. سامر در سال ۲۰۱۷ دو آیتم به این مقیاس اضافه نمود و نسخه ۱۶ آیتمی آن را طراحی کرد (۸). اخیرا در ایران نیز برای اولین بار مطالعه‌ای توسط احمدی و همکاران (۹) صورت گرفته است و به بررسی روایی‌و پایایی و ساختار عاملی مقیاس ۱۶ آیتمی خیال‌بافی ناسازگار پرداخته است.

نتایج پژوهش‌ها میزان بالایی از بیماری‌ها را همراه با MD نشان داده است. برخی از شایع ترین اختلالات همراه MD عبارتند از: اختلال وسواس فکری–اجباری، اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD)، اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی (۳، ۸). یک مقاله تحقیقاتی اخیرا در مورد MD در سال ۲۰۱۸ توسط سوفر–دودک و همکاران منتشر شد. این پژوهش رابطه بین MD و علائم وسواس فکری و

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

مکانیسم‌های مشترک احتمالی را نشان داد (۱۰).
پژوهش‌های زیادی در مورد MD وجود دارد. اما هنوز در ایران توجه زیادی به آن نشده است. با اینکه در خارج از کشور، اخیرا مقالاتی زیادی در مورد این متغیر صورت گرفته است، با این وجود، علت و ارتباط MD با سایر وضعیت‌های روان‌شناختی مشخص نیست. علاوه بر این، مطالعات آینده برای رسیدگی به شیوع MD در جمعیت عمومی مورد نیاز است. همچنین، از آنجایی که برخی از متخصصان گزارش دادند که افراد مبتلا به MD، اختلالات دیگری مانند ADHD، افسردگی، اسکیزوفرنی، اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD) و اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و مختل شدن عملکردهای مختلف زندگی روزمره را تجربه کرده‌اند، لذا منطقی است که گمان کنیم که این اختلالات با MD مرتبط هستند، اما ما هنوز هم در مورد چگونگی آن بی‌اطلاعیم (۱۰). به عنوان مثال اسکیزوفرنی ممکن است به دلیل هم‌پوشانی علائم آن با MD به اشتباه تشخیص داده شود، اگرچه بیماران اسکیزوفرنی نمی‌توانند بین دنیای واقعی و خیالی تمایز قائل شوند در حالی که بیماران MD می‌توانند (۶). همچنین ADHD مشابه MD است زیرا در هر دو حالت نقص توجه و بیش‌فعالی مشاهده می‌شود. ADHD شامل بی‌نظمی، بی‌دقتی و بیش‌فعالی است که به صورت بی‌حوصلگی و حرف زدن بی‌وقفه ظاهر می‌شود (۱۱). علاوه بر این، اگر چه محققان در یک مطالعه دریافتند که فلووکسامین (دارویی که یک درمان رایج برای OCD است) برای کنترل رویاهای روزانه مؤثر است، اما هنوز هیچ درمان رسمی برای MD وجود ندارد (۱۱). اهمیت انجام مطالعات بیشتر در مورد MD در این واقعیت نهفته است که MD می‌تواند در زندگی روزمره افراد تداخل داشته باشد و دریافت کمک مورد نیاز برای مقابله با این بیماری برای این افراد بسیار دشوار است. در واقع اتلاف وقت در رویاپردازی می‌تواند فعالیت‌های زندگی عملکردی، اجتماعی و تحصیلی را به خطر بیندازد. از این رو با توجه به اینکه پرستاران نیز زندگی شغلی پراسترسی دارند، ممکن است خیال‌بافی ناسازگار، پناهگاهی برای دوری از هیجانات و وضعیت ناخوشایند و مرتبط با وضعیت شغلی آنان باشد، که این نیز به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس، نقص توجه و بسیاری از تظاهرات بالینی دیگر باشد. برخی پژوهش‌ها نیز نشان دادند که بسیاری از افراد MD، اضطراب، نگرانی و افسردگی را گزارش کردند که به نوعی از واقعیت دشوار خود فرار کرده و به این شیوه با آن کنار می‌آیند (۱۲).
با توجه به پیشه نظری و تحقیقاتی، هدف این پژوهش نیز، بررسی و مطالعه MD از نظر شیوع آن در بین پرستاران و ارتباط آن با عملکرد شغلی و مشکلات روان‌شناختی آنان از جمله اضطراب فراگیر، نقص توجه و علائم وسواس بود. به عبارت دیگر از یک سو با توجه به اهمیت انجام مطالعات بیشتر در مورد MD و عدم انجام پژوهش‌هایی در زمینه این متغیر در ایران و از سوی دیگر به سبب اهمیت بسیار بالایی سلامت روان‌شناختی و عملکرد شغلی پرستاران، لذا بررسی مکانیسم‌های موثر در این خصوص ضرروت دارد از این رو؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی MD در بین دو گروه از پرستاران با MD و بدون MD و ارتباط آن با عملکرد شغلی و مشکلات روان‌شناختی مانند علائم اضطراب فراگیر، نقص توجه و بی‌فعالی و علائم وسواس انجام شد.

روش‌کار

این پژوهش زمینه‌یابی از نوع علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی پرستاران بیمارستان های شهر کرمانشاه تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۸۰ پرستاران به عنوان گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از ابزار MDS- 16 از میان ۸۰ نفر نمونه ۳۰ نفر به عنوان افراد دارای علائم MD و ۵۰ نفر هم افراد بدون علائم MD تشخیص داده شدند. با لحاظ نمودن ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۳۰ نفر از افراد بدون علائم MD انتخاب و با گروه مبتلا به علائم MD (۳۰ نفر) مقایسه شدند. روش اجرای بدین صورت بود که ابتدا با مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و توضیح اهداف پژوهش و درخواست معرفی نامه به این بیمارستان و انجام هماهنگی‌های لازم و کسب رضایت نامه، اقدام به انجام پژوهش شد. پس از غرابالگری اولیه با ابزار MDS- 16، و تقسیم پرستاران به دو گروه با علائم MD و بدون علائم MD، پرسشنامه‌ها که در ادامه به تفصیل ذکر شده‌اند- در بین پرستاران توزیع شد. معیارهای ورود نمونه به پژوهش شامل تمایل افراد به شرکت در پژوهش، داشتن مدرک کاردانی به بالا در رشته پرستاری و اشتغال در بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر کرمانشاه بود. معیار خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. در این پژوهش برای توصیف

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی، همچنین برای آزمون و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از روش تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوآ) استفاده شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

مقیاس خیال‌بافی ناسازگارانه نسخه ۱۶ آیتمی (MDS–16): یک ابزار خودگزارشی از ۱۶ آیتم تشکیل شده و هدف آن شناسایی خیال‌بافی ناسازگارانه است. نسخه قبلی این مقیاس شامل ۱۴ آیتم بود که توسط سامر طراحی شده است و با افزودن دو آیتم دیگر در مورد استفاده از موسیقی به عنوان محرک و تقویت‌کننده خیال‌بافی، به نسخه ۱۶ آیتمی توسعه یافت (۹، ۱۲). از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود که به آیتم‌های MDS–16 در مقیاسی از ۰/. تا ۱۰۰/. با فواصل ۱۰ درصدی (هرگز تا بسیار زیاد) پاسخ دهند. این مقیاس در دهه گذشته در اسرائیل توسعه یافته و بر روی نمونه‌های حمایتی آنلاین آزمایش شد. همچنین برای مقایسه نمونه‌های غیربالینی و نمونه‌های بالینی در سایر اختلالات اجرا شد. نمره ۵۰ به عنوان یک برش برای تشخیص خیال‌بافی ناسازگار توصیه می‌شود (۹، ۱۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خیال‌بافی ناسازگار (MDS–16) را در یک نمونه ایتالیایی بررسی نمودند، نمرات MDS–16 قابلیت همسانی درونی خوبی را نشان داد. تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی یک راه حل دو عاملی (اختلال در زندگی و انزوا (پسرفت) حسی- حرکتی) را استخراج نمود (۹). روایی، پایایی و ساختار عاملی این مقیاس در ایران توسط احمدی و همکاران (۹) بررسی شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در این پرسشنامه سه عامل شامل خیال‌بافی مداخله‌گر (سوالات، ۸، ۱۱، ۶، ۵، ۷، ۹)، خیال‌بافی پایدار (سوالات، ۳، ۱۰، ۴، ۲، ۱۳، ۱۲)، خیال‌بافی وابسته (سوالات، ۱۶، ۱، ۱۵، ۱۴) را در جمعیت دانشجویان ایرانی آشکار کرد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول برابر با ۰/۹۰، عامل دوم برابر با ۰/۸۶، عامل سوم برابر با ۰/۷۹ و کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ به دست آمد. بین سه عامل پرسشنامه و نمره‌ی کل خیالبافی ناسازگارانه با پذیرش و عمل رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود دارد که این حاکی از روایی واگرای این ابزار است. همچنین بین سه عامل پرسشنامه و نمره‌ی کل خیالبافی ناسازگارانه با مولفه‌های فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و واقعیت و جذب و تخیل رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد که این حاکی از روایی همگرای ابزار حاضر است (۹).

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): چهارمین ویرایش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر توسط نیومن و همکاران (۱۳) نوشته شده است. یک مقیاس خودگزارشی ۹ گویه‌ای، که ۵ گویه‌ی آن به صورت بله/ خیر و ۴ گیه آن به صورت پیوستاری از ۱ تا ۸ درجه‌بندی شده است. این مقیاس روایی همگرا و افتراقی مناسبی دارد و ضریب توافقی کاپا با مصاحبه ساختاریافته ۹۷/. است، به علاوه فرم اصلی، همسانی درونی (آلفای کرونباخ= ۹۴/.) و باآزمایی برای دو هفته را (برای ۹۲/. نمونه) قوی گزارش کرده است. نقطه برش برای ۸۳/. افراد۵/۷ می‌باشد (۱۳). در ایران این پرسشنامه توسط بیتا و محمدی (۱۴) هنجاریابی شده است که همسانی درونی این مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ را ۷۹/. و روایی همزمان آن را ۶۱/. و ۴۵/. =r و روایی افتراقی ۸۸/.= r بود. علاوه بر این نقطه برش ۵/۹۵ منجر به حساسیت ۹۷/. و ویژگی ۹۴/. شد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی برازش یک عاملی را تایید کرد.

پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی (MOCI): این سیاهه از سی گزاره که پاسخ به آنها با انتخاب دو گزینه درست/ نادرست ارائه می‌شود تشکیل شده و به صورت ویژه برای بررسی نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری طراحی شده است (۱۵). نمره کل وسواس آزمودنی‌ها که به وسیله این پرسشنامه ارزیابی می‌شود از ۱ تا ۳۰ متغیر است. آزمون وسواس- اجباری مادزلی دارای چهار خرده مقیاس می‌باشد : حداکثر نمرات در خرده‌مقیاس وارسی ۹، در خرده‌مقیاس شستشو ۱۱، در خرده‌مقیاس کندی وسواس ۷، و در خرده مقیاس تردید وسواس ۷ می‌باشد. با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواس کلی و چهار نمره فرعی به‌دست آورد. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره وسواس‌گرایی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی- تکرار، تردید- دقت به دست می‌دهد. پایایی و روایی آزمون وسواسی مادزلی در مطالعه سازندگان تایید شده است. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای وارسی ۸۴/.، برای تمیزی ۸۲/.، کندی ۸۵/. شک وسواسی ۸۳/. و وسواس فکری- عملی کلی ۸۸/. به دست آمده است در ایران قاسم‌زاده و همکاران (۱۶) روایی سازه و همگرا را تایید و پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای وارسی ۷۹/.، تمیزی ۷۵/.، کندی ۷۹/.، شک وسواسی ۸۲/. و وسواس فکری- عملی کلی ۸۳/. به دست آورد.

پرسشنامه تشخیصی خودگزارشی اختلال نقص توجه-

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

بیش‌فعالی کانرز (CAARS-S:SV): پرسشنامه تشخیصی فرم کوتاه خودگزارشی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز، توسط کانرز و همکاران (۱۷) استاندارد شده است. این پرسشنامه ارزیابی کمی از نشانگان بی توجهی، نشانگان پرتحرکی- تکانه‌ای بودن (بیش‌فعالی) و شاخص اختلال نقص توجه- بیش فعالی کلی انجام می‌دهد. هر سوال از صفر (هرگز، اصلا) تا ۳ (خیلی زیاد، همیشه) نمره می‌گیرد. ضرایب آلفای کرونباخ هر سه مقیاس بین ۸۰/. تا ۹۰/. گزارش شد (۱۷). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی این پرسشنامه ساختار سه عاملی آن را تائید می‌کند که دارای همسانی درونی بالا و اعتبار قوی در سه خرده مقیاس خود است (۱۷). خرده مقیاس دارای حساسیت بالا (۸۲/.) و ویژه بودن بالا (۸۷/.) و طبقه‌بندی تشخیص صحیح (۸۵/.) هستند (۱۸). همچنین آدلر و همکاران (۱۹) اعتبار بالای پیش‌بین این پرسشنامه را نشان دادند. این پرسشنامه در نمونه ایرانی، توسط مقدسین و فلسفی نژاد (۲۰) و مقدسین و دیباج‌نیا (۲۱) مورد مطالعه قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۸۶/.، ۸۲/. و ۸۹/. به دست آمد (۲۰). همچنین این ابزار، نقطه برش تشخیص علائم نقص توجه/ بیش‌فعالی براساس مقیاس نمره‌ی T با میانگین ۵۰ و انحراف‌معیار ۱۰، برابر با ۶۰ است (۲۱). ساختار سه عاملی نسخه فارسی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز به تائید رسیده است. همچنین، از روایی تشخیصی مناسب (۵۸/.) برای تشخیص‌گذاری و افتراق بین بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی و نرمال برخوردار است. همچنین از روایی همگرای بالایی با فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس برخودار است (۲۱).

پرسشنامه عملکرد شغلی: برای سنجش عملکرد شغلی از پرسشنامه عملکرد شغلی که توسط پترسون در سال ۱۹۷۰ طراحی شده، استفاده شده است (۲۲). این پرسشنامه با ۱۵ گویه، که ۵ گویه در بخش عملکرد وظیفه‌ای و ۱۰ گویه به بخش عملکرد فرایندی اختصاص یافته است. براساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت با حداقل ۱ و حداکثر ۵ نمره اندازه‌گیری (هیچ‌وقت؛ ۱، به ندرت؛ ۲، گاهی اوقات؛ ۳، اغلب؛ ۴، همیشه؛ ۵) نمره ۱ پاسخ‌دهنده، نشان‌دهنده سطح پایین و نمره ۵ نشان‌دهنده سطح بالای دیدگاه فرد است، بدیت ترتیب، حداقل نمره ۱۵ یعنی پاسخ‌دهنده گزینه‌های یک را مورد انتخاب قرار داده، پس سطح عملکرد شغلی در سطح حداقل و و حداکثر نمره ۷۵ یعنی پاسخ‌دهنده گزینه‌های ۵ را مورد امتخاب قرار داده، که بیانگر، عملکرد شغلی در بالاترین سطح می‌باشد. در مطالعه تورنتون (۲۳) پژوهش بر روی ۱۱۴ تن از کارکنان مشاغل سخت در یکی از شهرهای آمریکا انجام گرفت. وی روایی محتوای ابزار را با استفاده از ۶ نفر از خبرگان و متخصصان دانشگاهی حوزه روانشناسی و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۷۹/. تایید کرده است. شکرکن و ارشدی (۲۴) در پژوهشی بر روی ۲۱۳ نفر از کارمندان برخی از کارخانه‌های اهواز نشان دادند، روایی ابزار سنجش از روایی محتوایی با استفاده از ۵ نفر از خبرگان دانشگاهی در حوزه روانشناسی و پایایی پرسشنامه از ۳۰ نفر از کارمندان کارخانه‌های اهواز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف ۰/۸۵ و ۰/۸۵ تایید شد.

یافته ها

متغیر جمعیت شناختی		با خیال پردازی ناسازگار		بدون خیال پردازی ناسازگار	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۳	۷۶/۶۷	۲۰	۶۶/۶۷
	مرد	۷	۲۳/۳۳	۱۰	۳۳/۳۳
	کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰
وضعیت تاهل	مجرد	۱۴	۴۶/۶۷	۱۸	۶۰
	متاهل	۱۶	۵۳/۳۳	۱۲	۴۰
	کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰
میانگین سن		با خیال پردازی ناسازگار		بدون خیال پردازی ناسازگار	
	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار
	۲۹/۴۳	۳/۰۴۸		۲۹/۰۷	۲/۷۴۱

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

جدول ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی را نشان می دهد. در گروه پرستاران دارای خیال پردازی ناسازگارانه ۲۳ نفر (۷۶/۶۷ درصد) زن و ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) مرد بودند. در همین گروه ۱۴ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مجرد و ۱۶ نفر (۵۳/۳۳ درصد) متاهل بودند. در گروه پرستاران دارای خیاپردازی سازگارانه ۲۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) زن و ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مرد بودند. در همین گروه ۱۸ نفر (۶۰ درصد) مجرد و ۱۲ نفر (۴۰ درصد) متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن گروه ناسازگارانه ۲۹/۴۳ و ۳/۰۴۸ و در گروه نرمال ۲۹/۰۷ و ۲/۷۴۱ بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه از پرستاران

متغیرهای وابسته	با خیالپردازی ناسازگار		بدون خیال پردازی ناسازگار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب فراگیر	۹/۹۷	۰/۹۲۸	۷/۸۳	۰/۷۴۷
وارسی	۲/۸۳	۰/۷۹۱	۱/۸۰	۱/۲۷۰
شستشو	۴/۵۰	۱/۰۷۵	۲/۲۷	۰/۷۰۲
کندی وسواس	۲/۸۷	۰/۸۶۰	۱/۶۳	۱/۴۵۰
تردید وسواس	۲/۵۰	۱/۲۸۰	۱/۳۳	۱/۲۹۵
کمبود توجه	۳/۷۳	۱/۸۷۴	۱/۹۷	۱/۲۷۳
کنترل تکانه	۴/۷۳	۱/۵۳۰	۳/۰۷	۰/۹۸۰
شاخص اختلال نقص توجه- بیش فعالی	۳/۵۷	۱/۹۹۵	۱/۸۰	۱/۵۱۸
عملکرد وظیفه‌ای	۱۱/۶۰	۱/۶۱۰	۱۵/۴۰	۳/۳۹۰
عملکرد فرایندی	۲۶/۴۳	۲/۸۹۷	۲۹/۰۰	۴/۲۹۱

(جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده ازآماره استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن(نرمال بودن) از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که هر دو گروه ($P<۰/۰۵$) مورد تایید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون لوین بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P<۰/۰۵$). مورد تایید قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد. از آنجایی که پیش‌فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره متغیرهای وابسته در دو گروه از پرستاران

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۶۷	۳۱/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۳	۳۱/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۶/۵۰۶	۳۱/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۶/۵۰۶	۳۱/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۹۹۹

با توجه به (جدول ۳) مقدار آزمون های چندگانه به ویژه ویلکز لامبدا (۰/۱۳۳) و Fمحاسبه شده (۳۱/۸۸۰) می‌توان فرض پژوهش را مورد تایید قرار داد. به عبارت دیگر در ۲ گروه از پرستاران با و بدون خیال پردازی از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره در (جدول۴) آمده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی متغیرهای وابسته در بین دو گروه از پرستاران

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
اضطراب فراگیر	۶۸/۲۶۷	۱	۹۶/۲۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	۰/۹۹۹
وارسی	۱۶/۰۱۷	۱	۱۴/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸	۰/۹۶۱
شستشو	۴۸/۶۰۰	۱	۵۸/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۰/۹۹۹
کندی وسواس	۲۲/۸۱۷	۱	۱۶/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۷	۰/۹۷۶
تردید وسواس	۲۰/۴۱۷	۱	۱۲/۳۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۹۳۲
کمبود توجه	۴۶/۸۱۷	۱	۱۸/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹	۰/۹۸۷
کنترل تکانه	۴۱/۶۶۷	۱	۲۵/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	۰/۹۹۹
شاخص اختلال نقص توجه- بیش فعالی	۴۶/۸۱۷	۱	۱۴/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	۰/۹۶۷
عملکرد وظیفه‌ای	۲۱۶/۶۰۰	۱	۳۰/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	۰/۹۹۹
عملکرد فرایندی	۹۸/۸۱۷	۱	۷/۳۷۳	۰/۰۰۹	۰/۱۱۳	۰/۷۶۱

نتایج (جدول ۴) نشان داد که بین مشکلات روان شناختی و عملکرد شغلی در بین دو گروه از پرستاران از نظر خیال پردازی تفاوت وجود دارد. به این صورت که پرستاران دارای خیال پردازی ناسازگارانه دارای نمره میانگین بالاتری در اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی، نقص توجه و بیش فعالی و دارای نمره پایین تری در عملکرد شغلی هستند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی علائم اضطراب فراگیر، نقص توجه و بیش‌فعالی، وسواس و عملکرد شغلی در دو گروه از پرستاران با (با MD و بدون MD) انجام شد. بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که پرستاران دارای نمرات بالاتر در MD (گروه MD) در مقایسه با گروه بدون MD، در زمینه علائم اضطراب فراگیر، نقص توجه و بیش‌فعالی (میانگین نمره خرده مقیاس کمبود توجه نسبت به بیش‌فعالی بالاتر بود)، میانگین نمرات بالاتر کسب نمودند. این نتایج با سایر مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف هم‌سو است (۳، ۱۰، ۱۱، ۱۲). یکی از تبیین‌های احتمالی برای شیوع بالای دو مولفه MD و GAD در بین پرستاران این است که آنها زمینه را برای یکدیگر فراهم می‌کنند. به عبارت بهتر MD ممکن است به عنوان وسیله‌ای جهت فرار از یک واقعیت ناگوار و اضطراب‌زا به سمت یک دنیای خیالی امن توسعه یابد، و در مقابل، یک GAD نیز می‌تواند به دلیل ناتوانی در مدیریت کافی رویاهای وقت‌گیر در پرستاران ایجاد شود. بنابراین، می‌توان آن را به‌عنوان یک چرخه پیوسته در نظر گرفت، و این موضوع را می‌توان با این واقعیت تأیید نمود که GAD در تعدادی از مطالعات، از جمله در پژوهش بیگلسن و همکاران (۶)، یک اختلال همراه با MD است. همچنین سامر و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که ۰/۲۸ شرکت‌کنندگان GAD داشتند (۸). بنابراین می توان گفت که خیال بافی ناسازگار عملی است که در آن فرد زمان زیادی را صرف خیال پردازی می کند و اغلب در تخیل خود غرق می شود. این رفتار معمولاً یک مکانیسم مقابله ای در افرادی است که دارای مشکلات روان شناختی مانند اضطراب هستند. یک تبیین احتمالی دیگر این است که استرس، اضطراب و مسائل مربوط به سلامت روان، به طور کلی، بسیار شایع‌تر است و می‌تواند با درصد بالاتری در دانشجویان پزشکی و پرستاران در مقایسه با جمعیت عمومی، به ویژه در خاورمیانه برسد. همچنین مطالعات نشان داده است که افراد و به ویژه پرستاران در شب هایی که MD شدیدتر و زمان- برتری را گزارش نمودند، سطوح بالایی از علائم آسیب شناسی روانی مانند اضطراب، افزایش هیجانات منفی و کاهش هیجانات مثبت را در روزگزارش کردند (۶، ۸). به طور کلی، روزهایی که افزایش MD گزارش می شود، با احساسات منفی نیز همراه است و به نوعی وقتی افراد به آن روز فکر می کنند، احساسات منفی مانند شرمندگی، پشیمانی و اضطراب - برای زمانی که در رویاپردازی تلف نموده اند- را تجربه می کنند، لذا عدم تنظیم این هیجانات به سبب MD خود عاملی سبب ساز جهت ابتلا به انواع مشکلات روان شناختی است.

در ارتباط با نقص توجه و بیش‌فعالی (میانگین نقص توجه بیشتر) و MD هم راستا با این پژوهش نیز می‌توان گفت

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

که در یک پژوهش سامر و همکاران (۸) نشان دادند که اختلال کمبود توجه-بیش فعالی عمدتا از نوع بی توجهی، شایع ترین اختلال همراه (۷۶٫۹٪) با MD بود. برای تبیین این همبودی می توان گفت که میزان بالای ADHD (۷۶٫۹٪) احتمالا به دلیل انحرافات مکرر از وظایف دنیای بیرونی ناشی از نیاز اجباری به توجه مداوم به حواس پرتی های درون است (۸). به عبارت دیگر افراد ADHD سرگردانی خود به خودی ذهن را بیشتر تجربه می کنند، که به نوعی فرار ذهنی از یک واقعیت عینی (دنیای بیرونی) است. همچنین رویاهای مکرر به دلیل بی توجهی می تواند بخشی از معیارهای ذکر شده در راهنمای تشخیصی و آماری ADHD باشد. البته باید این نکته را هم در نظر گرفت که رویاپردازی ناسازگار و اختلال بیش فعالی کمبود توجه (ADHD) باعث ایجاد یکدیگر نمی شوند. این بدان معناست که داشتن رویاپردازی ناسازگار منجر به ADHD نمی شود. همچنین، همه افراد مبتلا به ADHD دچار اختلال رویاپردازی نمی شوند. اما در مجموع طبق پژوهش های انجام شده، تا ۷۷ درصد از جمعیت مبتلا به رویاپردازی ناسازگار، ADHD نیز دارند و افراد مبتلا به ADHD شانس بیشتری برای ایجاد رویاپردازی ناسازگار دارند (۸، ۱۱). بنابراین به طور کلی می توان گفت که MD به عنوان یک پدیده ذهنی مستقل توصیف می شود و اغلب به عنوان یک عارضه جانبی، کمبود توجه ایجاد می کند. اما این پدیده برخلاف ADHD -که جنبه های ژنتیکی در آن پررنگ تر است- می تواند نتیجه تروماتایز شدن افراد باشد.

در تبیین وجود علائم وسواس فکری- عملی در افراد MD دراین پژوهش نیز هم راستا با سایر پژوهش ها (۸، ۱۰، ۱۱) می توان گفت که افراد مبتلا به MD اغلب جنبه اجباری یا اعتیادآور را در خیال بافی خود توصیف می کنند. ممکن است بارها سعی در کاهش یا متوقف نمودن خیال پردازی های خود نموده، اما موفق به این کار نشده باشند. مولفه حرکتی MD (حرکات کلیشه ای) (۴) نیز می تواند با سایر اجبارهای تکراری شناسایی شده در این پژوهش (علائم وسواس) مرتبط باشد. اجبار، وارسی، تکرار و تردید و به عبارتی اختلال در کنترل و افزایش نفوذ افکار و تصاویر نیز، زمینه ساز پیوند بین OCD و MD است. احتمالا یک سیستم بیش فعال می تواند به عنوان یک مکانیسم مشترک عمل کند و سبب این درجه از نفوذ تصاویر و افکار در ذهن گردد. این مکانیسم ممکن است از طریق مسیرهای عصبی شیمیایی مشترک رخ دهد، زیرا یک مطالعه موردی درمان موفقیت آمیز MD با یک SSRI را نشان داد که اغلب در درمان OCD استفاده می شود (۱۱). بنابراین جنبه های لذت بخش، اجباری و اعتیادآور خیال پردازی ناسازگار در افراد، می تواند گمانه زنی های ما را در زمینه افزایش علائم وسواس در پرستارانی -به واسطه شغل و شرایط استرس زای شان- که MD بالایی گزارش می کنند، بیشتر نماید. به عبارت دیگر فردی که درگیر MD است حتی ممکن است ساعت ها درگیر دنیای خیالی پر از طرح ها، شخصیت ها و تنظیمات خاص باشد. همچنین فانتزی های همراه با جادوگری، دقت اخلاقی و مضامین کمال گرایی در افراد و به ویژه پرستاران می تواند تبیین کننده علائم OCD در آنان باشد.

بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که پرستاران دارای نمرات بالاتر در MD (گروه MD) در مقایسه با گروه بدون MD، در زمینه عملکرد شغلی میانگین نمرات پایین‌تری کسب نمودند. پژوهش مشابهی نشان داد که ۷۰ درصد از دانشجویان عربستان MD را تجربه نمودند (۳). همچنین مطالعه دیگر نیز نشان داد که خیال بافی ناسازگار تأثیر قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی و شغلی جمعیت دانشجویان پزشکی دانشگاه خارطوم دارد (۲۵)، این مطالعه همراه با سایر پژوهش ها درک عمیق و نگران کننده ای در مورد تأثیر MD بر عملکرد شغلی و تحصیلی کارکنان سلامت روان نشان می دهد، زیرا پدیده MD به سبب کنترل پذیری ناقص، وقت گیر بودن، جدایی از واقعیت روزمره و جنبه های اجباری در آن، به وضوح تأثیر منفی بر پیشرفت شغلی و تحصیلی کارکنان بهداشت و دانشجویان پزشکی دارد. سامر نیز در پژوهش خود، شش بیمار را با مشکلات شدید در عملکرد اجتماعی و شغلی توصیف کرد که به نظر می‌رسد پس از تجربه آزاردهنده دوران کودکی از واقعیت به زندگی خیالی فرار کرده بودند. رویاهای آنها اغلب با حرکاتی مانند قدم زدن همراه بود که وی آن را عمل جنبشی نامید (۵). به عبارات دیگر در تبیین این یافته ها می توان گفت که افراد مبتلا به خیال‌پردازی ناسازگار ساعت‌ها را صرف رویاهای بسیار ساختاریافته و فراگیر می‌کنند. همچنین، آنها در تغییر و حفظ توجه مشکل دارند، که نوعی ناتوانی در بازگشت به زندگی واقعی پس از غرق شدن در رویاهای خیالی است (۶). درواقع افرادی که ترجیح می دهند در دنیای فانتزی پیچیده زندگی کنند و بیش از نیمی از ساعات بیداری خود را

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

با دنیای درونی خویش درگیر می کنند و هنگام کار کردن و صحبت با دیگران بی توجه و حواس پرت به نظر می‌رسند، طبیعتا این عوامل به سبب MD می تواند اختلال در عملکرد اجتماعی- شغلی را به همراه داشته باشد. به علاوه افراد مبتلا به MD می‌توانند تظاهرات مختلفی دیگر نیز داشته باشند که می تواند تبیین کننده اختلال در عملکرد شغلی باشد مانند دشواری در انجام کارهای روزمره، مشکل در خوابیدن در شب، میل شدید به ادامه رویاپردازی، انجام حرکات تکراری در حین رویاپردازی. همبودی با اضطراب، افسردگی، نقص توجه و وسواس نیز، بیش از پیش می تواند توضیح احتمالی دیگری برای اختلال در عملکرد شغلی آنان باشد. بنابراین خود مولفه MD به همراه پیامدهای روان شناختی آن، می تواند تاثیر سوء بر عملکرد شغلی پرستاران داشته باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که وجود MD در بین پرستاران و به علاوه نمره بالا در علائم اضطراب فراگیر، نقص توجه، وسواس و نمره پایین در عملکرد شغلی نشان دهنده یک مشکل بالقوه جدی، فراگیر و مهم است. این مطالعه مقدماتی باید پایه محکمی برای تحقیقات دقیق تر در مورد علل و عوامل مرتبط با MD و سایر مشکلات روان شناختی مرتبط ارائه دهد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی پرستاران شهرکرمانشاه انجام شد و تعمیم نتایج به سایر شهرها ممکن نیست. از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده است. پیشنهاد می‌شود که بر روی سایر شهرها و همچنین از روش‌های جمع آوری اطلاعات همچون مصاحبه فردی استفاده شود تا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر به دست آید. به علاوه پیشنهاد می شود که به MD به عنوان یک مولفه مهم -که ممکن است زمینه ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی در بین مردم و به ویژه پرستاران باشد- توجه ویژه ای لحاظ شود.

سپاسگزاری

از تمامی پرستاران شهر کرمانشاه که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم. همچنین، در مقاله حاضر تمام ملاحضات اخلاقی و هلسینکی رعایت شده است.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Maben J, Conolly A, Abrams R, Rowland E, Harris R, Kelly D, Kent B, Couper K. 'You can›t walk through water without getting wet'UK nurses' distress and psychological health needs during the Covid-19 pandemic: A longitudinal interview study. International journal of nursing studies. 2022 Jul 1; 131:104242.
2. Li Y, Fan R, Lu Y, Li H, Liu X, Kong G, Wang J, Yang F, Zhou J, Wang J. Prevalence of psychological symptoms and associated risk factors among nurses in 30 provinces during the COVID-19 pandemic in China. The Lancet Regional Health-Western Pacific. 2023 Jan 1; 30:100618.
3. Alenizi MM, Alenazi SD, Almushir S, Alosaimi A, Alqarni A, Anjum I, Omair A. Impact of maladaptive daydreaming on grade point average (GPA) and the association between maladaptive daydreaming and generalized anxiety disorder (GAD). Cureus. 2020 Oct 3; 12(10).
4. Somer E, Lehrfeld J, Bigelsen J, Jopp DS. Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). Consciousness and cognition. 2016 Jan 1; 39:77-91.
5. Somer E. Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2002 Sep; 32(2):197-212.
6. Bigelsen J, Lehrfeld JM, Jopp DS, Somer E: Maladaptive daydreaming: evidence for an under-researched mental health disorder. Conscious Cogn. 2016, 42:254-266.
7. Brenner R, Somer E, Abu-Rayya HM. Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. Personality and Individual Differences. 2022 Jan 1; 184:111194.
8. Somer E, Soffer-Dudek N, Ross CA. The comorbidity of daydreaming disorder (maladaptive daydreaming). The Journal of Nervous and Mental Disease. 2017 Jul 1; 205(7):525-30.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]

9. Ahmadi, F., Goodarzi, M., Kazemi rezaei, S. A., Yazdanimehr, R. Reliability, Validity, and Factor Structure of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) in an Iranian Sample. Journal of Clinical Psychology, 2022; (): -. doi: 10.22075/jcp.2022.27056.2443
10. Soffer-Dudek N, Somer E. Trapped in a daydream: Daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. Frontiers in Psychiatry. 2018:194.
11. Schupak C, Rosenthal J: Excessive daydreaming: a case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. Conscious Cogn. 2009, 18:290-292.
12. Schimmenti A, Sideli L, La Marca L, Gori A, Terrone G. Reliability, validity, and factor structure of the maladaptive daydreaming scale (MDS–16) in an Italian sample. Journal of Personality Assessment. 2020 Sep 2; 102(5):689-701
13. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, Cashman-McGrath L. Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy. 2002 Mar 1; 33(2):215-33.
14. Bita F a, Nader M. Psychometric Properties of Fourth Edition of Diagnostic Questionnaire for Generalized Anxiety Disorder. Psychological Methods and Models Quarterly. 2017; 8(Psychometric): 104-87.
15. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behaviour research and therapy. 1977 Jan 1; 15(5):389-95.
16. Ghassemzadeh H, Khamseh A, Ebrahimkhani N. Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder in Iran: A second report. Obsessive-compulsive disorder research. 2005:243-71.
17. Conners CK, Erhardt D, Sparrow MA. Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). New York: Multihealth Systems. Inc. Back to cited text. 1999(2).
18. Erhardt D, Epstein JN, Conners CK, Parker JD, Sitarenios G. Self-ratings of ADHD symptomas in auts II: Reliability, validity, and diagnostic sensitivity. Journal of Attention Disorders. 1999 Oct; 3(3):153-8.
19. Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Michelson D, Reimherr FW, Glatt SJ, Marchant BK, Biederman J. The reliability and validity of self-and investigator ratings of ADHD in adults. Journal of Attention Disorders. 2008 May; 11(6):711-9.
20. Moghadasin M, Falsafinejad M. Application Of Structural Equation Models To Estimate Reliability And Validity Of Psychological Tests And Assess The Reliability And Validity Of Adult Adhd Diagnostic Scale (Caars-S: Sv).
21. Moghadasin M, Dibajnia P. Validation of the Persian version of the Connerâ s Adult ADHD Rating Scalesâ self-report (CAARS-S-SV). Clinical Psychology and Personality. 2020 Sep 26; 18(1):177-99.
22. Patterson GT. Predicting the effects of military service experience on stressful occupational events in police officers. Police IntJ Police Strateg Manage. 2002;25(3):602-18. doi: 10.1108/13639510210437050
23. Thornton GC. Psychometric Properties of Self-Appraisals of Job Performance. Personnel Psychol. 1980; 33(2):263-71. doi: 10.1111/j.1744-6570.1980.tb02348.x
24. SHekarkan H, Naami A, Neysi A, Mehrabi Honarmand M. Investigating the relationship between job satisfaction and organizational citizenship behavior and job performance among employees of some Ahvaz factories. Int J Psychol (IPA). 2001; 3(4):1-22.
25. Bashir MM. Prevalence of maladaptive daydreaming among medical students at the University of Khartoum, Sudan, in 2020–2021. Middle East Current Psychiatry. 2021 Dec; 28(1):1-7.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-01]