Salamat Ijtimai (Community Health) ISSN 2423-4702; Vol.7 No.1; 2020
http://journals.sbmu.ac.ir/ch

Original Article

The Effectiveness of Skills Trainings based on Dialectical Behavioral Therapy on Signs of State and Anxiety among Patients with Pituitary Adenoma Tumor

Faranak Abdoli[1], Amin Rafiepour[2*]

1. Ph.D of Health Psychology, Islamic Azad University, South Tehran (Kish International Branch), Tehran, Iran.
2. Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:** Amin Rafiepour, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: rafiepoor@pnu.ac.ir

Received: 31 Junuary 2019 **Accepted:** 27 April 2019 **Published:** 30 October 2019

How to cite this article:
Abdoli F, Rafiepour A. The Effectiveness of Skills Trainings based on Dialectical Behavioral Therapy on Signs of State and Anxiety among Patients with Pituitary Adenoma Tumor. Salamat Ijtimai (Community Health). 2020; 7(1): 77-86.
DOI: http://doi.org/10.22037/ch.v7i1.24168.

Abstract

Background and Objective: Although pituitary adenoma is usually benign, it may cause clear clinical symptoms due to hormonal changes or imposing pressure on the adjacent tissues. The objective of this study was to determine the effectiveness of skills trainings based on dialectical behavioral therapy on signs state and trait anxiety among patients with pituitary adenoma tumor in Tehran.

Materials and Methods: This study was of semi-experimental design with pre-test, post-test, and control group. The statistical population of the study included all patients with pituitary adenoma tumor in Tehran in 2018. Participants included 30 people who were selected by convenience sampling method and the intervention was conducted for the experimental group. As many as 30 patients in the experimental group and 30 in the control group were randomly assigned. Data were collected via an impulsivity Inventory and State-Trait Anxiety Inventory. Data analysis was performed using multivariate covariance analysis and one way analysis of covariance by SPSS software version 18.

Results: The mean (SD) score of cognitive impulsivity of the experimental group was 26.5 (9.1) in the pre-test, which decreased to 21.4 (7.7) in the post-test ($P<0.01$), motor impulsivity in the pre-test was 20.8 (4.1) which decreased to 16.7 (3.7) in the post-test ($P<0.01$), and the unplanned in experimental group in pre-test was 36.2 (6) which decreased to 29.9 (6.3) at post-test ($P<0.01$); however, the mean (SD) score of the control group in the pre-test and post-test was not statistically significant. The mean (SD) score of state anxiety in the experimental group was 49.1 (8.4), which decreased to 41.7 (8.6) in post-test ($P<0.01$), trait anxiety of experimental group in the pre-test was 53.3 (12.3) which decreased to 46.2 (11) in the post-test ($P<0.01$); however, the mean (SD) score of control group in the pre-test and post-test was not statistically significant.

Conclusion: The study showed that dialectical behavioral therapy was effective on symptoms of state-trait anxiety and impulsivity among patients with pituitary adenoma tumor.

Keywords: Dialectical behavioral therapy; State and trait anxiety; Impulsivity; Pituitary; Adenoma tumor.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.
Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.
Ethical code: IR.PNU.REC.1397.156.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقاله اصیل | **سلامت اجتماعی**، دوره هفتم، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۸، صفحات ۷۷ تا ۸۶ | http://ch.sbmu.ac.ir

اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم

فرانک عبدلی[۱]، امین رفیعی پور[۲*]

۱. دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب (بین المللی کیش)، تهران، ایران.
۲. استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

*** نویسنده مسئول:** امین رفیعی پور، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
Email: rafiepoor@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: تیر ۱۳۹۷ تاریخ پذیرش: شهریور ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: آدنوم هیپوفیز معمولا خوش خیم بوده اما به خاطر تغییرات هورمونی و یا فشار به بافت های اطراف علایم واضح بالینی ایجاد می کند. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم شهر تهران بود.

روش و مواد: این مطالعه به صورت نیمه تجربی میدانی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مداخله درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه تکانشگری و سیاهه اضطراب حالت صفت بود. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل کوواریانس یک راهه و نرم افزار SPSS-18 صورت گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین (انحراف معیار) تکانشگری شناختی گروه آزمایش در پیش آزمون (۹/۱) ۲۶/۵ بود که در پس آزمون به (۷/۷) ۲۱/۴ (P<۰/۰۱)، تکانشگری حرکتی گروه آزمایش در پیش آزمون (۴/۱) ۲۰/۸ بود که در پس آزمون به (۳/۷) ۱۶/۷ (P<۰/۰۱) و بی برنامگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۶) ۳۶/۲ بود که در پس آزمون به (۶/۳) ۲۹/۹ کاهش یافتند (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) اضطراب حالت گروه آزمایش در پیش آزمون (۸/۴) ۴۹/۱ بود که در پس آزمون به (۸/۶) ۴۱/۷ کاهش یافت (P<۰/۰۱)، اضطراب صفت گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲/۳) ۵۳/۳ بود که در پس آزمون به (۱۱) ۴۶/۲ کاهش یافت (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که مهارت آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم شد.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیک، اضطراب حالت و صفت، تکانشوری، تومور هیپوفیز آدنوم.

مقدمه

آدنوم هیپوفیز دومین تومور شایع داخل جمجمه می باشد که حدود ۱۵٪ از کل نئوپلاسم های اولیه داخل جمجمه را تشکیل می دهد (۱) و بیشتر در جوانان و دامنه سنی ۳۴-۲۰ سال اتفاق می افتد (۲). دو روش عمده برای تشخیص آدنوم هیپوفیز تصویربرداری و اتوپسی می باشد، در روش اول گزارش ها حاکی از شیوع ۴۰-۱٪ و در روش دوم شیوع از ۳۵-۱٪ برآورد شده است (۳). آدنوم هیپوفیز معمولا خوش خیم بوده اما به خاطر تغییرات هورمونی و یا فشار به بافت های اطراف علایم واضح بالینی ایجاد می کند. از هر هزار نفر از جمعیت کل، یک نفر دارای علایم واضح بالینی آدنوم هیپوفیز می باشد (۴). پیشرفت آدنوم هیپوفیز، بافت های اطراف از قبیل عصب بینایی و اعصاب کرانیال ۳، ۴ و ۵ را تحت فشار قرار می دهد که منجر به نقص بینایی از قبیل نابینایی دو طرفه، کاهش میدان دید و ناهنجاری در حرکت چشم می شود (۵).

یکی از مؤلفه هایی که ممکن است تحت تأثیر بیمار شدن افزایش یابد، تکانشگری افراد مبتلا به بیماری تومور هیپوفیز آدنوم می باشد. تکانشگری اقدام آنی به عمل، عدم تمرکز بر فعالیت در دست اقدام و فقدان برنامه ریزی و تفکر و همچنین به عنوان پیش آمادگی و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد تعریف شده است (۶). افراد تکانشگر بدون در نظر گرفتن اثرات فعالیت خود دست به اقدام عاجل می زنند. این افراد در مهار پاسخ خود مشکل دارند و پاداش آنی را به پیامد تأخیری ترجیح می دهد. همچنین تکانشگری با سبک پردازش اطلاعات رابطه دارد. افراد تکانشگر سبک پردازش اطلاعات سریعی داشته و در بازداری پاسخ با مشکل مواجه اند. علاوه بر این، برخی معتقدند که تکانشگری ممکن است مانعی بر سر راه یادگیری در سال های نخستین تحول باشد (۷).

از سوی دیگر، از جمله مؤلفه های متأثر از بیماری تومور هیپوفیز آدنوم اضطراب حالت صفت می باشد. اضطراب حالت با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار همراه است، همچنین وابسته به موقعیت های خاص می باشد، در حالی که اضطراب صفت یک ویژگی پایدار شخصیتی است که مربوط به آمادگی و تمایل افراد به تجربه اضطراب می باشد (۸). پژوهش های مختلفی درباره ارتباط اضطراب حالت و صفت با سوگیری توجه وجود دارد. در برخی از این پژوهش ها هر دو نوع اضطراب حالت و صفت را دخیل در سوگیری توجه دانسته اند ولی در برخی دیگر به طور خاص اضطراب حالت را در سوگیری توجه دخیل می دانند. در دسته سوم نیز پژوهش هایی وجود دارد که نشان می دهند اضطراب صفت باعث سوگیری توجه می-شود (۹).

برخی از رفتار درمانگران توسعه و تحول رفتار درمانی را بر حسب سه نسل یا موج، مفهوم سازی کرده اند (۱۰). در حالی که هدف اصلی در درمان های رفتاری نسل ۱ و ۲، حذف و یا کاهش مسائل بیمار است، هدف درمان های نسل سوم، کمک به بیمار است که بتوانند فعالانه شکل های مختلف ناراحتی های روانی درد و رنج را به عنوان اجزای گریزناپذیر زندگی خود و نه به عنوان مانعی برای رسیدن به هدف بپذیرد (۱۱). رفتار درمانی دیالکتیکی که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در دهه اخیر به خود جلب کرده است رویکردی از نسل سوم شناختی-رفتاری است. Linehan در رویکرد درمانی خود سعی می کند اصول رفتارگرایی و اصول ذن را که در ظاهر دیدگاه های متفاوتی هستند با یکدیگر یکپارچه سازد، این همان تلفیق و یکپارچه سازی روانشناسی غرب و روانشناسی شرق است. به علاوه، این رویکرد پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت های اجتماعی ترکیب می کند (۱۲). نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۳) که نشان دادند رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری موثر بوده است و نتایج پژوهش محمدی زاده و همکاران (۱۴) نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخش است. با این حال برای بیماری که از به تومور هیپوفیز آدنوم مبتلاست قبول این موضوع که فرد باید روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد همیشه آسان نیست. علاوه بر این، چون این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری خود تا حدودی اطلاع دارند، بروز علائم اضطراب در این افراد دور از ذهن نخواهد بود و مطالعات نیز همبودی اضطراب و بیماری تومور هیپوفیز آدنوم را تایید می کنند. این در حالی که است اضطراب در این بیماران کمتر مورد توجه قرار می گیرد (۱۵). با توجه به این که مطالعات

گسترده انجام شده عموماً بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در درمان هیجانات ناخوشایند اشاره دارند و هم چنین مطالعه ای به بررسی تأثیر مداخله ای این رویکرد در اضطراب و تکانشگری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیر آدنوم نپرداخته است، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم انجام شد.

روش و مواد

در این پژوهش از روش نیمه تجربی میدانی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی هیپوفیز بیمارستان آراد تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر از جامعه آماری بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. بدین ترتیب که ابتدا از بین کلیه بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم تعداد ۹۷ نفر انتخاب شدند و سپس از کلیه آنها آزمون تکانشگری و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت گرفته شد و سپس تعداد ۶۰ نفر از آنها که کمترین نمره کسب کردند انتخاب شدند. از این تعداد ۳۰ نفر برای گروه آزمایش و ۳۰ نفر برای گروه شاهد گزینش شدند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، برای هر گروه تعداد ۳۰ نفر به دست آمد. گروه های آزمایش و شاهد به روش نمونه گیری در دسترس معادل شدند و قبل از اعمال مداخله تجربی در مورد گروه های آزمایش، پیش آزمونی درباره آنها اجرا شد و پس آزمونی نیز در پایان درمان اجرا گردید. تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم شهر تهران به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. رفتار درمانی دیالکتیک در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی در طی دو ماه و نیم اجرا گردید.

تشخیص بیماری بر اساس معیارهای آزمایشگاهی (اندازه گیری هورمون های هیپوفیز) و علایم بالینی بود. شرط ورود افراد به مطالعه ابتلاء به هر یک از انواع آدنوم هیپوفیز و رضایت آنها برای مشارکت در مطالعه و معیارهای خروج، عدم تمایل بیمار یا خانواده ایشان برای پاسخ دادن به پرسشنامه بوده است. رضایت کتبی آگاهانه از همه بیماران قبل از مصاحبه اخذ گردید. شرکت‌کنندگان در شرکت یا ترک همکاری‌شان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه بر این گروه ارائه شده است. به تک‌تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود.

مقیاس تکانشگری Bart: مقیاس تکانشگری توسط Bart در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد و سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی را اندازه گیری می کند. آزمودنی به هر گویه بر اساس یک مقیاس چهار درجه ای (هرگز/ تقریباً همیشه) پاسخ می دهد و نمره هر فرد بر اساس نمره سه خرده مقیاس و یک نمره کل محاسبه می شود (۱۶). اعتبار کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفته است که به ترتیب مقادیر آن ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در مجموع نتایج این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از این مقیاس در موقعیت های پژوهشی و بالینی در ایران فراهم کرد (۱۷). همچنین روایی و پایایی در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۴ گزارش شد.

سیاهه اضطراب حالت-صفت STAI-Y: نخستین فرم پرسشنامه حالت-صفت (آشکار و پنهان) اضطراب در سال ۱۹۷۰ توسط Spielberger و همکاران STAI-Y ارائه گردید و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. فرم تجدید نظر شده STAI-Y، ۴۰ سوال دارد، از سوال ۱ تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به هیچ وجه، گاهی، عموما، خیلی زیاد) و از سوال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریبا هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، تقریبا همیشه) شامل می شود.

نمره گذاری این سوالات در قالب طیف لیکرتی چهار درجه ای صورت می گیرد. برای بررسی روایی این ابزار بین نمرات حاصل از آن و دیگر آزمودنی هایی که اضطراب را می سنجد همبستگی های بالا گزارش شده است. یافته ها حاکی از آن هستند که این ابزار پایایی مناسبی نیز دارد و ضریب هماهنگی درونی آن بالا گزارش شده است (۸۷). همچنین روایی و پایایی در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۱ گزارش شد.

جدول شماره ۱- رفتار درمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها

جلسه	شرح
اول	آشنایی و معارفه اعضاء گروه با یکدیگر و تعیین موقعیت گروه‌های شرکت کننده، مفهوم سازی مشکل، چرا باید این مهارت ها را بیاموزین؟ شروع مراحل خودآگاهی شرح قوانین گروه و تعیین تعداد جلسات و مکان جلسات.
دوم	آموزش مهارت های شناخت خود، آموزش مهارت های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
سوم	آموزش خودآرامش بخشی، تصمیم گیری براساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب ها
چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت های لذت بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر
پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی درمورد تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آنها (خودمشاهده گری)
ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله ای خودتشویق گرایانه، نقش خودگویی های مثبت و مهارت های حل مسأله در مهار هیجان ها
هفتم	آموزش مهارت های کاهش آسیب (برنامه ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پرکردن اوقات فراغت)
هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، و کشف ارزش‌ها
نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت های لذتبخش
دهم	آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان های منفی(خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه)
یازدهم	کاربرد مهارت‌های حل مسأله و عمل مخالف برای هیجان های منفی
دوازدهم	مرور جلسات و تمرینات داده شده

لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی یعنی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-18 استفاده شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن مردان (۶/۹) ۴۲/۷ و سن زنان (۵/۵) ۴۰/۲ سال بود که دامنه سنی از ۲۸ تا ۵۷ سال را شامل می شد. از نظر تحصیلات، ۱۴ (۲۳/۳٪) نفر تحصیلاتی در حد دیپلم، و ۳۱ (۵۱/۷٪) نفر کارشناسی و ۱۵ (۲۵٪) نفر کارشناسی ارشد بودند.

میانگین (انحراف معیار) تکانشگری شناختی گروه آزمایش در پیش آزمون (۹/۱) ۲۶/۵ بود که در پس آزمون به (۷/۷) ۲۱/۴ کاهش یافت (P<۰/۰۱)، تکانشگری حرکتی گروه آزمایش در پیش آزمون (۴/۱) ۲۰/۸ بود که در پس آزمون به (۳/۷) ۱۶/۷ کاهش یافت (P<۰/۰۱) و بی‌برنامگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۶) ۳۶/۲ بود که در پس آزمون به (۶/۳) ۲۹/۹ کاهش یافت (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین

(انحراف معیار) اضطراب حالت گروه آزمایش در پیش آزمون (۸/۴) ۴۹/۱ بود که در پس آزمون به (۸/۶) ۴۱/۷ کاهش یافت (P<۰/۰۱)، اضطراب صفت گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲/۳) ۵۳/۳ بود که در پس آزمون به (۱۱) ۴۶/۲ کاهش یافت (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	P
تکانشگری شناختی	آزمایش	(۹/۱) ۲۶/۵	(۷/۷) ۲۱/۴	۰/۰۰۱
	شاهد	(۸/۵) ۲۵/۶	(۶/۷) ۲۵/۴	۰/۱۹
تکانشگری حرکتی	آزمایش	(۴/۱) ۲۰/۸	(۳/۷) ۱۶/۷	۰/۰۰۱
	شاهد	(۴/۲) ۲۲/۳	(۴/۵) ۲۲/۳	۰/۷۵
بی برنامگی	آزمایش	(۶) ۳۶/۲	(۶/۳) ۲۹/۹	۰/۰۰۱
	شاهد	(۵/۸) ۳۲/۱	(۵/۷) ۳۱/۸	۰/۵۷
اضطراب حالت	آزمایش	(۸/۴) ۴۹/۱	(۸/۶) ۴۱/۷	۰/۰۰۱
	شاهد	(۳/۸) ۴۵	(۳/۵) ۴۴/۶	۰/۲۸
اضطراب صفت	آزمایش	(۱۲/۳) ۵۳/۳	(۱۱) ۴۶/۲	۰/۰۰۱
	شاهد	(۱۱/۶) ۵۶/۲	(۱۱) ۵۵/۵	۰/۴۱

از بین مقیاس‌های مربوط به متغیرهای پژوهش، هیچ یک از مقیاس‌ها در آزمون لون معنادار نیستند، بنابراین می‌توان گفت که هر دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند. بررسی مفرضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که تمامی مقیاس‌های تکانشگری و اضطراب حالت-صفت از مفروضه نرمال بودن پیروی می کنند. همچنین با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌های پژوهش در بررسی همگنی رگرسیون، معنادار نبود، نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنی دار است. معنی نتایج تحلیل کواریانس برای متغیرهای وابسته و خرده مقیاس‌ها ارائه گردیده است. معنی داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است.

جدول شماره ۳- تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین و خرده مقیاس در پس آزمون

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۹	۱۳/۹۳	۵	۱۷	۰/۰۰۵	۰/۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۱۳/۹۳	۵	۱۷	۰/۰۰۵	۰/۸۹
اثر هتلینگ	۸/۳۶	۱۳/۹۳	۵	۱۷	۰/۰۰۵	۰/۸۹
بزرگترین ریشه روی	۸/۳۶	۱۳/۹۳	۵	۱۷	۰/۰۰۵	۰/۸۹

جدول شماره ۴- نتایج کواریانس چندمتغیره مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه شاهد و آزمایش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتا
تکانشگری شناختی	۱۱۰/۰۱	۱	۱۱۰/۰۱	۶۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تکانشگری حرکتی	۶۲/۵۴	۱	۶۲/۵۴	۴۴/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱
بی برنامگی	۱۲۴/۸۳	۱	۱۲۴/۸۳	۶۴/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹
اضطراب حالت	۹۰/۲۲	۱	۹۰/۲۲	۷۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
اضطراب صفت	۱۳۷/۴۶	۱	۱۳۷/۴۶	۶۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰

با توجه به جدول شماره ۴ میانگین تکانشگری شناختی بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۶۲/۲۶ و P<۰/۰۰۱) به این صورت که میانگین تکانشگری شناختی بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه شاهد است، متغیر گروه (شاهد و آزمایش) ۶۸ درصد از تغییرات تکانشگری شناختی را تبیین می‌کند. با توجه به جدول فوق میان میانگین تکانشگری حرکتی بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۴۴/۸۴ و P<۰/۰۰۱) به این صورت که میانگین تکانشگری حرکتی بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه شاهد است، متغیر گروه (شاهد و آزمایش) ۶۱ درصد از تغییرات تکانشگری حرکتی را تبیین می‌کند. همچنین میان میانگین افزایش بی برنامگی بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۶۴/۷۱ و P<۰/۰۰۱) به این صورت که میانگین بی برنامگی از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه شاهد است، متغیر گروه (شاهد و آزمایش) ۶۹٪ از تغییرات افزایش بی برنامگی را تبیین می‌کند.

با توجه به جدول شماره ۴ بین میانگین اضطراب حالت بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۷۰/۴۶ و P<۰/۰۰۱) به این صورت که میانگین اضطراب حالت بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه شاهد است، متغیر گروه (شاهد و آزمایش) ۷۱ درصد از تغییرات اضطراب حالت را تبیین می‌کند. همچنین میانگین اضطراب صفت بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۶۸/۱۰ و P<۰/۰۰۱) به این صورت که میانگین اضطراب صفت بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه شاهد است، متغیر گروه (شاهد و آزمایش) ۷۰ درصد از تغییرات اضطراب صفت را تبیین می‌کند.

بحث

مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) تکانشگری شناختی گروه آزمایش در پیش آزمون (۹/۱) ۲۶/۵ بود که در پس آزمون به (۷/۷) ۲۱/۴، تکانشگری حرکتی گروه آزمایش در پیش آزمون (۴/۱) ۲۰/۸ بود که در پس آزمون به (۳/۷) ۱۶/۷ و بی برنامگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۶) ۳۶/۲ بود که در پس آزمون به (۶/۳) ۲۹/۹ کاهش یافتند (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) اضطراب حالت گروه آزمایش در پیش آزمون (۸/۴) ۴۹/۱ بود که در پس آزمون به (۸/۶) ۴۱/۷ کاهش یافت (P<۰/۰۱)، اضطراب صفت گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲/۳) ۵۳/۳ بود که در پس آزمون به (۱۱) ۴۶/۲ کاهش یافت (P<۰/۰۱) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. این یافته با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۳) که نشان دادند رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایشی به طور معناداری موثر بوده است و نتایج پژوهش محمدی زاده و همکاران (۱۴) که نشان دادند رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخش است، همسو است. در تبیین یافته های مطالعه می توان گفت که با توجه به تعریف نظری دو سازه اضطراب حالت و صفت و با در نظر گرفتن اهداف مداخله مبتنی بر رفتار درمانی دیالتیک چنین اثربخشی انتظار می رود. طبق تعریف اضطراب حالت یا آشکار در بیماران مربوط به احساسات آنها در لحظه کنونی و شرایط فعلی می باشد. شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی و سایر پدیده های ناسازگار با آرامش را باعث شوند که منجر به ایجاد و افزایش اضطراب حالت می گردد. افرادی که در این آزمون نمره بالایی می آورند معمولا حالت های ظاهری مضطرب و نگران دارند. از طرفی در رفتاردرمانی دیالکتیکی فرد می آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خودآگاهی داشته و توجه خود را به شیوه های مختلف بروز هیجانات و رفتار بر اساس آنها متمرکز نماید. در نتیجه رفتاردرمانی دیالکتیکی فرد را قادر می-سازد با پذیرش حالت خود بودن قضاوت و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند (حل مسأله)، از میزان این اضطراب بکاهد. اضطراب صفت در بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم نشان از احساسات کلی و معمول افراد در اغلب اوقات می باشد (۱۹).

رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری- شناختی است و در افرادی استفاده می شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسایل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی ثباتی عاطفی و تحریک-پذیری دست و پنجه نرم می کنند و از متخصصین بالینی خواسته می شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک کنند و درمانجو فاقد مهارت های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه ای خلاق تر است (۲۰). این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش هیجانی هیجان منفی خشم و رفتارهای تکانشی ثمربخش بوده است (۲۱). بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم که در کنترل تکانه دچار مشکل می-باشند به گونه ای فزاینده تکانشی و بی مسئولیت هستند که بیش از هر چیز با عدم تنظیم هیجان های منفی شناخته و از لحاظ شناختی به هم ریخته می شوند. مضاف بر این، عدم تنظیم عواطف مثبت را بروز می دهند که باعث هیجان زدگی غیرمنطقی و سطحی می شود. از آنجائی که این افراد فاقد تفکر منطقی هستند و هنگامی که تلاش می کنند تا خود را از الزام ها و اجبارهای اجتماعی خلاص کنند، نه می توانند رفتار طرح ریزی شده و از پیش برنامه ریزی شده ای داشته باشند و نه می توانند به پیامدهای اعمال خود توجهی کنند. بنابراین می توان نتیجه گرفت یکی از علت های موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در پژوهش های ذکر شده، کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی بوده است که مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش هیجانات نامناسب از جمله تکانشگری شده است (۲۲). با توجه به این یافته می توان گفت آموزش مهارت های کارآمدی بین فردی منجر به افزایش ثبات عاطفی و ویژگی های بین فردی می شود، چرا که نیاز به پذیرفته شدن در برابر دیگران دارند، در حقیقت این افراد به دلیل مسائل سرشتی زیربنایی و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه شان توسط مراقبان غیرحساس، میزان پرخاشگری آنها بیش از حد معمول است. این افراد همواره در رابطه وابستگی و استقلال بوده اند که منجر به دوسوگرایی و روابط بی ثبات، حالت های پوچی، تهی بودن، جستجوی روابط بیش از حد نزدیک یا همجوشی آرمانی و مواردی از این قبیل می شود. آموزش مهارت های کارآمدی بین فردی موجب شناسایی سبک های ارتباطی و تناسب بین خواسته های خود و دیگران و شناسایی روابط فردی و مشکلات روابط فردی می شود که اصلاح آن، کاهش تکانشگری را در پی خواهد داشت.

در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است. به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد شده باشد، چرا که بعضی شرکت کنندگان ممکن است برای بهتر نشان دادن خود بعضی سوالات را با سوگیری جواب دهند. محدود بودن جامعه پژوهش به شهر تهران تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می سازد. پژوهشگران می توانند از سایر روش ها مانند مصاحبه نیز برای به دست آوردن اطلاعات دقیق استفاده کنند. پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها نیز انجام شود تا نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاضر قابل مقایسه باشد. با توجه به نتایج مطالعات انجام شده می توان بر لزوم بازنگری در استراتژی های آموزشی فعلی جهت بهبود وضعیت اضطراب و تکانشگری بیماران تأکید کرد، به خصوص بیماران تا مهارت اندیشیدن، قضاوت و در نتیجه تفسیر و تجزیه و تحلیل و استنباط را یاد بگیرند.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که مهارت آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش نشانه های اضطراب حالت و صفت و تکانشوری بیماران مبتلا به تومور هیپوفیز آدنوم شد.

تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می داند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.PNU.REC.1397.156 از دانشگاه پیام نور می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Asa SL, Casar-Borota O, Chanson P, Delgrange E, Earls P, Ezzat S, Grossman A, Ikeda H, Inoshita N, Karavitaki N, Korbonits M. From pituitary adenoma to pituitary neuroendocrine tumor (PitNET): an International Pituitary Pathology Club proposal. Endocrine-related cancer. 2017;24(4):5-8.
2. Dai C, Sun B, Liu X, Bao X, Feng M, Yao Y, Wei J, Deng K, Yang C, Li X, Ma W. O-6-Methylguanine-DNA methyltransferase expression is associated with pituitary adenoma tumor recurrence: a systematic meta-analysis. Oncotarget. 2017;8(12):19674.
3. Dénes J, Swords F, Rattenberry E, Stals K, Owens M, Cranston T, Xekouki P, Moran L, Kumar A, Wassif C, Fersht N. Heterogeneous genetic background of the association of pheochromocytoma/paraganglioma and pituitary adenoma: results from a large patient cohort. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2015;100(3):E531-41.
4. Ntali G, Wass JA. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of non-functioning pituitary adenomas. Pituitary. 2018;21(2):111-8.
5. Salomon MP, Wang X, Marzese DM, Hsu SC, Nelson N, Zhang X, Matsuba C, Takasumi Y, Ballesteros-Merino C, Fox BA, Barkhoudarian G. The epigenomic landscape of pituitary adenomas reveals specific alterations and differentiates among acromegaly, Cushing's disease and endocrine-inactive subtypes. Clinical Cancer Research. 2018;24(17):4126-36.
6. Barake M, Evins AE, Stoeckel L, Pachas GN, Nachtigall LB, Miller KK, Biller BM, Tritos NA, Klibanski A. Investigation of impulsivity in patients on dopamine agonist therapy for hyperprolactinemia: a pilot study. Pituitary. 2014;17(2):150-6.
7. Rochat L, Billieux J, Gagnon J, Van der Linden M. A multifactorial and integrative approach to impulsivity in neuropsychology: insights from the UPPS model of impulsivity. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2018;40(1):45-61.
8. Bergen-Cico D, Cheon S. The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. Mindfulness. 2014;5(5):505-19.
9. Renner KH, Hock M, Bergner-Köther R, Laux L. Differentiating anxiety and depression: the state-trait anxiety-depression inventory. Cognition and Emotion. 2018;32(7):1409-23.
10. Geschwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. Behaviour research and therapy. 2019;116:119-30.
11. Stella M, Latha V, Lakshmi V. Positive behavior therapy upon stress among special school teachers. The Journal of Nursing Trendz. 2018;9(2):3-6.
12. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. American Journal of Psychotherapy. 2015;69(2):97-110.
13. Mohamadi J, Gholamrezae S, Azizi A. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality ofSleep and Anxiety in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2015; 3(2) :21-30
14. Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients with Borderline Personality Disorder. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2018; 27(106):44-53
15. Graffeo CS, Link MJ, Brown PD, Young Jr WF, Pollock BE. Hypopituitarism After Single-Fraction Pituitary Adenoma Radiosurgery: Dosimetric Analysis Based on Patients Treated Using Contemporary Techniques. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. 2018;101(3):618-23.
16. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, Arndt S. Impulsivity across the course of bipolar disorder. Bipolar disorders. 2010 May;12(3):285-97.
17. Paydary K, Mahin Torabi S, SeyedAlinaghi S, Noori M, Noroozi A, Ameri S, Ekhtiari H. Impulsivity, sensation seeking, and risk-taking behaviors among HIV-positive and HIV-negative heroin dependent persons. AIDS research and treatment. 2016;2016.
18. Quek KF, Low WY, Razack AH, Loh CS, Chua CB. Reliability and validity of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) among urological patients: a Malaysian study. The Medical Journal of Malaysia. 2004;59(2):258-67.
19. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid J, Comtois KA, Murray-Gregory AM. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline

personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. JAMA psychiatry. 2015;72(5):475-82.

20. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2014;53(10):1082-91.
21. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). Research on Social Work Practice. 2014;24(2):213-23.
22. Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2011;49(1):4-10.

پرسشنامه تکانشگری Bart

ردیف	پرسش	به ندرت/هرگز	گاهی اوقات	اغلب	تقریبا همیشه
۱	من برای کارهایم با دقت برنامه ریزی می‌کنم.				
۲	من بعضی کارها را بدون فکر کردن انجام می دهم.				
۳	من سریع تصمیم می‌گیرم.				
۴	به نظر من هر چه پیش آید خوش آید.				
۵	من آدم کم توجهی هستم.				
۶	افکار مختلف در ذهنم به سرعت می‌روند و می‌آیند.				
۷	قبل از مسافرت‌هایم زمان مناسبی را صرف برنامه‌ریزی می‌کنم.				
۸	من آدم خودداری هستم.				
۹	من به راحتی حواسم را جمع می‌کنم.				
۱۰	من به طور منظم پس انداز می‌کنم.				
۱۱	سر نمایش‌ها یا سخنرانی‌ها بی‌تابم و دایم پیچ و تاب می‌خورم.				
۱۲	من در مورد مسایل مختلف به دقت فکر می‌کنم.				
۱۳	من به فکر حفظ شغل خود هستم.				
۱۴	من بدون فکر حرف می‌زنم.				
۱۵	دوست دارم راجع به مسایل پیچیده فکر کنم.				
۱۶	من دوست دارم شغلم را مرتباً عوض کنم.				
۱۷	من با کوچکترین جرقه فکری یا تمایل درونی عمل می‌کنم.				
۱۸	پرداختن به مسایل فکری مرا زود خسته می‌کند.				
۱۹	من دون فکر قبلی و در لحظه عمل می‌کنم.				
۲۰	من افکار پیوسته و منظمی دارم.				
۲۱	من دوست دارم محل زندگی‌ام را مرتباً عوض کنم.				
۲۲	من بدون تأمل خرید می‌کنم.				
۲۳	من در آن واحد می‌توانم فقط به یک موضوع فکر کنم.				
۲۴	من سرگرمی‌هایم را مرتباً تغییر می‌دهم.				
۲۵	بیشتر از آن‌چه درآمد دارم خرج می‌کنم.				
۲۶	وقتی به موضوعی فکر می‌کنم افکار مزاحمی به ذهنم می‌آیند.				
۲۷	بیشتر به حال علاقه دارم تا آینده.				
۲۸	در هنگام سخنرانی‌ها احساس بی‌قراری می‌کنم.				
۲۹	من معما حل کردن را دوست دارم.				
۳۰	من برای آینده برنامه‌ریزی می‌کنم (به فکر آینده هستم).				

پرسشنامه اضطراب حالت (آشکار)

این پرسشنامه شامل جمله‌هایی است که مردم برای شرح و توصیف خود بکار می‌برند. هرجمله را با دقت بخوانید، سپس گزینه‌ای را که بیانگر احساس فعلی شما (در این لحظه) است را برگزینید. هیچ پاسخی صحیح یا غلط قلمداد نمی‌شود، لذا بهترین گزینه‌ای را که بیانگر احساس فعلی شماست، با زدن یک ضربدر مشخص کنید.

ردیف	عبارت	به هیچ وجه	گاهی	عموماً	خیلی زیاد
۱	احساس آرامش می‌کنم.				
۲	احساس امنیت می‌کنم.				
۳	احساس تنش می‌کنم.				
۴	احساس می‌کنم در فشار روحی هستم.				
۵	احساس آسودگی می‌کنم.				
۶	احساس آشفتگی می‌کنم.				
۷	نگران پیشامدهای ناگوار هستم.				
۸	احساس رضایت خاطر می‌کنم.				
۹	احساس ترس می‌کنم.				
۱۰	احساس راحتی می‌کنم.				
۱۱	به خودم اطمینان دارم.				
۱۲	احساس می‌کنم عصبی هستم.				
۱۳	وحشت زده و عصبی هستم.				
۱۴	نمی‌توانم تصمیم بگیرم.				
۱۵	کاملاً ناآرام هستم.				
۱۶	احساس خشنودی می‌کنم.				
۱۷	نگران هستم.				
۱۸	احساس سردرگمی می‌کنم.				
۱۹	احساس می‌کنم ثابت قدم هستم.				
۲۰	شاداب و سرحال هستم.				

پرسشنامه اضطراب صفت (پنهان)

این پرسشنامه شامل جمله‌هایی است که مردم برای شرح و توصیف خود بکار می‌برند. هر جمله را با دقت بخوانید، سپس گزینه‌ای را که بیانگر احساس معمولی شما (در اغلب اوقات) است را برگزینید. هیچ پاسخی صحیح یا غلط قلمداد نمی‌شود، لذا بهترین گزینه‌ای را که بیانگر احساس معمول شماست، با زدن یک ضربدر مشخص کنید.

ردیف	عبارت	تقریباً هرگز	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	تقریباً همیشه
۲۱	شاداب و سرحال هستم.				
۲۲	احساس می‌کنم عصبی و بی قرار هستم.				
۲۳	نسبت به خودم احساس رضایت می‌کنم.				
۲۴	آرزو می‌کنم که می‌توانستم به اندازه دیگران خوشحال باشم.				
۲۵	احساس تقصیر می‌کنم.				
۲۶	احساس می‌کنم راحت هستم.				
۲۷	آرام، ملایم و خونسرد هستم.				
۲۸	احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انباشته شده که نمی‌توانم بر آن‌ها غلبه کنم.				
۲۹	درباره چیزی که واقعاً مهم نیست بیش از حد نگرانم.				
۳۰	خوشحالم.				
۳۱	افکار پریشانی دارم.				
۳۲	اطمینان به خود ندارم.				
۳۳	احساس امنیت می‌کنم.				
۳۴	در تصمیم گیری‌ها راحت هستم.				
۳۵	احساس بی کفایتی می‌کنم.				
۳۶	خرسند هستم.				
۳۷	پاره‌ای از افکار بی اهمیت از ذهنم می‌گذرد و آزارم می‌دهد.				
۳۸	افکار مأیوس کننده شدیداً در فکرم جا گرفته به طوری که نمی‌توانم آن‌ها را از ذهنم بیرون سازم.				
۳۹	من فرد با ثباتی هستم.				
۴۰	وقتی به دلواپسی‌ها و علایق اخیر فکر می‌کنم دچار اضطراب می‌شوم.				