

Personality Profile Investigation of Adoption Applicant Couples in Arak, 2014

Hamid Reza Jamilian¹, Mostafa Nokani², Mohammad Reza Khansari³, Mahamood Ajloo³, Farzaneh Doroodgar⁴, Mehri Jamilian^{5*}

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3- MA in Clinical Psychology, Welfare Organization, Arak, Iran.

4- Student of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

5- Associate Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 13 Dec 2015, Accepted: 6 Apr 2016

Abstract

Background: Adoption has a significant role for strengthening families without children and also resolution of psychological conflicts of unsupervised children. The goal of this study is to assess the psychological status of adoption applicant couples.

Materials and Methods: This is a descriptive- analytic study that is done with cooperation of welfare organization and Arak University of Medical Sciences in 2014. All adoption applicant couples referred to welfare organization for 1 year participated in the study. Data were gathered by using demographic questionnaire and MMPI-II. Data were showed by descriptive statistic and were analyzed by using mean, average and covariance analysis indices.

Results: Mean and standard deviation of all clinical scales and reliability of MMPI-II in all samples and also different subgroups of statistical population were under 65. All applicants had good mental health and psychologically were eligible for adoption. A group of applicants have pretended themselves better than what they are because of the fear of rejection that led to significant difference in k scale($p=0.019$).

Conclusion: According to the findings of this study, applicants had good mental health and didn't have any psychopathologic damage, but sometimes they have pretended themselves better than what they are. Investigation of other diagnostic tools in future studies is recommended.

Keywords: Personality profile, Adoption, Infertility

*Corresponding Author:

Address: Department of Gynecology and Obstetrics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
Email: Mjamilian@yahoo.com

بررسی نیمرخ شخصیتی زوج های متقاضی فرزندخواندگی در شهر اراک در سال ۱۳۹۳

حمیدرضا جمیلیان^۱، مصطفی نوکنی^۲، محمدرضا خوانساری^۳، محمود عاجلو^۴، فرزانه درودگر^۵، مهری جمیلیان^{۵*}

- ۱- دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
- ۳- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، سازمان بهزیستی، اراک، ایران.
- ۴- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
- ۵- دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: فرزندخواندگی در استحکام و گرمی بخشیدن به کانون خانواده های بدون فرزند و هم چنین رفع مشکلات روحی اطفال بدون سرپرست نقش چشم گیری دارد. این مطالعه با هدف ارزیابی دقیق تر وضعیت روان شناختی زوج های متقاضی فرزندخواندگی انجام شده است.

مواد و روش ها: در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی اراک و سازمان بهزیستی استان مرکزی در سال ۱۳۹۳، کلیه زوج های متقاضی فرزندخواندگی مراجعه کننده به سازمان بهزیستی (جمعاً ۱۹۵ نفر) در بازه زمانی یک سال وارد مطالعه شدند. سپس پرسش نامه جمعیت شناختی و MMPI-II برای جمع آوری داده ها در اختیار آن ها قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده ها، از آمار توصیفی، شاخص های میانه و میانگین و تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار کلیه مقیاس های بالینی و اعتبار MMPI-II در کل نمونه ها و هم چنین در زیر گروه های مختلف جامعه آماری، کمتر از نقطه برش ۶۵ بود. همه متقاضیان در کلیه مقیاس های بالینی و اعتبار، از سلامت روان برخوردار بوده و به لحاظ روان شناختی، واجد شرایط فرزندپذیری بودند. گروهی از متقاضیان فرزندخواندگی، با نگرانی از رد شدن در پذیرش فرزند، به لحاظ آسیب شناسی، خود را بهتر از آن چه هستند وانمود کرده اند که موجب بروز تفاوت معنی دار در مقیاس k شده است ($p=0/019$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه، متقاضیان فرزندخواندگی از سلامت روان برخوردار بوده و هیچ آسیب روان شناختی نداشتند، ولی گاهی جهت ارائه ی چهره ی بهتر از خود، اقدام به «خودبهرترنمایی» کردند. بررسی سایر ابزارهای تشخیصی در مطالعات بعدی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: نیمرخ شخصیتی، فرزندخواندگی، ناباروری

*نویسنده مسول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه زنان و زایمان

Email: Mjamilian@yahoo.com

مقدمه

فرزندخواندگی روش جایگزین برای خانواده‌های نابارور می‌باشد که در آن یک کودک در یک خانواده پذیرفته می‌شود. والدین این کودکان گرچه والدین بیولوژیک نیستند، ولی والدین قانونی محسوب می‌شوند (۶-۱).

این روش هم از هزینه‌های درمانی و هم از اثرات ناخوشایند روان‌شناختی ناباروری بر روی خانواده‌ها می‌کاهد (۷، ۸). بسیاری از محققان و روان‌شناسان، خانواده را بهترین محیط برای رشد جسم و روح کودکان می‌دانند و پرورش‌گاه را برای این کودکان در حکم زندان و تبعیدگاه تلقی می‌کنند. از این رو فرزندخواندگی بهترین وسیله‌ای است که از دیرباز هم برای جبران محرومیت از فرزند در خانواده‌های نابارور و هم برای کمک به اطفال بی‌سرپرست مورد استفاده قرار می‌گرفته است. فرزندخواندگی روشی است که می‌تواند به ترمیم جنبه‌های آسیب دیده روان زوج نازا کمک فراوان کرده روابط زوجین را بهبود بخشد و فرصتی فراهم نماید تا زوجین لذت پدر و مادر شدن را احساس کنند (۹).

در قانون «حمایت از کودکان بی‌سرپرست» که در ۱۷ ماده در سال ۱۳۵۳ به تصویب رسید، ضوابطی در زمینه خصوصیات و شرایط سرپرست و طفل بی‌سرپرست، نحوه واگذاری طفل، مرجع صالح واگذاری طفل به خانواده، آثار حقوقی این نهاد و روابط متقابل کودک با سرپرست پیش‌بینی شده است (۱۰). از جمله شرایط پیش‌بینی شده برای زوجین متقاضی سرپرستی کودک، صلاحیت اخلاقی و اهلیت قانونی زوجین متقاضی، تمکن مالی زوجین، عدم اعتیاد و عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج ذکر شده است.

بر این اساس و با توجه به این که والدین جدید، مسئولیت سرپرستی فرزندخوانده‌ی خود را برای سال‌های طولانی بر عهده خواهند گرفت، کلیه والدین متقاضی فرزندخواندگی، ضرورتاً و قانوناً باید تحت بررسی‌های

روان‌شناختی قرار گرفته تا در صورت وجود هرگونه اختلال روان‌شناختی اقدام مقتضی و پیش‌گیرانه به عمل آید. انجام مطالعات روان‌شناسی بر روی این خانواده‌ها با مشکلاتی همراه بوده است. دالتون معتقد است که این خانواده‌ها جهت ارائه‌ی چهره‌ی بهتری از خود به شدت اقدام به «خودبهرنمایی» می‌کنند و در مصاحبه‌های روان‌شناسی اصطلاحاً محتاطانه رفتار می‌کنند هستند که این امر کار را برای مصاحبه‌گر یا روان‌شناس سخت‌تر می‌کند (۱۱).

مطالعات معدودی در زمینه مقایسه سلامت روان خانواده‌های با فرزند خوانده و بدون فرزند خوانده منتشر شده که حاکی از وضعیت بهتر خانواده‌های با فرزند خوانده می‌باشد (۹، ۱۴-۱۰). به هر حال ضرورت یک مطالعه‌ی جامع و جدید به خصوص جهت غلبه بر مشکلات و نواقص فوق‌الذکر و تجزیه و تحلیل دفاع متقاضیان فرزندپذیری به شدت احساس می‌شود.

از این رو، با توجه به اهمیت تشکیل خانواده، قداست استمرار یک زندگی و عدم وجود تحقیقات کافی در مورد جنبه‌های مختلف فرزندخواندگی، این مطالعه به بررسی ویژگی‌های شخصیتی خانواده‌های متقاضی فرزندخواندگی می‌پردازد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در جهت نقد و ارزیابی ابزار تشخیصی کنونی سازمان بهزیستی (آزمون MMPI-II) مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۳ در قالب پایان‌نامه پزشکی عمومی با همکاری سازمان بهزیستی استان مرکزی و دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است. جامعه‌ی آماری یا جامعه‌ی مورد آزمون از همه زوج‌های متقاضی فرزندخواندگی مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی استان مرکزی تشکیل شده است.

کلیه‌ی زوج‌های متقاضی فرزندخواندگی مراجعه

کننده به سازمان بهزیستی استان مرکزی از تاریخ تصویب پروپوزال به مدت یک سال، برای ورود به مطالعه دعوت شدند. تعداد ۱۹۵ نفر متقاضی فرزند خواندگی طی یک سال به سازمان بهزیستی استان مرکزی مراجعه کردند که همه آنها به درخواست محقق جهت شرکت داوطلبانه در مطالعه پاسخ مثبت دادند. ریزش نمونه وجود نداشت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سلامت جسمی و الزام به کلیه تعهدات مالی و حقوقی مربوطه می باشد. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: سوء مصرف مواد، عقب ماندگی ذهنی، بیماری های روان پریشی شدید و داشتن فرزند پس از اخذ رضایت نامه، پرسش نامه جمعیت شناختی و آزمون MMPI-II توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید.

در این پژوهش از آزمون MMPI-II استفاده شد که اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط هاتاوی و مک کین لی در دانشگاه مینه سوتا تهیه و تدوین شد و یکی از معتبرترین آزمون های روان شناسی برای ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی می باشد. این آزمون از ۵۶۶ عبارت تشکیل شده که ده مقیاس بالینی (هیپوکندریا، افسردگی، هیستری، پسیکوپاتی، مردانگی و زنانگی، پارانویا، پسیکاستنی، اسکیزوفرنیا، هیومانی و درون گرایی) و سه مقیاس اعتبار (دروغ گویی، وانمود بد، وانمود خوب) را شامل می شوند.

پژوهش های انجام شده داخلی و خارجی در مورد اعتبار MMPI-II نشان می دهند که MMPI-II از سطوح متوسط ثبات کوتاه مدت و همسانی درونی برخوردار است (۸، ۹، ۱۱، ۱۲).

هانسلی، هنسون و پارکر در یک متاآنالیز نتیجه گرفتند که همه مقیاس های MMPI-II کاملاً پایا هستند و دامنه ی تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ (مقیاس Ma) تا

۰/۸۴ (مقیاس Pt) است.

ضرایب اعتبار دو نیمه ی آزمون نیز در حد متوسط بوده و دامنه ی تغییرات آن از ۰/۵۰ تا ۰/۹۶ با میانه ای بالاتر از ۰/۷۰ است.

در این مطالعه از آمار توصیفی برای شاخص های میانه و میانگین و از آزمون آنووا جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است.

یافته ها

حجم نمونه بالغ بر یکصد و نود و پنج نفر بود که با رعایت معیارهای ورود و خروج، از کلیه آنها رضایت نامه اخذ شد و پرسش نامه جمعیت شناختی و MMPI-II جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت.

کلیه نمونه ها همکاری خوبی داشتند و پرسش نامه ها را به طور کامل تکمیل کردند. ریزش نمونه وجود نداشت.

شرکت کنندگان شامل ۹۹ زن و ۹۶ مرد بودند که همه آنها متاهل بودند یا سابقه تاهل داشتند. از نظر تحصیلات ۷۸ نفر دیپلمه، ۳۷ نفر زیر دیپلم و ۸۰ نفر بالاتر از دیپلم بودند. ۷۸ نفر نابارور و ۸۴ نفر بارور در بین شرکت کنندگان وجود داشت. هم چنین ۲۸ نفر گزینه «نامعلوم» و ۵ نفر گزینه «کهولت سن» را انتخاب کرده بودند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار کلیه مقیاس های بالینی و اعتبار MMPI-II را در کل نمونه ها نشان می دهد و جداول ۲ تا ۵ نیز میانگین و انحراف معیار مقیاس های بالینی و اعتبار MMPI-II را در زیر گروه های جامعه آماری (نابارور، بارور و غیره) نشان می دهند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کلیه ی مقیاس های بالینی و اعتبار MMPI-II در کل نمونه ها

تعداد	دامنه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چوگلی		کشیدگی
						خطای استاندارد	آمار	
۱۹۵	۴۷/۰۰	۲۴/۰۰	۷۱/۰۰	۳۷/۹۴۸۷	۷/۸۱۵۳۶	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۰/۰۰	۲۶/۰۰	۷۶/۰۰	۵۰/۰۳۵۹	۱۰/۱۴۰۹۵	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۹۶/۰۰	۳۶/۰۰	۱۳۲/۰۰	۵۰/۲۶۶۷	۱۰/۰۶۰۱۶	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۴۸/۰۰	۲۳/۰۰	۷۱/۰۰	۴۹/۷۳۸۵	۹/۹۸۶۵۰	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۵/۰۰	۲۶/۰۰	۸۱/۰۰	۵۰/۲۱۰۳	۹/۷۷۳۳۰	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۶۵/۰۰	۲۲/۰۰	۸۷/۰۰	۵۰/۲۰۵۱	۱۰/۰۲۳۶۳	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۷/۰۰	۲۴/۰۰	۸۱/۰۰	۴۹/۸۴۱۰	۱۰/۰۶۷۸۳	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۹/۰۰	۲۷/۰۰	۸۶/۰۰	۴۹/۸۸۲۱	۱۰/۰۰۰۵۹	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۳/۰۰	۲۱/۰۰	۷۴/۰۰	۵۰/۱۳۳۳	۱۰/۰۵۲۰۶	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۹۶/۰۰	۳۰/۰۰	۹۹/۰۰	۵۰/۱۳۸۵	۱۰/۰۸۳۹۹	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۸۲/۰۰	۱۳/۰۰	۹۵/۰۰	۵۰/۰۶۶۷	۱۰/۱۲۵۵۴	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۹۰/۰۰	۱۲/۰۰	۱۰۲/۰۰	۵۰/۱۲۳۱	۱۰/۱۱۵۵۸	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۶۹/۰۰	۲۶/۰۰	۹۵/۰۰	۵۰/۱۲۸۲	۱۰/۱۴۱۲۲	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد
۱۹۵	۵۴/۰۰	۲۷/۰۰	۰۰۸۱	۵۰/۱۳۳	۱۰/۰۳۸۲۱	خطای استاندارد	آمار	خطای استاندارد

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مقیاس های بالینی و اعتبار در

زیرگروه نابارور			
تعداد	میانگین	انحراف معیار	
۷۸	۴۹/۶۹۲۳	۹/۹۰۱۲۱	TL
۷۸	۵۱/۵۰۰۰	۱۲/۰۲۷۸۴	TF
۷۸	۴۷/۸۸۴۶	۱۰/۰۵۵۶۶	TK
۷۸	۴۹/۵۸۹۷	۱۰/۸۵۸۵۲	THS
۷۸	۵۰/۲۶۹۲	۱۰/۲۸۳۸۶	TD
۷۸	۴۸/۳۹۷۴	۱۰/۲۹۱۰۱	THY
۷۸	۴۹/۹۲۳۱	۱۰/۱۳۳۸۷	TPD
۷۸	۴۸/۲۸۲۱	۹/۶۸۴۵۰	TMF
۷۸	۵۱/۶۹۲۳	۱۱/۱۷۱۹۸	TPA
۷۸	۵۰/۱۴۱۰	۱۰/۷۳۹۸۱	TPT
۷۸	۵۰/۳۹۷۴	۱۱/۸۵۱۸۳	TSC
۷۸	۵۱/۶۶۶۷	۱۱/۴۶۷۲۵	TMA
۷۸	۵۰/۵۱۲۸	۱۰/۰۴۵۰۲	TSI
۷۸	Valid N (listwise)		Valid N (listwise)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مقیاس های بالینی و اعتبار در

زیرگروه بارور			
تعداد	میانگین	انحراف معیار	
۸۴	۴۸/۷۰۲۴	۱۰/۱۲۶۶۴	TL
۸۴	۵۰/۱۳۱۰	۸/۸۸۱۷۹	TF
۸۴	۴۹/۸۲۱۴	۱۰/۳۷۵۰۹	TK
۸۴	۴۹/۶۱۹۰	۸/۶۱۴۷۹	THS
۸۴	۵۰/۲۰۲۴	۱۰/۱۰۱۶۳	TD
۸۴	۴۹/۷۷۳۸	۹/۰۶۹۱۵	THY
۸۴	۴۹/۵۰۰۰	۱۰/۶۴۳۷۴	TPD
۸۴	۵۱/۳۲۱۴	۱۰/۱۸۲۸۶	TMF
۸۴	۴۹/۷۸۵۷	۹/۴۷۶۷۶	TPA
۸۴	۵۱/۰۹۵۲	۹/۸۸۸۰۷	TPT
۸۴	۵۰/۳۵۷۱	۹/۹۸۶۳۱	TSC
۸۴	۴۹/۱۳۱۰	۹/۴۰۱۰۸	TMA
۸۴	۵۱/۴۲۸۶	۱۰/۱۷۲۳۵	TSI
۸۴	Valid N (listwise)		Valid N (listwise)

آزمون MMPI-II، هیچ نشانه‌ای از وجود آسیب در نمونه‌ها مشاهده نمی‌شود.

جهت تحلیل داده‌ها، نخست آزمون همگنی واریانس‌ها انجام شد که با توجه به این که این آزمون در هیچ یک از مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-II معنی‌دار نشد، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها وجود داشت و می‌توان اقدام به آزمون آن‌ها کرد. بر اساس آزمون آن‌وا، صرفاً در مقیاس k، بین دو زیرگروه نابارور و نامعلوم تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/019$). در سایر مقیاس‌های بالینی و اعتبار، تفاوت معنی‌داری بین زیرگروه‌های جامعه آماری مشاهده نشد.

بحث

این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بود که با هدف بررسی نیم‌رخ شخصیتی و ویژگی‌های جمعیت شناختی به مدت یک سال بر روی متقاضیان فرزندخواندگی انجام شد. همان‌طور که مشاهده شد میانگین نمرات مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-II، همگی زیر نقطه‌ی برش ۶۵ بودند که نشانه‌ی عدم وجود سایکوپاتولوژی در متقاضیان فرزندخواندگی می‌باشد. در واقع همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، همه‌ی متقاضیان بر اساس آزمون MMPI-II از سلامت روان برخوردار بوده و به لحاظ روان‌شناختی، واجد شرایط فرزندپذیری می‌باشند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که به مقایسه زوج‌های دارای فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده از نظر سلامت روان پرداخته هم‌سو می‌باشد (۹)، ولی از نظر زیرگروه‌های مورد مطالعه با نتایج مطالعه‌ی جمیلیان و همکاران در تناقض می‌باشد (۱۴، ۱۵). در مطالعه‌ی جمیلیان و همکاران، سلامت روان در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از وضعیت نگران‌کننده‌ای برخوردار بوده، در حالی که در مطالعه‌ی حاضر تفاوتی بین این دو گروه مشاهده نشده است و همه‌ی نمونه‌ها از سلامت روان برخوردار بوده‌اند. البته در مطالعه‌ی جمیلیان و همکاران از پرسش‌نامه‌ی GHQ28 استفاده شده بوده، در حالی که

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های بالینی و MMPI-II در زیرگروه نامعلوم

تعداد	میانگین	انحراف معیار	
۲۸	۰۵۴/۰۷۱۴	۱۰/۶۸۷۲۳	TL
۲۸	۴۷/۰۳۵۷	۶/۵۲۳۳۶	TF
۲۸	۵۴/۲۵۰۰	۷/۵۹۹۳۴	TK
۲۸	۵۲/۸۲۱۴	۹/۷۸۶۸۱	THS
۲۸	۴۹/۸۲۱۴	۹/۸۰۱۹۴	TD
۲۸	۵۴/۰۰۰	۱۱/۰۵۸۷۷	THY
۲۸	۴۹/۷۵۰۰	۷/۱۰۰۴۷	TPD
۲۸	۵۱/۸۵۷۱	۱۰/۶۰۲۹۸	TMF
۲۸	۴۶/۹۲۸۶	۸/۸۷۷۴۷	TPA
۲۸	۴۷/۷۱۴۳	۹/۰۷۱۱۵	TPT
۲۸	۴۸/۳۹۲۹	۶/۰۹۳۹۵	TSC
۲۸	۴۸/۲۸۵۷	۸/۵۲۳۸۵	TMA
۲۸	۴۵/۹۶۴۳	۹/۳۷۰۸۹	TSI
۲۸			Valid N (listwise)

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-II در زیرگروه کهولت سن

تعداد	میانگین	انحراف معیار	
۵	۵۵/۲۰۰۰	۳/۸۳۴۰۶	TL
۵	۵۱/۴۰۰۰	۹/۷۳۶۵۳	TF
۵	۵۲/۰۰۰	۷/۱۴۱۴۳	TK
۵	۵۵/۲۰۰۰	۹/۰۹۳۹۵	THS
۵	۵۱/۴۰۰۰	۸/۲۶۴۳۸	TD
۵	۵۰/۲۰۰۰	۱۳/۵۳۵۱۴	THY
۵	۵۶/۴۰۰۰	۱۱/۲۳۸۳۳	TPD
۵	۴۹/۴۰۰۰	۸/۱۷۳۱۳	TMF
۵	۴۹/۸۰۰۰	۳/۴۲۰۵۳	TPA
۵	۴۴/۸۰۰۰	۸/۴۹۷۰۶	TPT
۵	۵۱/۶۰۰۰	۵/۸۵۶۶۲	TSC
۵	۵۳/۲۰۰	۵/۴۴۹۷۷	TMA
۵	۴۵/۸۰۰۰	۴/۶۵۸۳۳	TSI
۵			Valid N (listwise)

همان‌طور که مشاهده می‌شود هیچ یک از مقیاس‌ها، بالای نقطه‌ی برش ۶۵ نیستند و از آنجایی که صرفاً نمرات بالای ۶۵ در مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-II نشانه‌ی وجود سایکوپاتولوژی می‌باشد، از این رو می‌توان نتیجه گرفت که در آمار توصیفی در

ندارند ولی گاهی جهت ارائه‌ی چهره‌ی بهتر از خود، اقدام به «خودبهرنمایی» می‌کنند. بررسی سایر ابزارهای تشخیصی در مطالعات بعدی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه پزشکی عمومی به شماره ۹۱۰ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک می‌باشد. محققان بر خود لازم می‌دانند از همه‌ی عزیزانی که در این مطالعه شرکت و همکاری کرده‌اند تقدیر و تشکر نمایند.

منابع

1. Razaghi R. Adoption. Tehran state welfare organization; 2007.
2. Razzaghi R. The status of adoption in the observation program in family, an article collection of scientific functional workshop of observance in family. Semi-family affairs office of state welfare organization, Shiraz. 2006.
3. Evens E. A global perspective on infertility: an under recognized public health issue. The University of North Carolina at Chapel Hill. 2004.
4. Larsen U. Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. International Journal of Epidemiology. 2000; 29(2):285-91.
5. Cunningham L, Bloom H, Rouse S. William's Obstetrics. 23 rd Ed. McGraw Hill, 2010.
6. Gibbs K, Haney N. Danforth's Obstetric & Gynecology. 10th Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
7. Tanagho EA, Mcaninch JW. Smith's General Urology. 17th Ed. Graw Hill; 2008.
8. Semi-family affairs Office. Statistics of the semifamily affairs office performance. Tehran, state welfare organization, 2005.
9. Bagheri A, Roudsari RL, Omidi A. Psychological experiences of families with adopted child. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2004; 9(1): 51-8.
10. Mousavi Bojnourdi M. Study on child adoption after the Islamic revolution. Journal of Women's Studies, 2011; 5(1): 28-49.

مطالعه‌ی حاضر از MMPI-II استفاده کرده است. اغلب مطالعات موجود، عمدتاً به بررسی وضعیت روانی فرزندان پذیرفته شده و مقایسه‌ی آن‌ها با فرزندان بیولوژیک پرداخته‌اند که با هدف این مطالعه اختلاف دارند. مطالعات معدودی نیز هم‌چون مطالعه‌ی کریستن دین به بررسی و مقایسه‌ی والدین دارای فرزندخوانده و والدین دارای فرزند بیولوژیک پرداخته‌اند که نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت بین دو گروه از نظر شیوع اختلالات روانی بوده است (۱۳).

یافته‌ی مهم دیگر این مطالعه، وجود تفاوت معنی‌دار در مقیاس k بین زیرگروه نامعلوم و زیرگروه نابارور می‌باشد. در واقع گروهی از متقاضیان فرزندخواندگی، با نگرانی از رد شدن در پذیرش فرزند، به لحاظ آسیب‌شناسی خود را بهتر از آنچه که هستند وانمود کرده‌اند که موجب بروز تفاوت معنی‌دار در مقیاس k شده است. این یافته، مشابه با یافته‌ی دالتون می‌باشد که دفاع را مهم‌ترین یافته‌ی مطالعه‌ی خود در ارزیابی زوج‌های متقاضی فرزندخواندگی در ایالات متحده آمریکا عنوان می‌کند (۱۱). حجم نمونه محدود این مطالعه موجب محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه می‌گردد. از طرفی گرچه آزمون MMPI یکی از معتبرترین آزمون‌های روان‌شناسی می‌باشد، ولی هرگز جایگزین مصاحبه بالینی نخواهد بود و طبعاً منفی کاذب و مثبت کاذب به همراه خواهد داشت. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی از سایر آزمون‌های روان‌شناختی نیز به عنوان ابزار تشخیصی استفاده گردد. هم‌چنین با جمع‌آوری یافته‌های حاصل از مطالعات مشابه در سایر استان‌های کشور می‌توان با متاآنالیز داده‌ها، قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش داد.

نتیجه‌گیری

مطالعات در زمینه‌ی وضعیت روان‌شناختی متقاضیان فرزندخواندگی، اندک و محدود می‌باشند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، متقاضیان فرزندخواندگی از سلامت روان برخوردار بوده و هیچ آسیب روان‌شناختی

11. Dalton JE. MMPI-168 and Marlowe-Crowne profiles of adoption applicants. *Journal of clinical psychology*. 1994; 50(6): 863-6.
12. Yassini SM, Shavazi MT, Shavazi NT. Factors associated with adoption acceptance rate from the view point of infertile couples. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2012; 10(5):413-8.
13. Dean C, Dean NR, White A, Liu WZ. An adoption study comparing the prevalence of psychiatric illness in women who have adoptive and natural children compared with women who have adoptive children only. *Journal of affective disorders*. 1995; 34(1):55-60.
14. Jamilian M, Rafiei M, Jamilian HR, Esmkhani A. Comparison of General health in fertile and infertile women referred to Taleghani hospital. *Journal of Arak University of medical sciences*. 2010; 14(59):27-35.[Persian]
15. Jamilian H. The comparison of social support and quality of life between fertile and infertile women. *Journal of Hamedan university of medical sciences*. 2013; (21):12-9.[Persian]