



## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور و نشر)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 5 - پاییز و زمستان 1390

روانشناسی بالینی و شخصیت 5

براساس نامه شماره 3/1083 مورخ 1387/2/23  
کمیسیون بررسی اعتبار نشریات علمی کشور درجه  
علمی - پژوهشی این دوماهنامه تمدید گردید.

مجوز انتشار دوماهنامه دانشور رفتار (دوره جدید مجله  
دانشور در گستره‌های تخصصی روان‌شناسی، علوم تربیتی و  
مدیریت) در جلسه مورخ 1382/8/5 هیأت نظارت بر  
مطبوعات مورد موافقت قرار گرفته است.

### فهرست مقالات

- ♦ تأثیر پردازش کلی چهره‌ای بر سوگیری توجه نسبت به  
چهره‌های هیجانی در کودکان مضطرب  
حسن شفیعی و دکتر فرهاد شقاقی 1-12
- ♦ پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی  
دکتر رزیتا امانی و محمدرضا مجذوبی 13-24
- ♦ تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلق و  
افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر  
پریسا یاسمی‌نژاد، دکتر علی‌اکبر سیف و محسن گل محمدیان 25-36
- ♦ رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در  
زنان شاغل  
دکتر مهناز علی اکبری دهکردی، دکتر حسین شکرکن و طیبه محتشمی  
37-48
- ♦ اثربخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود  
اختلال دوقطبی  
الهام راشدی، دکتر فرامرز سهرابی و دکتر جمال شمس  
49-64
- ♦ ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت  
تعارض مدیران تربیت‌بدنی استان خوزستان  
دکتر صدیقه حیدری‌نژاد، دکتر مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، دکتر ایران داودی و  
مهرانگیز پابنده 65-74
- ♦ بررسی پایایی و اعتبار ملاک نسخه فارسی پرسشنامه  
حالت - صفت بیان خشم (STAXI-2) در یک جمعیت  
بالینی  
دکتر محمدعلی اصغری مقدم، مریم مقدسین و دکتر پروین دیباج نیا  
75-94
- ♦ Abstract 95-101

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد  
مدیر مسئول: دکتر رسول روشن چسلی  
سرمدیر: دکتر محمدعلی اصغری مقدم  
مدیر داخلی: دکتر لیلا حیدری‌نسب  
ویراستار ادبی (انگلیسی): افسانه محمدی شاهرخ‌آبادی  
کارشناس نشریه: منصوره طوماری  
صفحه‌آرا: زهره راخ  
شماره استاندارد بین‌المللی: 1028-3188  
پها: 25000 ریال

### اعضای هیأت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

دکتر محمدعلی	اصغری مقدم	دانشگاه شاهد
دکتر غلامعلی	افروز	دانشگاه تهران
دکتر باقر	ثنایی‌ذاکر	دانشگاه تربیت معلم
دکتر محمود	دژ کام	دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
دکتر علی	دل‌اور	دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر رسول	روشن چسلی	دانشگاه شاهد
دکتر محمد	زاهدی اصل	دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر محمدرضا	شعیری	دانشگاه شاهد
دکتر حسین	شکرکن	دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر علی	فتحی‌آشتیانی	دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله
دکتر سقراط	فقیه‌زاده	دانشگاه تربیت مدرس
دکتر احمدعلی	نوربالا	دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران - ابتدای آزادراه تهران قم - روبه‌روی حرم مطهر حضرت  
امام خمینی (ره) - دانشگاه شاهد

مقالات الکترونیک: (021) 51213074

E-mail: e.raftar@shahed.ac.ir  
http://Journals.shahed.ac.ir

این نشریه در سه پایگاه اطلاعات علمی زیر نمایه می‌شود:

1. [www.ISC.gov.ir](http://www.ISC.gov.ir)
2. [www.SID.ir](http://www.SID.ir)
3. [www.MAGIRAN.com](http://www.MAGIRAN.com)

## قدردانی

هیأت تحریریه نشریه دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در زمینه روان‌شناسی بالینی و شخصیت را بر عهده داشته‌اند و با راهنمایی‌های ارزنده و ابراز نظر خویش بر غنا و اعتلای علمی مجله افزوده‌اند ضمن درج اسامی آن‌ها تجلیل و سپاسگزاری کند.

- |                          |                    |                       |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|
| دانشگاه شاهد             | اصغری مقدم         | 1- دکتر محمدعلی       |
| دانشگاه اصفهان           | امیری              | 2- دکتر شعله          |
| دانشگاه شاهد             | روشن               | 3- دکتر رسول          |
| دانشگاه اصفهان           | کجباف              | 4- دکتر محمدباقر      |
| دانشگاه الزهراء          | مهری نژاد          | 5- دکتر سید ابوالقاسم |
| دانشگاه پیام نور         | علی اکبری دهکردی   | 6- دکتر مهناز         |
| دانشگاه شاهد             | حیدری نسب          | 7- دکتر لیلا          |
| دانشگاه شهید بهشتی       | دانش               | 8- دکتر عصمت          |
| دانشگاه شهید چمران اهواز | داودی              | 9- دکتر ایران         |
| دانشگاه تربیت مدرس       | رسول زاده طباطبایی | 10- دکتر کاظم         |

# تأثیر پردازش کلی چهره‌ای بر سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی در کودکان مضطرب

نویسندگان: حسن شفیعی<sup>۱\*</sup> و دکتر فرهاد شقاقی<sup>۲</sup>

۱. مربی دانشگاه پیام نور
۲. استادیار دانشگاه پیام نور

\* E-mail: h\_shafiee@pnu.ac.ir

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر پردازش کلی چهره‌ای و اضطراب خصلتی در سوگیری توجه کودکان نسبت به طرح‌های کلی چهره‌های هیجانی (خشمگین، شاد و خنثی) طبیعی و درهم‌ریخته صورت گرفت. آزمودنی‌ها براساس نمرات آزمون اضطراب خصلتی کودکان اسپیلبرگر و انجام مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته به دو گروه دارای اضطراب خصلتی بالا و پایین تقسیم شدند. ۳۰ کودک دارای اضطراب خصلتی بالا و ۳۰ کودک دارای اضطراب خصلتی پایین را کامل کردند. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و تحلیل واریانس چندمتغیره برای تحلیل نتایج استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا نسبت به چهره هیجانی خشمگین طبیعی گوش به زنگی توجهی نشان می‌دهند در حالی که کودکان دارای اضطراب خصلتی پایین نسبت به همین چهره اجتناب توجهی نشان می‌دهند؛ این یافته فقط در چهره هیجانی خشمگین طبیعی مشاهده شد و در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته هیچ اثری از سوگیری توجه دیده نشد. یافته‌های این پژوهش همسو با مطالعات پیشین در زمینه ارتباط میان اضطراب و سوگیری توجه به تهدید در کودکان بوده، تأییدکننده دیدگاه پردازش کلی چهره‌ای در بازشناسی چهره نیز هست.

کلیدواژه‌ها: پردازش کلی چهره‌ای، چهره‌های هیجانی، اضطراب خصلتی، سوگیری توجه، آزمایش دات پروب

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رشدار

• دریافت مقاله: ۸۸/۲۳

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۱۵

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011- 2012*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

## مقدمه

مطالعات متعدد نشان می‌دهند که چهره‌ها و اشیاء، فرایندهای رمزگردانی متفاوتی دارند که توسط نواحی متمایز مغزی صورت می‌گیرد (۱ و ۲). الگوهای متفاوت تجربی، شواهد همگرایی متعددی را فراهم کرده‌اند مبنی بر اینکه در بازشناسی چهره‌ها در مقایسه با اشیاء، اطلاعات کلی<sup>۱</sup> و اطلاعات طرحی<sup>۲</sup> اهمیت بیشتری دارند. اطلاعات مربوط به خصایص<sup>۳</sup> یک چهره و ارتباطات میان خصایص که شکل‌بندی چهره‌ها<sup>۴</sup> نامیده می‌شود، در ترکیب با هم به صورت شکلی از یک بازنمایی کلی<sup>۵</sup> تظاهری می‌یابند؛ بنابراین تغییر در بازنمایی کلی یک چهره می‌تواند بازشناسی خصایص آن چهره را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۳ و ۴).

توانایی افراد در بازشناسی چهره‌ها مرتبط با پردازش طرحی<sup>۶</sup> است که در آن پردازش، شامل درک روابط میان خصایص یک محرک مانند چهره را دربرمی‌گیرد. سه نوع پردازش طرحی وجود دارد که به لحاظ مفهومی با هم تفاوت‌هایی دارند (۵). ابتدا پردازش طرحی روابط مرتبه اول<sup>۷</sup> که به ترتیب قرار گرفتن خصایص چهره اشاره دارد (برای نمونه، چشم‌ها بالای بینی و دهان باشد)؛ حتی در نبود خصایص چهره‌ای بهنجار، افراد برای تشخیص چهره‌ها براساس روابط مرتبه اول توانایی ویژه‌ای دارند (۶ و ۷). پژوهش‌ها با به‌کارگیری روش‌های fMRI و ERPs، ناحیه‌ای را در مغز به نام FFA<sup>۸</sup> شناسایی کرده‌اند که این ناحیه در مواجهه با چهره‌ها که دارای روابط مرتبه اول هستند در مقایسه با سایر اشیاء، مانند اتومبیل‌ها و خانه‌ها بیشتر فعالیت دارد (۸، ۹ و ۱۰).

معکوس کردن چهره و به‌هم‌ریختن ترتیب خصایص چهره باعث اختلال در پردازش طرحی می‌شود و می‌توان گفت این نوع محرک‌ها براساس اطلاعات خصیصه‌ای بازشناسی می‌شوند (۴ و ۱۱)؛ نوع دوم پردازش طرحی، روابط مرتبه دوم<sup>۹</sup> نام دارد که به تفاوت در اندازه فواصل میان خصایص چهره (مانند فاصله چشم و دهان) که قابل اندازه‌گیری و تغییر هستند، اشاره دارد؛ برای نمونه، پژوهش *تاناکا و سنگکو*<sup>۱۲</sup> (۱۲)

نشان‌داد که تغییر در فاصله میان دو چشم در چهره باعث ایجاد اختلال در بازشناسی چهره به صورت یک کل و همچنین بازشناسی سایر اجزایی که تغییر نکرده‌اند می‌شود. وقتی افراد روابط مرتبه اول یک چهره را شناسایی کردند، گرایش‌دارند که چهره را به صورت یک کل پردازش کنند؛ نوع سوم پردازش طرحی مربوط به پردازش کلی<sup>۱۱</sup> است. مفهوم پردازش کلی به این پدیده اشاره دارد که خصایص چهره‌ای به صورت مجزا مورد تجزیه و تحلیل و ادراک قرار نمی‌گیرد بلکه محرک چهره‌ای به عنوان یک واحد کلی یا در جایگاه یک گشتالت پردازش می‌شود (۵ و ۱۳).

پس از تولد پردازش کلی از طریق مواجهه با چهره‌های انسان‌ها شروع به آشکار شدن می‌کند (۵ و ۱۴). پژوهش‌های متعدد با استفاده از الگوی چهره مرکب<sup>۱۲</sup> و الگوی جزء-کل<sup>۱۳</sup>، پردازش کلی چهره‌ها را در موقعیت‌های واقعی زندگی یا در آزمایشگاه تأیید کرده‌اند (۱۵ و ۱۶). پژوهش‌های مختلف، شواهد زیادی مبنی بر وجود پردازش‌های خصیصه‌ای<sup>۱۴</sup> و طرحی را در دوران کودکی فراهم آورده‌اند (۱۷ و ۱۸).

چهره، بیانگر هیجانی است که به صورت جهانی، قابل فهم است. تظاهرات هیجانی چهره، مانند شادی و خشم دارای اعتبار بوم‌شناختی<sup>۱۵</sup> بوده در همه انسان‌ها، بدون توجه به بافت فرهنگی‌شان قابل تشخیص‌اند (۱۹). تظاهرات هیجانی چهره به‌ویژه، هیجان‌های منفی موقعیتی خاص برای جذب منابع پردازشی توجه دارند. فرایندهای توجهی در شروع و تداوم اختلال‌های هیجانی، نقشی مهم را ایفا می‌کنند (۲۰ و ۲۱). بیشتر دیدگاه‌های شناختی متداول بیان می‌کنند که افراد مضطرب در سیستم شناختی

- 1- Holistic information
- 2-Configural information
- 3- Features 4-Configuration of faces
- 5- Holistic representation
- 6- Configural processing
- 7- First-order relations
- 8- Fusiform face area
- 9- Second-order relation
- 10- Sengco, J, Tanaka J W
- 11- Holistic processing
- 12- Composite face paradigm
- 13- Whole-part paradigm
- 14- Whole-part paradigm
- 15- Ecological validity

دارای سوگیری<sup>۱</sup> هستند (۲۲ و ۲۳). اضطراب با سوگیری پردازشی<sup>۲</sup> رابطه دارد، به طوری که باعث رمزگردانی اطلاعات تهدیدکننده می‌شود (۲۴). در افراد مضطرب، گوش به‌زنگی توجهی<sup>۳</sup> باعث می‌شود که توجه فرد حتی به نشانه‌های خفیف تهدید نیز جلب شود و در نتیجه، این افراد با جریانی از اطلاعات درباره خطرهای احتمالی مواجه می‌شوند که باعث افزایش اضطراب در آنها می‌شود؛ در حالی که در افرادی که آسیب‌پذیری کمتری به اضطراب دارند همان حادثه، فرد را در وضعیت پیش‌فرض اجتنابی<sup>۴</sup> قرار می‌دهد؛ طی حالتی که در آن، اطلاعات تهدیدکننده نادیده گرفته می‌شوند.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند، سوگیری‌های شناختی<sup>۵</sup> مرتبط با اضطراب در کودکان، مشابه بزرگسالان است (۲۵). تحقیقات روی بزرگسالان با استفاده از الگوی دات پروب<sup>۶</sup> و استفاده از چهره‌های هیجانی واقعی به بررسی تأثیر تفاوت‌های فردی در اضطراب بالینی و غیربالینی بر سوگیری توجه<sup>۷</sup> به چهره‌های هیجانی پرداخته‌اند. به‌طور کلی، نتایج این مطالعات که بیشتر روی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و اجتماع‌هراسی صورت گرفته نشان داده‌است که این افراد دارای سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی خشمگین هستند (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶).

پژوهش حاضر با استفاده از نسخه تصویری آزمایش اصلاح‌شده دات پروب<sup>۸</sup> که قادر به اندازه‌گیری مستقیم نحوه توزیع توجه دیداری است، به بررسی پاسخ‌های سوگیردار در کودکان دارای اضطراب خصلتی<sup>۹</sup> می‌پردازد. در نسخه اصلی آزمایش که مک‌لئود<sup>۱۰</sup> (۳۷)، آن را ارائه کرده‌است، از کلمات به‌عنوان محرک‌های تهدیدکننده استفاده می‌شود که این موضوع از جهت اعتبار بوم‌شناختی و بار تهدیدکنندگی کلمات، دارای اشکال‌هایی است (۳۲ و ۳۸). در این مطالعه برای بررسی تأثیر پردازش کلی چهره‌ای و اضطراب خصلتی کودکان در توجه به چهره‌های هیجانی، از طرح‌های کلی<sup>۱۱</sup> طبیعی و درهم‌ریخته چهره‌های هیجانی به‌جای چهره‌های واقعی انسان‌ها استفاده شده‌است. به‌کارگیری طرح‌های کلی

چهره‌ای، بازنشاسی هیجان‌های ابرازشده را برای کودکان آسان‌تر می‌سازد زیرا این طرح‌ها برگرفته از چهره‌های هیجانی واقعی بوده، هیچ شباهتی، میان آنها وجود ندارد و تفاوت هیجان‌های مختلف به‌خوبی در آنها مشخص شده‌است؛ همچنین ساختارهای شناختی و ظرفیت‌های وابسته به رویداد (ERPs) یکسانی در رمزگردانی و پردازش تظاهرات چهره‌های هیجانی واقعی و طرح‌واره‌ای وجود دارند (۳۶ و ۳۹). در این پژوهش فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفتند:

۱- میان چهره‌های هیجانی طبیعی و درهم‌ریخته در سوگیری توجه تفاوت وجود دارد؛ ۲- سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی در کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا و پایین متفاوت است.

## روش

### نوع تحقیق

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است.

### • آزمودنی

جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۲ سال دبستان‌های دولتی شهرستان دلیجان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بود.

انتخاب نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای صورت گرفت؛ بدین ترتیب که ابتدا به‌طور تصادفی از مناطق مختلف شهرستان چند دبستان پسرانه انتخاب شدند و در مرحله بعدی از هر مدرسه، چند کلاس به‌طور تصادفی برگزیده و پرسش‌نامه اضطراب خصلتی در میان تمام دانش‌آموزان کلاس توزیع شد. جدول ۱ خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها براساس سن و میزان اضطراب خصلتی را نشان می‌دهد.

- 1- Bias
- 2- Processing bias
- 3- Attentional vigilance
- 4- Avoidant
- 5- Cognitive biases
- 6- Dot-probe paradigm
- 7- Attentional bias
- 8- Pictorial version of modified dot-probe task
- 9- Trait anxiety
- 10- Macleod, C
- 11- Schematic

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها براساس سن و میزان اضطراب خصلتی

گروه	تعداد	سن		اضطراب خصلتی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب خصلتی بالا	۳۰	۱۰/۸	۰/۶۹	۴۶/۶۰	۱/۵۴
اضطراب خصلتی پایین	۳۰	۱۱/۰۳	۰/۶۶	۲۳/۹۷	۱/۲۹
کل	۶۰	۱۰/۹۳	۰/۶۸	۳۵/۲۸	۱۱/۵۰

### ابزارهای تحقیق

#### • آزمون اضطراب خصلتی کودکان

این آزمون تفاوت‌های فردی به‌نسبت، ثابت در استعداد اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. آزمون اضطراب خصلتی کودکان/ اسپیلبرگر<sup>۱</sup> (۴۰) یک مقیاس خودگزارشی بوده که دارای ۲۰ پرسش است و برای ارزیابی میزان اضطراب خصلتی در کودکان ۹ تا ۱۲ سال طراحی شده‌است؛ پرسش‌های این آزمون وجود یا عدم وجود علائم اضطراب خصلتی را توصیف می‌کنند و برحسب شدت از ۱ (هرگز) تا ۳ (اغلب) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه، میان ۲۰ تا ۶۰ است؛ زهره زمانی اصل (۴۱)، این آزمون را در ایران هنجاریابی کرده و ضریب پایایی بازآزمایی اضطراب خصلتی برای گروه پسران (۰/۶۸) و برای دختران (۰/۶۵) و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه پسران در اضطراب خصلتی (۰/۷۹) و برای دختران (۰/۸۴) گزارش شده‌است؛ همچنین ضریب همبستگی میان دو برگه فارسی و انگلیسی آزمون اضطراب خصلتی (اعتبار همگرا) با اجرای هم‌زمان دو برگه، روی آزمودنی‌های دوزبانه ۰/۶۹ گزارش شده‌است؛ همچنین وجود همبستگی منفی (۰/۰۹- و ۰/۰۶-) میان اضطراب خصلتی و بهره هوشی در پسران و دختران (اعتبار واگرا) نشان‌دهنده اعتبار سازه این آزمون است.

#### • آزمایه اصلاح‌شده دات پروب تصویری

آزمایه اصلاح‌شده دات پروب تصویری (۴۲ و ۴۳) نسخه اصلاح‌شده آزمایه اصلی است که مک لئود و همکاران (۳۷)، آن را برای بررسی انتقال توجه بینایی و

براساس نمرات به‌دست‌آمده از ۶۵۸ پرسش‌نامه توزیع شده، کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا کسانی بودند که نمره پرسش‌نامه آنها ۲ انحراف استاندارد از میانگین کل نمرات بالاتر قرار داشته و کودکان دارای اضطراب خصلتی پایین، کسانی بودند که نمره پرسش‌نامه آنها ۲ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین کل نمرات به‌دست‌آمده بود. دانش‌آموزان گروه نمونه، یک هفته بعد از غربالگری اضطراب خصلتی، به‌صورت داوطلبانه و با رعایت تمامی قوانین و مقررات آموزش و پرورش انتخاب شدند. دانش‌آموزان از بعد مشکلات بینایی (ضعف قدرت بینایی، تیرگی بینایی، دوبینی، پرش چشم)، تاریخچه سکت، آسیب به سر، تومور مغزی یا جراحی مغزی، سابقه بیماری روان‌پزشکی حاد، عقب‌ماندگی ذهنی، دمانس و استفاده از داروهای آرام‌بخش طبق اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای یک مصاحبه نیم‌ساختاریافته مورد غربالگری قرار گرفتند؛ علاوه بر این، دانش‌آموزانی که در آزمایه اصلاح‌شده دات پروب، خطاهای زیادی مرتکب می‌شدند (کوشش‌هایی که در آنها آزمودنی جهت نقطه ارائه شده را اشتباه تعیین کند به‌عنوان خطا در نظر گرفته می‌شود) به‌طوری که نتایج حاصل از عملکرد آنها قابل اعتماد نبود از تحقیق کنار گذاشته شدند.

سرانجام، با توجه به نوع تحقیق (علی - مقایسه‌ای) و تحقیقاتی مشابه که در این زمینه صورت گرفته‌است، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای اضطراب خصلتی بالا و ۳۰ دانش‌آموز دارای اضطراب خصلتی پایین به‌عنوان نمونه نهایی بررسی شدند.

1- Spielberger

تعیین کرده بودند به عنوان خطا در نظر گرفته شده و از تحلیل حذف شدند؛ همچنین براساس مطالعات قبلی انجام شده در همین زمینه، تمام زمان‌های واکنشی که ۲ انحراف معیار پایین تر و بالاتر از میانگین زمان‌های واکنش آزمودنی‌ها در هر موقعیت بودند از تحلیل خارج شدند که این ۵ درصد داده‌ها را در برمی‌گیرد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از یک طرح تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (درون‌آزمودنی  $3 \times 2 \times 2$ ) استفاده شد، زیرا هر آزمودنی، چندین بار اندازه‌گیری می‌شود. در این طرح، عوامل نوع چهره (طبیعی، درهم‌ریخته)، همابندی (نقطه همابند با چهره و نقطه ناهمابند با چهره) و حالت چهره (خشمگین، شاد و خنثی) به عنوان عوامل درون‌آزمودنی و عامل اضطراب خصلتی (بالا یا پایین) به عنوان عامل بین‌آزمودنی بودند.

### نتایج

نتایج تحلیل‌های مبتنی بر اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ آمده است. با توجه به نتایج به دست آمده چون اثر اصلی و تمامی آثار تعاملی نوع چهره با سایر عوامل در سطح  $p < 0.05$  معنادار نشده، در نتیجه، عامل نوع چهره از تحلیل حذف شد؛ همچنین نتایج این تحلیل نشان داد که اثر اصلی همابندی ( $p < 0.05$ ) و تعامل‌های اضطراب خصلتی  $\times$  همابندی ( $p < 0.05$ )، حالت چهره  $\times$  اضطراب خصلتی ( $p < 0.05$ ) همابندی  $\times$  حالت چهره ( $p < 0.05$ ) و تعامل همابندی  $\times$  حالت چهره  $\times$  اضطراب خصلتی ( $p < 0.05$ ) معنادار هستند. با توجه به اینکه معناداری تعامل همابندی  $\times$  حالت چهره  $\times$  اضطراب خصلتی برای بررسی وجود سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی و پاسخگویی به فرضیات پژوهش درباره چهره‌های هیجانی طبیعی و درهم‌ریخته لازم است، بنابراین در ادامه، معناداری این تعامل به صورت جداگانه برای چهره‌های طبیعی و درهم‌ریخته مورد آزمون قرار گرفت.

سنجش سوگیری توجه براساس الگوی روان‌شناسی تجربی - شناختی ارائه کردند؛ در این آزمایش به جای کلمات از طرح‌های کلی طبیعی و درهم‌ریخته چهره‌های هیجانی خشمگین، شاد و خنثی استفاده شده است؛ این تصاویر از پژوهش‌های پیشین صورت گرفته در این زمینه اقتباس شده‌اند (۳۴، ۳۹ و ۴۴)؛ در این آزمایش، هریک از طرح‌های کلی طبیعی و درهم‌ریخته چهره‌های هیجانی خشمگین، شاد و خنثی با تصویر چهره هیجانی خنثی جفت می‌شوند؛ هر تصویر  $2/5$  سانتی‌متر طول و  $1/8$  سانتی‌متر عرض دارد. تصاویر و نقطه در دو کادر مستطیل شکل به طول  $5/3$  سانتی‌متر و عرض ۳ سانتی‌متر و با فاصله ۲ سانتی‌متر از نقطه تثبیت مرکزی<sup>۱</sup> صفحه نمایش ارائه می‌شوند.

هر تصویر، ۴۰ بار ارائه می‌شود، ۲۰ بار در سمت راست ۲۰ بار در سمت چپ و موقعیت نقطه نیز براساس متوازن‌سازی تقابلی<sup>۲</sup> برای کنترل آثار ترتیبی و انتقالی محرک‌ها مشخص می‌شود. ترتیب ارائه چهره‌ها به صورت تصادفی بوده، برای هریک از آزمودنی‌ها متفاوت است. آزمایش با استفاده از یک رایانه لب‌تاپ اجرا شد. آزمودنی به فاصله ۵۰ سانتی‌متر از رایانه، قرار می‌گیرد. در آغاز آزمایش، کادر خالی و نقطه تثبیت (+) برای مدت ۵۰۰ هزارم ثانیه ارائه می‌شوند؛ بعد از این مرحله، دو چهره در چپ و راست نقطه تثبیت صفحه نمایش برای مدت ۱۲۵۰ هزارم ثانیه ارائه می‌شود؛ در مرحله بعد، تصاویر چهره‌های هیجانی ارائه شده، برای مدت ۵۰ هزارم ثانیه، پوشش روبه جلو<sup>۳</sup> می‌گردند. بعد از فرایند پوشش روبه جلو، نقطه‌ای، جانشین یکی از تصاویر می‌شود؛ آزمودنی باید به محض دیدن نقطه، با فشار دادن کلیدهای جهت‌نمای روی صفحه کلید رایانه، جهت نقطه ظاهر شده را مشخص کند و بر این اساس، رایانه زمان واکنش آزمودنی را تا یک هزارم ثانیه ثبت می‌کند؛ در مجموع ۲۰۰ کوشش اصلی و ۱۰ کوشش برای تمرین و آشنایی با آزمایش، روی هر آزمودنی اجرا شد؛ در این آزمون، کوشش‌هایی که در آنها آزمودنی‌ها جهت نقطه ارائه شده را اشتباه

1- Central fixation point  
2- Counterbalancing  
3- Forward masking

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای چهار عامل اضطراب خصلتی، نوع چهره، همابندی و حالت چهره

منبع واریانس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
نوع چهره	۶۱۲/۱۶	۱	۶۱۲/۱۶	۰/۷۵	۰/۳۹
نوع چهره × اضطراب خصلتی	۱۱۹۱/۶۵	۱	۱۱۹۱/۶۵	۱/۴۶	۰/۲۳
همابندی	۴۲۶۵/۸۰	۱	۴۲۶۵/۸۰	۴/۶۹	۰/۰۳۵
اضطراب خصلتی × همابندی	۱۸۳۷۰/۷۹	۱	۱۸۳۷۰/۷۹	۲۰/۲۲	۰/۰۰۰
حالت چهره	۱۳۲۱/۴۴	۲	۱۳۲۱/۴۴	۰/۵۹	۰/۵۵۲
حالت چهره × اضطراب خصلتی	۲۲۹۹۲/۰۲	۲	۲۲۹۹۲/۰۲	۱۰/۳۹	۰/۰۰۰
نوع چهره × همابندی	۵۳۹/۶۳	۱	۵۳۹/۶۳	۰/۳۶	۰/۵۴۸
نوع چهره × همابندی × اضطراب خصلتی	۳۷۴/۷۲	۱	۳۷۴/۷۲	۰/۲۵	۰/۶۱۷
نوع چهره × حالت چهره	۱۵۵۴/۲۷	۲	۱۵۵۴/۲۷	۱/۱۹	۰/۳۰۷
نوع چهره × حالت چهره × اضطراب خصلتی	۳۲۰۳/۶۲	۲	۳۲۰۳/۶۲	۲/۴۶	۰/۰۹۰
همابندی × حالت چهره	۵۲۴۰/۶۶	۲	۵۲۴۰/۶۶	۳/۲۴	۰/۰۴۳
همابندی × حالت چهره × اضطراب خصلتی	۱۳۶۳۸/۷۴	۲	۱۳۶۳۸/۷۴	۸/۴۵	۰/۰۰۰
نوع چهره × همابندی × حالت چهره	۹۴۶۰/۴۸	۲	۹۴۶۰/۴۸	۰/۰۸۹	۰/۱۰۳
نوع چهره × همابندی × حالت چهره × اضطراب خصلتی	۱۳۳۴۱/۵۳	۲	۱۳۳۴۱/۵۳	۲/۷۸	۰/۰۶۷

### بررسی سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی طبیعی

برای بررسی وجود سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی طبیعی از یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک طرح ۲×۲×۳) استفاده شد. در این طرح عوامل همابندی (نقطه همابند با چهره، نقطه ناهمابند با چهره) و حالت چهره طبیعی (خشمگین، شاد و خنثی) به‌عنوان عوامل درون‌آزمودنی و عامل اضطراب خصلتی (بالا و پایین) به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی بودند. نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

نتایج این تحلیل نشان داد که اثر اصلی همابندی ( $\alpha \leq 0/05$ ) و تعامل‌های اضطراب خصلتی × همابندی ( $\alpha \leq 0/05$ )، اضطراب خصلتی × حالت چهره طبیعی ( $\alpha \leq 0/05$ )، همابندی × حالت چهره طبیعی ( $\alpha \leq 0/05$ ) و تعامل اضطراب خصلتی × همابندی × حالت چهره طبیعی ( $\alpha \leq 0/05$ ) معنادار است. معناداری تعامل اضطراب خصلتی × همابندی × حالت چهره طبیعی وجود سوگیری

توجه نسبت به چهره‌های هیجانی طبیعی را تأیید می‌کند. برای مشخص شدن نوع چهره هیجانی که نسبت به آن سوگیری توجه وجود دارد نمرات سوگیری توجه برای هریک از چهره‌های هیجانی طبیعی از طریق کم کردن زمان واکنش آزمودنی‌ها در حالت همابندی نقطه با چهره هیجانی از زمان واکنش آزمودنی در حالت ناهمابندی نقطه با چهره هیجانی محاسبه شد؛ نمرات سوگیری توجه مثبت نشان‌دهنده گوش‌به‌زنگی توجهی نسبت به چهره هیجانی و نمرات منفی نشان‌دهنده اجتناب توجهی از چهره هیجانی هستند (۴۵). نمرات سوگیری توجه محاسبه شده برای هریک از چهره‌ها در یک طرح تحلیل واریانس درون‌آزمودنی چندمتغیره<sup>۱</sup> ۲ (اضطراب خصلتی بالا و پایین) × ۳ (نمرات سوگیری توجه چهره‌های هیجانی خشمگین، شاد و خنثی) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴، نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

1- Manova



جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای سه عامل اضطراب خصلتی، همبندی و حالت چهره طبیعی

منبع واریانس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
همبندی	۶۰۷۲/۶۰	۱	۶۰۷۲/۶۰	۵/۷۵	۰/۰۲۰
همبندی × اضطراب خصلتی	۹۵۷۷/۵۴	۱	۹۵۷۷/۵۴	۹/۰۷	۰/۰۰۴
حالت چهره طبیعی	۱۳۱۴/۸۷	۱	۶۵۷/۴۳	۰/۶۷۰	۰/۵۱۴
اضطراب خصلتی × حالت چهره طبیعی	۱۹۲۱۱/۳۴	۲	۹۶۰۵/۶۷	۹/۷۸	۰/۰۰۰
همبندی × حالت چهره طبیعی	۱۸۳۸۹/۲۱	۱	۹۱۹۴/۶۰	۵/۴۲	۰/۰۰۶
اضطراب خصلتی × همبندی × حالت چهره طبیعی	۳۱۹۶۷/۳۲	۱	۱۶۹۶/۲۵	۹/۴۲	۰/۰۰۰

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندعاملی برای اضطراب خصلتی × نمرات سوگیری توجه چهره‌های هیجانی

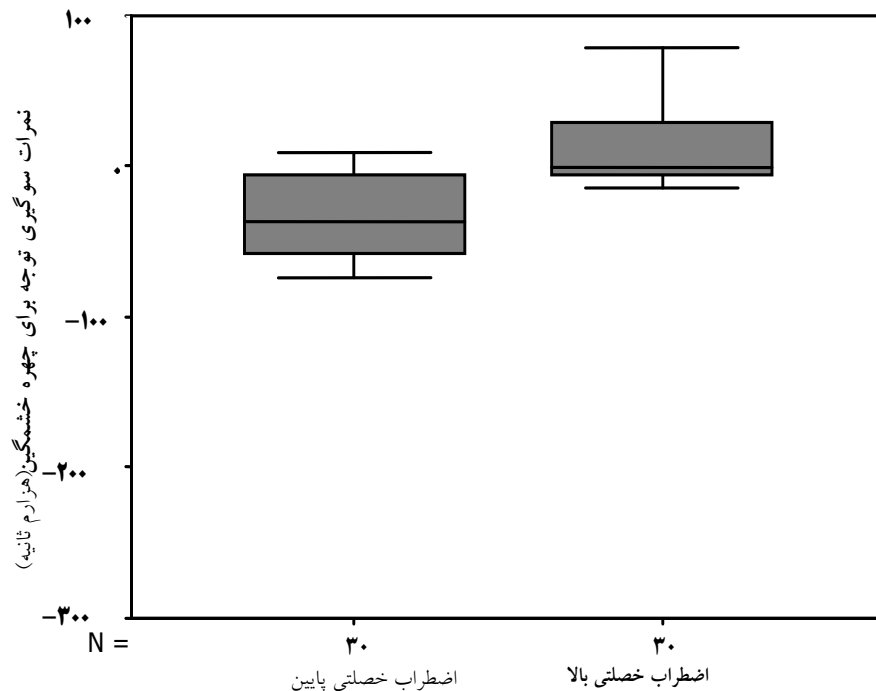
منبع واریانس	متغیر وابسته	نوع سوم مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	سطح معناداری
اضطراب خصلتی	نمره سوگیری توجه خشم	۷۹۱۳۳/۷۴	۷۹۱۳۳/۷۴	۱	۲۶/۸۲	۰/۰۰۰
	نمره سوگیری توجه شاد	۳۴۲/۹۹	۳۴۲/۹۹	۱	۰/۱۴۵	۰/۷۰۵
	نمره سوگیری توجه خشی	۳۶۱۳/۰۰	۳۶۱۳/۰۰	۱	۱/۰۱	۰/۳۲۰

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای سه عامل اضطراب خصلتی، همبندی و حالت چهره درهم‌ریخته

منبع واریانس	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
همبندی	۵۲۵۰/۷۲	۱	۵۲۵۰/۷۲	۰/۳۶۷	۰/۵۴۷
همبندی × اضطراب خصلتی	۱۴۷۱۹/۳۸	۱	۱۴۷۱۹/۳۸	۱۰/۲۸	۰/۰۰۲
حالت چهره درهم‌ریخته	۶۷۴/۱۵	۱	۳۳۷/۰۷	۰/۴۲۹	۰/۶۵۳
اضطراب خصلتی × حالت چهره درهم‌ریخته	۴۹۰۵/۴۱	۲	۲۴۵۲/۷۰	۳/۱۲۰	۰/۰۴۸
همبندی × حالت چهره درهم‌ریخته	۱۱۶۷/۴۶	۱	۵۸۳/۷۳	۰/۴۹۲	۰/۶۱۳
اضطراب خصلتی × همبندی × حالت چهره درهم‌ریخته	۲۳۰۰/۷۹	۱	۱۱۵۰/۳۹	۰/۹۶۹	۰/۳۸۳

توجه) مقایسه شود؛ نمرات مثبت نشان‌دهنده گوش‌به‌زنگی توجهی و نمرات منفی نشان‌دهنده اجتناب توجهی هستند؛ نتایج این آزمون نشان‌داد که این تفاوت معنادار بوده ( $t = -6/80, \alpha \leq 0/05$ ) و کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا نسبت به چهره هیجانی خشمگین گوش‌به‌زنگی توجهی نشان‌می‌دهند (+۱۱) درحالی‌که کودکان دارای اضطراب خصلتی پایین نسبت به چهره هیجانی خشمگین اجتناب توجهی نشان‌می‌دهند (-۴۷)؛ نمودار ۱ نتایج این تحلیل را ارائه می‌دهد.

نتایج این تحلیل نشان‌داد که تعامل اضطراب خصلتی × نمره سوگیری توجه، فقط در چهره خشمگین معنادار بوده ( $F = 26/82, \alpha \leq 0/05$ ) و در سایر چهره‌ها این تعامل معنادار نیست. برای تعیین معناداربودن اختلاف میان دو گروه اضطراب خصلتی بالا و پایین در سوگیری توجه به چهره هیجانی خشمگین، با استفاده از آزمون t برای گروه‌های همبسته، میانگین نمرات سوگیری توجه چهره خشمگین در دو گروه اضطراب خصلتی بالا و پایین با نمره ۰ (صفر) (عدم سوگیری



نمودار ۱. نمرات سوگیری توجه در چهره هیجانی خشمگین در کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا و پایین

#### بررسی سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته

برای بررسی وجود سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته از یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک طرح  $2 \times 2 \times 3$ ) استفاده شد؛ در این طرح، عوامل همبندی (نقطه همایند با چهره، نقطه ناهمایند با چهره) و حالت چهره درهم‌ریخته (خشمگین، شاد و خنثی) به‌عنوان عوامل درون‌آزمودنی و عامل اضطراب خصلتی (بالا و پایین) به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی بودند؛ نتایج این تحلیل در جدول ۵ آمده است.

براساس نتایج این تحلیل تعامل اضطراب خصلتی  $\times$  همبندی  $\times$  حالت چهره درهم‌ریخته که برای بررسی وجود سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته لازم است در سطح  $\alpha > 0.05$  معنادار نیست؛ بنابراین نتایج این تحلیل نشان داد که آثار سوگیری توجه فقط در چهره‌های هیجانی طبیعی وجود دارد و در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته، هیچ اثری از سوگیری توجه مشاهده نمی‌شود.

#### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به‌منظور بررسی تأثیر و نقش پردازش کلی چهره‌ای در سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی در کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا و پایین با استفاده از آزمایش اصلاح‌شده دات پروب تصویری و به‌کارگیری طرح‌های کلی چهره‌های هیجانی انجام گرفت؛ یافته‌های این پژوهش درباره چهره‌های هیجانی طبیعی نشان داد که کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا نسبت به چهره هیجانی خشمگین طبیعی، گوش‌به‌زنگی توجهی نشان می‌دهند در حالی که کودکان دارای اضطراب خصلتی پایین نسبت به چهره هیجانی خشمگین طبیعی اجتناب توجهی دارند؛ این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین صورت گرفته روی بزرگسالان با استفاده از آزمایش اصلاح‌شده دات پروب و تصاویر واقعی چهره‌های هیجانی همسو است (۲۷، ۲۶، ۲۹، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۱، ۳۶، ۳۵ و ۳۴)؛ نتایج این پژوهش نشان داد که سطوح بالای اضطراب خصلتی در کودکان، روی نحوه توزیع توجه فضایی به محرک‌های هیجانی

جهت مقایسه با پژوهش‌های پیشین در این زمینه در متون داخلی و خارجی با محدودیت مواجهه شدیم. پیشنهاد می‌شود این موضوع در وضعیت بالینی روی کودکان و بزرگسالان دارای اختلال‌های اضطرابی تکرار شود و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. به دلیل کمبود منابع و تحقیقات مرتبط درباره این موضوع، برای تعمیم داده‌ها به حالات بالینی باید تحقیق‌هایی گسترده‌تر صورت گیرد.

### منابع

1. Biederman, I. & Kalocsai, P. (1998). Neural and Psychophysical Analysis of Object and Face Recognition. In H. Wechsler, P. J. Phillips, V. Bruce, F. Fogelman Soulie, & T. Huang (Eds.), Face Recognition: From Theory to Applications. NATO ASI Series F, Springer-Verlag.
2. Kanwisher, N. (2000). Domain specificity in face perception. *Nature Neuroscience*, 3 (8), 759–763.
3. Boutet, I., Gentes, H. A., Chaudhuri, A. (2002). The influence of attention on holistic face encoding. *Cognition*, 84, 321–341.
4. Mondloch, C. J., Le Grand, R., & Maurer, D. (2002). Configural face processing develops more slowly than featural face processing. *Perception*, 31, 553–566.
5. Maurer, D., Le Grand, R., & Mondloch, C. J. (2002). The many faces of configural processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 255–260.
6. Moscovitch, M., Winocur, G., & Behrmann, M. (1997). What is special about face recognition? Nineteen experiments on a person with visual object agnosia and dyslexia but normal face recognition. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9, 555–604.
7. Kanwisher, N., Tong, F. & Nakayama, K. (1998). The effect of face inversion on the human fusiform face area. *Cognition*, 68, B1–11.

تهدیدکننده، اثری عمیق دارد و کودکان دارای اضطراب خصلتی بالا همانند بزرگسالان، در سیستم شناختی خود سوگیری توجه دارند. به لحاظ آسیب‌شناسی روانی سوگیری توجه به تهدید به اشتغال ذهنی به محرک‌های تهدیدکننده منجر می‌شود (۴۶). تحقیق‌های آزمایشگاهی نشان داده‌اند که کاهش میزان سوگیری‌های توجهی با استفاده از درمان‌های شناختی- رفتاری می‌تواند روی واکنش‌پذیری هیجانی نسبت استرس‌های مداوم در گروه‌های غیربالینی مؤثر باشد و این موضوع باید در راهبردهای درمانی برای کودکان مضطرب نیز در نظر گرفته شود (۴۷)؛ این یافته با نظریات شناختی مرتبط با اضطراب (۲۲، ۲۳ و ۴۸) و نتایج پژوهش‌های پیشین صورت‌گرفته در خصوص سیستم شناختی کودکان و بزرگسالان دارای اضطراب خصلتی همسو است (۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۴۹ و ۵۰).

یافته‌های این پژوهش درباره چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته نشان داد که هیچ اثری از وجود سوگیری توجه نسبت به این نوع چهره‌ها در کودکان مضطرب مشاهده نشد. با توجه به نقش پردازش کلی در ادراک چهره، از آنجاکه در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته، این پژوهش، ترتیب قرارگرفتن اجزای چهره تغییر کرده و این تغییر باعث اختلال در پردازش طرحی روابط مرتبه اول چهره می‌شود که به‌عنوان اولین گام ضروری پیش از پردازش کلی چهره و کشف روابط مرتبه دوم است (۴ و ۱۱)؛ بنابراین عدم وجود آثار سوگیری توجه در چهره‌های هیجانی درهم‌ریخته در مقایسه با چهره‌های هیجانی طبیعی در جهت تأیید نقش و تأثیر پردازش کلی چهره‌ای در ادراک چهره بوده، این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین صورت‌گرفته در این زمینه است (۳، ۴، ۵، ۱۳، ۱۵، ۵۱ و ۵۲).

این پژوهش با به‌کارگیری طرح‌های کلی چهره‌های هیجانی در نسخه تصویری آزمایش اصلاح‌شده دات پروب برای اولین بار روی کودکان اجرا شد که از جهت روش‌شناختی، ابزار مورد استفاده و گروه نمونه (کودکان) با پژوهش‌های پیشین متفاوت است و از

18. Deruelle, C., & de Schonen, S. (1998). Do the right and left hemispheres attend to the same visuospatial information within a face in infancy? *Developmental Neuropsychology*, 14, 535–554.
19. Russell, J. (1994). Is there universal recognition of emotion from facial expression review of the cross-cultural studies. *Psychological Bulletin*, 115, 102-141
20. Wells, & Mathews, G. (1994). Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
21. Neshat-doost, H., Moradi, A., Taghavi, M.R., Yule, W., Dalglish, T. (2000). Lack of attentional bias for emotional information in clinically depressed children and adolescents on the dot probe task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 363-368.
22. Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorder. New York: International Universities Press.
23. Williams, J.M.G., Watts, F.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1997). Cognitive psychology and emotional disorders. (2ed.). Chichester, UK: Wiley.
24. Williams, J.M.G., Mathews, A., Macleod, C. (1996). The emotional stroop task and psychopathology, *Psychological Review*, 120, 3-24.
25. Chorptia, B.F., Albano, A.M., Barlow, D.H. (1996). Cognitive processing in children: relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
26. Manssel, W., Clark, D.M., Ehlers, A. (2002). Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 41, 555-572.
27. Manssel, W., Clark, D.M., Ehlers, A., Chen, Y.P. (1999). Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cognition and Emotion*, 13, 673-690.
8. Aguirre, G.K. et al. (1999) Stimulus inversion and the responses of face and object-sensitive cortical areas. *NeuroReport*, 10, 189–194.
9. Haxby, J.V. et al. (2001) Distributed and overlapping representations of faces and objects in ventral temporal cortex. *Science*, 293, 2425–2430.
10. McCarthy, G., Puce, A., Gore, J. C. & Allison, T. (1997). Face-specific processing in the human fusiform gyrus. *J. Cogn. Neurosci.* 9, 605–610.
11. Tanaka, J.W., Kiefer, M., & Bukach, C.M. (2004). A holistic account of the own-race effect in face recognition: Evidence from a cross cultural study. *Cognition*, 93, B1–B9.
12. Tanaka, J. W., & Sengco, J. A. (1997). Features and their configuration in face recognition. *Memory & Cognition*, 25, 583–592.
13. Heering, A., Houthuys, S., Rossion, B. (2007). Holistic face processing is mature at 4 years of age: Evidence from the composite face effect. *Journal of Experimental Child Psychology*, 96, 57–70.
14. Mondloch, C.J., Pathman, T., Le Grand, R., Maurer, D., & de Schonen, S. (2007). The composite face effect in six-year-old children: Evidence of adultlike holistic face processing. *Visual Cognition*, 15, 564-577.
15. Farah, M. J., Wilson, K. D., Drain, M., & Tanaka, J. N. (1998). What is “special” about face perception? *Psychological Review*, 105, 482–498.
16. Goffaux, V., & Rossion, B. (2006). Faces are “spatial”: Holistic face perception is supported by low spatial frequencies. *Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance*, 32, 1023–1039.
17. Mondloch, C., Lewis, T., Budreau, D. R., Maurer, D., Dannemiller, J. L., Stephens, B. R., & Kleiner-Gathercoal, K. A. (1999). Face perception during early infancy. *Psychological Science*, 10, 419 -422.

37. Macleod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
38. Vasey, M.W., Hag, N.E., & Daleiden, E.L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high-and low-test anxious children. *Child Development*, 67, 1173-1185.
39. Hadwin, J.A., Donnelly, N., French, C.C. & et al. (2003). The influence of children's self-report trait anxiety and depression on visual search for emotional faces. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 432-444.
40. Spielberger, C.D. (1973). State-trait anxiety inventory for children: preliminary manual. Palo Alto CA: Consulting Psychology Press.
۴۱. زمانی اصل، زهره (۱۳۷۷)؛ **هنجار یابی مقدماتی سیاهه اضطراب حالت - صفت کودکان (STAIC) روی دانش آموزان (۹ تا ۱۲ ساله) شهر تهران**؛ پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.
۴۲. شفیعی، حسن (۱۳۸۷)؛ «ساخت نرم افزار آزمایش اصلاح شده ذات پروب تصویری جهت اندازه گیری سوگیری توجه»، **مجموعه مقالات سومین کنگره نوروسایکولوژی ایران، تهران**؛ جهاد دانشگاهی واحد تربیت معلم، صص ۳۲۹-۳۳۴.
۴۳. شفیعی، حسن (۱۳۸۳)؛ **مقایسه سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی طبیعی و درهم ریخته در کودکان دارای اضطراب خصیاتی بالا و پایین، با استفاده از آزمایش اصلاح شده Dot-Probe**؛ پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
44. Fox, E., Laster, V., Russo, R., Bowles, R.G., Pichler, A., Dutton, K. (2000). Facial expression of emotion: are angry faces detected more efficiently? *Cognition and Emotion*, 14, 61-92.
45. Mogg, K., Bradley, B.P., Hallowell, N. (1994). Attentional bias to threat: roles of trait anxiety, stressful events, and awareness. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 47A, 841-864.
28. Mogg, K., Bradley, B.P. (1999a). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: replication study using a modified version of the probe detection task. *Behavior Research and Therapy*, 37, 595-604.
29. Mogg, K., Bradley, B.P. (1999b). Orientation of attention to threatening facial expression presented under conditions of restricted awareness. *Cognition and Emotion*, 13, 713-740.
30. Mogg, K., Bradley, B.P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1403-1414.
31. Bradley, B.P., Mogg, K., Falla, S.J., Hamilton, L.R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion*, 12, 737-753.
32. Bradley, B.P., Mogg, K., Miller, N.H., et al. (1997). Attentional biases for emotional faces. *Cognition and Emotion*, 11, 25-42.
33. Bradley, B.P., Mogg, K., Miller, N.H. (2000). Covert and overt orienting to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789-808.
34. Fox, E. (2002). Processing emotional facial expressions: the role of anxiety and awareness. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2, 52-63.
35. Fox, E., Rausoo, R & Dutton, K. (2002). Attentional for delayed disengagement from emotional faces. *Cognition and Emotion*, 16, 355-379.
36. Fox, E., Russo, Bowles, R., Dutton, K. (2001). Do threatening stimuli draw or hold visual attention in subclinical anxiety? *Journal of Experimental Psychology: general*, 130, 681-700.

50. Taghavi, S.M.R., Dalgelish, T., Moradi, A.R., Neshat-Doost, H.T., Yule, W. (2003). Selective processing of negative emotional information in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 221-230.
51. Farah, M. J., Wilson, K. D., Drain, H. M., & Tanaka, J. W. (1995). The inverted face inversion effect in prosopagnosia: evidence for mandatory face-specific perceptual mechanisms. *Vision Research*, 35, 2089-2093.
52. Tanaka, J. W., & Sengco, J. A. (1997). Features and their configuration in face recognition. *Memory & Cognition*, 25, 583-592.
46. Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
47. Fox, E, Cahill, S., & Zougkou, K. (2010). Preconscious processing biases predict emotional reactivity to stress. *Biological Psychiatry*, 67, 371-377.
48. Mathews, A., Macleod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorder. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
49. Vasey, M. W., Daleiden, E. L. Williams, L. L. & Brown, L. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: a preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267-279.

# پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی

نویسندگان: دکتر رزیتا امانی<sup>۱\*</sup> و محمدرضا مجذوبی<sup>۲</sup>

۱. استادیار دانشگاه بوعلی سینا

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه

\* E-mail: ramani@basu.ac.ir

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه این مطالعه شامل ۱۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا بود که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند. سبک‌های دلبستگی به وسیله مقیاس دلبستگی بزرگسال هازن و شاور و سبک‌های هویتی به وسیله پرسش‌نامه سبک‌های هویت برزونسکی سنجیده شد. یافته‌ها نشان دادند که رابطه‌ای معنی‌دار میان سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت وجود دارد. رابطه‌ای معنی‌دار میان جنس و سبک هویت وجود دارد. اما رابطه‌ای معنی‌دار میان جنس و سبک دلبستگی وجود ندارد. رابطه‌ای معنی‌دار و مثبت میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویت اطلاعاتی و رابطه‌ای معنی‌دار و منفی میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویت هنجاری وجود دارد؛ میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی سردرگم نیز رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود دارد. سبک دلبستگی ایمن، توان پیش‌بینی سبک هویت اطلاعاتی را دارد. این یافته‌ها بار دیگر، نقش بنیادی و پویای کیفیت پیوندهای عاطفی نخستین میان کودک و مادر را در شکل‌گیری، استقرار و تداوم اعتماد اساسی، پیوندجویی، اکتشاف‌گری، تجربه‌آموزی، قدرت مواجهه، حل مسئله و به ویژه، هویت، برجسته می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دلبستگی، سبک‌های هویت و دانشجو.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رشته‌ار

• دریافت مقاله: ۸۸/۹/۲۶

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۱۵

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011 – 2012*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

## مقدمه

شکل‌گیری هویت و دستیابی به تعریفی منسجم از خود، مهم‌ترین جنبه رشد روانی و اجتماعی انسان است. انتخاب ارزش‌ها، باورها و اهداف زندگی، مهم‌ترین مشخصه‌های اصلی هویت را در دوره نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهند. در مطالعه شخصیت انسان، «هویت» جنبه اساسی و درونی است که به کمک آن، فرد با گذشته خود ارتباط یافته، در زندگی احساس تداوم و یکپارچگی می‌کند.

شکل‌گیری هویت، ترکیبی از مهارت‌ها، جهان‌بینی و همانندسازی‌های دوران کودکی است که به صورت یک کل کم و بیش منسجم، پیوسته و منحصر به فرد در می‌آید که برای فرد، حس تداوم گذشته و جهت‌گیری به سوی آینده را فراهم می‌سازد (۱).

اریکسون بر این باور است که شکل‌گیری و پذیرش هویت فرد، تکلیفی به‌طور کامل، دشوار و اضطراب‌زاست. افرادی که به هویتی قوی دست می‌یابند، برای رویارویی با مسائل بزرگسالی آماده می‌شوند و افرادی که نمی‌توانند به چنین هویتی دست یابند، بحران هویت را تجربه می‌کنند؛ چنین افرادی نمی‌دانند کیستند یا چه هستند، به کجا تعلق دارند یا می‌خواهند به کجا بروند؛ در نتیجه ممکن است از مسیر بهنجار زندگی، تحصیل، شغل و ازدواج کناره‌گیری کنند (۲).

جدیدترین نظریه در حوزه هویت که مبنای نظری این پژوهش به‌شمار می‌رود، نظریه سبک‌های هویت برزنوسکی<sup>۱</sup> است که الگویی شناختی-اجتماعی دارد. مدل پردازش شناختی-اجتماعی هویت به مطالعه راهبردها و فرایندهایی می‌پردازد که افراد برای ساخت و اصلاح هویت خود به آنها توجه کرده یا از آنها اجتناب می‌کنند؛ براساس این دیدگاه، هویت ساختاری شناختی و چارچوب ارجاعی شخصی است که برای تفسیر تجارب و اطلاعات مربوط به خود و پاسخ به پرسش‌هایی درباره مفهوم معناداری و هدف زندگی به‌کارگرفته می‌شود. مدل شناختی-اجتماعی هویت بر سازندگی مبتنی است، یعنی افراد نقش‌های فعالی در ساختن تفکر خود درباره اینکه چه کسی هستند، ایفای می‌کنند. هنگامی که تلاش‌های سازگارانه موفقیت‌آمیز نباشد، نیاز به بازبینی و اصلاح جنبه‌هایی از ساختار هویت شکل می‌گیرد؛ بر این اساس، رشد هویت، مبادله

دیالکتیکی است میان فرایندهایی که به‌وسیله ساختار هویت اداره می‌شود و فرایندهای انطباقی که توسط بافت‌های فیزیکی و اجتماعی که فرد در آن زندگی و رشد می‌کند، هدایت می‌شوند؛ این سبک‌ها به راهبردها و فرایندهای مواجهه با تعارض‌های هویت اشاره دارند؛ به عبارت دیگر، سبک‌های هویت، ترجیح نسبی افراد برای به‌کارگیری شیوه‌های خاص حل مسائل هویتی و پردازش اطلاعات مربوط به خود است (۳). سبک‌های هویتی از نظر برزنوسکی، موارد زیر را دربرمی‌گیرند:

۱- سبک اطلاعاتی<sup>۲</sup>: افراد دارای سبک اطلاعاتی به صورت فعال و آگاهانه به جستجوی اطلاعات و ارزیابی آنها می‌پردازند و سپس اطلاعات مناسب را استفاده می‌کنند (۳).

۲- سبک هنجاری<sup>۳</sup>: در سبک هنجاری، فرد در مواجهه با مسائل به شیوه‌ای واکنشی و هماهنگ با انتظارات گروه‌های مرجع و دیگران عمل می‌کند و به صورت خودکار و بدون خودارزیابی، ارزش‌ها و باورها را درونی می‌کند (۴). این سبک با ویژگی‌هایی مانند وظیفه‌شناسی مفرط، کمک‌خواهی، ناشکیبایی و میل شدید به ساختارمندی قضایا، خودپنداره پایدار و عدم تمایل به بررسی اطلاعات ناهمگام با ارزش‌ها و باورها رابطه دارد (۴).

۳- سبک سردرگم-اجتنابی<sup>۴</sup>: افراد دارای سبک سردرگم-اجتنابی، اهمال‌کارند و تا حد ممکن سعی دارند موقعیت‌های تعارض‌برانگیز و مستلزم تصمیم‌گیری را به تأخیر بیندازند؛ در مواقعی که امکان چنین تأخیری وجود نداشته باشد، در تصمیم‌گیری بیشتر به مقتضیات و پیامدهای محیطی تکیه می‌کنند (۴)؛ در مواقع تصمیم‌گیری، حس ترس و اضطراب نیز دارند و در این موقعیت‌ها اغلب از راهبردهای نامناسب مانند اجتناب، بهانه آوردن و دلیل تراشی استفاده می‌کنند. رفتار آنها موقعیتی بوده، الگویی مشخص ندارد. این سبک هویت با هیجان‌مداری، راهبردهای نامطلوب تصمیم‌گیری، خودآگاهی محدود، دیگر پیروی و به‌کارگیری راهبردهای اسنادی و شناختی ناکارآمد رابطه دارد (۴).

1- Berzonsky  
2- informative style  
3- normative style  
4- diffuse-avoidant style



مثبت معناداری با انسجام هویتی و رابطه منفی معناداری با آشفتگی هویتی دارد (۱۱). بررسی تاریخچه و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نظریه دلبستگی نه تنها منشأ آثاری مهم بر روان‌شناسی تحولی و روان‌شناسی شخصیت بوده، بلکه تأثیری غیرقابل اغماض بر آسیب‌شناسی روانی و ابعاد مختلف روان‌درمانی داشته‌است؛ از طرف دیگر، با توجه به جوان بودن جمعیت کشور ما، پیش‌بینی ویژگی‌های جوانان با توجه به نوع هویت، همگی بر این موضوع مهر تأییدی زنند که هویت و متغیرهای مربوط به آن، باید مورد بررسی دقیق قرار گیرد. از آنجاکه سبک‌های دلبستگی، یکی از اساسی‌ترین نقش‌ها را در نگرش فرد نسبت به خود و روابط افراد با یکدیگر بازی می‌کند و همچنین یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در روابط و کسب هویت است، بنابراین شناخت سبک‌های دلبستگی و موارد مرتبط با آن به‌خصوص با توجه به بافت فرهنگی - اجتماعی جامعه در زمره موضوع‌های مهم و ضروری برای انجام پژوهش حاضر است؛ لذا هدف از این پژوهش، بررسی رابطه میان سبک‌های دلبستگی و هویت و پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی است.

## روش

### آزمودنی

روش تحقیق در این مطالعه، توصیفی از نوع همبستگی بوده‌است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه بوعلی سینا در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ است که طبق آمار اخذ شده از اداره آموزش دانشگاه، تعداد این افراد ۲۶۰ نفر است. تعداد گروه نمونه با توجه به جدول تعیین حجم نمونه مورگان ۱۵۵ نفر برآورد شد (۱۲) که برای حذف اثر پرسش‌نامه‌های بی‌اعتبار تعداد ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد. پس از حذف پرسش‌نامه‌های بی‌اعتبار، تعداد ۱۳۰ پرسش‌نامه (۶۵ پسر و ۶۵ دختر) مورد تحلیل نهایی قرار گرفتند. نمونه‌گیری با استفاده از روش

به‌نظرمی‌رسد یکی از عوامل مهم اثرگذار در کسب هویت، سبک دلبستگی فرد باشد. دلبستگی عبارت است از موقعیتی عمیق و پایدار زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی که بر اساس ارتباط میان کودک و مراقبان او در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد (۵)؛ طرف‌داران این نظریه معتقدند که به احتمال زیاد سبک دلبستگی کودک بر اساس الگوهای فعال درونی<sup>۱</sup> از خود و نگاره‌های دلبستگی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در روابط بزرگسالی منعکس می‌شود (۶). الگوهای فعال درونی، یعنی باورها، انتظارات و احساسات فرد درباره حساسیت و پاسخ‌دهندگی نگاره‌های دلبستگی به نیازهای وی و ارزش و شایستگی‌هایی را دربرمی‌گیرد که فرد برای خود در یافتن توجه و محبت از دیگران قائل است. پرو پژوهش‌های «بالبی»، «اینزورث»، «بهرلر»، «واترز» و «وال»، سه سبک دلبستگی ایمن<sup>۲</sup>، اجتنابی<sup>۳</sup> و دوسوگرا<sup>۴</sup> را تشخیص دادند. ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار روابط بین فردی به گونه‌ای عمیق از سبک دلبستگی اشخاص تأثیر می‌پذیرد (۶).

بر اساس نتایج پژوهش‌ها، دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد، و دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل‌مشغولی درباره روابط توأم با خرسندی کم، مرتبط است (۷).

در تحقیق‌هایی متعدد رابطه میان دو سازه هویت و دلبستگی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که نتایج آنها با هم متفاوت است؛ در بعضی از این تحقیق‌ها میان دلبستگی ایمن و پایگاه هویت موفق، رابطه مثبت و میان دلبستگی ایمن و پایگاه هویت سردرگم، رابطه منفی به‌دست آمده‌است. در تحقیق‌هایی دیگر، میان دلبستگی ایمن و پایگاه هویت پیش‌رس رابطه‌ای مثبت به‌دست آمده‌است و در بعضی تحقیق‌ها، هیچ‌گونه رابطه‌ای میان این دو سازه به‌دست نیامده‌است (۸). نتایج پژوهش «اویلا»، «کابرال» و «ماتوس» روی ۲۳۶ دانشجوی کارشناسی، از رابطه‌ای معنادار میان سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت حکایت دارد (۹). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که دلبستگی ایمن میان مادر و فرزند، فرایند رشد هویت را سهولت می‌بخشد (۱۰). نتایج مطالعه «باکر»<sup>۱</sup> نشان داد که دلبستگی ایمن، ارتباط

1- internal working model  
2- secure  
3- avoidant  
4- ambivalence  
5- Avila, Cabral & Matos  
6- Baker

دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است (۱۴). این آزمون سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را به کمک ۲۱ ماده در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (هیچ=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. در این پژوهش، افرادی که در نمره‌گذاری نهایی، امکان طبقه‌بندی در هیچ‌یک از سبک‌ها را نداشتند حذف شدند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا دربارهٔ ۲۴۰ دانشجو برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۷۲ تعیین شود که نشانه همسانی درونی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. بررسی پایایی بازآزمایی مقیاس دلبستگی بزرگسال برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۲، آزمودنی‌های پسر ۰/۹۳ و آزمودنی‌های دختر ۰/۹۰ بوده است. اعتبار محتوایی مقیاس بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی میان نمره‌های ۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج به دست آمده، ضرایب همبستگی از ۰/۷۳ تا ۰/۷۶ برای سبک دلبستگی ایمن، از ۰/۶۰ تا ۰/۷۶ برای سبک دلبستگی اجتنابی و از ۰/۶۳ تا ۰/۸۷ برای سبک دلبستگی دوسوگرا محاسبه شد (۱۴).

#### شیوه تحلیل داده‌ها

در این بررسی از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره) استفاده شده است.

#### نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها، ۲۲ سال (انحراف معیار ۱/۷ و دامنه ۱۹ تا ۲۶ سال) و میزان تحصیلات، دانشجوی کارشناسی بود.

به منظور بررسی رابطه میان جنس و سبک‌های دلبستگی از آزمون مجذور کای استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

چند مرحله‌ای خوشه‌ای انجام شد؛ به این ترتیب که نمونه مورد بررسی در دو مرحله و به صورت تصادفی از جامعه پژوهش انتخاب شد؛ در مرحله اول، از تعداد شش دانشکده از مجموع دانشکده‌های دانشگاه بوعلی سینا، سه دانشکده انتخاب و سپس دو کلاس از هر دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرتبط و جلب مشارکت و همکاری آزمودنی‌ها و بیان هدف پژوهشی برای آنها، پرسش‌نامه‌های دلبستگی بزرگسال و مقیاس سبک‌های هویت، میان آنها تقسیم و از آنها خواسته شد تمام ماده‌های آزمون‌ها را با دقت بخوانند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند؛ همچنین به منظور کنترل تأثیر ترتیب آزمودنی‌ها، در نیمی از پرسش‌نامه‌ها، سبک دلبستگی و در نیمی دیگر، سبک هویت در ابتدا قرار داده شده بود. میانگین وقت لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود.

#### ابزارهای تحقیق

● پرسش‌نامه سبک هویت برزونسکی: مقیاسی ۴۰ پرسشی است که ۱۱ پرسش آن مربوط به مقیاس اطلاعاتی، ۹ پرسش آن مربوط به مقیاس هنجاری، ۱۰ پرسش مربوط به مقیاس سردرگم یا اجتنابی و ۱۰ پرسش دیگر مربوط به مقیاس تعهد است. پاسخ آزمودنی‌ها به پرسش‌هایی به شکل طیف لیکرت پنج درجه‌ای و شامل به طور کامل، مخالف=۱ تا به طور کامل، موافق=۵ است. پایایی درونی (ضریب آلفا) مقیاس اطلاعاتی ۰/۶۲، مقیاس هنجاری ۰/۶۶ و مقیاس سردرگم ۰/۷۳، گزارش شده است (۱۳). در مطالعه غضنفری، ضرایب آلفا برای مقیاس سردرگم/اجتنابی (برگه اصلی ۰/۷۷=آلفا) بیشتر از مقیاس هنجاری (برگه اصلی ۰/۶۷=آلفا) و مقیاس اطلاعاتی (برگه اصلی ۰/۶۴=آلفا) گزارش شده است (۱۳)؛ با بررسی روایی همگرا مشاهده کردند که نمرات خام هر دو مقیاس بسیار شبیه به هم هستند؛ ضریب همبستگی این دو برگه نیز بالا و معنی دار بود.

● مقیاس دلبستگی بزرگسال هازن و شاور: سبک دلبستگی آزمودنی در این بررسی به کمک مقیاس دلبستگی بزرگسال تعیین شد؛ این مقیاس با بهره‌گیری از مواد آزمون دلبستگی هازن و شاور<sup>۱</sup> ساخته و روی

جدول ۱. رابطه میان جنس و سبک‌های دلبستگی

	ایمن		اجتنابی		دوسوگرا		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
زن	۶۲/۱	۴۱	۲۴/۲	۱۶	۱۳/۶	۹	۶۶	۱۰۰
مرد	۶۴/۱	۴۱	۱۴/۱	۹	۲۱/۹	۱۴	۶۴	۱۰۰
کل	۶۳/۱	۸۲	۱۹/۲	۲۵	۱۷/۷	۲۳	۱۳۰	۱۰۰

جدول ۲. رابطه میان جنس و سبک‌های هویت

	اطلاعاتی		هنجاری		سردرگم		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
زن	۵۳/۳	۳۲	۴۱/۷	۲۵	۵	۳	۶۰	۱۰۰
مرد	۷۲	۳۶	۱۶	۸	۱۲	۶	۵۰	۱۰۰
کل	۶۱/۸	۶۸	۳۰	۳۳	۸/۲	۹	۱۱۰	۱۰۰

جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان

سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت

سبک‌های دلبستگی	سبک‌های هویت		
	اطلاعاتی	هنجاری	سردرگم
ایمن	۰/۳۴**	-۰/۳۱**	-۰/۴۲**
اجتنابی	-۰/۳۷**	۰/۱۱	۰/۱۸*
دوسوگرا	-۰/۱۶*	۰/۰۲	۰/۵۱**

\*\*P&lt;0/01 \* P&lt;0/05

برای بررسی رابطه میان سبک‌های دلبستگی و هویت اطلاعاتی از آزمون مجذور کای استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

با توجه به جدول ۳، مشاهده می‌شود که رابطه‌ای معنی‌دار و مثبت میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی اطلاعاتی وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $r = 0/34$ ). میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی هنجاری رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/31$ ); میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی سردرگم نیز رابطه معنی‌دار و منفی هست ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/42$ ). میان سبک دلبستگی اجتنابی و سبک هویت اطلاعاتی، ارتباطی منفی و معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $r = -0/37$ ). اما میان سبک دلبستگی اجتنابی با سبک هویتی سردرگم رابطه‌ای معنی‌دار و مثبت نیست ( $P < 0/05$ ,  $r = 0/18$ ); میان سبک دلبستگی اجتنابی و سبک هویتی هنجاری نیز رابطه‌ای معنی‌دار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ,  $r = 0/11$ ). میان سبک دلبستگی دوسوگرا و سبک هویتی اطلاعاتی رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود دارد ( $P < 0/05$ ,  $r = -0/16$ ); اما میان این سبک دلبستگی با سبک هویتی سردرگم رابطه معنی‌دار مثبتی وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $r = 0/51$ ); میان سبک دلبستگی دوسوگرا و سبک هویتی هنجاری نیز رابطه‌ای معنی‌دار وجود ندارد ( $P < 0/05$ ,  $r = 0/02$ ).

با توجه به نتیجه آزمون مجذور کای انجام شده، ( $X^2=3/01$ ,  $d.f=2$ ,  $P>0/05$  Sig=0/22)، رابطه‌ای معنی‌دار میان جنس و سبک دلبستگی وجود ندارد. به منظور بررسی رابطه میان جنس و سبک‌های هویت از آزمون مجذور کای استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

با توجه به نتیجه آزمون مجذور کای انجام شده، رابطه‌ای معنی‌دار میان جنس و سبک هویت وجود دارد ( $P > 0/05$ ,  $X^2=9/15$ ,  $d.f=2$ , Sig=0/01). هویتی اطلاعاتی و سردرگم در میان مردان بیشتر از زنان است. ولی درصد سبک هویتی هنجاری در میان زنان بیشتر است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات سبک‌های هویتی افراد بر حسب سبک‌های دلبستگی آنها

اطلاعاتی		هنجاری		سردرگم	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۴۰/۳۰	۶/۱۷	۲۹/۹۳	۵/۵۱	۲۳/۵۲	۷/۵۹
۳۳/۹۶	۸/۹۹	۳۳/۴۸	۵/۱۹	۲۷/۵۷	۷/۱۶
۳۴/۹۶	۷/۵۷	۲۸/۷	۶/۱۲	۲۹/۶۸	۷/۰۱
۱۰/۶۴	-	۵/۲۰	-	۷/۷۵	-
۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۷	-	۰/۰۰۱	-
Sig					

جدول ۵. تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی سبک هویتی اطلاعاتی بر اساس سبک‌های دلبستگی

منبع تغییرها	d.f	SS	MS	F	Sig	R	R <sup>2</sup>	B	Beta	خطای معیار	t
رگرسیون	۲	۱۵۱۴/۰۴۲	۷۵۷/۰۲۱	۱۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۱۸				
باقی مانده	۱۴۷	۶۵۱۶/۷۳۱	۴۴/۳۳۲								
مجموع	۱۴۹	۵۶۹۲/۴۴۰									
مقدار ثابت					۰/۰۰۱			۳۷/۲۰۵	-	۵/۰۵	۷/۳۶
ایمن					۰/۰۰۳			۰/۴۹۴	۰/۲۴	۰/۱۵	۳/۰۴
اجتنابی					۰/۰۰۱			-۰/۵۴۳	-۰/۲۸	۰/۱۶	-۳/۶
دوسوگرا					۰/۱۷			-۰/۳۳۲	-۰/۱۶	۰/۱۲	-۱/۳۷

متغیرهای پیش‌بین: سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا / متغیر وابسته: سبک هویتی اطلاعاتی

توجه به اینکه ( $F = ۷/۷۵, P < ۰/۰۱$ )، بنابراین تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار است.

به‌منظور پیش‌بینی هریک از سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی، از رگرسیون چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۵، ۶ و ۷ نشان داده شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که نمرات سبک هویتی اطلاعاتی در سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با یکدیگر تفاوتی معنی‌دار دارند ( $F = ۱۷/۰۷, P < ۰/۰۱$ ). با توجه به مقدار  $R^2$ ، سبک‌های دلبستگی می‌توانند ۱۸٪ سبک هویتی اطلاعاتی افراد را پیش‌بینی کنند ( $R^2 = ۰/۱۸$ ). به‌منظور واری می‌زان و جهت تأثیر سبک‌های دلبستگی بر سبک هویتی اطلاعاتی ضرایب رگرسیون نیز واری شدند؛ نتیجه این بررسی در جدول ۵ آمده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، سبک

با توجه به جدول ۴، میانگین نمره سبک هویتی اطلاعاتی در میان افراد ایمن حدود ۴۰/۳ است که این مقدار بیش از میانگین نمره این سبک اطلاعاتی در میان افراد اجتنابی (۳۳/۹۶) و دوسوگرا (۳۴/۹۶) است. با توجه به اینکه ( $F = ۱۰/۶۴, P < ۰/۰۱$ )، بنابراین تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار است.

میانگین نمرات سبک هویتی هنجاری در میان افراد اجتنابی حدود ۳۳/۴۸ است که این مقدار، بیش از میانگین نمرات این سبک هویتی در میان افراد ایمن (۲۹/۹۳) و دوسوگرا (۲۸/۷) است. با توجه به اینکه ( $F = ۵/۲, P < ۰/۰۱$ )، بنابراین تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار است؛ همچنین میانگین نمرات سبک هویتی سردرگم در میان افراد دوسوگرا حدود ۲۹/۶۸ است که این مقدار، بیش از میانگین نمرات این سبک هویتی در میان افراد اجتنابی (۲۷/۵۷) و ایمن (۲۳/۵۲) است. با

دلبستگی ایمن تأثیری مثبت و معنی‌دار به اندازه ۰/۲۴ بر سبک هویتی اطلاعاتی دارد ( $P < ۰/۰۱$ ,  $Beta = ۰/۲۴$ )؛ بنابراین به‌ازای یک واحد تغییر در انحراف استاندارد متغیر پیش‌بین اجتنابی، انحراف استاندارد متغیر وابسته (سبک هویتی اطلاعاتی) ۰/۲۸- واحد تغییر می‌کند؛ اما سبک دلبستگی دوسوگرا همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تأثیری معنی‌دار بر سبک هویتی اطلاعاتی نداشته‌است ( $P > ۰/۰۵$ ,  $Beta = -۰/۱۶$ ).

جدول ۶. تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی سبک هویتی هنجاری بر اساس سبک‌های دلبستگی

منبع تغییرها	d.f	SS	MS	F	Sig	R	R <sup>2</sup>	B	Beta	خطای معیار	t
رگرسیون	۱	۴۷۵/۳۴۶	۴۷۵/۳۴۶	۱۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۱				
باقی‌مانده	۱۴۸	۴۲۲۹/۱۹۴	۲۸/۵۷۶								
مجموع	۱۴۹	۴۷۰۴/۵۴۰									
مقدار ثابت					۰/۰۰۱			۴۱/۱۲۵	-	۲/۶۲	۱۵/۶۸
ایمن					۰/۰۰۱			-۰/۴۹	-۰/۳۱	۰/۱۲	-۴/۰۴
اجتنابی					۰/۹۱			-۰/۱۲۴	۰/۰۴۲	۰/۱۷۲	-۰/۱۰
دوسوگرا					۰/۶۲			-۰/۱۱۲	۰/۰۴۱	۰/۱۳۸	-۰/۴۸

متغیرهای پیش‌بین: سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا  
متغیر وابسته: سبک هویتی سردرگم

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که نمرات سبک هویتی هنجاری در سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با یکدیگر تفاوتی معنی‌دار دارند ( $F = ۱۶/۶۳$ ,  $P < ۰/۰۱$ ). با توجه به مقدار  $R^2$ ، سبک‌های دلبستگی می‌توانند ۱۰٪ سبک هویتی هنجاری افراد را پیش‌بینی کنند ( $R^2 = ۰/۱$ ).

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که نمرات سبک هویتی سردرگم در سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با یکدیگر تفاوتی معنی‌دار دارند ( $F = ۴۳/۷۱$ ,  $P < ۰/۰۱$ ). با توجه به مقدار  $R^2$  سبک‌های دلبستگی می‌توانند ۳۷٪ سبک هویتی سردرگم افراد را پیش‌بینی کنند ( $R^2 = ۰/۳۷$ )؛ به‌منظور واریسی میزان و جهت سبک‌های دلبستگی بر سبک هویتی سردرگم ضرایب رگرسیون نیز واریسی شدند؛ نتیجه این بررسی در جدول ۷ آمده‌است. همان‌طور که در این جدول ۷ مشاهده می‌شود، سبک دلبستگی ایمن تأثیری منفی و معنی‌دار به اندازه ۰/۳۱- بر سبک هویتی هنجاری دارد ( $P < ۰/۰۱$ ,  $Beta = -۰/۳۱$ )؛ بنابراین به‌ازای یک واحد تغییر در انحراف استاندارد متغیر پیش‌بین ایمن، انحراف استاندارد متغیر وابسته (سبک هویتی اطلاعاتی) ۰/۳۱- واحد تغییر می‌کند؛ اما همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سبک دلبستگی

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که نمرات سبک هویتی سردرگم در سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با یکدیگر تفاوتی معنی‌دار دارند ( $F = ۴۳/۷۱$ ,  $P < ۰/۰۱$ ). با توجه به مقدار  $R^2$  سبک‌های دلبستگی می‌توانند ۳۷٪ سبک هویتی سردرگم افراد را پیش‌بینی کنند ( $R^2 = ۰/۳۷$ )؛ به‌منظور واریسی میزان و جهت سبک‌های دلبستگی بر سبک هویتی سردرگم ضرایب رگرسیون نیز واریسی شدند؛ نتیجه این بررسی در جدول ۷ آمده‌است. همان‌طور که در این جدول ۷ مشاهده می‌شود، سبک دلبستگی ایمن تأثیری منفی و معنی‌دار به اندازه ۰/۳۳- بر سبک هویتی سردرگم دارد ( $P < ۰/۰۱$ ,  $Beta = -۰/۳۳$ ). بنابراین به‌ازای یک واحد

سردرگم، انحراف استاندارد متغیر وابسته (سبک هویتی سردرگم) ۰/۴۴ واحد تغییر می‌کند؛ اما سبک دلبستگی اجتنابی همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تأثیری معنی‌دار بر سبک هویتی درگم نداشته‌است ( $P > 0/05$ ,  $Beta = 0/05$ ).

تغییر در انحراف استاندارد متغیر پیش‌بین ایمن، انحراف استاندارد متغیر وابسته (سبک هویتی سردرگم) ۰/۳۳- واحد تغییر می‌کند؛ همچنین سبک دلبستگی دوسوگرا تأثیری مثبت و معنی‌دار به اندازه ۰/۴۴ بر سبک هویتی سردرگم دارد ( $P < 0/01$ ,  $Beta = 0/44$ )؛ بنابراین به‌ازای یک واحد تغییر در انحراف استاندارد متغیر پیش‌بین

جدول ۷. تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی سبک هویتی سردرگم براساس سبک‌های دلبستگی

منبع تغییرها	d.f	SS	MS	F	Sig	R	R <sup>2</sup>	B	Beta	خطای معیار	t
رگرسیون	۲	۳۴۱۱/۰۹۶	۱۷۰۵/۵۴۸	۴۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۳۷				
باقی‌مانده	۱۴۷	۵۷۳۵/۵۹۷	۳۹/۰۱۸								
مجموع	۱۴۹	۹۱۴۶/۶۹۳									
مقدار ثابت					۰/۰۰۱			۳۰/۴۴۹	-	۳/۷۹	۸/۰۲
ایمن					۰/۰۰۱			-۰/۷۳	-۰/۳۳	۰/۱۴	-۵/۰۷
اجتنابی					۰/۰۰۱			۰/۵۴	۰/۴۴	۰/۰۸	۶/۶۶
دوسوگرا					۰/۴۹			۰/۱۵	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۶۸

متغیرهای پیش‌بین: سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا / متغیر وابسته: سبک هویتی سردرگم

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر از ارتباط میان سبک‌های دلبستگی و هویت حکایت می‌کند که با مبانی نظری دیدگاه دلبستگی درباره‌ی هویت هماهنگی دارد. طبق مبانی رشد هویت، تجارب کودکی و نوجوانی، اساس رشد شخصیت یکپارچه در انسان است.

یافته دیگر این پژوهش این بود که میان جنس و سبک دلبستگی رابطه‌ای معنی‌دار وجود ندارد که این یافته با یافته پژوهش بشارت و همکاران همسو است (۱۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که دلبستگی به‌عنوان یک نیاز، نخستین آمادگی‌های زیستی لازم را در زمینه رفتارهای دلبستگی در دو سوی این رابطه (کودک و مادر) بدون توجه به جنسیت نوزاد فراهم می‌سازد؛ یافته دیگر این بود که در هر دو جنس، سبک دلبستگی ایمن دارای فراوانی بیشتری بود؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت: درحالی‌که متغیرهای زیست‌شناختی، ارزش حیاتی و تعامل سازنده رابطه مادر-کودک، در

خدمت شکل‌گیری و تقویت دلبستگی ایمن فعالیت می‌کنند، فراهم آمدن شرایطی که براساس آن، آمادگی‌های زیستی در دو سوی رابطه مختل شود و مهم‌تر از آن، ارزش حیاتی و رفتارهای دلبستگی ایمن کاهش یابد، همواره دشوار و نادر خواهد بود؛ این وضعیت کاهش فراوانی سبک‌های نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) را در هر دو جنس توجیه می‌کند.

یافته دیگر مطالعه این بود که درصد سبک هویتی اطلاعاتی در میان مردان بیشتر از زنان است و این در حالی است که درصد سبک هویتی هنجاری در میان زنان بیشتر است؛ در تبیین این یافته می‌توان فضای بازتر خانوادگی و اجتماعی برای پسران و محدودیت‌های بیشتر برای دختران را عامل مهم این شرایط تلقی کرد.

میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی اطلاعاتی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد؛ این یافته همسو با مطالعات بنسون، هریس و راجرز<sup>۱</sup> است (۱۵)؛ مطالعات

که دلبسته‌های ایمن راحت‌تر، مسیر کسب هویت را طی می‌کنند و اینکه دلبستگی ایمن، عامل پیشگیرانه کسب هویت سردرگم در زنان است (۱۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

رشد هویت به کشف و تمایز ارزش‌ها و استانداردهایی منجر می‌شود که برای خود، مهم هستند و با یک دوره یکپارچه‌سازی دنبال می‌شود. از نظر اریکسون<sup>۶</sup> جستجوی هویت در خدمت کارکرد یکپارچه‌سازی نیروی خود است که تا دوره جوانی برای حمایت از صمیمیت و تعهد در روابط جنسی و عملکردهای تکوینی دیگر ادامه می‌یابد (۲۰). مورتی و هیگینس<sup>۷</sup> عقیده دارند که دلبستگی میان نوجوان و والدینش زمینه بین‌فردی مهمی است که در آن، رشد خود هویدا شده، تعیین‌کننده اصلی سازگاری نوجوان است (۲۱).

تحقیق‌ها نشان داده‌اند نوجوانانی که مشکلات هویتی داشته‌اند، عدم اعتمادهای عمیق زیربنایی را در علائق یا ظرفیت مراقبیشان برای در دسترس و مسئولیت‌پذیر بودن در مقابل نیازهای دلبستگی آنها تجربه کرده‌اند، و در مقایسه با افراد ایمن نسبت به خود، دیدگاه درونی بی‌محتوا و منفی دارند. ناایمنی در الگوهای دلبستگی و کمبود خودارزایی مثبت و یکپارچه، مشکلات زیادی را در رشد خود مختاری آنها ایجاد می‌کند (۲۲). دلبستگی ایمن به پرورش خودمختاری و اعتماد به نفس در فرد منجر می‌شود؛ در واقع، دلبستگی ایمن و خودمختاری دو روی یک سکه هستند. مطالعات نشان داده‌اند که دلبستگی ایمن با احساس مثبت و منسجم نسبت به خود مرتبط است؛ در واقع، هر قدر ارتباطات فرد، ایمن‌تر باشند، او مستقل‌تر و متفاوت‌تر عمل می‌کند. از آنجاکه بهره‌مندی از توان اکتشاف‌گری و جوارجویی دو ویژگی

آنها نشان‌دهنده است که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از سطوح بالاتری از رشد هویتی بهره‌مندند. یافته‌های مطالعه روی ۹۱ دانشجوی نشان‌دهنده است که افراد دارای دلبستگی ایمن، هویت موفق‌تری را کسب می‌کنند. وگن سن، هووگ و برگیوس<sup>۱</sup> با مطالعه روی ۷۹ دانشجوی دریافته‌اند که افراد با هویت منسجم دارای سطوح بالاتری دلبستگی ایمن و افراد دارای هویت سردرگم - پراکنده، سطوح بالاتری از دلبستگی بیمناک را نشان داده‌اند (۱۶ و ۱۷).

میان سبک دلبستگی ایمن و سبک هویتی سردرگم نیز رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود دارد، این یافته با نتایج پژوهش‌های زیر همسو است. کنیدی<sup>۲</sup> با مطالعه روی ۲۲۵ دانشجوی کالج پسران دریافت (با اصطلاحات مراحل رشد هویت نظریه ماریا) که افراد دارای هویت سردرگم، نسبت به افراد دلبسته ایمن، بیشتر دارای سبک دلبستگی بیش‌مشغول و بیمناک بودند (۱۷)؛ در واقع، افراد دلبسته ایمن نسبت به این دو سبک، نمراتی بالاتر در کسب هویت منسجم داشتند. ریچ و سیگال<sup>۳</sup> روی ۱۶۱ دانشجوی دانشگاهی تحقیق کرده، دریافته‌اند که رشد خود<sup>۴</sup> بالاتر در اولین مراحل شش‌گانه رشد روانی-اجتماعی اریکسون، با سبک دلبستگی ایمن ارتباط دارد (۱۸). نتایج مطالعه باکر نشان داد که دلبستگی ایمن با هویت منسجم، رابطه‌ای مثبت و با هویت ضبط‌شده ارتباط منفی معنادار دارد. دلبستگی اجتنابی با انکار و جداسازی روانی، ارتباط مثبت معنادار و با جستجوی حمایت اجتماعی ارتباط منفی معنادار دارد. افراد با نمره دلبستگی اجتنابی بالا، بیشتر مستعد نمرات بالاتر در هویت آشفته بودند و به احتمال، دسترسی کمتری به حمایت اجتماعی داشته، از آن رضایت‌نداشتند. دوسوگرهای اضطرابی با انکار مشکلات، سوءمصرف مواد، الکلیسم و مشکلات رفتاری و روانی ارتباط مثبت و با فعال بودن و برنامه‌ریزی که راهبردهای مقابله‌ای پیشگیرانه هستند، ارتباط منفی دارد (۱۱). در پژوهش سامولیس، لیورن و شیافینو<sup>۵</sup> با دانشجویان کالج مشخص شد که رشد هویت با دلبستگی ارتباط دارد. به نظر می‌رسد

1- Vogensen, Hoegh & Bourgeois

2- Kennedy

3- Reich & Siegel

4- ego

5- Samuolis, Layburn & Schiaffino

6- Erikson

7- Moretti & Higgins

شالوده‌روانی در افراد ایمن، تعهد آنها به جهان‌بینی، نقش، شغل و حرفه فردی‌شان را بدون احساس شرم، گناه یا پشیمانی از برآورده‌نکردن انتظارات دیگران، تسهیل می‌کند که چنین فرایندی، شکل‌گیری سبک هویتی اطلاعاتی را در افراد فراهم می‌کند؛ در مقابل، افراد دارای دلبستگی ناایمن، به‌طور کلی در کاوشگری و به‌ویژه در جستجو برای هویت شخصی، بسیار مشکل‌دارند که ممکن است به سبک هویتی هنجاری و سردرگم-اجتنابی منجر شود (۲۶).

یافته‌های این پژوهش، بار دیگر، نقش اساسی دلبستگی را در زمینه رشد انسان و این بار در کسب هویت نشان می‌دهد. دلبستگی نوجوان با والدین و همسالان، میانجی هویت فردی و اجتماعی او است که از طریق فراهم‌بودن پناهگاه امن در مسیر رشد مهمی می‌شود (۲۰). نمونه پژوهش حاضر به قشر دانشجویی که بیشتر در سن جوانی بودند اختصاص داشت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که رابطه میان سبک‌های دلبستگی و هویت در گروه‌های سنی پایین‌تر (مقاطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان) مورد مطالعه قرار گیرد تا چشم‌اندازی مناسب‌تر را در حوزه روان‌شناسی رشد هویت در رابطه با سبک‌های دلبستگی فراهم‌سازد و دیگر اینکه با استفاده از مبانی نظریه دلبستگی در سایر حوزه‌های فردی و خانوادگی پژوهش‌هایی دیگر انجام شوند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری مسئولان دانشگاه بوعلی‌سینا و همه دانشجویان و همکارانی که در انجام این پژوهش، مساعدت‌های لازم را انجام دادند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

افراد دارای دلبستگی ایمن به‌شمار می‌روند (۲۲ و ۲۳)، دلبستگی ایمن، اساس ایمنی را برای فرد مهیامی‌سازد که به‌واسطه آن، می‌تواند دنیای خویش‌تن را کشف کرده، پاسخ‌های سازگارانه‌تری به محیط اطراف خود بدهد؛ وجود چنین اساس ایمنی، افراد را به اکتشاف و گشودگی شناختی نسبت به اطلاعات جدید تشویق می‌کند (۲۴)؛ این اساس ایمن، اعتماد به نفس لازم را برای خطر کردن، آموختن و به‌روز کردن مستمر مدل‌های خود، دیگران و دنیا فراهم می‌سازد. به احتمال، احساس ایمنی، توانایی تجربه‌پذیری و در صورت لزوم، انعطاف لازم برای تغییر بخش‌هایی از زندگی را در فرد ایجاد می‌کند (۲۵)؛ از سوی دیگر میل به کاویدن محیط، کار کردن، کشف کردن، خلق کردن و شرکت کردن در فعالیت‌های مختلف با همسالان، مانند مراقبت و دلبستگی به‌عنوان یکی از بخش‌های اساسی سرشت انسان مورد توجه قرار می‌گیرد. طبق نظریه دلبستگی، کاوش حقیقی، به احتمال، فقط زمانی که نیازهای دلبستگی ارضاشده باشند، رخ خواهد داد (۵). زمانی که فردی با هر سنی احساس اطمینان و امنیت می‌کند، ممکن است چیزی فراتر از نگاره‌های دلبستگی (یا مراقبت‌های حساس) را کاوش کند و احساس امنیت کافی برای کاویدن محیط و مبارزه‌طلبی داشته باشد و به اکتشاف دست‌زند که موجبات رشد هویت را فراهم می‌کند.

بنابراین افراد دارای دلبستگی ایمن در مواقع بررسی گزینه‌ها و کاوش موقعیت‌ها، احساس اطمینان می‌کنند و اغلب منابع و توانایی کافی برای سازمان‌دهی اطلاعات تازه و پیگیری اهداف جدید خویش‌تن را در اختیار می‌گیرند؛ چنین افرادی حتی در مواقعی که دیدگاه خانوادگی خود را مورد تردید قرار می‌دهند و حاضر نمی‌شوند چنین دیدگاه‌هایی را بدون بررسی به هویت خود وارد کنند، باز هم احساس ارزشمندی، مقبول و دوست‌داشتنی بودن می‌کنند؛ در واقع چنین نگرش مثبتی به خویش‌تن، ریشه در حمایت و پذیرش غیرمشروط گذشته از جانب والدین آنان دارد که احساس مستحکم خودگردانی و آزادی عمل را برای آنها به ارمغان می‌آورد؛ وجود چنین



## منابع

۱۳. غضنفری، احمد (۱۳۸۶): *اعتباریابی و هنجاریابی پرسش‌نامه سبک هویت (ISI-6G)*، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، ۵: (۱).
۱۴. بشارت، محمدعلی، محمد گلی‌نژاد و علی اصغر احمدی (۱۳۸۲): *بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مشکلات بین شخصی، اندیشه و رفتار*، ۸(۴): ۷۴-۸۱.
15. Benson, M. J., Harris, P. B., & Rogers, C. S. (2002). Identity consequences of attachment to mothers and fathers among late adolescents. *Journal of Research on Adolescents*, 2, 187-204.
16. Vogensen, A. C. (2003). Finding themselves: Identity formation and romantic attachment styles in late adolescence. *Dissertation Abstracts International*, Section B: The Sciences & Engineering, 64(3-B), 1529.
17. Kennedy, J. H. (1999). Romantic attachment and ego identity, attributional style, and family of origin in first-year college students. *College Student Journal*, 33, 171-180.
18. Reich, W. A., & Siegel, H. I. (2002). Attachment, ego-identity development and exploratory interest in university students. *Asian Journal of Social Psychology*, 5, 125-134.
19. Samuolis, J., Layburn, K., & Schiaffino, K. M. (2001). Identity development and attachment to parents in college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (3), 373-383.
20. Erikson, E. (1963). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
21. Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1999). Own versus other standpoints in self-regulation: developmental antecedents and functional consequences. *Review of General Psychology*, 3, 188-223.
۲۲. جانسون، سوزان، ویفن و آلری (۱۳۸۷): *فرایندهای دلبستگی در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی*: ترجمه فاطمه بهرامی و همکاران؛ تهران: دانژه.
23. Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year olds. *Child Development*, 59, 121-134.
24. Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1209-1224.
1. Kroger, J. (2000). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Thousand Oaks, California: Sage Publication.
۲. شولتز، دوان (۱۳۸۶): *نظریه‌های شخصیت*: ترجمه یوسف کریمی و همکاران؛ تهران: ارسباران.
۳. حجازی، الهه و سهیلا فرتاش (۱۳۸۵): «بررسی رابطه سبک‌های هویت، تعهد هویت و کیفیت دوستی»، *مجله پژوهش زنان*، ۴(۳): ۶۱-۷۶.
۴. جوکار، بهرام و مرتضی لطیفیان (۱۳۸۵): «رابطه ابعاد هویت و جهت‌گیری هدف»، *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۵(۴).
5. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
۶. عبدی، رقیه و زینب خانجانی (۱۳۸۵): «بررسی رضایت ناشویی در سبک‌های مختلف دلبستگی»، *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۲).
7. Feeney, J. A., Noller, P., & Patty, J. (1999). Adolescents' Interactions with the Opposite Sex: Influence of Attachment Style and Gender. *Journal of Adolescence*, 16, 169-186.
۸. نصرتی، محمد، محمدعلی مظاهری و محمود حیدری (۱۳۸۵): «بررسی تحولی پایگاه‌های هویت با میزان دلبستگی ایمن پسران نوجوان ۱۴، ۱۶ و ۱۸ ساله به والدین و همسالان»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲(۵): ۳۵-۵۳.
9. Avila, M., Cabral, J., & Matos, P. M. (2011). Identity in university students: the role of parental and romantic attachment. *Journal of adolescence*.
10. Arseth, A., Kroger, A., Martinussen, M., & Marcia, E. J. (2009). Meta-analytic studies of identity status and the relational issues of attachment and intimacy, *Identity. International Journal of Theory and Research*, 32-91.
11. Baker, J. K. (2006). *The Impact Of Attachment Style On Coping Strategies, Identity Development And The Perception Of Social Support*. Master of Arts thesis, University of Canterbury.
۱۲. خوی‌نژاد، غلامرضا (۱۳۸۰): *روش‌های پژوهشی در علوم تربیتی*، تهران: سمت.

26. Ávila, M., Cabral, J., & Matos, P. M. (2012). attachment, Identity in university students: The role of parental and romantic. *Journal of Adolescence* , 35, 133–142.
25. Bar-Haim, Y., Sutton, D. B., Fox, N. A., & Marvin, R. S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: behavior, representation, and life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 381-388.

# تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلل و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

دانشور  
رشتار

نویسندگان: پریسا یاسمی نژاد<sup>۱\*</sup>، دکتر علی اکبر سیف<sup>۲</sup> و محسن گل محمدیان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

\* E-mail: pyasemi@yahoo.com

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلل و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی شهرستان اسلام‌آباد غرب صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی شهرستان اسلام‌آباد غرب تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام گرفت؛ بدین منظور از جامعه موردنظر، دو برابر و نیم ظرفیت انتخاب شدند؛ سپس پرسش‌نامه تعلل روی آنها اجرا و افرادی را که واجد شرایط بودند و بیشترین میزان تعلل را داشتند، انتخاب شدند. پس از انتخاب تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه، ابتدا روی هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد و نسبت به اخذ معدل نیمسال اول آنها اقدام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه تعلل شوارزر، شمینتزر و دیهل (۲۰۰۰) بود. پس از اجرای پیش‌آزمون مداخله آزمایشی (آموزش مهارت‌های زندگی شامل خودآگاهی، حل مسئله، مدیریت زمان و تصمیم‌گیری) برای گروه آزمایشی، طی ده جلسه اجرا شد ولی به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشده. پس از اتمام برنامه، آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و معدل نیمسال دوم نیز گردآوری شد. برای اجرای این پژوهش از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش تعلل دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌شود؛ اما این آموزش بر پیشرفت تحصیلی آنان تأثیری معنی‌دار نشان نداد. نتایج، اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی را بر کاهش تعلل و رزی در یادگیرندگان نمایان می‌سازد.

• دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۱۵

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011- 2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، تعلل، پیشرفت تحصیلی و دانش‌آموزان دختر.

## مقدمه

یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات روانی و رفتاری، ارتقاء ظرفیت روان‌شناختی<sup>۱</sup>، (توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و دشواری‌های زندگی روزمره) افراد است که از طریق آموزش مهارت‌های زندگی<sup>۲</sup> امکان‌پذیر است. کلمه «مهارت» عبارت است از چیرگی<sup>۳</sup>، صلاحیت<sup>۴</sup> و متخصص شدن<sup>۵</sup> در یک فعالیت (۱). مهارت‌های زندگی عبارت‌اند از مجموعه‌ای از توانایی‌ها که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را در فرد فراهم می‌آورند (۲).

از جمله مشکلاتی که انسان‌ها و به‌خصوص دانش‌آموزان با آن مواجه‌اند اهمال‌کاری در انجام تکالیف است. واژه «تعلل» معادل اهمال‌کاری، سهل‌انگاری و به‌تعویق‌انداختن کارهاست (۳). واژه لاتین تعلل از دو واژه پرو<sup>۶</sup> و کراسینوس<sup>۷</sup> تشکیل شده‌است که «پرو» به معنای جلو و «کراسینوس» به معنای فرداست (۴). اوئد؛ به نقل از استیل (۵)، تعلل را به‌تعویق‌انداختن عمل می‌داند، به‌خصوص هنگامی که تعویق بدون دلیل مناسب باشد. الیس و ناس (۶) تعلل را تمایل به اجتناب از فعالیت، محول کردن انجام فعالیت به آینده و استفاده از عذرخواهی برای توجیه تأخیر در انجام فعالیت تعریف کرده‌اند.

درخصوص شیوع تعلل خود گزارش‌های دانش‌آموزان بیانگر آن است که ۸۰ تا ۹۵ درصد به برخی انواع تعلل دچارند (۷ و ۵) و به‌طور تقریبی، ۵۰ درصد تعلل‌کنندگان همیشه به مشکلاتی درخصوص انجام تکالیف و دیگر کارها دچار می‌شوند (۸، ۹، ۱۰). در پژوهش پوتز (۱۱) به‌طور تقریبی، ۷۵ درصد دانشجویان، خود را تعللی می‌دانستند. میزان تعلل در بزرگسالان نیز حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده‌است (۱۲)؛ در همین راستا در پژوهشی، ۵۳ درصد دانشجویان تعلل را به‌عنوان مشکل جدی خود معرفی کردند و برای کاهش آن خواستار کمک شدند (۱۳). به نظر برخی محققان، «تعلل» مشکلی جدی برای حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد دانشجویان است و بر پیشرفت تحصیلی و کیفیت زندگی آنها اثری منفی داشته‌است (۱۴ و ۱۵).

شکل معمول تعلل دانشجویان اهمال‌کاری در آغاز تکلیف است و سپس مجبورند تا به‌شدت کارکنند تا در زمانی خاص آن را به‌انجام‌برسانند. در تعلل تحصیلی<sup>۸</sup>، رفتار تعللی در فعالیت‌های تحصیلی مانند حاضرشدن برای امتحان، انجام تکالیف خانگی و نوشتن مقاله‌های درسی صورت می‌گیرد. اغلب، تعلل همراه با عملکرد تحصیلی پایین است (۱۶). تعلل غیر تحصیلی مربوط به سایر موقعیت‌های زندگی نظیر، پرداخت قبوض، شستن ظروف، پاسخگویی به مکالمه‌های تلفنی و مانند آنهاست (۱۷). بر پایه تحقیق میلگرام و همکاران (۱۷) میان تعلل تحصیلی و تعلل غیر تحصیلی رابطه‌ای معنادار (۶۵٪) وجود دارد. اونگبوزی (۱۰) سطح بالایی از تعلل تحصیلی را در میان فارغ‌التحصیلان در عرض سه تکلیف از ۴۱/۷، ۳۹/۳ و ۶۰٪ گزارش داد.

در حوزه دلایل تعلل ورزی الیس و ناس (۶) اهمیت کار قرارداده‌شده برای هر فرد، درجه تمایل و جذابیت کار مقرر، آمادگی و تمایل شخصی برای تعلل، زمان ممکن برای انجام کار، احساس خودکم‌بینی<sup>۹</sup>، پایین بودن سطح تحمل<sup>۱۱</sup>، پافشاری (سرخوردگی)، خشم و دشمنی را دلایل تعلل ذکر کرده‌اند. به تعلل از دیدگاه‌هایی گوناگون نگریسته شده‌است. در زیر دیدگاه‌های مربوط به تعلل آورده شده‌اند:

الف) **تعلل به‌عنوان مسئله‌ای رفتاری:** بنا به این دیدگاه، دانش‌آموزانی که مطالعه نمی‌کنند، تعللی هستند؛ در نتیجه، هدف این دیدگاه کاهش نسبت یا درصد زمان تعلل و افزایش نسبت یا درصد مطالعه است. در این دیدگاه از چند وسیله استاندارد در درمان رفتار، نظیر آموزش الگوسازی<sup>۱۱</sup> و شرطی‌سازی<sup>۱۲</sup> استفاده می‌شود.

- |                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 1- psychological competence   | 3- proficiency |
| 2- life skills training       | 5- expertise   |
| 4- competence                 | 7- Crasinus    |
| 6- pro                        |                |
| 8- Academic procrastination   |                |
| 9- self downing               |                |
| 10- low frustration tolerance |                |
| 11- modeling                  |                |
| 12- conditioning              |                |

دانشجویان است (۳۳) و پیامدهایی تعیین‌کننده از جمله نمرات ضعیف (۳۴)، ترک تحصیل و تأخیر در انجام و اتمام پایان‌نامه (۳۵) دارد.

نتایج پژوهش کاگان، کاکیر، ابلهان و کانمیر (۳۶) روی دانشجویان دانشگاه‌های ترکیه نشان‌داد که کمال‌گرایی و وسواسی جبری بودن و پنج عاملی شخصیت متغیرهای مهم در پیش‌بینی رفتار تعلل‌ورزی تحصیلی دانشجویان بودند. فابیو (۳۷) در بررسی تعیین متغیرهای همبسته با تعلل‌ورزی در تصمیم‌گیری در دانشجویان دریافت که شکست‌های شناختی، همبستگی بسیار بالایی با تعلل‌ورزی در تصمیم‌گیری دارند. سیمپسون و پای چیل (۳۸) دریافتند که هیجان‌خواهی<sup>۱</sup> و برون‌گرایی ۵/۲ درصد از واریانس نگرش نسبت به انگیزش‌های تعلل‌ورزی را تبیین می‌کنند. دیاز مورالز، کوهن و فراری (۳۹) نیز در پژوهش خود به رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار میان روان رنجورخویی در دانشجویان دست یافتند.

از جمله اقدام‌های مهمی که سازمان بهداشت جهانی در دهه‌های اخیر انجام داده است، تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی بوده. بررسی متون پژوهشی، چنین آشکاری‌کنند که آموزش مهارت‌های زندگی در برنامه‌هایی گوناگون، مؤثر و مفید واقع شده است؛ از جمله این برنامه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: پیشگیری از سوء مصرف مواد، پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی و ایدز، مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، ناتوانی یادگیری، زندگی اجتماعی، اعتماد به نفس و عزت نفس (۴۰).

همچنین آموزش مهارت‌های زندگی بر تصویر خود، نگهداری منزل، ایمن‌سازی، سلامتی و اعتماد به نفس کودکان، جرئت‌مندی و اعتماد به نفس بالا، مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری بالاتر مؤثر بوده است (۴۱).

در ایران نیز پژوهش‌هایی بسیار در راستای مهارت‌های زندگی صورت گرفته است که از اثربخشی این آموزش‌ها، حاکی است که از جمله آنها

(ب) **تعلل به‌عنوان مسئله‌ای شناختی:** این دیدگاه بر آن است که افراد به دلیل افکار و باورهای غلط درباره چگونگی شرایط و نتایج فعالیت‌ها تعلل می‌کنند درمان متداول این دیدگاه درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری<sup>۱</sup> است.

(ج) **تعلل به‌عنوان مسئله‌ای انگیزشی:** از این دیدگاه، تعلل به دلیل تنبلی یا بی‌انگیزه بودن صورت نمی‌پذیرد بلکه از آن جهت انجام می‌شود که افراد تعللی به فعالیت‌هایی دیگر به غیر از تکلیفی که برای آنها در نظر گرفته شده است علاقه‌مندند.

(د) **تعلل به‌عنوان یک عادت:** مشاوران و روان‌شناسانی که تعلل را عادت تلقی می‌کنند، بر پافشاری و اصرار افراد تعللی بر نمایش سطوح بالای رفتار تأخیری تأکید دارند. (ه) **تعلل به‌عنوان یک اختلال شخصیتی:** در این دیدگاه، ساخت شخصیتی معینی از تعلل در موقعیت‌های تحصیلی و موقعیت‌های غیر تحصیلی وجود دارد (۱۸) که با وجدانی بودن پایین (با خصوصیاتمانند بی‌ارادگی، عدم استمرار، تنبلی، عدم توجه، ضعف، غفلت و لذت‌طلبی) ارتباطی نزدیک دارد. افراد تعللی به احتمال ویژه‌ای افراد تکانشی را دارند (۱۹).

نتایج تحقیقات از آن حاکی است که میان تعلل، افسردگی و روان‌رنجوری<sup>۲</sup> (۲۰ و ۲۱)، ترس از شکست و تعلل (۲۲)، ترس از ارزیابی و تعلل (۲۳)، حواس‌پرتی، خود ناتوان‌سازی با تعلل (۹ و ۲۴)، خود تنظیمی پایین، عزت‌نفس پایین، استرس، بیماری با تعلل (۲۵)، تکانشگری و تعلل (۲۶)، ترس از شکست و کم‌رویی<sup>۳</sup> با تعلل، خلق‌وخو با تعلل (۲۷)، کمال‌گرایی، افت تحصیلی با تعلل (۲۸ و ۲۹)، خودنظم‌دهی<sup>۴</sup> پایین و تعلل (۳۰)، انگیزه پیشرفت کم و تعلل (۳۱)، همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

هی کک (۹) دریافت که بیش از ۸۰ درصد دانش‌آموزان پس از تعلل‌ورزی، احساسی نامطلوب دارند. صفت تعلل که «تمایل برای به‌تعویق‌انداختن آنچه که برای رسیدن به یک هدف، ضروری است (۳۲)، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای رفتارهای تأخیری

1- Rational emotive behavior therapy  
2- neurosis 3- shyness  
4- Self regulation 5- sensation seeking

جامعه دانش‌آموزی، طبق پیشینه (۵، ۳ و ۷) بسیار بالاست. تعلق نه تنها رفتار فعلی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه موجب خواهد شد که در آینده بی‌مبالاتی در زندگی و عدم مسئولیت‌پذیری رو به گسترش در وی ایجاد شود. با توجه به مبانی نظری و دیدگاه‌های موجود در زمینه تعلق و همچنین مشکلات مرتبط با آن و اینکه مشکلات اهمال‌کاری در افراد و به‌خصوص دانش‌آموزان موجب مشکلات تحصیلی و شخصیتی متعدد می‌شود و از طرفی حیاتی بودن آموزش مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان، تحقیق حاضر بر پایه دیدگاه انگیزشی درباره تعلق درصدد پاسخگویی به این پرسش است که «آیا آموزش برخی مهارت‌های زندگی\* (خودآگاهی<sup>۵</sup>، مدیریت زمان<sup>۶</sup>، مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله<sup>۷</sup> یا تفکر خلاق) با توجه به شواهد تجربی که نشان‌دهنده تأثیرهای مطلوب آن بر افراد در جوانب گوناگون بوده است، موجب کاهش تعلق و افزایش پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی می‌شود؟»؛ لذا به منظور تحقق هدف بالا فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- ۱- آموزش مهارت‌های زندگی به شیوه گروهی، سبب کاهش تعلق‌ورزی می‌شود.
- ۲- آموزش مهارت‌های زندگی به شیوه گروهی، سبب افزایش پیشرفت تحصیلی می‌شود.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی شهرستان اسلام‌آباد غرب بود؛ بدین صورت که از مناطق آموزش و پرورش شهر اسلام‌آباد غرب یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین مدارس راهنمایی این منطقه، یک مدرسه که

\* انتخاب این مهارت‌ها با توجه به ماهیت جلسات و ارتباط آنها با موضوع تعلق و با نظر کارشناسان آموزش مهارت‌های زندگی بوده است.

- 1- school dropout
- 2- self esteem
- 3- cognitive behavior therapy
- 4- behavior management
- 5- self awareness
- 6- time management
- 7- problem solving

می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: تأثیر بر بهداشت روان دانشجویان، افزایش سلامت جسمی و روانی مانند اعتمادبه‌نفس، مقابله با فشارهای محیطی و روانی کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش افت تحصیلی<sup>۱</sup>، تقویت ارتباط بین فردی و رفتارهای سالم و مفید اجتماعی، کاهش سوء‌مصرف مواد مخدر و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی، افزایش شایستگی‌های اجتماعی و ارتقاء سطح روابط بین فردی و مفهوم خودتحصیلی نوجوانان، کاهش میزان افسردگی نوجوانان، عزت‌نفس<sup>۲</sup> دانش‌آموزان، برقراری ارتباط اجتماعی کارآمد در دانش‌آموزان دختر، کاهش افسردگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی (۴۲، ۴۳ و ۴۰).

موضوع تعلق در جامعه روان‌شناسی ایران به نسبت، جدید است؛ لذا در این راستا متون پژوهشی محدودی راجع به آن به چشم می‌خورد. شهنی و همکاران (۴) تحقیقی با عنوان «بررسی شیوع تعلق و تأثیر روش‌های درمان شناختی رفتاری<sup>۳</sup> و مدیریت رفتار<sup>۴</sup> بر کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز» انجام دادند که بر پایه آن، شیوع تعلق را در جامعه دانش‌آموزی (۱۷ درصد پسرها و ۱۴ درصد دخترها) گزارش دادند؛ دیگر نتایج، حاکی از آن بودند که تفاوتی معنی‌دار در کاربرد روش‌های بالا بر کاهش تعلق وجود دارد و میان دو جنس نیز از نظر روش‌های درمانی فوق تفاوتی معنی‌دار مشاهده نشد؛ علامه (۴۴) نیز دریافت که میان عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی و تعلق با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان دختر رابطه‌ای ساده و چندگانه وجود دارد.

در بررسی وضعیت آموزش مهارت‌های زندگی (سالم زیستن) در نظام آموزش و پرورش ایران آشکار شد که بسیاری از دانش‌آموزان مقاطع مختلف، نه مهارت سالم‌زیستن را از طریق برنامه‌های مدرسه به‌طور کامل نیاموخته‌اند (۴۱ و ۴۵)؛ بنابراین اهمیت و ارزش مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیرانه و افزایش سلامت نمایان می‌شود؛ همچنین شیوع تعلق در

### ابزار تحقیق

پرسش‌نامه تعلل‌ورزی: به‌منظور سنجش میزان تعلل‌ورزی دانش‌آموزان از پرسش‌نامه تعلل که شوارزر و شمیتز و دیهل (۴۶) آن را تهیه کردند، استفاده شد که یک ابزار خودگزارشی مداد کاغذی است و ده ماده دارد و آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه به‌طور کامل، نادرست، به‌ندرت درست، اغلب درست و به‌طور کامل، درست پاسخ‌دادند. علامه (۴۱) ضریب روایی این پرسش‌نامه را از طریق همبسته‌کردن آن با پرسش‌های ملاک و پرسش‌نامه کمال‌گرایی اهواز روی ۱۰۰ دانش‌آموز به‌دست‌آورد که به‌ترتیب برابر ۰/۶۶ و ۰/۶۴ و در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دارند؛ شواترز و همکاران (۴۷). پایایی این ابزار را ۰/۷۸ به‌دست‌آورده‌اند. شهنی و همکاران (۴). در پژوهش خود پایایی آن را به روش‌های ضرایب آلفای کرانباخ و تنصیف (روش اسپیرمن - براون) به‌ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۵۳ به‌دست‌آوردند؛ همچنین به‌منظور بررسی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان، میانگین معدل گروه‌های آزمایش و گواه به‌عنوان پیش‌آزمون پس‌آزمون قبل و بعد از اجرای مداخلات مدنظر قرار می‌گیرد.

### نتایج

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های آزمودنی‌ها در دو متغیر تعلل‌ورزی و پیشرفت تحصیلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه در جدول‌های ۱ و ۲ آورده شده‌اند.

شامل ۴ کلاس پایه سوم که حدود ۱۲۰ نفر (به‌طور تقریبی دو برابر و نیم ظرفیت) بود انتخاب‌شد. به دانش‌آموزان کلاس‌های سوم آن مدرسه، پرسش‌نامه تعلل داده‌شد. شرایط ورود و خروج در نمونه، شامل نمره بالا در تعلل‌ورزی، معدل پایین در نیمسال اول و سنین ۱۴ تا ۱۵ سال بود؛ از میان آنها تعداد ۳۰ نفر که بیشترین میزان تعلل را داشتند انتخاب‌شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که یک گروه، گروه آزمایش و گروه دیگر گروه گواه است گمارده شدند. به ۱۵ نفر گروه آزمایش مهارت‌های زندگی (شامل اداره زندگی و خودآگاهی و داشتن هدف در زندگی، مدیریت زمان، مهارت‌های تصمیم‌گیری، حل مسئله و تفکر خلاق) با توجه به موضوع‌های اهداف و پیشینه پژوهش، طی ده جلسه آموزش داده‌شد. لازم به ذکر است طول هر جلسه ۲ ساعت و تواتر جلسات به‌صورت هفته‌ای یک بار بود؛ طی این مدت به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی داده‌نشد؛ این دانش‌آموزان، همگی از نظر سنی، ۱۴ تا ۱۵ ساله بودند.

طرح پژوهش به‌کاررفته در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است؛ بنابراین تحقیق حاضر از نوع آزمایشی بود که در آن ضمن اعمال متغیر (آمورش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان) از پیش‌آزمون و پس‌آزمون طبق الگوی فوق استفاده‌شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و روش MANCOVA صورت‌گرفت.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در تعلل‌ورزی

تعداد	انحراف‌معیار	میانگین	متغیر مرحله گروه		تعلل‌ورزی
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۱۵	۲/۷۴	۲۵/۴۷	آزمایش	پیش‌آزمون	تعلل‌ورزی
۱۵	۲/۹۰	۲۵/۰۰	گواه		
۱۵	۴/۱۵	۱۹/۸۷	آزمایش	پس‌آزمون	
۱۵	۲/۸۵	۲۴/۸۰	گواه		

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در پیشرفت تحصیلی

تعداد	انحراف معیار	میانگین	متغیر مرحله گروه		پیشرفت تحصیلی
			آزمایش	پیش‌آزمون	
۱۵	۰/۹۸	۱۲/۳۹	آزمایش	پیش‌آزمون	
۱۵	۲/۵۰	۱۳/۲۴	گواه	پیش‌آزمون	
۱۵	۱/۲۷	۱۲/۹۸	آزمایش	پس‌آزمون	
۱۵	۰/۸۳	۱۲/۵۶	گواه	پس‌آزمون	

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا)

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطای درجه آزادی	F	سطح معنی داری
آمون اثر پیلایی	۰/۵۴۶	۲	۲۷	۷/۲۹۶	۰/۰۰۳
آمون لامبدای ویلکس	۰/۴۵۴	۲	۲۷	۷/۲۹۶	۰/۰۰۳
آزمون اثر هتلینگ	۱/۲۰۵	۲	۲۷	۷/۲۹۶	۰/۰۰۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۰۵	۲	۲۷	۷/۲۹۶	۰/۰۰۳

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانکوا

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	متغیر منبع تغییرهای مجموع مجذورات		تعلل ورزی
				پیش‌آزمون	گروه	
.۰۰۰	۱۴/۳۵۱	۱۴۹۶۳/۳۳۳	۱	۱۴۹۶۳/۳۳۳	پیش‌آزمون	
.۰۰۰	۱/۱۷۶	۱۸۲/۵۳۳	۱	۱۸۲/۵۳۳	گروه	
		۱۲/۷۱۹	۲۸	۳۵۶/۱۳۳	خطا	
.۷۰۱	۴/۴۷۱	۴۷۹۱/۵۷۱	۱	۴۷۹۱/۵۷۱	پیش‌آزمون	پیشرفت تحصیلی
.۷۰۱	.۱۵۱	.۱۶۱	۱	.۱۶۱	گروه	
		۱/۰۷۲	۲۸	۲۶/۳۷	خطا	

#### یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

این پژوهش شامل دو فرضیه به شرح زیر است:

الف) آموزش مهارت‌های زندگی، موجب کاهش تعلل دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌شود.

ب) آموزش مهارت‌های زندگی، موجب افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که میان دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گواه

دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (تعلل و پیشرفت تحصیلی) تفاوتی معنی‌دار وجود دارد؛ برای پی‌بردن به این تفاوت نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانکوا در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون میان دانش‌آموزانی که آموزش مهارت‌های زندگی را دیده‌اند (گروه آزمایش) و دانش‌آموزانی که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت نکرده‌اند (گروه گواه) از لحاظ تعلل، تفاوتی معنی‌دار وجود دارد ( $F=۱۴/۳۵۱$  و  $P<۰/۰۰۰$ )؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های زندگی



موجب کاهش میزان تعلل‌ورزی دانش‌آموزان گروه آزمایش شده‌است.

همچنین در فرضیه دوم با کنترل پیش‌آزمون، میان دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گواه از نظر معدل یا پیشرفت تحصیلی تفاوتی معنی‌دار وجود ندارد ( $F=4/471$  و  $P<0/701$ )؛ بنابراین فرضیه دوم رد می‌شود؛ به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش پیشرفت تحصیلی معنی‌دار دانش‌آموزان گروه آزمایش نشده‌است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش نمایانگر آن است که بین گروه گواه و آزمایش از نظر میانگین نمرات تعلل و اهمال‌کاری، تفاوتی معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلل، مؤثر بوده‌است.

پژوهش حاضر، نتایج تحقیق‌ها و گزارش‌های صورت گرفته (۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی را تأیید می‌کند؛ یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج پژوهش شهنی و همکاران (۴) مبنی بر کاهش تعلل در دانش‌آموزان همسو است.

درواقع، تعلل یکی از موضوع‌های همه‌گیر برای فراگیران است و از آنجاکه آموزش مهارت‌های زندگی، حوزه‌هایی وسیع از مشکلات رفتاری را دربرمی‌گیرد، اعمال این آموزش‌ها در پژوهش حاضر بر کاهش میزان اهمال‌ورزی دانش‌آموزان، مؤثر بوده‌است. در تبیین نتایج حاصل از آزمایش فرضیه فوق و همسویی آن با نتایج دیگر پژوهش‌ها در خصوص تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی می‌توان مطرح کرد از آنجاکه یکی از مهارت‌های مهم در زندگی، خودآگاهی است، آموزش آن سبب افزایش آگاهی دانش‌آموزان از میزان اهمال‌کاریشان شده‌است و چون خودآگاهی خطاهای شناختی و افکار غیرمنطقی افراد را نمایان می‌سازد دانش‌آموزان درصدد تغییر آنها برآمده‌اند؛ همچنین آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری سبب شده‌است که دانش‌آموزان در حل مسائل زندگی روزمره

روش‌هایی را بیاموزند و برای مقابله بهتر با مشکلات به جای واکنش‌های تکانشی و عجولانه از روش گام‌به‌گام حل مسئله استفاده کنند.

در فرضیه دوم، آموزش مهارت‌های زندگی چندان بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه، مؤثر واقع نشده‌است. به نظر می‌رسد که عوامل متعددی در پیشرفت تحصیلی می‌توانند مؤثر باشند که ممکن است به‌طور مستقیم در حوزه آموزش مهارت‌های زندگی نگنجدند؛ در همین راستا به ذکر برخی از این پژوهش‌ها می‌پردازیم: شوارتز، گرمین، دونگو و ناکاموتو (۴۰) مطرح کردند که معدل پایین پیشبین نشانه‌های افسردگی است ولی این تأثیر برای دانش‌آموزانی که دوستانی متعدد دارند وجود ندارد؛ لذا می‌توان پیشرفت تحصیلی را متغیری دانست که تحت تأثیر سلامت روان و روابط با همسالان است؛ بنابراین، لزوم مشاوره‌های تحصیلی و فردی برای این افراد و پژوهش‌های بیشتر، ضروری می‌نماید.

ازسوی دیگر در تبیین نتایج حاصل از یافته‌های این فرضیه می‌توان به نقش مهارت‌های مطالعه پرداخت که بر پیشرفت تحصیلی مؤثرند و در حوزه مهارت‌های زندگی نیز نمی‌گنجدند؛ درواقع، دانش‌آموزانی که از مهارت‌هایی بهتر در امر مطالعه بهره‌مندند، می‌توانند از زمان خود استفاده بهتری ببرند (۴۸).

به‌علاوه، نقش معلمان نیز در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان انکارناپذیر است. معلمانی که موفق می‌شوند در دانش‌آموزان خود، شوق و انگیزه ایجاد کنند، درواقع آنها را برای تحصیل در مقاطع بالاتر نیز آماده می‌سازند؛ در همین راستا نقش رابطه معلم-والدین در موفقیت‌های دانش‌آموزان حیاتی است (۴۹)، ۵۰ و ۵۱). آموزش موفق تا اندازه‌ای نتیجه رابطه مؤثر میان بافت‌هایی است که زندگی کودکان را شکل می‌دهند (۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵ و ۵۶)؛ ازسوی دیگر، دانش‌آموزانی که خانواده‌های آنها عالم، مطلع، حمایت‌کننده و درگیر در عملکرد تحصیل کودکانشان هستند از نظر تحصیلی بهتر عمل می‌کنند و نگرش مثبت

نیز به نوبه خود بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تأثیری گذارد.

به‌علاوه موارد بالا که در پیشرفت تحصیلی مؤثرند، لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌ای استفاده شده است که در واقع، برخی پرسش‌های آن، بیشتر به تأخیر و تعلل در جوانب عمومی زندگی می‌پردازند تا تعلل تحصیلی و دارای پرسش‌هایی محدود است (از جمله: گاهی پیش می‌آید چند روز طول بکشد نامه‌ای را که نوشته‌ام، پست کنم.)؛ لذا می‌توان چنین استنباط کرد که شاید آموزش مهارت‌های زندگی در فعالیت‌های دیگر دانش‌آموزان بیشتر مؤثر بوده. از طرفی، نمونه پژوهش حاضر (مدرسه و منطقه) از نظر سطح اقتصادی در وضعیت چندان مطلوبی نبودند و شاید این عامل بر پیشرفت تحصیلی آنها تأثیرگذار بوده است؛ در کل، نتایج بیانگر تأیید نظریه انگیزشی درخصوص تعلل‌ورزی و همچنین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی است، اما این وضعیت درباره پیشرفت تحصیلی با توجه به پیچیدگی عوامل متعدد مؤثر بر آن صادق نیست.

نتایج این پژوهش به دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی دبیرستان‌های شهرستان اسلام‌آباد غرب محدود می‌شود؛ انجام این پژوهش در دیگر مقاطع تحصیلی و روی نمونه پسران برای مقایسه دو جنس ضروری است. به دلیل نقش مهم خانواده پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی برای خانواده‌ها از طریق مدارس و رسانه‌ها صورت گیرد و کارگاه‌های آموزشی مقابله با تعلل برای مشاوران و معلمان مدارس برگزار شود. به‌نظر می‌رسد مشاوره تحصیلی و آموزش روش‌های مطالعه به این دانش‌آموزان در کنار آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بهتر مؤثر واقع شود. در پژوهش حاضر تعلل‌ورزی تحصیلی و سلامت روان نمونه بررسی نشد. در این پژوهش برخی از مهارت‌های زندگی آموزش داده شده است و آزمایش آموزش دیگر مهارت‌ها نیز ممکن است نتایج متفاوت به‌دست آورد. لازم است محققان به مقایسه کارایی این روش با روش‌های دیگر بپردازند.

بیشتری نسبت به مدرسه داشته، انتظارها و رفتارهای مثبت بیشتری را نمایان می‌سازند (۵۷، ۵۸، ۵۹ و ۶۰)؛ در نتیجه، چنین تحقیق‌هایی، اهمیت درگیری والدین را به‌عنوان یک مؤلفه مهم و ضروری در عملکرد تحصیلی بالای دانش‌آموزان نمایان می‌سازند (۶۱)؛ محققان بین تلاش‌های معلم و ارتباط والدین نیز ارتباطی قوی را گزارش کرده‌اند. تلاش‌های معلم و مدرسه می‌تواند، به‌عنوان برانگیزاننده‌ای مهم به‌منظور درگیری و تثبیت یک رابطه با والدین و استقبال از مشارکتشان و تفویض اختیار به آنها در مدرسه برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده یاری برساند (۶۲ و ۶۳).

پژوهش‌های صورت‌گرفته درخصوص انگیزش و پیشرفت تحصیلی بر اهمیت و ضریب همبستگی بالا میان آموزش معلم و سطح انگیزش برای یادگیری در دانش‌آموزان تأکید دارد (۴۸)؛ وردی و همکاران (۲۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که میان سرسختی روان‌شناختی و سلامت روان و عملکرد تحصیلی رابطه وجود دارد. شکری و همکاران (۶۴) بیان می‌کنند که سازگاری بر یادگیری عمیق تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد؛ در مجموع می‌توان چنین استنباط کرد که در مطالعه پیشرفت تحصیلی دانشجویان توجه به عوامل درون‌فردی صفات شخصیت و رویکردهای یادگیری نکته‌ای حائز اهمیت است. نقش ویژگی‌های فردی دانش‌آموزان در موفقیت تحصیلی آنان، انکارناپذیر است؛ خودپنداره منفی، باورهای منفی، عزت‌نفس پایین و علاقه‌مندی به موضوع نیز در یادگیری و پیشرفت تحصیلی عاملی تأثیرگذار است (۴۸)؛ همچنین یافته‌های پژوهشگران از آن حاکی است که علاوه بر متغیرهای درون‌روانی و شخصیتی مؤثر بر پیشرفت تحصیلی، متغیر فضا‌های آموزشی مدارس نیز بر پیشرفت تحصیلی مؤثرند؛ در همین راستا معین‌پور، نصر اصفهانی و ساعدی (۶۵) دریافتند که فضا‌های آموزشی کنونی ما با ویژگی‌های روانی کودکان و نوجوانان سازگار نیستند. نتایج پژوهش آنها نشان داده است که متغیرهای فیزیکی کلاس درس بر نگرش معلم تأثیرگذار است و نگرش معلم

## منابع

13. Gallagher, R. P. (1992). Student needs surveys have multiple benefits. *Journal of college student development*, 33,281-282.
14. McCown, W. (1986). Behavior of cronic college procrastination: an experimental study. *social science and behavioral documents*,17,1333.
15. Solomon L. J. & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates, *Journal of Counseling Psychology* 31, pp. 503–509.
16. Beck, T. A. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*, new york: international university press.
17. Milgram,N. , Mey-Tal, G. , Levison, Y. (1998). Procrastination, generalized or specific ,in coolge students and their parents. *Journal of personality and individual differences*,25,297-316.
18. Van Eerde, W. V. (2004). Procrastination in academic settings and the big five model of personality: A Meta analyi. in H. C. Schoownberg, C. H. lay, T. a. Pychyl, & J. R. Ferrari (EDS). *Counseling Pocrastinator in academic seytings*, 29-38. published by American psychological association: Washington,Dc,2002.
19. Schouwenburg, H. C. . Lay, C. H & Pychyl, T. A (2004). Procrastination in academic settings: general introduction. *Counseling the procrastinator in academic settings*, American Psychological Association, Washington, pp. 3–17.
20. McCown,W, Jhonson,J. , & Petzel, T. (1989). Procrastination a principal components analysis. *journal of personality and individual differences*, 10,197-202.
21. Pychyl, T. A. , & Binder, K. (2004). A project analytic perspective on academic procrastination and intervention. in H. C. Schownberg. Ch. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari(Eds.), *counseling the procrastinator in academic settings*. 149-165. published by American psychological association: Washington.
۱. یاسینی، زهراسادات و همکاران (۱۳۸۳): *راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی دوره راهنمایی*؛ وزارت آموزش و پرورش.
۲. کلینکه. ال، کریس (۱۳۸۴): *مهارت‌های زندگی، تکنیک‌های مقابله با اضطراب، افسردگی، تنهایی، کم‌رویی، شکست و . . .*؛ ترجمه شهرام محمدخانی؛ انتشارات اسپند هنر، جلد اول.
۳. ایس، آلبرت و ویلیامز جیمز نال (۱۳۸۶): *روان‌شناسی اهمال‌کاری*؛ ترجمه محمدعلی فرجاد؛ تهران:انتشارات رشد.
۴. شهینی بیلاق، منیجه و همکاران (۱۳۸۵): «بررسی شیوع تعلل و تأثیر روش‌های درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز»، *مجله روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران*، شماره ۳، ص ۱.
5. Steel, P. (2003). Procrastination definition. Available in [www. procrasyination. com](http://www.procrasyination.com).
6. Ellis, A. , & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York.
7. O'Brien, W. K. (2002). Applying the trans theoretical model to academic of developmental psychology. 43,1479-1512.
8. Day, V. , Mensink, D. , and O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic), Procrastination temptations, and incentives: the struggle between the present and the future in procrastinators and the punctual, *European Journal of Personality* 16, pp. 469–489.
9. Haycock, L. A. (1993). The cognitive mediation of procrastination and The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324.
10. Onwuegbuzie, A. J (2004). Academic procrastination and statistics anxiety, *Assessment and Evaluation in Higher Education* 29, pp. 3–19264.
11. Potts, T. J. (1987). Predicting procrastination on academic task with self report personality measuers. (Doctoral dissertation, Hofstra university,. dissertation abstract international,481543.
12. Harriot, J. , & Ferrari,J. R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological reports*, 78,611-616.

32. Lay, C (1986). At last, my research article on procrastination, *Journal of Research in Personality* 20, pp. 474-495.
33. Lay C. H. and Schouwenburg, H. C. ( 1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior, *Journal of Social Behavior and Personality* 8 , pp. 647-662.
34. Solomon L. J. & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates, *Journal of Counseling Psychology* 31, pp. 503-509.
35. Muszynski S. Y. & Akamatsu, T. J. (1991). Delay in completion of doctoral dissertations in clinical psychology, *Professional Psychology: Research and Practice* 22, pp. 119-123.
36. Díaz-Morales, J. F., Cohen, J. C., & Ferrari, J. R. (2008). An integrated view of personality styles related to avoidant procrastination. *Personality and Individual Differences* 45 PP: 554-558
37. Simpson, W. K & Pychyl, T, A. (2009). In search of the arousal procrastinator: Investigating the relation between procrastination, arousal-based personality traits and beliefs about procrastination motivations. *Journal of Personality and Individual Differences* 47 PP: 906-911
38. Fabio, A. , D(2006). Decisional procrastination correlates: personality traits, self-esteem or perception of cognitive failure? *Springer Science+Business Media B. V. journal of Int J Educ Vocat Guid .* 6:109-122.
39. Kagan, M; Çakir, O; Ilhan, T ; Kandemir,M (2010). The explanation of the academic procrastination behavior of university students with perfectionism, obsessive-compulsive and five factor personality traits. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences* 2 . 2121-2125.
۴۰. نوری قاسم آبادی، ربابه و شهرام محمد خانی (۱۳۸۰): **مهارت حل مسئله؛ ویژه کارشناسان دفاتر مشاوره دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری؛ دفتر مرکزی مشاوره دانشجویی، مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با موارد مخدر.**
22. Rothblum, E. D. Solomon, L. J& Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators, *Journal of Counseling Psychology* 33, pp. 387-394.
23. Saddler, C. D. , & Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84, 686-688.
24. Steel, P. (2004). The nature of procrastination: A Meta analytic study retrieved July 12, 2005, from [http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2003\\_07.pdf](http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2003_07.pdf).
25. Ferrari, J., & Patel, T. (2004). Academic procrastination: personality correlates with MYERS-Briggs types, self efficacy and academic locus of control. *Journal of social behavior and personality*, 15,vii-viii.
26. Ferrari, J. R. (1991). Self-handicapping by procrastinators: Protecting self esteem, social-esteem, or both? *Journal of Research in Personality*, 25, 245-261.
27. Pychyl, T. A. , Coplan , R. J. , & Reid, P. A. (2002). Parenting and procrastination: Gender differences in the relations between procrastination, parenting styles and self worth in early adolescence. *Journal of personality and individual differences*, 33,271-285.
28. Dobson ,C. B. (1982): stress. Lancaster: new York. MTP.
۲۹. وردی، مینا و همکاران (۱۳۷۸): «رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روان و عملکرد تحصیلی»، **مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه چمران**، دوره سوم، سال ششم شماره‌های ۱ و ۲.
30. Schouwenburg, H. C. Lay, C. H. Pychyl, T. A. Ferrari, J. R. (2004). Procrastination in academic settings: general introduction. In: *Counseling the procrastinator in academic settings*, American Psychological Association, Washington, pp. 3-17.
31. Lim, V. K. G.(2002). The IT way of loafing on the job: Cyber loafing, neutralizing, and organizational justice, *Journal of Organizational Behavior* 23, pp. 675-694.

51. Conley, D. T. (1993). Roadmap to restructuring: Policies, practices, and the emerging visions of schooling. Eugene, OR: ERIC Clearinghouse on Educational Management, University of Oregon.
52. Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives, *Developmental Psychology* 22, pp. 723-742.
53. Epstein, J. L. , & Sanders, M. G. (2000). Connecting home, school, and community: New directions for social research. In: M. T. Hallinan, Editor, *Handbook on the Sociology of education*, Kluwer Academic/Plenum, New York, NY, pp. 285-306.
54. Haynes, N. M. , & Comer, J. P. (1996). Integrating schools, families, and communities through successful school reform: The school development program, *School Psychology Review* 25, pp. 501-506.
55. Seitsinger, R. M. , & Zera, D. A. (2002). The demise of parent involvement in school governance, *Journal of School Leadership* 12, pp. 340-365.
56. Swap, S. M. (1993). Developing home-school partnerships: From concepts to practice, Teachers College Press, New York.
57. Clark, R. (1983). Family life and school achievement: Why poor black children succeed and fail, University of Chicago Press, Chicago.
58. Chu, A. H. C. , & Choi, J. N. (2005). Rethinking procrastination: Positive effects of active procrastination behavior on attitudes and performance, *Journal of Social Psychology* 145, pp. 245-264.
59. Henderson, A. T. , & Berla, N. A. (1994). new generation of evidence: The family is critical to student achievement. In: Editors, Washington, DC: National Committee for Citizens in Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED375368).
60. Henderson, A. T. , & Mapp, K. L. (2002). A new wave of evidence: The impact of school, family, and community connections on student achievement. Austin, TX: National Center for Family & Community Connections with Schools, Southwest Educational Development Laboratory.
۴۱. علوی، کامران (۱۳۸۵): *طراحی الگوی مطلوب برنامه درسی مهارت‌های زندگی برای دوره راهنمایی تحصیلی*؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
۴۲. پیری، فاطمه (۱۳۸۱): *بررسی رابطه سبک‌های هویت و مهارت‌های زندگی با میزان توانایی ابراز وجود و مقابله با فشارهای روانی*؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
۴۳. فتی، لادن (۱۳۸۵): *راهنمای عملی برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی*؛ نشر دانژه.
۴۴. علامه، عاطفه (۱۳۸۴): *بررسی رابط ساده و چندگانه عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی و تعلل با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان‌های اهواز*؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
۴۵. یاسینی، زهراسادات و همکاران (۱۳۸۳): *راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی دوره راهنمایی*؛ وزارت آموزش و پرورش.
46. Schwarzer, R. , Schmitz, G. , Diehil, M. (2000). Compensatory health beliefs. Scale development and psychometric properties. Available in [www.psycho.megill.ca/perpg/fac/knaeuper/cnb](http://www.psycho.megill.ca/perpg/fac/knaeuper/cnb).
47. Schwartz, D. , Gorman, A. W. , Doung, M. T. , Nakamoto, J. (2008). Peer relationship and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *Journal of abnormal psychology*, 117, 289-299.
۴۸. سیف، علی اکبر (۱۳۸۶): *روان‌شناسی تربیتی*؛ انتشارات آگاه، تهران.
49. Setinsger, A. M., Felner, R. D., Brand, B., Burns, A. (2008). A large scale examination of the nature of efficacy of teacher practices to engage parents: Assessment, parent contact and student- level of impact. *Journal of school psychology*. 46, 477-480.
50. Murphy, J. P. (1993). Restructuring: In search of a movement. In: J. Murphy and P. Hallinger, Editors, *Restructuring schooling: Learning from ongoing efforts*, Corwin Press, Newbury Park, CA, pp. 1-31.

63. Hoover-Dempsey, K. V. , Walker, J. M. Sandler, H. M. Whetsel, D. Green C. L. , and Wilkins, A. S. et al. (2005). Why do parents become involved?, Research findings and implications. The Elementary School Journal 106, pp. 105–130.
- ۶۴ شکری و همکاران (۱۳۸۵)؛ «نقش صفات شخصیت و رویکردهای یادگیری در پیشرفت تحصیلی دانشجویان»، **پژوهش‌های روان‌شناختی**؛ دوره ۹، شماره ۳ و ۴.
- ۶۵ معین پور، حمیده، احمدرضا نصر اصفهانی و عاطفه ساعدی (۱۳۸۳)؛ «تأثیر عوامل فیزیکی کلاس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان»، **پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی**؛ شماره ۴.
61. Hamburg, D. A. , & Takanishi, R. (1996). Great transitions: Preparing American youth for the 21st century-the role of research, Journal of Research on Adolescence 6 (4), pp. 379–396.
62. Barton, A. C. , Drake, C. Perez J. G. , Louis K. St., & George, M. (2004) Ecologies of parental engagement in urban education, Educational Researcher 33 (4), pp. 3–12.

# رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل

نویسندگان: دکتر مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۱\*</sup>، دکتر حسین شکرکن<sup>۲</sup>  
و طیبه محتشمی<sup>۳</sup>

۱. استادیار دانشگاه پیام نور مرکز تهران

۲. استاد دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران

\* E-mail: aliakbaridehkordi@yahoo.com

## چکیده

از آنجاکه زنان در اجتماع امروزی نقش‌هایی چندگانه و گاه متضاد دارند، بررسی سلامت روانی آنان اهمیتی ویژه دارد. یکی از عوامل مؤثر در سلامت روانی نقش جنسیتی است. در پژوهش حاضر، رابطه نقش جنسیتی مردانگی و زنانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است؛ به این منظور، نمونه‌ای متشکل از ۵۰۰ زن شاغل در ادارات، سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی شهر تهران با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها به کلیه گویه‌های پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ (۱۹۷۲) و مقیاس نقش جنسی بيم فرم کوتاه (۱۹۸۱) پاسخ دادند. برای تحلیل آماری داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی مثبت معنی‌دار دارند؛ همچنین، زنانگی با سلامت روانی، مؤلفه اضطراب، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و مؤلفه افسردگی همبستگی ساده معنی‌دار دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، همبستگی معنی‌داری ندارد. مردانگی با سلامت روانی و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی ساده معنی‌دار دارد؛ اما با مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و افسردگی، همبستگی معنی‌داری ندارد؛ علاوه بر آن، نتایج تحلیل رگرسیون نشان دادند که وقتی متغیرهای زنانگی و مردانگی با هم در تحلیل رگرسیون وارد می‌شوند، تنها متغیر زنانگی توان پیش‌بینی سلامت روانی و برخی از مؤلفه‌های آن را دارد و متغیر مردانگی در این پیش‌بینی نقشی ندارد؛ در کل نتایج این پژوهش نشان داد که زنان شاغل از لحاظ سلامت روانی در وضعیتی مناسب قرار دارند، لذا، می‌توان نتیجه گرفت که اشتغال زنان در بیرون از خانه مفید است و برای آنان سلامت روانی، احساس رضایت و عزت نفس فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: زنان شاغل، سلامت روانی و نقش جنسیتی (مردانگی و زنانگی).

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور  
رشتار

• دریافت مقاله: ۸۸۷/۲۵

• پذیرش مقاله: ۸۹۷/۲۰

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011- 2012*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

## مقدمه

دربارهٔ تعریف مفهوم سلامت روانی، هر فرهنگی براساس معیارهای خود به دنبال تعریفی از آن است؛ این تعریف نه تنها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است بلکه در زمان‌های مختلف نیز فرق دارد (۱). امروزه سلامت روانی را جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت می‌دانند. حال تعریف سلامت روانی چیست؟ آیا سلامتی، فقط نبود بیماری است؟ طبق نظر جورج استون (۱۹۷۸) تعاریف سلامتی در دو گروه جای می‌گیرند: گروه یک، آنهایی هستند که سلامتی را نبود بیماری می‌دانند و همه تلاش می‌کنند تا به این حالت ایده‌آل برسند؛ گروه دیگر آنهایی هستند که سلامتی را تنها نبود بیماری نمی‌دانند بلکه حرکت به طرف سلامتی بیشتر را بهتر از حرکت در جهت متضاد می‌دانند. آنها معتقدند سلامتی یعنی بهزیستی، یعنی استفاده خوب از توانمندی‌ها؛ این گروه، سلامتی را در همه جنبه‌های زندگی زیستی، روانی و اجتماعی جستجو می‌کنند (۱)؛ برای نمونه تعریف سازمان بهداشت جهانی از مقوله سلامت روانی (۱۹۷۴) چنین است: سلامت روانی در مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی داشتن توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی و در واقع، بهداشت تنها نداشتن بیماری یا عقب‌ماندگی نیست (۱). یکی از عوامل مؤثر در سلامت روانی نقش جنسیتی است. از نظر لغت‌شناسی و دیدگاه حرفه‌ای «جنس» به جنبه‌های زیستی زن یا مرد بودن و «جنسیت» به خصوصیات رفتاری، اجتماعی و روانی مردان و زنان با عنوان زنانه بودن یا مردانه بودن اشاره می‌کند (۲)؛ همچنین اصطلاح تفاوت‌های جنسیتی برای تفاوت‌های ناشی از یادگیری و نقش‌های اجتماعی زنان و مردان استفاده می‌شود و اصطلاح تفاوت‌های جنسی برای اشاره کردن به تفاوت‌های فطری یا زیست‌شناختی ایجاد شده میان زنان و مردان کاربرد دارد. در حالی که بیشتر صاحب‌نظران نظریه‌های جنسیت اصطلاح نقش جنسی را معادل همان اصطلاح نقش جنسیتی

استفاده می‌کنند (۳ و ۲). به زعم رویکرد اجتماعی، اساس ویژگی‌ها و رفتارهای افراد در اجتماع، بر مبنای جنسیت (یعنی خصوصیات روانی و اجتماعی) آنان، نه جنس زیستی تعیین می‌شود و هیچ‌یک از صفات رفتاری به‌طور ذاتی، مردانه یا زنانه نیستند، بلکه این جامعه و فرهنگ حاکم بر آن است که صفات مربوط به یک جنس را مشخص می‌کند (۴).

برای تبیین نقش جنسی یا همان زنانگی و مردانگی، الگوهای بسیاری وجود دارد که مطابق نظر کرایبیک و مک کریری (۵) می‌توان آنها را به سه گروه عمده تقسیم کرد:

۱- مدل‌های پیوستاری و تک‌بعدی: گروهی از روان‌شناسان به‌طور سنتی، زنانگی و مردانگی را در دو نقش متضاد جنسیتی در دو کرانهٔ یک بُعد منفرد می‌دانند به طوری که مردانگی بالا موجب فقدان زنانگی است و برعکس آن، مانند نظریه یونگ .

۲- مدل‌های دوبعدی: پژوهشگرانی مانند بوم، این مدل‌ها را از سال ۱۹۷۰ (۶) پیشنهاد دادند؛ براساس این نظریه‌ها، مردانگی و زنانگی دو بعد جداگانه هستند به طوری که فرد می‌تواند در هر دوی این ابعاد بالا باشد.

۳- مدل‌های چندبعدی: پژوهشگرانی نظیر کرایبیک و مک کریری (۵) و وودهیل و ساموئلز (۴)، این مدل‌ها را پیشنهاد کرده‌اند و براساس نظریات این گروه، ابعاد هویت و نقش‌های جنسی بیشتر از دو بعد هستند؛ برای نمونه، وودهیل و ساموئلز چهار نقش جنسیتی زنانگی مثبت، زنانگی منفی، مردانگی مثبت و مردانگی منفی را به‌عنوان چهار بُعد و عامل جداگانه پیشنهاد کردند (۴). مرور عناوین پژوهش‌ها در کشورها و فرهنگ‌های مختلف نشان می‌دهد که مدل دوبعدی یا نظریه‌هایی که زنانگی و مردانگی را دو بُعد جداگانه می‌دانند، بیشتر مورد توجه و تأیید قرار گرفته‌اند (۳، ۷، ۸، ۹ و ۱۰)؛ طبق این مدل و با توجه به تعریف سلامت روانی، افرادی که در رویارویی با وقایع زندگی دارای توانمندی‌های رفتاری هر دو سنخ جنسیتی زنانه و مردانه (آندروژنی) هستند، از سلامت



روانی بهتری بهره‌مندند (۱۱). بدین ترتیب براساس نظریه بهم، وجود سطوح بالایی از صفات هر دو جنس در یک فرد، انطباقی‌ترین و سازگارانه‌ترین ویژگی جنسیتی را به وجود می‌آورد. اشخاصی که به موقع می‌توانند مهربانی زیادی داشته باشند و در وقت مناسب دیگر افرادی هستند که به راحتی و بدون تردید و دودلی تصمیم‌گیری می‌کنند، از بهزیستی روانی بهتری بهره‌مندند و به نحوی شایسته‌تر می‌توانند با فشارهای روانی زندگی مقابله کنند (۱۲).

بم (۱۹۷۸) معتقد است که سلامت روانی و مؤلفه‌های مربوط به آن از جمله موضوع‌های مهمی است که باید در سنخ‌های جنسیتی مورد بررسی قرار بگیرند (۴). به دنبال نظریه پردازی بهم، تحقیق‌هایی در این زمینه انجام گرفت که نشان‌داد، افراد دارای ویژگی دو جنسیتی در روابط زناشویی و روابط بین‌فردی خشنودترند و سلامت روانی بالاتری دارند (۱۳). شیموناکا و همکاران (۱۰) در ژاپن پژوهشی انجام دادند که نتایج این پژوهش نشان‌داد، سنخ دو جنسیتی در زن و مرد از لحاظ سلامت روانی در بهترین وضعیت هستند و سنخ تک‌بعدی در پایین‌ترین یا بدترین سطح سلامت روانی قرار دارند. سباستین و والسه (۱۴) در اسپانیا رابطه سنخ‌های دو جنسیتی، زنانه و مردانه را با فشار روانی، اضطراب، افسردگی و روش‌های مقابله با فشارها بررسی کردند؛ نتایج این پژوهش، بیانگر موفقیت و سلامتی روانی بیشتری در افراد سنخ دو جنسیتی بود. طی پژوهشی که عسگری (۱۵) انجام داد و به بررسی رابطه شادکامی، خودشکوفایی و سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با سنخ دو جنسیتی پرداخت، به این نتیجه رسید که بین سنخ دو جنسیتی و سلامت روانی دانشجویان رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ *ابولقاسمی و کیامرثی* (۱۶) نیز پژوهشی انجام دادند که یافته‌های این پژوهش نشان‌داد، زنان دارای سنخ دو جنسیتی افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و دردهای بدنی کمتری دارند و سازگاری زناشویی در آنان بیشتر است. به‌طور کلی، پیشینه تحقیقاتی نشان می‌دهد که میان میزان زنانگی و مردانگی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و یافته‌های پژوهشی از

آن حاکی است که سطوح بالای مردانگی و زنانگی با سطوح سلامت روانی مطلوب، همبستگی مثبت دارند (۳). ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۸ و ۱۹). از آنجاکه زنان علاوه بر ایفای نقش‌های شغلی به ایفای سایر نقش‌ها مانند حفظ شبکه خانواده، دوستان و فرزندان نیز مجبورند؛ بنابراین تلاش بیشتر برای ایجاد هماهنگی میان نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی می‌تواند رضایت شغلی سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد؛ از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان استرس بیشتری در تعارض نقش‌های خانوادگی و شغلی به سبب مسئولیت بیشترشان نسبت به مردان دارند، چراکه زنان شاغل سعی دارند، سبک زندگی خود را با نقش مادری و همسری سازگار کنند (۲۰)؛ لذا، با توجه به اینکه زنان به‌ویژه، زنان شاغل متأهل و سلامت روانی آنان از جمله مسائل مهم و اساسی در خانواده و اجتماع به‌شمار می‌روند، باید به‌طور علمی به آن توجه ویژه کرد؛ لذا موضوع این پژوهش بررسی رابطه نقش جنسیتی و سلامت روانی در زنان شاغل بوده است.

با توجه به مطالب عنوان شده در بالا، به‌طور کلی پژوهش حاضر علاوه بر اینکه درصدد پاسخگویی به این پرسش بود که «آیا میان دو نقش جنسیتی زنانگی و مردانگی در زنان شاغل رابطه وجود دارد یا نه؟»، به دنبال بررسی چگونگی رابطه میان نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل نیز بود؟».

که در پاسخگویی به این پرسش سه فرضیه اصلی مطرح شود.

۱. میان زنانگی و سلامت روانی در زنان شاغل رابطه وجود دارد.
  ۲. میان مردانگی و سلامت روانی در زنان شاغل رابطه وجود دارد.
  ۳. میان زنانگی و مردانگی با سلامت روانی در زنان شاغل رابطه چندگانه وجود دارد.
- لازم به ذکر است که هر یک از این فرضیه‌های اصلی، خود دارای یکسری فرضیه‌های فرعی بودند.

## روش پژوهش

### طرح پژوهش، نمونه، روش نمونه‌گیری و ویژگی‌های نمونه

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن تعداد ۵۰۰ زن شاغل متأهل در ادارات، سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی شهر تهران با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. میانگین سنی آنان ۳۴/۳۱ سال با انحراف استاندارد ۷/۷۸ و دامنه سنی آنان ۲۰ تا ۶۴ سال بود؛ همچنین، میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج آنها برابر با ۱۲ و ۶ و کمترین و بیشترین طول مدت ازدواج آنان برابر با ۱ و ۴۴ سال بود. بیشتر زنان مورد بررسی در این مرحله دارای یک یا دو فرزند بوده‌اند. زنان یادشده، دیپلم و لیسانس (به ترتیب ۳۵/۷ درصد و ۴۵/۵ درصد) بیشتر نمونه مورد بررسی را تشکیل دادند.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شد.

### • پرسش‌نامه سلامت روانی GHQ گلدبرگ (۱۹۷۲)

گلدبرگ (۱۹۷۲) آزمون GHQ را برای سرند بیماران روانی در مراکز درمانی طراحی کرد. در این پژوهش از برگه ۲۸ ماده‌ای استفاده شده است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۲) برای محاسبه اعتبار این پرسش‌نامه همبستگی، آن را با SCL-90-R بررسی کردند که ضریب همبستگی میان داده‌های حاصل از اجرای این دو پرسش‌نامه GHQ-28 و SCL-90-R روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۱). چان و چان (۲۲) به منظور محاسبه پایایی این پرسش‌نامه ضرایب آلفای کرونباخ آن را با استفاده از یک نمونه ۲۲۴ نفری در کشور چین ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در ایران علی/کبری دهکردی (۱۹) برای برآورد اعتبار پرسش‌نامه GHQ از پرسش‌نامه SCL-25 (نجاریان و دودی، ۱۳۷۵) استفاده کرد و ضرایب همبستگی GHQ و مؤلفه‌های آن را با آزمون SCL-25، به تفکیک جنس محاسبه کرد (۲۳)؛ تمامی ضرایب در سطح  $p < 0/001$  معنی‌دار

بودند. همچنین وی به منظور بررسی پایایی GHQ، ضرایب آلفای کرونباخ GHQ و هریک از مؤلفه‌های آن را محاسبه کرد ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ بود و ضرایب مؤلفه‌های GHQ، ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۸۹ در کل آزمودنی‌ها گزارش شدند.

### • مقیاس نقش جنسی بم فرم کوتاه

فرم کوتاه مقیاس نقش جنسی بم براساس فرم بلند آن ساخته شده است. بم (۲۴) به منظور برآورد پایایی فرم کوتاه مقیاس نقش جنسی، همسانی درونی این پرسش‌نامه را بررسی کرد. همسانی درونی به دست آمده ۰/۹۰ بود که بیان می‌کنند که این مقیاس از لحاظ خصوصیات روان‌سنجی از فرم بلند، پایاتر است. بم (۲۴) برای محاسبه اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه نقش جنسی، همبستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب همبستگی میان این دو را ۰/۹۹ محاسبه کرده است. در ایران برای اولین بار علی/کبری دهکردی (۱۹)، مقیاس فرم کوتاه نقش جنسی بم را به طور گسترده مورد استفاده قرار داد؛ وی به منظور برآورد پایایی مقیاس فرم کوتاه نقش جنسی بم و مؤلفه‌های آن، ضرایب آلفای کرونباخ آنها را برای زنان شاغل و مردان، به تفکیک، محاسبه کرد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۰ بوده است و ضرایب مؤلفه‌های آن برابر با ۰/۸۲ (زنانگی) و ۰/۷۸ (مردانگی) گزارش شده‌اند؛ همه این ضرایب نشان‌دهنده پایایی رضایت‌بخش این مقیاس هستند.

## نتایج

### الف- یافته‌های توصیفی

در این قسمت، ویژگی‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره) متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد زنانگی به ترتیب برابر با ۵/۷۹ و ۰/۶۸ و میانگین و انحراف استاندارد مردانگی به ترتیب برابر با ۴/۵۵ و ۰/۷۵ هستند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌های پژوهش (N=۴۴۶)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
زنانگی	۵/۷۹	۰/۶۸	۲/۴۲	۷
مردانگی	۴/۵۵	۰/۷۵	۲	۶/۷
نشانه‌های بدنی	۶/۲۳	۳/۶۷	۰	۲۱
اضطراب	۶/۱۲	۳/۷۵	۰	۱۹
اختلال در عملکرد	۷/۱۳	۲/۶۹	۰	۱۹
افسردگی	۷/۲۱	۳/۱۹	۰	۲۱
سلامت روانی	۲۱/۶۹	۱۰/۹۶	۰	۷۶

### ب- یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

به منظور بررسی رابطه میان میزان زنانگی و مردانگی در زنان شاغل و همچنین رابطه میان این دو میزان نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی معنی‌دار مثبت ( $r = ۰/۱۷$ ) دارند. ( $p < ۰/۰۱$ )

همچنین، زنانگی با سلامت روانی ( $r = -۰/۱۸۶$ ) و مؤلفه اضطراب ( $r = -۰/۱۵۹$  و  $p < ۰/۰۱$ )، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی ( $r = -۰/۱۹۷$ ) و

( $p < ۰/۰۱$  و  $r = -۰/۱۸$ ) و مؤلفه افسردگی ( $r = -۰/۱۸$  و  $p < ۰/۰۱$ ) همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی همبستگی معنی‌دار ندارد.

از طرف دیگر، مردانگی با سلامت روانی ( $r = ۰/۰۹۸$ ) و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی ( $r = ۰/۱۱۲$  و  $p < ۰/۰۱$ ) همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، مؤلفه اضطراب و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار ندارد.

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ترکیب خطی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر سلامت روانی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی زنانگی و مردانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های پژوهش (N=۴۴۶)

متغیر	زنانگی	مردانگی	سلامت روان	نشانه‌های بدنی	اضطراب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی
زنانگی	همبستگی پیرسون	۱	$۰/۱۷^{**}$	$-۰/۱۸۶^{**}$	$-۰/۱۵۹^{**}$	$-۰/۱۹۷^{**}$	$-۰/۱۸^{**}$
	سطح معنی‌داری	-	$۰/۰۰۰۱$	$۰/۰۰۰۱$	$۰/۰۰۰۱$	$۰/۰۰۰۱$	$۰/۰۰۰۱$
مردانگی	همبستگی پیرسون	$۰/۱۷^{**}$	۱	$-۰/۰۴۷$	$-۰/۰۸۵$	$-۰/۱۱۲^{*}$	$-۰/۰۸۶$
	سطح معنی‌داری	$۰/۰۰۰۱$	-	$۰/۰۳۹$	$۰/۰۷۲$	$۰/۰۱۸$	$۰/۰۷$

\*\* همبستگی در سطح  $۰/۰۱$  معنی‌دار است؛ \* همبستگی در سطح  $۰/۰۵$  معنی‌دار است

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در سلامت روانی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۶۸۸	-۰/۱۷۴	-۲/۸۰۵	۰/۰۰۰۱	۸/۹۹	۰/۱۹۸	زنانگی
۰/۱۴۹	-۱/۴۴۷	-۰/۰۶۸	-۰/۹۹۳				مردانگی

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در نشانه‌های بدنی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۷۵	-۱/۷۸۲	-۰/۰۸۵	-۰/۴۶۱	۰/۱۲۵	۲/۰۸	۰/۰۹۷	زنانگی
۰/۴۹۲	-۰/۶۸۸	-۰/۰۳۳	-۰/۱۶				مردانگی

می‌شود که تنها حدود ۱ درصد از واریانس نشانه‌های بدنی را تبیین می‌کند و F مربوط به نقش این متغیرها نیز معنی‌دار نیست.

همچنین برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر اضطراب از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که ۳ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کند. علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی اضطراب است.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که حدود ۴ درصد از واریانس سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی سلامت روانی است.

همچنین به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر نشانه‌های بدنی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد

جدول ۵. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در اضطراب

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۲	-۳/۱۳۴	-۰/۱۴۹	-۰/۸۲	۰/۰۰۲	۶/۵۶	۰/۱۷	زنانگی
۰/۲۰۵	-۱/۲۷	-۰/۰۶	-۰/۳				مردانگی

جدول ۶. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در اختلال در عملکرد اجتماعی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۹۰۲	-۰/۱۸۴	-۰/۷۲۶	۰/۰۰۰۱	۱۰/۵۲	۰/۲۱۳	زنانگی
۰/۰۸۵	-۱/۷۲۴	-۰/۰۸۱	-۰/۲۸۹				مردانگی

جدول ۷. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در افسردگی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۵۹۳	-۰/۱۷	-۰/۷۹۸	۰/۰۰۰۱	۸/۱۵	۰/۱۸۸	زنانگی
۰/۲۲۵	-۱/۲۱۴	-۰/۰۵۷	-۰/۲۴۳				مردانگی

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی رابطه میان نقش جنسیتی زنانگی و مردانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی معنی‌دار مثبت ( $r = ۰/۱۶۷$ ،  $p < ۰/۰۵$ ) دارند. درباره وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار میان میزان زنانگی و مردانگی در زنان شاغل در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ می‌توان گفت که نتیجه این پژوهش توسط یافته‌های برخی از پژوهش‌های خارج از کشور (۳، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و داخل کشور (۱۹) و نظریه‌های جدید درباره جنسیت (۶ و ۱۲) در خصوص زنانگی و مردانگی حمایت می‌شود.

با پیشرفت جوامع و گسترش نقش زنان در امور اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه و انجام برخی از وظایف خانه‌داری و بچه‌داری توسط مردها، تغییرهایی در نقش‌های جنسیتی و به دنبال آن، سنخ‌های جنسیتی که زن‌ها و مردها دارند، به وجود آمده‌است. به طوری که وجود زنانگی و مردانگی به طور هم‌زمان که مطابق مدل دو بعدی بم (۶ و ۲۴) همان سنخ جنسیتی آندروژنی است، در زن‌ها و مردها زیاده‌تر از پیش وجود دارد و

همچنین به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر اختلال در عملکرد اجتماعی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده‌است.

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که حدود ۵ درصد از واریانس اختلال در عملکرد اجتماعی را تبیین می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی اختلال در عملکرد اجتماعی است.

همچنین به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر افسردگی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۷ ارائه شده‌است.

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که ۳ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، مردانگی به طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی افسردگی است.

مردانگی در نسل جدید پسران به‌طور معنی‌دار بیشتر از نسل پدران است. ریس (۴) معتقد است علاوه‌بر تأثیر خانواده و والدین، رسانه‌های گروهی از جمله عواملی هستند که به شکل‌گیری کلیشه‌های جنسی اشخاص کمک می‌کنند؛ از جمله این رسانه‌ها، کتاب‌های داستان، بازی‌های ویدیویی و برنامه‌های تلویزیونی هستند؛ همچنین، *باسی و بندورا* (۳۱) معتقدند واکنش‌های مدرسه به‌عنوان یکی دیگر از عوامل جهت‌یابی رشد جنسیتی شناخته‌شده‌است و گروه همسالان، برنامه درسی، برنامه‌های تفریحی و ورزشی نگرش‌ها و کنش‌های معلمان در انتظاری‌هایی که از کودکان و خودشان به‌عنوان یک مرد یا زن دارند، تأثیری گذارند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان‌داد که نقش جنسیتی با سلامت روانی همبستگی معنی‌دار دارد. بدین ترتیب که زنانگی با سلامت روانی، مؤلفه اضطراب، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی همبستگی معنی‌دار ندارد؛ از طرف دیگر، مردانگی با سلامت روان و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، مؤلفه اضطراب و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار ندارد؛ این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو و هماهنگ است (۳، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۸ و ۱۹). درخصوص نقش مردانگی و زنانگی در سلامت روانی علاوه‌بر نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده قدیمی که می‌توان به جدیدترین آنها که در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷ انجام‌شده‌است، اشاره کرد. یافته‌های پژوهش *ماهلیک* و همکاران در سال ۲۰۰۷ درخصوص مردانگی همچنین در پژوهش دیگری *لنکوویتز و زلندو* (۱۷) دربارهٔ مردانگی و زنانگی (هر دو) نشان‌دادند که سطوح بالای آنها با سطوح بالاتر سلامت روانی مطلوب همبستگی مثبت دارند.

برای تبیین نقش جنسیتی یا همان زنانگی و مردانگی همان‌طوری که در مقدمه گفته‌شد الگوهای بسیاری وجود دارند که مطابق نظر *کرایبک* و *مک کریری* (۵)

از آنجا که جامعه مورد بررسی این پژوهش نیز زنان شاغل هستند که در بسیاری از اوقات مجبورند، نقش‌های مربوط به سنخ جنسیتی ناهماهنگ با جنس خود را اجرا کنند (۲۵) میزان زنانگی و مردانگی در آنها در یک جهت است و نمایانگر رابطه مثبت میان این دو سنخ جنسیتی است. *دامجی و لی* (۲۶) معتقدند در دهه‌های اخیر حضور زنان به‌ویژه زنان متأهل و حتی زنان متأهل با بچه در محیط کار بیشتر شده‌است؛ برای نمونه، در سال ۱۹۷۰ ۴۰ درصد زنان بیرون از خانه کاری کردند در حالی که در سال ۱۹۹۰ بیشتر از ۷۰ درصد آنان بیرون از خانه کاری کنند (۹). هم‌زمان با سایر کشورها در نقش‌هایی که زنان ایرانی به‌عهده‌دارند، نیز تغییر و تحول بسیاری رخ داده‌است؛ برای نمونه، براساس آمارهای سرشماری در سال ۱۳۶۵، مشارکت زنان در جامعه ۸/۲ درصد بوده‌است در حالی که این آمار در سال ۱۳۸۳ به ۱۴/۲ رسیده‌است (۲۷)؛ با وجود این، *بم* (۲۴) و *دامجی و لی* (۲۶) معتقدند که زنان درخصوص نقش‌های جنسیتی لیبرال هستند و به همین دلیل آنان نمره‌های بالاتری روی زنانگی نسبت به مردانگی به‌دست می‌آورند، همان‌طوری که نتایج این پژوهش نشان‌داده‌است در زنان شاغل میانگین زنانگی ۵/۷۹ و میانگین مردانگی ۴/۵۵ است.

براساس بسیاری از نظریه‌های ارائه‌شده (نظریه یادگیری اجتماعی، نظریه شناختی-اجتماعی و نظریه طرح‌واره جنسیتی) درخصوص جنس و جنسیت، با اینکه جنس یعنی مرد بودن و زن بودن تحت تأثیر عوامل زیستی است ولی روی شکل‌گیری جنسیت، یعنی زنانگی و مردانگی عوامل دیگری نیز مؤثرند؛ از جمله این عوامل که در پژوهش‌های مختلف نشان‌داده‌شده‌است، تغییر در باورها و کلیشه‌های جنسیتی است (۲۴، ۲۸، ۲۹ و ۳۰). *ساندرا بم* (۲۴) معتقد است که والدین می‌توانند نقش اساسی در تغییر باورهای کلیشه‌ای جنسیتی داشته‌باشند؛ بر همین اساس، پژوهش *گواستلو و گواستلو* (۳) نشان‌داد که فراوانی سنخ جنسیتی آندروژنی یعنی بالا بودن میزان زنانگی و میزان

نسبت به افرادی که دارای سنخ جنسیتی سنتی هستند (۱۵) دوست‌داشتنی‌ترند و سازگاری بیشتری دارند.

نتایج این پژوهش درباره نقش متغیر مردانگی در کنار متغیر زنانگی در تبیین سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در زنان با برخی یافته‌های پژوهشی ناهماهنگ بوده است (۴، ۶، ۱۴، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵).

برای تبیین تفاوت میان نتایج این پژوهش با برخی یافته‌های پیشین می‌توان به بالا بودن میزان سلامت روانی در نمونه مورد پژوهش اشاره کرد؛ همچنین در تبیین این ناهماهنگی می‌توان به نظریه وودهیل و سامونلز (۴) اشاره کرد. وودهیل و سامونلز (۴) با بیان نظریه‌ای جدید درباره نقش جنسیتی بر این عقیده‌اند که به‌رغم وجود بسیاری از پژوهش‌ها که بیانگر ویژگی‌های مثبت در افرادی است که در هر دو میزان مردانگی و زنانگی بالا هستند، پژوهش‌هایی دیگر نیز وجود دارند که نتایج نامتناقضی ارائه داده‌اند (۴ و ۳۶)؛ بر همین اساس، این نظریه پردازان، نظریه دوجنسیتی مطرح شده بسم (۶) را «نظریه سنتی» نامیده‌اند و در مقابل آن نظریه‌ای جدید درباره دوجنسیتی بودن، با عنوان دوجنسیتی مثبت و منفی بیان می‌کنند که این نظریه متناسب با مدل چندبعدی از مدل‌های سه‌گانه کرایبیک و مک کریری (۵) در خصوص ابعاد جنسیت است؛ براساس این مدل، ابعاد هویت و نقش‌های جنسیتی، بیش از دو بعد مطرح شده توسط بسم (۶) هستند. وودهیل و سامونلز (۴) چهار بعد یا چهار سنخ جنسیتی زنانگی مثبت، زنانگی منفی، مردانگی مثبت و مردانگی منفی را به‌عنوان چهار بعد و عامل جداگانه جنسیتی پیشنهاد می‌کنند. به نظر این پژوهشگران همان‌گونه که برخی از صفات مردانگی و زنانگی مثبت هستند مانند مهربان بودن یا قاطع بودن، برخی از آنها مانند حساس بودن بیش از حد یا پرخاشگری می‌توانند صفات منفی محسوب شوند؛ لذا شاید بتوان یکی از دلایل عدم هماهنگی نتیجه مربوط به عدم نقش تعیین‌کننده میزان مردانگی در سلامت روانی و مؤلفه‌های آن را با استفاده

آنها به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند که این پژوهش مطابق مدل دو بعدی انجام شده است.

با توجه به مدل جدید سلامت روانی، افرادی که در رویارویی با وقایع زندگی دارای توانمندی‌های رفتاری هر دو سنخ جنسیتی زنانه و مردانه هستند از سلامت روانی بهتری بهره‌مندند (۱۱). اشخاصی که به‌موقع می‌توانند مهربانی زیادی داشته باشند و در وقت مناسب، دیگر افرادی هستند که به راحتی و بدون تردید و دودلی تصمیم‌گیری می‌کنند، بهزستی بهتری دارند و به نحوی شایسته‌تر می‌توانند با فشارهای روانی زندگی مقابله کنند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، افرادی که دارای هر دو سنخ جنسیتی هستند، دارای حرمت خود بیشتر و منبع مهار درونی هستند؛ از طرفی، این افراد خشنودترند و انگیزه پیشرفت بالایی داشته، دارای استقلال و انعطاف‌پذیری بالایی هستند و در نتیجه از سلامت روانی بالایی بهره‌مندند (۱۵). سلامت روانی و مؤلفه‌های مربوط به آن، مانند افسردگی، اضطراب، نروسیسم، اختلال‌های روان‌تنی، فشار روانی و روش‌های مقابله با فشار روانی از جمله موضوع‌های مهم بوده‌اند که بسم (۴) و سایر پژوهشگران در سنخ‌های جنسیتی مورد بررسی قرار داده‌اند و فرض اساسی آنها حمایت از این اصل بوده است که افرادی که هم از لحاظ زنانگی و هم از لحاظ مردانگی بالا هستند (دو جنسیتی) نسبت به جنسیت‌های دیگر از سلامت روانی بیشتری بهره‌مندند.

امروزه به جامعه‌پذیری دو جنسیتی توجه می‌شود؛ یعنی تفکیک سنخ‌های جنسیتی وجود نداشته، هر فردی چه زن و چه مرد می‌تواند دارای نقش‌های مردانه یا زنانه باشد و هر دو جنس اجازه دارند که بدون توجه به سنخ‌های جنسیتی و براساس شخصیت ویژه خود و نه براساس جنس خود، هر نوع رفتاری را انتخاب کنند و رفتار مناسب را پیدا کنند (۱۵). از نظر بسم (۶) نقش دوجنسیتی، یک سنخ جنسیتی است که در آن فرد، صفات زیادی از هر اسنادهای زنانه و مردانه را در شخصیت خویش یکپارچه می‌سازد. تحقیق‌های انجام شده نشان می‌دهند، افرادی که هر دو سنخ جنسیتی را دارند،

- intelligence among college students and their parents. *Sex Roles*, VOL 49, No( 11/12)pp: 663-673.
4. Woodhill, B. M., & Samuels, C. A. (2003). Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well- being. *Sex Roles*, VOL48, No( 11/12), pp: 555-565.
  5. Korabik, K., & McCreary, D. (2000). Testing a model of socially desirable and undesirable gender-role attributes. *Sex Roles*, VOL 43, No(9/10), pp: 665-685.
  6. Bem, Sandra Lipsitz. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, VOL 42, No2, pp:155–162.
  7. Ward, C. (2000). Models and measurements of psychological androgyny: A cross-cultural extension of theory and research. *Sex Roles*, VOL 43, No(7/8), pp: 529-552.
  8. Zhang, J., Norvilitis, J., & Jin, S. (2001). Measuring gender orientation with the Bem Sex Role Inventory in Chinese culture. *Sex Roles*, VOL 44, No( 3/4), pp: 237-251.
  9. Auster, C., & Ohm, S. (2000). Masculinity and femininity in contemporary American society: A reevaluation using the Bem Sex- Role Inventory. *Sex Roles*, VOL43, No(7/8), pp: 499-528.
  10. Shimonaka, Y., Nakazato, K., Kawaai, C., & Sato, S. (1997). Androgyny and successful adaptation across the life span among Japanese adults. *Journal of Genetic Psychology*, VOL158, Vo4, pp: 390- 400.
  11. Baren, A.L. (2002). Mental health in young females: A gender perspective. [www.cwds.ac.in/library/collection/elib/status/st\\_mental\\_health\\_issues.pdf](http://www.cwds.ac.in/library/collection/elib/status/st_mental_health_issues.pdf).
  12. Woodhill, B. M., & Samuels, C. A. (2005). Desirable and undesirable androgyny: A prescription for the twenty- first century. *Journal of Gender Studies* VOL13, No1, pp: 15-28.
۱۳. احتشام‌زاده، پروین (۱۳۸۹)؛ «تحول نقش‌های جنسیتی زنان و سلامت روانی خانواده»، *زن و فرهنگ*، سال ۱، شماره ۲، صص ۱۵-۶۵.

از این نظر دانست به‌خصوص که با مقیاس نقش جنسی بم (۲۴) نمی‌توان مثبت یا منفی بودن سنخ جنسیتی را تعیین کرد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی هم بوده‌است؛ جامعه آماری این پژوهش، زنان شاغل شهر تهران بوده‌است که امکان تعمیم این پژوهش را به سایر زنان شاغل در کشور وجود ندارد؛ همچنین از آن جهت که جامعه آماری این پژوهش، فقط زنان شاغل بوده‌اند، امکان تعمیم نتایج این پژوهش به سایر زنان غیرشاغل وجود ندارد؛ از طرف دیگر، به دلیل وسعت کار هرچند که نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شده اما امکان کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر از جمله حقوق ماهانه، تعداد ساعت کاری و سن وجود نداشته‌است؛ لذا به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، علاوه بر نظریه آندورژنی بم (۶)، نظریه آندورژنی مثبت و منفی وودهیل و ساموئلز (۴) را مورد بررسی قرار دهند؛ همچنین سعی کنند که در جامعه پژوهش خود از زنان غیرشاغل و شهرهای دیگر کشور ایران استفاده کنند؛ در کل، نتایج این پژوهش نشان داد که زنان شاغل از لحاظ سلامت روانی در وضعیتی مناسب قرار دارند؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که اشتغال زنان در بیرون از خانه مفید است و می‌توان گفت که ایفای نقش‌های چندگانه و حتی متضاد برای زنان بیشتر حالت پاداش‌دهنده دارد و برای آنها احساس رضایت و عزت‌نفس فراهم می‌کند؛ بنابراین، از مسئولان انتظامی رود که در زمینه ایجاد موقعیت‌های اشتغال برای زنان، بیشتر تلاش کنند.

## منابع

1. Brannon, L., & Feist, J. (1996). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Brook/ Cole Publishing Company.
2. Pryzgod, J., & Chrisler, J.C. (2000). Definitions of gender and sex: The subtleties of meaning. *Sex Roles*, 43(7/8): 553-569.
3. Guastello, D. D., & Guastello, S. J. (2003). *Androgyny, gender role behavior, and emotional*



24. Bem, S. L. (1981). Bem Sex Role Inventory: Professional Manual. Palo Alto, CA, USA: Consulting Psychologists Press.
25. Welch, R.L. (1999). Androgyny and derived identity in married women with varying degrees of von-traditional role involvement. *Psychology of Women Quarterly*, VOL3, No3, pp: 308-315.
26. Damji, T., & Lee, C. M. (2001). Gender role identity and perceptions of Ismaili Muslim men and women. *The Journal of Social Psychology*, VOL135, No2, pp: 215- 223.
۲۷. علاف، صدیقه (۱۳۸۳)؛ «اشتغال زنان و چالش‌های آن. پیام زن»، *ویژه‌نامه زن در جمهوری اسلامی ایران*، دفتر چهارم، *ماهنامه فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و هنری*، سال ۱۳، شماره ۱۳، صص ۱۳۴.
28. Sedney, M. A. (1987). Development of Androgyny: Parental Influences. *Psychology of Women Quarterly*, VOL11, No 3, pp: 311-326.
29. Roberts, A. (1995). An Empirical Study to Examine for Androgynous Mentoring Behaviour in the Field of Education. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, VOL7, No 3, pp: 203-222.
30. Vaughan, J. E., & Fisher, V. L. (1998). The effect of traditional and cross-sex modeling on children's sex- role attitudes and behaviors. *The Journal of Psychology*, No107, pp: 253-260.
31. Bussey, K., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of gender development and functioning. In A.H.Eagly, A.E. Beall & R.J. Sternberg (Eds), *The psychology of gender* (pp.92-120). The Guilford Press.
32. Pei-Hui RA, Ward C. (1994). A cross-cultural perspective on models of psychological androgyny. *Journal of Social Psychology*, VOL134, No3, pp: 391-3.
33. Harris, T., & Schwab, R. (1979). Personality characteristics of androgynous and sex-typed females. *Journal of Personality Assessment*, VOL43, No6, pp: 614-6.
34. Ray, J.J., & Lovejoy, F.H. (1986). The great androgyny MYTH: Sex roles and mental health in the community at large. *Journal of Social Psychology*, VOI 124, pp: 237-246.
14. Sebastian, H., & Valle, V. (1988). Implications of psychological androgyny in the field of adjustment and mental health. *Psiquis Revista-De-Psiquiatria-Psicosomatico*. Abstract.
۱۵. عسگری، پرویز، پروین احتشام زاده و سهیلا پیرزمان (۱۳۸۹)؛ «رابطه سازگاری معنوی و آندروژنی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال ۴، شماره ۱۱، صص ۲۲-۳۳.
۱۶. ابولقاسمی، عباس و آذر کیامرثی (۱۳۸۵)؛ «بررسی رابطه آندروژنی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی در زنان»، *مطالعات زنان*، سال ۴، شماره ۱، صص ۵۵-۶۶.
17. Lefkowitz, E. S. & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and feminity predict optimal mental health: A belated test of the Androgyny Hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, VOL87, No1, pp: 95-101.
18. Mahalik, J. R., Burns, S. M. & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Journal of Social Science & Medicine*, VOL 64, pp: 2201-2209.
19. Aliakbari, D. M., & Hemmati, F. (2008). The theory of androgyny and employed women. In E. Avram. *Psychology in modern organizations*: pp. 169-196.
۲۰. خسروی، زهره و میترا خاقانی فرد (۱۳۸۶)؛ «بررسی عوامل مرتبط با سلامت روانی زنان شغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی مراکز غیر دولتی شهر تهران»، *مطالعات زنان*، سال ۵، شماره ۱، صص ۲۷-۴۴.
۲۱. نور بالا، احمد، عباس باقری یزدی و محمد کاظم (۱۳۸۷)؛ «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سوال سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران-۱۳۸۰»، *مجله پژوهش حکیم*، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۴۹-۵۳.
22. Chan, D.W. & Chan, T.S.C. (1983). Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese version. *Psychological Medicine*, No13: 363-372.
۲۳. نجاریان، بهمن و ایران داودی (۱۳۷۵)؛ «ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه شده SCL-90-R)»، *مجله روان‌شناسی*، شماره ۱۸، صص ۱۳۶-۱۵۰.

36. Burchardt, C., & Serbin, L. (1982). Psychological androgyny and personality adjustment in college and psychiatric populations. *Journal of Sex Roles*, VOL8, No(9\8), pp: 835-851.
35. Shimonaka, Y., Nakazato, K., & Homan, A. (1990). Personality longevity and successful aging among Tokyo metropolitan centenarians. *International-Journal of Aging and Human Development*, VOL42, No3, pp: 173-187.

# اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی

نویسندگان: الهام راشدی<sup>1\*</sup>، دکتر فرامرز سهرابی<sup>2</sup> و دکتر جمال شمس<sup>3</sup>

1. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی
  2. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
  3. استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
- \* E-mail: [elham.rashedi@yahoo.com](mailto:elham.rashedi@yahoo.com)

## چکیده

مطالعه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی. طرح پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه هدف شامل بیماران سرپایی بهبود یافته از اختلال دوقطبی نوع I مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین تهران بودند که با وجود تجویز تثبیت‌کننده‌های خلقی دچار عودهای متناوب بودند. از این بین با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد 14 بیمار دوقطبی نوع I، به‌طور تصادفی در گروه درمان شناختی رفتاری یا گروه گواه قرار گرفتند. هر دو گروه درمان و گواه تثبیت‌کننده‌های خلقی دریافت می‌کردند. به‌علاوه، گروه درمان به‌طور میانگین 14 جلسه درمان شناختی رفتاری دریافت کردند. از مقیاس‌های مانیای یانگ، افسردگی و اضطراب همیلتون و پایبندی دارویی موربسی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از کواریانس و آزمون t جفتی تحلیل شد. گروه آزمایش در علائم افسردگی و اضطراب کاهش قابل ملاحظه نشان دادند. در علائم مانیا و پایبندی دارویی تفاوت معناداری میان دو گروه وجود نداشت. افزودن درمان شناختی رفتاری به دارودرمانی به بهبود علائم در بیماران دوقطبی منجر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال دوقطبی، جلوگیری از عود و درمان شناختی رفتاری.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
روشنار

• دریافت مقاله: 88/1/25

• پذیرش مقاله: 89/7/20

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 5

پاییز و زمستان 1390

## مقدمه

اختلال دوقطبی یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که به‌طور تقریبی 1 درصد جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ این اختلال با میزان چشمگیر ناخوشی<sup>1</sup> همراه است به‌خصوص بدین دلیل که این بیماران دوره‌های بیماری طولانی‌تر و در مقایسه با دیگر بیماران خلقی، دوره‌های بهبود کمتری دارند (1)؛ این اختلال همچنین نرخ مرگ‌ومیر بالایی دارد به‌طوری که یک‌سوم بیماران دوقطبی دست‌کم یک‌بار به خودکشی اقدام کرده‌اند (2).

با توجه به این مسائل، سازمان بهداشت جهانی<sup>2</sup> در سال 1990 اختلال دوقطبی را ششمین علت ناتوانی مادام‌العمر در سازگاری افراد سنین 15 تا 44 سال جهان رتبه‌بندی کرده‌است (3)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد که اولین هدف درمانی در اختلال دوقطبی، درمان مرحله حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است. گرچه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتیم و کاربامازپین در فرونشاندن مرحله حاد بیماری و تثبیت آن مؤثرند، خیلی از بیماران، بازگشت دوره‌ها و عود را تجربه می‌کنند؛ برای نمونه با وجود عوامل تثبیت‌کننده خلق، داده‌های طولی نرخ عود را 40 درصد در یک سال، 60 درصد در دو سال و 73 درصد در پنج سال یا بیشتر نشان می‌دهند (4).

به‌ظاهر، دارودرمانی به‌تنهایی در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی مؤثر نیست و عواملی دیگر هم در آن نقش دارند. در بررسی‌های صورت‌گرفته برای شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد اختلال دوقطبی، عواملی مانند عدم پایبندی<sup>3</sup> دارویی (5)، وجود علائم خرده‌نشانه<sup>4</sup> (6) و باقی‌مانده<sup>5</sup> مانیا و افسردگی (7) و وجود اختلال‌های توأم<sup>6</sup> به‌خصوص اختلال‌های اضطرابی (7 و 8) بیشتر نمود می‌کنند؛ توجه ویژه به این عوامل می‌تواند به کاهش خطر عود کمک کند؛ به‌عبارتی، وجود درمانی غیردارویی در کنار دارو درمانی، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ از جمله این درمان‌های الحاقی و توأم با درمان دارویی، می‌توان به درمان بین‌فردی و ریتم اجتماعی<sup>7</sup> (9)، درمان خانواده‌محور<sup>8</sup>

(10)، آموزش‌روانی<sup>9</sup> (11 و 12) و درمان شناختی رفتاری (13) اشاره کرد.

برای اثرگذاری بیشتر بر جریان اختلال دوقطبی، دست‌کم، شش هدف جداگانه برای درمان وجود دارند؛ پنج هدف اول مربوط به جلوگیری از عود و آخرین هدف مربوط به درمان افسردگی دوقطبی هستند که این اهداف، «پایبندی دارویی، کشف اولیه و مداخله، مدیریت استرس و سبک زندگی، درمان شرایط همبود و درمان افسردگی دوقطبی» را شامل می‌شوند (14). در ادامه توضیحی درباره هر یک از این اهداف ارائه خواهد شد.

1) **پایبندی دارویی:** ماهیت عودکننده اختلال دوقطبی، بیانگر تداوم<sup>10</sup> طولانی‌مدت درمان بوده، این امر به پایبندی کافی به درمان دارویی نیازمند است. عدم پایبندی به داروهای ضدروان‌پریشی به عود نشانه‌های بیماری، بستری‌شدن در بیمارستان و پیامد<sup>11</sup> ضعیف منجر می‌شود (3) اما با وجود این، پایبندی به داروهای تجویزی در این افراد، پایین گزارش شده‌است؛ مطالعات نرخ پایبندی را بین 12 تا 60 درصد نشان می‌دهند (15). تا هنگامی که بیمار به ضرورت درمان اعتقاد نیابد، پایبندی طولانی‌مدت به درمان نیز وجود ندارد. شواهدی نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان دارویی می‌تواند نتیجه درمان را بهبود دهند (2)، 14 و 16). در مطالعه‌ای عوامل مرتبط با عدم پایبندی، به این ترتیب گزارش شدند: «وابستگی به الکل، جوانی، ناخوشی خلقی شدیدتر، آثار جانبی گوناگون، اختلال وسواسی جبری همبود و بهبود از مانیا/هیپومانیا»؛ همچنین جنسیت، خرده‌نوع<sup>12</sup> تشخیصی و دیگر همبودها با پایبندی ارتباطی نداشتند (17).

1- morbidity

2- World Health Organization (WHO)

3- non adherence

4- subsyndromal symptoms

5- residual

6- comorbid

7- Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)

8- Family-Focused Therapy (FFT)

9- Psychoeducation (PE)

10- maintainance

11- outcome

12- subtype

هدف درمان شناختی رفتاری برای اختلال دوقطبی، به حداکثر رساندن پایبندی به دارو درمانی و دیگر اشکال درمان است. این کار از طریق شناسایی و برطرف کردن عواملی صورت می‌گیرد که می‌توانند در پایبندی مداخله کنند (14).

2) **کشف اولیه و مداخله:** آموزش بازشناسی علائم اولیه هشداردهنده مانیا و درمان زودهنگام، زمان وقوع مانیای بعدی را افزایش و نرخ عود را کاهش می‌دهد (18). عود به‌خصوص در ماه‌های اول ثبات بالینی اختلال، تأسف‌برانگیز است و شاید با گوش‌به‌زنگی و توجه به علائم بین‌دوره‌ای قابل جلوگیری باشد. تعداد دوره‌های مانیایی که فرد تجربه می‌کند، پیش‌بینی‌کننده خطر بالاتر عود، میزان بیشتر نقص‌های شناختی و پیامد کلی ضعیف‌تر است (19). شناسایی علائم اولیه و هشداردهنده عود بیماری در بیماران دوقطبی در طولانی‌شدن زمان عود مانیای بعدی و بهبود کارکرد تأثیر دارد (20)؛ این مداخلات، همچنین برای کاهش وقوع تصمیم‌های مالی، اجتماعی و جنسی ضعیف طراحی می‌شوند که ممکن است طی یک دوره رخ دهند (14).

3) **مدیریت استرس و سبک زندگی:** تاریخچه حوادث زندگی بیماران نشان می‌دهد که افراد دوقطبی پیش از آغاز یک دوره یا قبل از دوره‌های بعدی اختلال، حوادث استرس‌زای شدیدی را تجربه می‌کنند (21). در اختلال دوقطبی، استرس می‌تواند ماشه‌چکان (راه‌انداز<sup>1</sup>) افسردگی و هیپومانیا باشد، به‌خصوص استرسی که باعث آشفتگی در خواب شود. استرس خانوادگی یک ماشه‌چکان رایج برای افراد دوقطبی است؛ وقایعی دیگر نیز در افزایش میزان استرس سهیم هستند؛ مانند روابط شخصی، مسائل کاری و عوامل محیطی. برای افراد دوقطبی اجتناب از این استرس‌های روزانه اغلب، مشکل است. بنابراین ایجاد راهکارهایی به‌منظور مقابله مؤثر با حوادث استرس‌زا برای آنها ضروری است.

مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف در پاسخ به علائم اولیه اختلال و اختلال در خواب و روال‌های اجتماعی، خطر عود را افزایش می‌دهد (22). مدیریت اختلال دوقطبی شامل مدیریت سبک زندگی برای حفظ چرخه خواب/بیداری، فراهم کردن توازن در سطح فعالیت‌های بیمار و همچنین بازنگری افزایش فعالیت را دربرمی‌گیرد که می‌تواند منادی یک دوره هیپومانیا باشد (14).

4) **درمان شرایط همبود:** نرخ بالای همبودی روان‌پزشکی در بیماران دارای اختلال دوقطبی وجود دارد؛ برای نمونه در مطالعه 288 بیمار سرپایی دارای اختلال دوقطبی، 42 درصد افراد مورد مطالعه ملاک‌های اختلال اضطرابی، 42 درصد ملاک‌های اختلال سوءمصرف مواد و 5 درصد ملاک‌های اختلال خوردن را دریافت کردند (8).

اختلال‌های اضطرابی به‌خصوص در میان افراد دوقطبی در حالت آرامش روانی<sup>2</sup> در مقایسه با گروه کنترل شایع است. شایع‌ترین اختلال اضطرابی مادام‌العمر، اختلال وسواسی جبری است. اضطراب اجتماعی، اختلال اضطرابی عمومی و اختلال وحشت‌زدگی در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. اختلال اضطرابی مادام‌العمر، اثری چشمگیر بر چهار شاخص شدت بیماری دارد که عبارت‌اند از: 1) درصد زمان‌های سپری‌شده در دوره‌ها؛ 2) بیشترین دوره آرامش روانی مداوم در دو سال پیشین؛ 3) وجود روان‌پریشی و 4) پاسخ به تثبیت‌کننده‌های خلقی (23). به دلیل اهمیت این مسئله، درمان اختلال‌های اضطرابی در برنامه درمانی بیماران دوقطبی گنجانده می‌شود.

5) **درمان افسردگی دوقطبی:** فهم افسردگی در اختلال دوقطبی، بسیار حائز اهمیت است. علائم افسردگی دوقطبی با نرخی بالاتر رخ می‌دهند، به مدتی طولانی‌تر ادامه می‌یابند و در مقایسه با مانیا باعث آشفتگی بیشتر، ناتوانی و بار اقتصادی بالاتری می‌شوند.

1- trigger  
2- euthymia

بیماران چشمگیر نیست (30) و نرخ عود اختلال در این گروه قابل توجه است (31). در مطالعه‌ای، روی نمونه ایرانی، عوامل مؤثر در عود چنین به دست آمد: «قطع داروی تثبیت‌کننده خلق، کاهش دوز دارو، مصرف داروهای بی‌ثبات‌کننده خلق، سوءمصرف و وابستگی به مواد، بی‌خوابی و داشتن برنامه خواب نامنظم، نداشتن دانش و آگاهی کافی در اهمیت درمان نگهدارنده و حوادث زندگی» (32)؛ با وجود این مسائل، در ایران خدمات روان‌شناختی مؤثری برای دوران بعد از بهبود اختلال‌های دوقطبی ارائه نمی‌شود. حال آنکه دوران بعد از بهبود بیماری در عود مجدد اختلال، نقشی بسزا دارد. جای خالی درمان‌های روان‌شناختی در گستره بیماری‌های روانی مزمن و تکرارشونده‌ای مانند اختلال‌های دوقطبی احساس می‌شود. متأسفانه در ایران پژوهش‌های کنترل‌شده انگشت‌شماری درباره نقش خدمات روان‌شناختی برای جلوگیری از عود اختلال‌های دوقطبی صورت گرفته است. با توجه به کمبود مطالعات مستدل و منسجم در خصوص اثربخشی خدمات روان‌شناختی برای بیماری‌های روانی مزمن و از جمله اختلال دوقطبی، لزوم انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

در این پژوهش در راستای جلوگیری از عود اختلال، اهداف زیر در نظر گرفته شده‌اند: 1) افزایش پایبندی دارویی؛ 2) کاهش علائم خرده‌نشانه افسردگی؛ 3) کاهش علائم خرده‌نشانه مانیا و 4) کاهش علائم اضطرابی همراه با اختلال؛ برای رسیدن به اهداف مذکور از درمان شناختی رفتاری برای اختلال دوقطبی (33) استفاده شد.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران سرپایی بهبودیافته از اختلال دوقطبی

بیش از دوسوم بیماران دوقطبی درمان‌شده، افسردگی یا چرخه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. بعد از بهبود آشکار از یک دوره دوقطبی، علائم خرده‌نشانه افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند که به‌طور تخمینی برای اختلال دوقطبی I بیش از 30 درصد و برای اختلال دوقطبی II بیش از 50 درصد هفته‌های آتی را دربرمی‌گیرد (24).

از میان درمان‌های روان‌شناختی مطرح‌شده برای اختلال دوقطبی که از نظر تجربی آزموده شده‌اند، درمان شناختی رفتاری به چندین دلیل مورد توجه واقع می‌شود؛ مورد اول ماهیت آموزش روانی آن است که از طریق ارتقاء بخشیدن، بازنگری و خودتنظیمی، آن را برای درمان این اختلال مزمن و عودکننده مناسب می‌گرداند؛ دوم، کارایی اثبات‌شده آن در افزایش پایبندی به درمان دارویی است؛ این مورد به‌خصوص از این جهت مفید است که گزارش شده عدم پایبندی به درمان دارویی به‌طور معمول بیش از 50 درصد است؛ سوم، کارایی اثبات‌شده آن در جلوگیری از عود افسردگی یک‌قطبی است که پیشنهاد می‌کند این درمان ممکن است در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی نیز مؤثر باشد. مورد چهارم، این است که نتایج مقدماتی نشان می‌دهند تعامل میان سبک شناختی و حوادث زندگی استرس‌زا می‌تواند نشانه‌شناسی<sup>1</sup> افسردگی را پیش‌بینی کند؛ این مورد می‌تواند از درمان شناختی رفتاری برای اختلال دوقطبی حمایت کند زیرا سبک‌های شناختی میان اختلال یک‌قطبی و اختلال دوقطبی می‌توانند شبیه باشند (25).

شیوع اختلال دوقطبی نوع I و II در ایران به ترتیب 0/04 و 0/3 درصد گزارش شده‌اند (26). این بیماری آثاری منفی در زندگی افراد دوقطبی می‌گذارد و به مشکلات تحصیلی (27)، طلاق (28) و مشکلات رفتاری در فرزندان افراد مبتلا (29) منجر می‌شود. برخلاف میزان بالای پاسخ به درمان در مرحله حاد اختلال، بهبود علائم و عملکرد پس از ترخیص در این

- مقیاس مانیای یانگ<sup>3</sup> (YMRS): برای به دست آوردن میزان مانیا در بیماران دوقطبی از مقیاس درجه بندی مانیای یانگ استفاده شد (35). مقیاس یانگ برای سنجش شدت مانیا استفاده می شود و مبتنی بر شرایط طبی بیمار طی 48 ساعت اخیر است؛ این مقیاس دارای 11 ماده با هدف تعیین شدت نابهنجاری در بیمار بوده، دامنه نمرات مقیاس بین 0 تا 60 قرار می گیرد و مقدار عددی بالاتر، نمایانگر شدت بیشتر مانیاست. هدف این مقیاس، تشخیص اختلال نیست، بلکه برای اندازه گیری «حالت<sup>4</sup>» مانیا در مقابل صفات استفاده می شود، چراکه در عمل، هیچ رابطه ای میان نمرات اندازه گیری شده افراد، قبل و بعد از دو هفته درمان وجود ندارد (35). مقیاس یانگ ابزاری معتبر با حساسیت (98/4 درصد) و ویژگی (98/4 درصد) قابل قبول بوده، دارای قابلیت مناسب در کارهای بالینی و پژوهشی است؛ پایایی آن بر اساس بررسی پایایی میان آزمون گر و ثبات درونی و اعتبار آن بر پایه همبستگی با سایر ابزارهای سنجش مانیا خوب بوده است (36).

- مقیاس افسردگی همیلتون<sup>5</sup> (HAM\_D): برای به دست آوردن میزان افسردگی بیماران دوقطبی از مقیاس افسردگی همیلتون، نسخه 24 ماده ای، استفاده شد (37). پایایی درونی ابزار متوسط تا عالی، پایایی تشخیصی میان گزارشگران عالی و اعتبار آن در خصوص سایر مقیاس های مربوط به علائم افسردگی نیز خوب گزارش شده است (37)؛ در بررسی دیگری نیز پایایی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار تفکیکی این مقیاس، کافی ارزیابی شده است (38). در یک نمونه ایرانی ضریب همبستگی میان نمرات افسردگی بک و مقیاس افسردگی همیلتون 0/66 گزارش شده است (39)؛ همچنین ضریب همبستگی مقیاس نگرش های ناسالم با آزمون افسردگی بک 0/39 به دست آمد (40).

نوع I بود که از فروردین تا تیر ماه سال 1389 به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان امام حسین (ع)، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، مراجعه می کردند. افراد شرکت کننده در پژوهش از ویژگی های زیر بهره مند بودند: 1) از اختلال دوقطبی نوع I (طبق ملاک های DSM\_IV\_TR) رنج می بردند؛ 2) از سواد کافی بهره مند بودند؛ 3) رژیم دارویی به نسبت منظمی دریافت می کردند؛ 4) به بهبود کامل یا جزئی نسبت به دوره شاخص دست یافته بودند (دوره آرامش روانی<sup>1</sup> را سپری می کردند)، زیرا بیشترین اثربخشی روان درمانی زمانی است که بیمار در دوره حاد اختلال نباشد (13) و 5) در دو سال گذشته دو دوره یا در پنج سال اخیر سه دوره بیماری را تجربه کرده بودند؛ همچنین بیمارانی که مشکلات سوء مصرف مواد یا اختلال روان پزشکی توأم (مانند اختلال اسکیزوافکتیو) داشتند، از شرکت در پژوهش محروم شدند. از میان مراجعه کنندگان به درمانگاه، تعداد پانزده بیمار سرپایی که مطابق با مندرجات پرونده سرپایی و بستری آنها در مرکز آموزشی - درمانی روان پزشکی دانشگاه (به تشخیص روان پزشکی) مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I بودند، و ملاک ورود به پژوهش را نیز داشتند، به صورت گروه نمونه در دسترس انتخاب و در قالب دو گروه گواه (هفت نفر) و آزمایشی (هشت نفر) به مطالعه، وارد شدند.

#### ابزارهای پژوهش

- مصاحبه بالینی ساخت یافته<sup>2</sup> (SCID): ملاک تشخیص اختلال مصاحبه بالینی ساخت یافته طبق راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی (DSM\_IV) توسط روان پزشک بود. در بررسی اعتبار نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساخت یافته در تشخیص اختلال های روان پزشکی درجه توافق میان SCID و تشخیص روان پزشکان از «متوسط» در اختلال های وسواسی جبری افسردگی اساسی تا «خوب» در اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا گزارش شده است (34).

1- euthymia  
2- Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)  
3- Young Mania Rating Scale (YMRS)  
4- state  
5- Hamilton Depression Rating Scale (HAM\_D)

روش محاسبه ضریب همبستگی بین عبارت برابر با 0/28 بود که نشان‌دهنده ضریب همسانی درونی مطلوب و در نتیجه، پایایی این مقیاس است. ابزار از اعتبار و پایایی مناسب برای استفاده در نمونه‌های بالینی بهره‌مندند.

**طرح درمانی:** طرح درمانی برگرفته از طرح درمانی موجود در کتاب درمان شناختی رفتاری اختلال‌های دوقطبی بود (33). کارایی این طرح درمانی در تحقیقاتی مختلف اثبات شده است (45، 46 و 47). چارچوب کلی جلسات به‌طور خلاصه به این شرح‌اند:

جلسه اول: بازبینی درمان شناختی رفتاری: بازبینی نسبت به فرایند درمان، بحث درباره حقوق بیمار، مشخص کردن مسئولیت‌های درمانگر و بیماران در فرایند درمان و بحث در خصوص وظایف خانواده.

جلسه دوم: اختلال دوقطبی چیست؟: تعاریف توصیفی و مثال‌هایی از افسردگی، مانیا و اختلال دوقطبی، مرور مختصر جنبه‌های زیستی اختلال‌های خلقی و بحث درباره رابطه میان عوامل روانی اجتماعی، مانند استرس و بازگشت افسردگی و مانیا.

جلسه سوم: داروهای تثبیت‌کننده خلق و داروهای ضدافسردگی: مرور داروشناسی، مسمومیت‌زایی، آثار جانبی و آثار مثبت لیتوم و دیگر داروهای تثبیت‌کننده خلق و داروهای ضدافسردگی که برای بیمار تجویز شده‌اند، مرور تعامل میان استفاده از داروهای ممنوع و الکل با داروهای روان‌گردان و با علائم بیماری دوقطبی و تصحیح تصورات غلط درباره استفاده از داروهای ضدافسردگی، شامل اعتیاد و وابستگی.

جلسه چهارم: علائم فردی اختلال دوقطبی: کمک به بیماران برای شناسایی این مطلب که چطور تجارب روزانه آنها می‌تواند با علائم بیماری دوقطبی مرتبط شود و تمایز میان حالات خلقی بهنجار از علائم افسردگی و مانیا.

- مقیاس اضطراب همیلتون<sup>1</sup> (HAM\_A): برای به‌دست آوردن میزان اضطراب بیماران دوقطبی از مقیاس اضطراب همیلتون استفاده شد (41); این مقیاس شامل 14 ماده است و هر ماده با یکسری از نشانه‌ها مشخص می‌شود. مقیاس همیلتون اضطراب روانی<sup>2</sup> (بی‌قراری ذهنی<sup>3</sup> و آشفتگی روان‌شناختی<sup>4</sup>) و اضطراب جسمی<sup>5</sup> (شکایات جسمانی مربوط به اضطراب) را اندازه‌می‌گیرد؛ نمره کل آن بین 0 تا 56 بود؛ پایایی درونی آن در مجموع، خوب، پایایی تشخیصی میان گزارشگران عالی و پایایی آن به روش بازآزمایی با یک سال فاصله متوسط است (41). اعتبار افتراقی مقیاس وسواسی جبری یل - براون با مقیاس اضطراب همیلتون 0/59 گزارش شده است (42). ضریب پایایی بازآزمون در یک گروه گواه سی نفری با فاصله دو هفته، 0/85 و 0/89 بود (43).

- مقیاس پایبندی دارویی مورسکی<sup>6</sup> (MMAS): برای اندازه‌گیری پایبندی دارویی از مقیاس پایبندی دارویی مورسکی نسخه هشت‌گزینه‌ای استفاده شد (44); این مقیاس، دارای هفت گزینه دو نمره‌ای (بلی=0/خیر=1) و یک گزینه پنج نمره‌ای (هرگز=0، به ندرت=1، گاهی اوقات=2، اغلب اوقات=3، همیشه=4) است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در نمونه‌ای از بیماران دارای فشار خون بررسی شد (44). پایایی مقیاس بالا ( $\alpha = 0/83$ ) و با کنترل فشار خون مرتبط است ( $p < 0/05$ ).

با استفاده از نقطه برش کمتر از 6، حساسیت مقیاس برای تشخیص افراد دارای پایبندی بالا از افراد دارای پایبندی پایین به‌طور تخمینی 93 درصد و ویژگی آن 53 درصد است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در 201 بیمار دارای اختلال روانی مزمن فارسی‌زبان بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده از مقیاس در افراد نمونه بالینی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان‌می‌دهند که تنها یک عامل استخراج شده است؛ همچنین میزان آلفای کرونباخ در این بیماران 0/51 است. میانگین همبستگی با استفاده از

1- Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM\_A)

2- psychic

3- mental agitation

4- psychological distress

5- somatic

6- Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8-Item)



ساخت یافته برای تشخیص و تعریف مسائل و حل آنها و تمرین این فرایند در جلسه.

آزمودنی‌ها پس از مشورت با روان‌پزشک بیمارستان و آگاهی از نوع درمان (روان‌شناختی) و با رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش، حاضر شدند. بعد از اینکه به‌طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند، پیش‌آزمون‌ها اجرا شدند. هر دو گروه، رژیم دارویی به‌نسبت ثابتی دریافت می‌کردند؛ گروه آزمایش همچنین در جلسات هفته‌ای درمان شناختی رفتاری بین 12 تا 16 جلسه شرکت کردند. مدت زمان هر جلسه 45 تا 60 دقیقه بود. جلسات در محل درمانگاه روان‌پزشکی برگزار شد. برای برخی بیماران با توجه به آشنایی قبلی بیمار با ماهیت بیماری جلسات آموزش روانی وقتی کمتر نیاز داشت و ادغام جلسات اولیه صورت گرفت و به جلسات جداگانه نیازی نبود و در نتیجه، تفاوت در تعداد جلسات بیماران رخ داد.

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با راهنمایی و نظارت یک دکترای روان‌شناس بالینی و یک متخصص روان‌پزشکی، جلسات را برگزار می‌کرد.

پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون‌ها اجرا شدند. در بیان داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و روش‌های استنباطی شامل آزمون t جفتی و تحلیل کواریانس استفاده شد؛ بدین ترتیب که برای مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر مقیاس از آزمون t جفتی و برای بررسی اثربخشی درمان از تحلیل کواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کواریانس، پیش‌شرط انجام آن، تساوی واریانس‌ها و نرمال بودن، بررسی شد. نتایج نشان دادند که استفاده از تحلیل کواریانس مانعی ندارد.

### نتایج

در این پژوهش از تعداد پانزده بیمار دوقطبی I در مرحله بهبود نسبت به شاخص بیماری استفاده شد (تعداد

جلسه پنجم: نظارت علائم: استفاده از نمودارهای خلقی و طراحی یک نمودار خلقی برای بیمار.

جلسه ششم: پایبندی به درمان: معرفی مدل پایبندی دارویی CBT، تشخیص موانع شایع یا بالقوه در پیگیری برنامه درمانی و تهیه برنامه‌ای برای نظارت بر این موانع.

جلسه هفتم: تفکر دارای سوگیری: معرفی مفاهیم تفکر سوگیرانه مثبت و منفی و کمک به بیماران برای ربط دادن تغییرهای خلقی با وقایع، الگوهای تفکر و رفتار.

جلسه هشتم: تغییرهای شناختی در افسردگی: مرور افکار دارای سوگیری منفی، آموزش بیماران برای نظارت افکار، شناسایی افکار خودآیند منفی و شناسایی خطاهای تفکر.

جلسه نهم: تحلیل منطقی افکار خودآیند منفی: آموزش روش «شواهدی له/بر علیه» به بیمار برای ارزیابی اعتبار افکار منفی خودآیند و آموزش بیماران برای ایجاد تعبیرهای جایگزین به‌منظور وقایع به‌عنوان وسیله‌ای برای مبارزه با افکار منفی خودآیند.

جلسه دهم: تغییرهای شناختی در مانیا: مرور انواع افکاری که ممکن است نشانگر شروع مانیا باشند، آموزش بیماران برای شناسایی تغییرهای خلقی مثبت و افکار هیپومانیا و تعلیم روش‌هایی پیش از انجام عمل. جلسه یازدهم: جنبه‌های رفتاری افسردگی: مرور مسائل رفتاری رایج مرتبط با افسردگی و آموزش دو راهکار به بیماران برای مقابله با این مسائل.

جلسه دوازدهم: تغییرهای رفتاری در مانیا: آموزش بازنگری سطح فعالیت، آموزش تنظیم محدودیت‌ها قبل از رسیدن به سطوح مشکل‌زا.

جلسه سیزدهم: مشکلات روانی اجتماعی: بحث درباره مشکلات روانی اجتماعی افراد دوقطبی.

جلسه چهاردهم: ارزیابی کارکرد روانی اجتماعی: ارزیابی توانایی‌ها و ضعف‌های بین‌فردی بیمار و ایجاد اهداف درمانی مسائل روانی اجتماعی.

جلسات پانزدهم و شانزدهم: ایجاد مهارت‌های حل مسئله و حل مسائل روانی اجتماعی: آموزش فرایندی

داشتند. هشت بیمار مجرد، پنج بیمار متأهل و یک بیمار مطلقه بودند.

جدول 1، داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هریک از چهار مقیاس مورد استفاده را به‌نمایش می‌گذارد.

سه بیمار مذکر و دوازده بیمار مؤنث). یکی از بیماران (مؤنث) پس از پنج جلسه درمانی، از حضور در پژوهش امتناع ورزید. داده‌های پژوهش با لغو ویژگی‌های این آزمودنی بیان می‌شوند: دامنه سنی بیماران 18 تا 45 با میانگین 31/5 بود. حداقل نرخ عود 2 و حداکثر آن 8، با میانگین 5 بود. هفت بیمار تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، شش بیمار تحصیلات لیسانس و یک نفر فوق لیسانس

جدول 1. میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

میانگین (انحراف استاندارد) اضطراب	میانگین (انحراف استاندارد) مانیا	میانگین (انحراف استاندارد) افسردگی	میانگین (انحراف استاندارد) پایبندی دارویی	
(8/35) 12/14	(3/86) 5/42	(7/43) 16/42	(1/35) 5/57	پیش‌آزمون آزمایش
(6/21) 9/28	(3/50) 6/42	(9/12) 15/28	(0/99) 5/17	پیش‌آزمون کنترل
(4/25) 3/85	(3/18) 1/85	(5/64) 5/71	(1/38) 6/50	پس‌آزمون آزمایش
(5/41) 7/00	(3/13) 4/85	(8/02) 12/14	(2/06) 5/25	پس‌آزمون کنترل

جدول 2. آزمون t نمرات مقیاس‌ها در گروه آزمایش و گواه

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	نمره t	سطح معناداری
پایبندی	آزمایش	-0/92	1/38	6	-1/77	0/12
	گواه	-0/07	1/44	6	-0/13	0/90
افسردگی	آزمایش	10/71	4/57	6	6/20	0/001
	گواه	3/14	3/18	6	2/61	0/04
مانیا	آزمایش	-3/57	3/30	6	-2/85	0/02
	گواه	1/57	4/42	6	0/93	0/38
اضطراب	آزمایش	8/28	6/18	6	3/54	0/01
	گواه	2/28	2/98	6	2/02	0/08

$\alpha=0/05$

جدول 3. نتایج تحلیل کواریانس مقیاس

سطح معناداری	F	درجه آزادی	
0/28	1/27	1	مقیاس پایبندی دارویی
0/002	15/77	1	مقیاس افسردگی همیلتون
0/23	3/1	1/8	مقیاس مانیای یانگ
0/02	6/36	1	مقیاس اضطراب همیلتون

$\alpha=0/05$

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش بیمارانی را مورد توجه قرار داد که با وجود استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی عود مجدد اختلال را تجربه کرده بودند. بیماران گروه آزمایشی علاوه بر دارودرمانی، به‌طور متوسط، چهارده جلسه درمان شناختی رفتاری دریافت کردند درحالی‌که گروه گواه فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند. منطبق با جدول 3، نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در افزایش پایبندی دارویی اثر نداشته است. همان‌طور که داده‌های جدول 2 نشان می‌دهند، در میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوتی معنادار وجود نداشت؛ در واقع، نتایج از عدم تأثیر درمان شناختی رفتاری حکایت دارند که دو دلیل اصلی می‌توانند در این نتیجه دخیل باشد: دلیل اصلی اول اینکه در گروه بیماران مورد مطالعه، پایبندی دارویی هنگام ورود به پژوهش خوب بود (جدول 1). همان‌طور که موریسکی، آنگ، کروسل وود و وارد (2008) اظهار می‌کنند، نمره 6 به بالا نشانگر پایبندی خوب است (44). این بیماران با توجه به اینکه پایبندی خوبی داشتند، درمان شناختی رفتاری، اثر خود را به‌خوبی نشان نداد. دلایل زیر برای بالابودن پایبندی در این بیماران مطرح می‌شود. دو مؤلفه مقابله‌ای پذیرش و انکار (کارور<sup>1</sup> و همکاران، 1989) در پایبندی نیز دخیل اند (48). بیمارانی که شدت یا وجود بیماری روانی را انکار می‌کنند، پایبندی پایین و بیمارانی که بیماری خود و شدت آن را می‌پذیرند، پایبندی بالا

برای مقایسه میانگین نمرات مقیاس‌های استفاده‌شده در دو گروه گواه و آزمایش از آزمون t جفتی استفاده شد. با توجه به جدول 2، در مرحله پس‌آزمون، گروه آزمایش در افسردگی ( $p < 0/01$ )، مانیا ( $p < 0/05$ ) و اضطراب ( $p < 0/05$ ) کاهش معنادار نشان دادند و در پایبندی دارویی کاهش مشاهده نشد؛ در گروه گواه نیز، فقط در مقیاس افسردگی، کاهش ( $p < 0/05$ ) مشاهده شد و در بقیه مقیاس‌ها تفاوتی رخ نداد. برای مقایسه تفاوت هر مقیاس میان دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون، با حذف اختلاف پیش‌آزمون‌ها، از تحلیل کواریانس استفاده شد؛ در واقع در تحلیل کواریانس آن قسمت از واریانس نمرات پس‌آزمون که ناشی از نمرات پیش‌آزمون است، از کل واریانس نمرات پس‌آزمون حذف شد تا معناداری درمان سنجیده شود. جدول 4 نتایج تحلیل کواریانس پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های مورد استفاده در دو گروه گواه و آزمایش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نمرات پس‌آزمون در مقیاس‌های افسردگی ( $p < 0/01$ ) و اضطراب ( $p < 0/05$ ) معنادار و در مقیاس‌های مانیا و پایبندی دارویی بدون معنا هستند؛ به عبارتی، درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران اثربخش بوده است؛ همچنین هرچند طبق جدول 2 در افسردگی هر دو گروه آزمایش و گواه، کاهش معنادار مشاهده شد، ضمن تحلیل کواریانس مشخص شد که این کاهش، ضمن مقایسه دو گروه با هم و با حذف تفاوت پیش‌آزمون‌ها، فقط برای گروه آزمایش معنادار است.

از مرحله حاد افسردگی، به دلیل وجود علائم خرده‌نشانه نقص کارکردی هنوز پابرجاست. بیماران دارای علائم افسردگی خرده‌نشانه طولانی‌مدت، تخریب کارکردی بیشتری در حوزه‌های رضایت، سرگرمی، کار و روابط و رضایت از کیفیت زندگی دارند (51). نقص کارکردی افسردگی خرده‌نشانه به قدری تأثیرگذار است که می‌تواند حتی با افسردگی تمام‌عیار<sup>1</sup> برابری کند. پیامدهای کارکردی افراد دارای علائم خرده‌نشانه از افرادی که در دوره افسردگی کامل به‌سرمی‌برند، تمایزناپذیر است (51)؛ این خود، ضرورت درمان کامل را ایجاب می‌کند. با ذکر این نکته که دارو موجب بهبود علامتی کامل نمی‌شود و علائم خرده‌نشانه پافشاری می‌کنند، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به برطرف کردن این شکاف کمک کند؛ همان‌طور نیز که در این مطالعه مشاهده شد، این درمان توانست در بهبود علائم افسردگی و اضطراب اثربخش باشد.

افسردگی دوقطبی، همانند افسردگی یک‌قطبی به مداخله شناختی رفتاری پاسخ می‌دهد. افسردگی دوقطبی، اغلب با بازداری، کمبود انرژی<sup>2</sup> و بی‌تفاوتی<sup>3</sup> مشخص می‌شود (به‌طور عمده، علائم رفتاری) درحالی‌که در مقابل، افسردگی یک‌قطبی می‌تواند با ناامیدی، افکار بدبینانه و دیگر نشانه‌های شناختی تعریف شود (52)؛ بدین معنا که در درمان افسردگی دوقطبی بهتر است روش‌های رفتاری در درجه اول اولویت باشند؛ در همین راستا در مطالعه‌ای دیگر نیز مشخص شد که با وجود بهبود در علائم افسردگی و تفکر منفی، تغییری در نگرش‌های ناکارآمد بیماران دوقطبی مشاهده نمی‌شود (45).

در این پژوهش نیز، روش‌های رفتاری افسردگی مانند جدول‌بندی و درجه‌بندی فعالیت‌ها، بیشتر از روش‌های شناختی مانند شناسایی افکار ناکارآمد به

دارند. عود مکرر اختلال، به افزایش پذیرش در بیماران منجر شده بود. تجربه کسب‌شده به دلیل عود بیماری در افزایش پایبندی برخی آزمودنی‌ها اثر داشت؛ همچنین تجربه بیماری به نگرش‌های سازگارانه‌تر نسبت به بیماری منجر می‌شود (48). بیماران گروه مورد مطالعه با توجه به عودهایی که در گذشته داشتند، مصرف طولانی‌مدت دارو را پذیرفته بودند؛ رابطه درمانی میان متخصص و بیمار نیز به افزایش پایبندی کمک می‌کند (49). بیشتر بیماران مورد پژوهش، رابطه درمانی خوبی با روان‌پزشک خود داشتند و در ابتدای پژوهش اظهار می‌کردند که [تأکید بر] ضرورت مصرف مداوم دارو را از طرف روان‌پزشک خود پذیرفته‌اند.

این سه عامل، قبل از ورود به پژوهش به بالابودن پایبندی بیماران منجر شده بود و در واقع، نوعی سوگیری در گروه بیماران وجود داشت که به معنادار نشدن نتیجه انجامید؛ دومین دلیل اصلی این است که پس‌آزمون بلافاصله بعد از اتمام جلسات درمانی اجرا شد؛ این دوره سه ماهه درمان به‌خوبی نمی‌تواند کارایی درمان بر افزایش پایبندی را نشان دهد. برای رسیدن به نتیجه بهتر باید دوره پیگیری انجام شود. پایبندی دارویی در پیگیری 12 ماهه اثر خود را بهتر نشان می‌دهد (50)؛ هدف دیگر درمان، کاهش علائم اضطراب، افسردگی و مانیا بود. نتایج جدول 3 از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران حاکی است؛ ذکر این نکته ضروری می‌نماید که در گروه گواه نیز در مرحله پس‌آزمون کاهش معنادار مشاهده شد (جدول 2) که در تحلیل کواریانس (جدول 3) معناداری آن به‌اثبات نرسید؛ این معناداری را می‌توان به مصرف داروهای ضدافسردگی ربط داد. هرچند هر دو گروه دارو مصرف می‌کردند، نوع داروی مصرفی و میزان آن در افراد متفاوت بود؛ همچنین در برخی موارد، تغییر جزئی در برنامه دارویی برخی از بیماران اجتناب‌ناپذیر بود.

علائم خرده‌نشانه افسردگی و اضطرابی شکاف میان بهبود علامتی و کارکردی را تبیین می‌کند. با وجود عبور

1- fullblown  
2- lethargy  
3- apathy

افزایش انگیزه و فعالیت و کاهش افکار افسردگی دوقطبی کمک کرد.

علائم اضطرابی نیز در این بیماران بسیار دیده می‌شود. علائم اضطرابی، اغلب از نظر متخصصان دور می‌ماند و مورد غفلت واقع می‌شود؛ حال آنکه وجود این علائم به پیامد منفی در بیماران منجر می‌شود. اضطراب توأم با اختلال دوقطبی کیفیت زندگی این افراد را حتی وقتی که میزان افسردگی آنها کنترل می‌شود، کاهش می‌دهد (53). وقتی [وضعیت] بیماری دوقطبی تثبیت می‌شود، علائم اضطراب می‌توانند به عرصه وارد شوند و در کارکرد ضعیف‌تر بیماران سهیم باشند (25). بیماران دوقطبی دارای اضطراب و ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی شدیدتری نشان می‌دهند؛ برای نمونه، نرخ بالاتر سوءاستفاده و وابستگی به الکل، روان‌پریشی مادام‌العمر، تلاش برای خودکشی، تندچرخ<sup>1</sup> و نمرات پایین‌تر در سطح کلی عملکرد (53)؛ همچنین وجود علائم اضطرابی با افزایش خطر عود افسردگی مرتبط است (7)؛ اختلال‌های اضطرابی همبود همچنین با تاریخچه مکرر سوءمصرف مواد و میزان بالاتر افکار خودکشی مرتبط است (54). همانند افسردگی، اضطراب نیز می‌تواند با درمان‌های روان‌شناختی تحت کنترل درآید، همان‌گونه که در این پژوهش نشان داده شد. آخرین هدف پژوهش، کاهش مانیا بود که در این باره نتیجه‌ای حاصل نشد. نتایج جدول 3 نشان می‌دهند که در سطح بین‌گروهی مداخله شناختی رفتاری در کاهش علائم مانیا در بیماران دوقطبی اثر نداشت. همان‌طور که جدول 2 نشان می‌دهد، در سطح درون‌گروهی در نمرات مانیا گروه آزمایش، قبل و بعد از درمان، کاهش قابل ملاحظه مشاهده شد ( $p < 0/05$ ) در صورتی که نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه در آزمون  $t$  تفاوت معناداری نشان‌نداد. همان‌گونه که در بالا ذکر شد، از عوامل دخیل در این نتیجه، درمان دارویی است. داروهای ضدروان‌پریشی در درمان مرحله حاد مانیا بسیار کارایی دارند. بیمارانی که به مداخله وارد شدند،

مرحله حاد مانیا را سپری کرده بودند و علائم مانیایی آنها با دارو تحت کنترل بود. برای کنترل برخی علائم خرده‌نشانه و باقی‌مانده مانیا و کنترل نوسان‌های خلقی، تغییر در برنامه دارویی بیماران در طول اجرای پژوهش اجتناب‌ناپذیر بود؛ این تغییر دارویی که در هر دو گروه رخ می‌داد، برای کاهش علائم مانیا و جلوگیری از عود مانیا صورت می‌گرفت؛ بنابراین با وجود کاهش معنادار در نمره مانیای گروه آزمایش، اثر تغییر دارویی بر گروه‌ها وجود داشت و در معنادار نشدن نتیجه اثر گذاشت.

از محدودیت‌های موجود در پژوهش کنونی، وجود سوگیری در پایبندی دارویی گروه نمونه بود. همان‌طور که ذکر شد، رابطه درمانی خوب به معنادار نشدن اثر درمان بر پایبندی دارویی منجر می‌شد؛ همچنین به دلیل محدودیت مکانی، جلسات درمان صبح‌ها برگزار می‌شد که در نتیجه، بیماران شاغل و از جمله جنس مذکر، امکان حضور در جلسات را نداشتند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای تعمیم داده‌ها، گروه نمونه بزرگ‌تر و با تعداد مساوی جنس مذکر و مؤنث انتخاب شود؛ با این عمل، همچنین احتمال سوگیری نیز پایین می‌آید؛ همچنین همانندسازی دارویی نیز مدنظر گرفته شود تا امکان اعتماد به نتیجه درمان بیشتر شود. همان‌طور که در پیشینه گفته شد آثار درمان شناختی رفتاری در پیگیری بلندمدت، بیشتر نمود دارد. پیشنهاد می‌شود پیگیری برای بررسی اثر درمان در طول زمان انجام شود. نکته قابل توجه نهایی این است که انواع مختلف اختلال دوقطبی (برای نمونه نوع I، II و تندچرخ) وجود دارند که می‌توانند از درمان‌های روان‌شناختی بهره‌مند شوند. این نکته شاید قابل تأمل باشد که کدام نوع، بیشترین استفاده را از درمان می‌برند. داشتن گروه نمونه‌ای شامل انواع مختلف بیماران به درک این مطلب و ایجاد درمان‌های جامع‌تر مخصوص هر نوع از اختلال کمک خواهد کرد. گرچه در این

و علائم هشداردهنده اختلال و شناسایی استرس‌زاهای محیطی به کمک نیازمندان، همه به نوعی از این درمان‌ها بهره‌مند خواهند شد.

در این پژوهش از درمان شناختی رفتاری استفاده شد. درمان شناختی رفتاری با آموزش بیماران درخصوص بیماری و علائم اولیه مانیا و افسردگی، توجه به روال‌های روزمره از جمله خواب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای برطرف کردن علائم باقی‌مانده و خرده‌نشانه افسردگی و مانیا به کاهش خطر عود کمک می‌کند. شاید یکی از بارزترین جنبه‌های درمان شناختی رفتاری توانایی آن در کاهش علائم خرده‌نشانه باشد. در این پژوهش این درمان در کاهش علائم افسردگی باقی‌مانده و اضطراب، موفق عمل کرد هرچند در علائم مانیا کاهش معناداری به دست نیامد؛ درمان همچنین به دلیل آشنا کردن بیمار با ماهیت بیماری و آموزش روش‌هایی غیردارویی برای کنترل علائم، در بهبود عزت‌نفس بیماران اثر دارد. روش‌های رفتاری کنترل محیط برای مدیریت زندگی بیماران بعد از اتمام جلسات کمک‌کننده است. درمان شناختی رفتاری، درمانی بیمارمحور است که به بیمار کمک می‌کند تا در روند بیماری، کنترل علائم و بهبود خود نقش داشته باشد؛ همین امر احساس درماندگی بیماران هنگام مواجهه با اختلال را کاهش می‌دهد. بهبود کارکردی از آن جهت بااهمیت است که بعد از سپری شدن مرحله حاد بیماری، باعث برقراری ارتباط و تماس مجدد فرد بیمار با محیط اجتماعی پیرامونش می‌شود؛ پس به اندازه بهبود علامتی مهم است و باید توجهی ویژه به این امر مبذول شود؛ درنهایت اینکه درمان باید از بهبود علامتی به سمت بهبود کارکردی سوق داده شود. برای بهبود کارکردی، توجه به علائم خرده‌نشانه‌ای موجود و علائم همراه مانند اضطراب ضروری است. با این هدف جدید، مداخلات باید از دارودرمانی صرف به سوی درمان‌های ترکیبی و سلسله‌مراتبی حرکت کرد که در آن دارودرمانی هنوز برای بهبود علائم ضروری است.

پژوهش درمان بر کاهش علائم افسردگی موفق‌تر عمل کرد، اما نمی‌توان با قطعیت گفت که درمان شناختی رفتاری برای افسردگی مؤثرتر از مانیاست؛ پی‌بردن به این مطلب به پژوهشی جامع‌تر با گروه نمونه بزرگ‌تر و شرایطی کنترل شده‌تر نیاز دارد.

برای نمونه، برخی مطرح می‌کنند که اثر درمان بر مانیا بیشتر است (55) درحالی که برخی دیگر به اثر بیشتر درمان بر افسردگی تأکید دارند (56). نکته آخر اینکه درخصوص مقیاس پایبندی دارویی موریسکی با توجه به اینکه ویژگی‌های روان‌سنجی آن برای اولین بار در ایرن بررسی شد، میزان آلفای کرونباخ آن برابر 0/51 بود که از میزان متعارف 0/71 کمتر است. هرچند میانگین همبستگی میان عبارت مقیاس برابر با 0/28 و بیانگر پایایی مطلوب برای مقیاس است، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مجدد مقیاس در گروه‌های مختلف (برای نمونه، بیماران دارای دیابت، فشارخون و سرطان) و با تعداد نمونه بالاتر برای دستیابی به میزان آلفای مطلوب توصیه می‌شود.

اغلب درمان‌های دوقطبی برای برطرف کردن مرحله حاد اختلال هستند. گرچه استفاده از دارو، به‌خصوص در درمان مرحله حاد، مزایای درمانی قابل توجهی به وجود می‌آورد، درصد عمده‌ای از بیماران دارای اختلال دوقطبی، با وجود استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی، هنوز عود بیماری را تجربه می‌کنند. پایبندی دارویی پایین، وجود علائم خرده‌نشانه افسردگی و مانیا، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف در پاسخ به علائم اولیه و هشداردهنده و آشفتگی در خواب و روال‌های روزمره خطر عود را بالایی برد؛ همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، انواع مختلف درمان‌های روان‌شناختی نیز برای اختلال وجود دارند. گرچه تاکنون ثابت نشده کدام نوع درمان، بهترین و کاراترین است، استفاده از هریک از این درمان‌ها می‌تواند راهی برای بهبود بیماری باشد. گرچه تمام این درمان‌ها نقاط مشترکی دارند. بیمارانی که برای انطباق با بیماری، پایبندی به برنامه دارویی، شناسایی و مدیریت علائم اولیه

8. McElroy, S.L., Atshuler, L.L., Suppes, T., Keck, P.E., Frye, M.A., Denicoff, K.D., Nolen, W.A., Kupka, R.W., Leverich, G.S., Rochussen, J.R., Rush, A.J., Post, R.M. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients with Bipolar Disorder. *Am. J. Psychiatry*. 159:420–426.
9. Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New York: Guilford Press.
10. Miklowitz, D., Goldstein, M. (1997). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York: Guilford Press.
11. Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., Corominas, J. (2003). A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch. Gen. Psychiatry*. 60:402–407.
12. Colom, F., Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press.
13. Lam, D., Jones, S.H., Hayward, P., Bright, J.A. (1999). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder, A therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. London: John Wiley & Sons.
14. Otto, M.W., Reilly-Harrington, N., Sachs, G.S. (2003). Psychoeducational and Cognitive-Behavioral Strategies in the Management of Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 73:171–181.
15. Keck, PE, McElroy, SL, Strakowski, SM, et al. (1997). Compliance with Maintenance Treatment in Bipolar Disorder. *Psychopharmacol Bull*. 33(1):87-91.
16. Miklowitz, D.J., (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am. J. Psychiatry*. 165(11):1408–1419.

سخن آخر اینکه نتایج به دست آمده بیش از اینکه قطعی باشند، امیدبخش هستند و ضرورت درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال‌های روانی مزمن از جمله اختلال دوقطبی را تبیین می‌کنند.

#### منابع

1. Mendlewicz, J., Souery, D., Rivelli, S.K. (1999). Short-term and Long-term Treatment for Bipolar Patients: Beyond the Guidelines. *Journal of Affective Disorders*. 55:79–85.
2. Goodwin, FK., Bruce, F., Simon, G., Hunkeler, E., Lee, J., Revicki, D. (2003). Suicide Risk in Bipolar Disorder during Treatment with Lithium and Divalproex. *J Am Med Assoc*. 290:1467–1473.
3. Murray. CJL, Lopez. AD. (1996). *The Global Burden of Disease*. The World Health Organization. Cambridge (MA): Harvard University Press.
4. Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heller, T.L., Hammen, C., (1995). Relapse and Impairment in Bipolar Disorder. *Am. J. Psychiatry*. 152:1635–1640.
5. Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D., Freeman, D. (2008). A Large-Scale Validation Study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*. 100:53–59.
6. Marangell, L.B. (2004). The Importance of Subsyndromal Symptoms in bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. 65 (supp1:10):24-27.
7. Perlis, R.H., Ostacher, M.J., Patel, J.K., Marangell, L.B., Zhang, H., Wisniewski, S.R. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 163(2):217–224.

26. Mohammadi, M.R., Ghanizadeh, A., Davidian, H., Noorbala, A.A., Malekafzali, H., Naghavi, H.R., Pouretamad, H.R., Bagheri Yazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E.M., Mesgarpour, B., Mohammadi, M., Ghaemi, S.N. (2006). Prevalence of Mood Disorders in Iran. *Iran J Psychiatry*. 1:59-64.
27. علاقبندراد، جلال، اکرم ارسلانی و جواد محمودی قرایی (1384): «عملکرد تحصیلی نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و تأثیر همبودی سایر اختلال‌های روان‌پزشکی». **تازه‌های علوم شناختی**، سال هفتم شماره 4، صص 22-27.
28. افشار، حمید، نسرین مسایلی، مجید برکتین و فرزانه کیانی (1387): «فراوانی نسبی اختلال‌های طیف دوقطبی در متقاضیان طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان و رابطه آن با برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی». **تحقیقات علوم رفتاری**، دوره ششم، شماره 1، صص 45-50.
29. پناغی، لیلی، میترا حکیم شوشتری، سیده الهام شرفی و مریم عباسی (1388): «مشکلات رفتاری هیجانی در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی و گروه گواه». **مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران**، سال پانزدهم شماره 2، صص 201-207.
30. امینی، همایون، ونداد شریفی و همکاران (1388): «پیگیری یک ساله بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان روزبه». **مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران**، سال پانزدهم شماره 2، صص 168-174.
31. شعبانی، امیر، مهرداد افتخار و همکاران (1385): «میزان عود در اختلال دوقطبی نوع یک: پیگیری 17 ماهه بیماران مبتلا به اواین دوره مانیا». **تازه‌های علوم شناختی**، سال هشتم شماره 3، صص 33-42.
32. قریشی‌زاده، سید محمد علی، فاطمه رنجبر و محمد زکریا پزشکی (1388): «عوامل خطر ساز در عود اختلال دوقطبی یک و ارتباط آن با خصوصیات دموگرافیک». **مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز** ع دوره 31، شماره 2، صص 77-81.
33. Basco, M.R., Rush, J. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Second Edition. New York: Guilford Press.
17. Baldessarini, R.J., Perry, R., Pike J. (2008). Factors Associated with Treatment Non-Adherence Among US Bipolar Disorder Patients. *Hum Psychopharmacol*. 23(2):95-105.
18. Russell, Sarah J., Browne, Jan L. (2005). Staying Well with Bipolar Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39:187-193.
19. Thompson, Katherine N., Conus, Philippe O., Ward, Janine L., Phillips, Lisa J., Koutsogiannis, John, Leicester, Steven, McGorry, Patrick D. (2003). The Initial Prodrome to Bipolar Affective Disorder: Prospective Case Studies. *Journal of Affective Disorders*. 77:79-85.
20. Morriss, R. (2004). The Early Warning Symptom Intervention for Patients with Bipolar Affective Disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10:18-26.
21. Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Walshaw, P.D., Nusslock, R., Neeren, A.M. (2005). The Psychosocial Context of Bipolar Disorder: Environmental, Cognitive, and Developmental Risk Factors. *Clinical Psychology Review*. 25:1043-1075.
22. Watkinz, E. (2003). Combining Cognitive Therapy with Medication in Bipolar Disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 9:110-116.
23. Zutshi, A., Janardhan, Y.C., Thennarasu, Reddy K., Chandrashekar, C.R. (2006). Comorbidity of Anxiety Disorders in Patients with Remitted Bipolar Disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 256:428-436.
24. Mansell, W., Colom F., Scott J. (2005). The Nature and Treatment of Depression in Bipolar Disorder: A Review and Implications for Future Psychological Investigation. *Clin Psychol Rev*. 25:1076-1100.
25. Patelis-Siotis, Irene. (2001). Cognitive-Behavioral Therapy: Applications for the Management of Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*. 3: 1-10.



44. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. *Journal of Clinical Hypertension*. 10(5):348-354.
45. Zaretsky, A.E., Segal, Z.V., Gemar, M. (1999). Cognitive Therapy for Bipolar Depression: A Pilot Study. *Can. J. Psychiatry*. 44:491-494.
46. Satterfield, J.M. (1999). Adjunctive Cognitive-Behavioral Therapy for Rapid-Cycling Bipolar Disorder: An Empirical Case Study. *Psychiatry*. 62:357-369.
47. Zaretsky, A, Lancee, W, Miller, C, Harris, A, Parikh, S.V. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 53:7.
48. Greenhouse, W.J., Meyer, B., Johnson, S.L. (2000). Coping and Medication Adherence in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 59:237-241.
49. Zeber, J.E., Copeland, L.A., Good, C.B., Fine, M.J., Bauer, M.S., Kilbourne, A.M. (2008). Therapeutic Alliance Perceptions and Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 107:53-62.
50. Lam, D., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., Sham, P. (2000). Cognitive Therapy for Bipolar Illness-A Pilot Study of Relapse Prevention. *Cognitive Therapy and Research*. 24(5):503-520.
51. Marangell, L.B., Dennehy, E.B., Miyahara, S., Wisniewski, S.R., Bauer, M.S., Rapaport, M.H., Allen, M.H. (2009). The Functional Impact of Subsyndromal Depressive Symptoms in Bipolar Disorder: Data from STEP-BD. *Journal of Affective Disorders*. 114:58-67.
52. Colom, F., Vieta, E. (2004). A Perspective on the Use of Psychoeducation, Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Therapy for Bipolar Patients. *Bipolar Disorders*. 6:480-486.
34. امینی، همایون، ونداد شریفی و همکاران (1386)؛ «روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSMIV (SCID-I)»، **فصلنامه پایش**، سال هفتم شماره 1، صص 49-57.
35. Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Brit. J. Psychiat.* 133:429-35.
36. برکنین، مجید، ماهگل توکلی، حسین مولوی، محسن معروفی و مهرداد صالحی (1386)؛ «هنجاریابی، اعتبار و روایی مقیاس سنجش مانیای یانگ»، **مجله روان‌شناسی**، سال یازدهم شماره 2، صص 150-166.
37. Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23:56-62.
38. Bagby, R.M., Ryder, A.G, Schuller, D.R., Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *Am J Psychiatry*. 161:2163-2177.
39. فتی، لادن (1372)؛ **مقایسه کارایی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلومبیرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواسی جبری**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
40. غرابی، بنفشه (1372)؛ **بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
41. Hamilton, M. (1959). Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32:50-55.
42. دادفر، محبوبه، جعفر بولهری، سید کاظم ملکوتی و سید اکبر بیان‌زاده (1380)؛ «بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی جبری»، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال هفتم شماره 1 و 2.
43. عباسی باویل، ژاله (1379)؛ **مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و دارودرمانی در درمان اختلال اضطراب منتشر**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

55. Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., Limb, K. (1999). Randomised Controlled Trial of Efficacy of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. *Br. Med. J.* 318:149– 153.
56. Scott, J., Garland, A., Moorehead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol. Med.* 31:459– 467.
53. Kauer-Sant'Anna, M, Frey, B.N., Andreatza, A.C., Ceresér, K.M., Gazalle, F.K., Tramontina, J., Correa da Costa, S., Santin, A., Kapczinski, F. (2007). Anxiety Comorbidity and Quality of Life in Bipolar Disorder Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 52(3):175-181.
54. Lee, J., Dunner, D. (2008). The Effect of Anxiety Disorder Comorbidity on Treatment Resistant Bipolar Disorders. *Depression and Anxiety.* 25:91–97.

# ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت تعارض مدیران تربیت‌بدنی استان خوزستان

نویسندگان: دکتر صدیقه حیدری نژاد<sup>1\*</sup>، دکتر مهناز مهربانی زاده هنرمند<sup>2</sup>،  
دکتر ایران داودی<sup>3</sup> و مهرانگیز پاینده<sup>4</sup>

1. دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز
  2. استاد دانشگاه شهید چمران اهواز
  3. استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز
  4. کارشناس ارشد گروه مدیریت ورزشی، دانشگاه شهید چمران اهواز
- \* E-mail: heydari\_s@scu.ac.ir

## چکیده

سبک‌های انتخابی مدیران برای حل تعارض در سازمان از ویژگی‌های منحصر به فرد آنان، نظیر شخصیت، نگرش‌ها و جنسیت تأثیر می‌پذیرد. این تحقیق با هدف بررسی ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت تعارض در مدیران اداره‌های تربیت‌بدنی استان خوزستان به تعداد 140 نفر در سال 1388 انجام شد. این تحقیق توصیفی تحلیلی و به روش میدانی اجرائی انجام گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق ساخته به منظور ویژگی‌های فردی و پرسش‌نامه‌های استاندارد ویژگی‌های شخصیتی نئو (1992) و مدیریت تعارض پوتنام و ویلسون (1987) بود. سطح معنی‌داری فرضیه‌ها  $p \leq 0/05$  تعیین شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی ساده و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام گرفت. یافته‌های همبستگی ساده میان ویژگی روان‌رنجورخویی با راهبردهای عدم مقابله و کنترل، رابطه مثبت معنی‌دار و با راهبرد راه‌حل‌گرایی، رابطه منفی معنی‌دار نشان داد؛ همچنین، میان ویژگی‌های برون‌گرایی، خوشایندی، وجدانی بودن با راهبرد راه‌حل‌گرایی، رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد. میان ویژگی فراخ‌ذهنی با هیچ‌یک از سه راهبرد مدیریت تعارض، رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد وجدانی بودن، بهترین پیش‌بینی‌کننده برای راهبرد عدم مقابله است که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار بود؛ همچنین، برون‌گرایی و خوشایندی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای راهبرد راه‌حل‌گرایی بودند که در سطح  $P = 0/008$  و  $p < 0/001$  معنی‌دار بود. با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود در انتخاب مدیران ورزشی، ویژگی شخصیتی آنان به عنوان یکی از ملاک‌های مهم مدنظر قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مدیریت تعارض و مدیران تربیت‌بدنی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رشته

• دریافت مقاله: 88/1/25

• پذیرش مقاله: 89/7/20

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 5

پاییز و زمستان 1390

## مقدمه

رویارویی با دیگران از خود نشان می‌دهند. شخصیت، ویژگی‌هایی است که فرد را به ایجاد ارتباط با دیگران قادر می‌سازد. مفهوم شخصیت از آن جهت برای مدیریت اهمیت دارد که نقشی عمده در ادراک، ارزیابی و واکنش فرد در برابر محیط ایفای کند (7). سبک‌هایی که هر یک از مدیران برای حل تعارض انتخاب می‌کنند، تحت تأثیر ویژگی‌هایی منحصر به فرد، نظیر شخصیت، نگرش‌ها و جنسیت آنها قرار می‌گیرد (1). آلپورت<sup>6</sup> 1937 شخصیت را مجموعه‌ای از عوامل درونی که چگونگی سازگاری اختصاصی فرد را با محیط جهت می‌دهند، تعریف کرده است. جورج کلی<sup>7</sup> 1963 شخصیت را به عنوان مسیر خاص هر فرد در جستجو برای تفسیر معانی زندگی می‌داند (8). در تعدادی از پژوهش‌ها ویژگی‌های روان‌شناختی ورزشکاران و مدیران ورزشی شامل صفات شخصیتی، خصوصیات خلقی و سبک‌های مقابله در سطوح مختلف بررسی شده است (9).

چلادوریا<sup>8</sup> 1999 معتقد است در سازمان‌های ورزشی، ویژگی‌هایی نظیر قاطعیت، عاشق ورزش بودن و توانایی ایجاد ارتباط مؤثر با ورزشکاران و مربیان لازمه مدیریت اثربخش است و این گونه ویژگی‌ها و خصوصیات با شخصیت فرد ارتباطی نزدیک دارند (7): برای نمونه، مدیران ورزشی درون‌گرا از فعالیت‌های ورزشی دیربازده و گاه، در دسرساز پرهیزی می‌کنند و با مقاومت در برابر تغییر و تحولات، دوست دارند وضعیت موجود حفظ شود. مدیران برون‌گرا در ایجاد روابط مؤثر میان کارکنان به ویژه مربیان و ورزشکاران، قوی‌تر عمل می‌کنند و شیوه‌های رفتاری خود را با فرهنگ سازمان تحت سرپرستی و علایق افراد زیر دست تطبیق می‌دهند (10 و 11).

بارون<sup>9</sup> اشاره دارد که ویژگی‌های شخصیتی، سبب بروز تمایلاتی خاص نسبت به حل تعارض بین فردی می‌شود، بعضی از افراد در صورت بروز اختلاف از

امروزه تعارض<sup>1</sup> در سازمان و مدیریت تعارض از جمله مباحثی است که توجه مدیران و دست‌اندرکاران سازمان‌ها را به خود جلب کرده است. تعارض در سازمان موجب اتلاف انرژی و استعدادهای کارکنان سازمان می‌شود و به جای اینکه عوامل تولید و منابع انسانی با ترکیب مناسب و معقول در تحقق اهداف سازمان حرکت کنند، در جامی‌زندی و سرمایه‌های انسانی و فیزیکی را به هدر می‌دهند (1). وفور اختلاف نظر و تضاد در سازمان‌ها باعث شده است میزان چشمگیری از وقت مدیران صرف جلوگیری، کاهش یا حل مشکلات شود. برخی از علمای علوم رفتاری معتقدند تنوع گروه کاری از طریق تعارض، عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا مدیران باید از منشأ تعارض‌ها و نحوه تأثیرگذاری تنوع بر تعارض آگاه بوده، شیوه‌های مناسب مواجهه با آن را بدانند (2). در سازمان‌های ورزشی نیز تعارض به صورت یک مسئله جدی وجود دارد و مدیران این سازمان‌ها برای ارائه برنامه‌های اثربخش در جهت تأمین سلامت جسمانی و روانی ورزشکاران و دستیابی به مدال‌ها و عناوین قهرمانی و همچنین، استفاده حداکثر از نیروی کارشناسان خود باید اختلاف‌ها و تعارض‌ها را به گونه‌ای مؤثر و سودمند مدیریت کنند. پوتنام<sup>2</sup> و همکاران 1987 تعارض را اختلاف میان افراد در زمینه اهداف اصلی، اهداف فرعی و ارزش‌ها می‌دانند (3). گلفند<sup>3</sup> و همکاران 2008 تعارض را تفاوت و تضاد میان افراد یا گروه‌ها در مورد علاقه‌ها، باورها و ارزش‌ها تعریف کرده‌اند (4). تعارض ماهیتاً چیز بدی نیست و اگر به‌طور صحیح مدیریت شود پیامدهای مثبت قابل توجهی به همراه دارد و یک نیروی انرژی‌بخش در گروه‌ها و سازمان‌ها است (5 و 6).

یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده شیوه مواجهه افراد با دیگران، شخصیت<sup>4</sup> است. گلدبرگ<sup>5</sup> 1990 شخصیت را مجموعه صفات و رفتار منحصر به فرد و به نسبت، باثبات می‌داند که مدیران در سطوح مختلف مدیریتی در تصمیم‌ها، رفتارهای مدیریتی و در هنگام

1- Conflict  
3- Gelfand et al  
5- Goldberg  
7- George Kelly  
9- Barron

2- Putnam et al  
4- Personality  
6- Allport  
8- Chelladurai

ویژگی‌های مثبت شخصیتی و همچنین هوش و ذکاوت بالا نیازمندند تا در زمان‌های بحرانی و بروز تعارض‌ها در درون سازمان بتوانند به‌طور صحیح با آن مواجه شده، با اتخاذ شیوه‌های درست، تعارض‌ها را به‌خوبی حل کنند. با توجه به تأثیر انکارناپذیر مدیریت مطلوب در حل تضادها و تعارض‌های موجود در سطح سازمان‌های ورزشی و همچنین اهمیت ویژگی‌های شخصیتی مدیران برای درک و پیشگیری از این شرایط به‌علاوه کنترل و هدایت تعارض‌ها با استفاده از شیوه‌های کارآمد برای به‌حداقل رساندن عوارض منفی آن، انجام تحقیق‌هایی بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظرمی‌رسد؛ به‌علاوه، بررسی مستندات و ادبیات تحقیق نشان‌می‌دهد اگرچه در خارج از کشور، مطالعاتی درخصوص رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای حل تعارض انجام‌شده‌است، تحقیقات داخل کشور بیشتر به بررسی ویژگی‌های فردی مدیران و ارتباط آن با شیوه‌های رویارویی با تعارض پرداخته‌اند و تحقیقی دربارهٔ رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت تعارض در مدیران سازمان‌های ورزشی و به‌ویژه مدیران تربیت‌بدنی استان خوزستان انجام‌نشده‌است؛ هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی با راهبردهای مدیریت تعارض در مدیران اداره‌های تربیت‌بدنی استان خوزستان بوده و درصدد پاسخگویی به این پرسش است که «آیا میان ویژگی‌های پنج‌گانه شخصیتی (فراخ‌ذهنی، روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، خوشایندی، وجدانی‌بودن) با راهبردهای سه‌گانه تعارض (عدم مقابله، کنترل، راه‌حل‌گرایی) رابطه وجود دارد؟» محقق امیدوار است نتایج تحقیق به مسئولان و برنامه‌ریزان سازمان تربیت‌بدنی کمک‌کند تا در انتخاب یا انتصاب مدیران برای اداره‌های کل تربیت‌بدنی در مراکز استان‌ها، عوامل متعدد تأثیرگذار به‌خصوص ویژگی‌های شخصیتی آنان را مدنظر قراردهند.

طریق اجتناب و دوری از تعارض، عده‌ای با مصالحه و برخی با رقابت با آن برخورد می‌کنند (12). وود<sup>1</sup> و همکاران 2008 بیان کردند ویژگی‌های شخصیتی توافقی بودن و برون‌گرایی به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده هر چهار سبک حل تعارض بودند (13). پارک<sup>2</sup> و همکاران 2007 در تحقیقی روی دانشجویان دریافتند برون‌گرایی، خوشایندی و روان‌رنجورخویی با سبک تشریک مساعی، رابطه‌ای مثبت و ویژگی فراخ‌ذهنی با سبک تشریک مساعی رابطه‌ای منفی داشت؛ همچنین، برون‌گرایی با سبک سازش و اجتناب رابطه منفی نشان‌داد (14). اوساج<sup>3</sup> و همکاران 2006 دریافتند سبک اجتناب با روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی، رابطه مثبت و سبک تسلط با خوشایندی رابطه منفی و با برون‌گرایی رابطه مثبت داشت. سبک مدارا با روان‌رنجورخویی، رابطه مثبت و با انعطاف‌پذیری رابطه منفی داشت (15).

ما<sup>4</sup> 2005 در تحقیق رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و حل تعارض نشان‌داد ویژگی روان‌رنجورخویی با سبک‌های اجتناب، مصالحه و مدارا رابطه منفی دارد ولی ویژگی برون‌گرایی با سبک‌های رقابت و تشریک مساعی رابطه مثبت دارد (16). نتایج تحقیق کلانتیری 1386 نشان‌می‌دهد ویژگی برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی با سبک مدیریت تعارض به شیوه اجبار و اعمال قدرت رابطه دارد ولی میان دیگر ویژگی‌ها با سبک‌های مدیریت تعارض رابطه‌ای مشاهده‌نمی‌شود (12).

آگاهی از تعارض‌های داخل سازمان و تأثیر آنها بر کیفیت تصمیم‌گیری مدیران در سازمان‌ها می‌تواند به اجرای سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی کمک‌کند که جنبه مثبت تعارض را حمایت و تأثیرهای منفی آن را کاهش می‌دهند. بی‌شک ماهیت تربیت‌بدنی و ورزش زمینه را برای بروز بسیاری از تضادها و تعارض‌ها فراهم می‌سازد و به تبع آن، مشکلاتی فراوان، گریبان‌گیر مدیران سازمان‌های ورزشی می‌شود و درنهایت، صدماتی جبران‌ناپذیر بر پیکره نظام ورزشی کشور وارد می‌کند. اداره‌های کل تربیت‌بدنی در مراکز استان‌ها به‌عنوان یکی از مراکز مهم ورزشی کشور به مدیرانی با

1- Wood et al  
3- Osuch et al

2- Park et al  
4- Ma

## روش

پژوهش حاضر، توصیفی همبستگی و به روش میدانی انجام شده است.

## آزمودنی

جامعه آماری شامل همه مدیران و معاونان ادارهای تربیت بدنی شهرستانها، رئیس و نایب‌رئیسان هیئت‌های ورزشی استان خوزستان در سال 1388 به تعداد (N=140) بود. با توجه به محدود بودن جامعه، از روش سرشماری برای نمونه‌گیری استفاده شد و کل جامعه به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شدند (n=140)؛ البته از میان پرسش‌نامه‌های توزیع شده، تعداد 118 پرسش‌نامه قابل استفاده جمع‌آوری شد.

## ابزار تحقیق

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامه به شرح زیر بود:

1) پرسش‌نامه محقق ساخته حاوی 10 پرسش درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت استخدامی، پست سازمانی، سابقه خدمت، سابقه مدیریت و سابقه ورزشی) بود.

2) پرسش‌نامه استاندارد ویژگی‌های شخصیتی نئو (فرم کوتاه) در شمار پرسش‌نامه‌های بسته پاسخ شامل 60 پرسش که پنج عامل بزرگ شخصیتی، یعنی: فراخ‌ذهنی<sup>1</sup>، روان‌رنجورخویی<sup>2</sup>، برون‌گرایی<sup>3</sup>، خوشایندی<sup>4</sup>، وجدانی بودن<sup>5</sup> را اندازه‌گیری می‌کند؛ به عبارت دیگر برای هر عامل، دوازده گویه وجود دارد؛ مک‌کری و کاستا، این پرسش‌نامه برای نخستین بار در سال 1985 ساختند (17). پاسخ‌دهی در قالب مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (به‌طور کامل موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف، به‌طور کامل مخالف) و روش نمره‌گذاری به صورت 5، 4، 3، 2، 0 (با در نظر گرفتن گویه‌های منفی) است. داودی (1386) و امان‌الهی (1384) در تحقیق خود از این پرسش‌نامه استفاده کرده‌اند. در تحقیق حاضر پایایی پرسش‌نامه به دو روش آلفا کرونباخ و تنصیف محاسبه شد (جدول 1)؛ همچنین روایی سازه از طریق بارتلت تست برابر همپسویه O=0/59، C=0/39، A=0/59، N=0/56، E=0/66 شد که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار بودند.

جدول 1. ضرایب پایایی پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی نئو در تحقیق حاضر

ضرایب پایایی		مقیاس
(تنصیف)	(آلفای کرونباخ)	
0/62	.60	روان‌رنجورخویی N
0/63	.61	برون‌گرایی E
0/51	.42	باز بودن O
0/50	.52	خوشایندی A
0/67	.73	وجدانی بودن C

3) پرسش‌نامه استاندارد سبک‌های مدیریت تعارض که پوتنام و ویلسون، آن را طراحی کرده‌اند؛ این پرسش‌نامه در کتاب رفتار سازمانی رابینز (1991)، به نقل از مقیمی، (1385) آورده شده است و پنج شیوه مدیریت تعارض، شامل اجتناب، تطبیق یا سازش، همکاری، مصالحه و رقابت را درون سه راهبرد کنترل، عدم مقابله و راه‌حل‌گرایی خلاصه و مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل الف: راهبرد عدم مقابله (ترکیب شیوه‌های اجتناب و تطبیق یا سازش)؛ ب: راهبرد راه‌حل‌گرایی (ترکیب شیوه‌های همکاری و مصالحه) و ج: راهبرد کنترل (با شیوه رقابتی یکسان است)؛ این سه راهبرد با شماره گویه‌های پرسش‌نامه در (جدول 2) ارائه شده‌اند. این پرسش‌نامه شامل 30 پرسش 7 گزینه‌ای است که به شیوه لیکرت طراحی و از 1 تا 7 امتیازبندی شده است. مولایی (1387) و اشکوه طاهری (1385) در تحقیق خود از این پرسش‌نامه استفاده کرده‌اند. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسش‌نامه راهبرد مدیریت تعارض از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد. ضرایب پایایی هریک از راهبردهای مدیریت تعارض در جدول 3 ارائه شده است.

برای توصیف داده‌ها، آمار توصیفی و برای آزمون فرضیه‌ها آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش ورود و گام‌به‌گام) استفاده شدند. سطح معنی‌داری آزمون فرضیه‌ها  $P < 0/05$  تعیین شد.

1- openness  
 2- neuroticism  
 3- extroversion  
 4- agreeableness  
 5- conscientiousness

جدول 2. راهبردهای مدیریت تعارض و گویه‌های آن  
در پرسش‌نامه

سبک‌های مدیریت تعارض	شماره گویه‌ها
راهبرد عدم مقابله	2 و 5 و 7 و 12 و 14 و 15 و 23 و 24 و 25 و 27 و 28 و 29
راهبرد راه‌حل‌گرایی	1 و 4 و 6 و 8 و 9 و 11 و 13 و 16 و 19 و 20 و 21
راهبرد کنترل	3 و 10 و 17 و 18 و 22 و 26 و 30

جدول 3. ضرایب پایایی پرسش‌نامه مدیریت تعارض  
در تحقیق حاضر

مقیاس	ضرایب پایایی	
	(آلفای کرونباخ)	(تصنیف)
راهبرد عدم مقابله	0/51	0/63
راهبرد کنترل	0/73	0/79
راهبرد راه‌حل‌گرایی	0/70	0/73

### یافته‌های تحقیق

براساس یافته‌های توصیفی 61/01 درصد آزمودنی‌ها مرد و 38/9 درصد زن بودند. آزمودنی‌های

رده سنی 41 تا 50 سال با 34/7 درصد، بیشترین و آزمودنی‌های 61 سال به بالا با 3/4 درصد، کمترین فراوانی را داشتند. رشته تحصیلی 44/9 درصد آزمودنی‌های تربیت‌بدنی، 12/7 درصد مدیریت و 42/4 سایر رشته‌ها بود. آزمودنی‌های با تحصیلات کارشناسی با 55/1 درصد بیشترین و تحصیلات دیپلم با 11/9 درصد، کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. بیشترین فراوانی‌ها یعنی حدود 70/3 درصد، سابقه کار مدیریتی بین 1 تا 10 سال و 36/4 درصد بین 11 تا 20 سال بیشترین سابقه ورزشی را داشتند. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پرسش‌نامه راهبردهای مدیریت تعارض و ویژگی‌های پنج‌گانه شخصیتی در جدول 4 ارائه شده‌است.

براساس نتایج جدول 4، راهبرد راه‌حل‌گرایی با میانگین 3/55 و عدم مقابله با میانگین 1/75 به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را دارند؛ همچنین، ویژگی شخصیتی وجدانی بودن با میانگین 3/19 و روان‌رنجورخویی با میانگین 1/23 به ترتیب بیشترین و کمترین نمره را کسب کرده‌اند. در جدول 5 رابطه ساده میان ویژگی‌های شخصیتی با راهبردهای مدیریت تعارض ارائه شده‌است.

جدول 4. میانگین و انحراف معیار متغیر راهبردهای مدیریت تعارض و ویژگی‌های شخصیتی

متغیر	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
راهبرد عدم مقابله		1/75	0/344	1/08	2/67
راهبرد کنترل		2/95	0/650	1/29	4/86
راهبرد راه‌حل‌گرایی		3/55	0/495	27/2	4/55
ویژگی برون‌گرایی		2/77	0/411	1/58	3/58
ویژگی روان‌رنجورخویی		1/23	0/433	0/25	2/25
ویژگی بازبودن		2/17	0/362	1/50	3/25
ویژگی خوشایندی		2/73	0/378	1/83	3/50
ویژگی وجدانی بودن		3/19	0/393	2/25	4

جدول 5. ضرایب همبستگی ساده میان ویژگی شخصیتی بازبودن و راهبردهای مدیریت تعارض

(n)	(p)	ضریب همبستگی (r)	شاخص آماری	
			متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
118	0/331	-0/04	عدم مقابله	فراخ‌ذهنی
	0/373	-0/03	کنترل	
	0/105	0/11	راه‌حل‌گرایی	
118	0/013	0/25	عدم مقابله	روان‌رنجوری
	0/034	0/16	کنترل	
	0/023	-0/18	راه‌حل‌گرایی	
118	0/253	-0/06	عدم مقابله	برون‌گرایی
	0/453	0/01	کنترل	
	0/001	0/38	راه‌حل‌گرایی	
118	0/004	-0/241	عدم مقابله	خوشایندی
	0/007	-0/22	کنترل	
	0/001	0/35	راه‌حل‌گرایی	
118	0/001	-0/29	عدم مقابله	وجدانی‌بودن
	0/45	0/01	کنترل	
	0/001	0/31	راه‌حل‌گرایی	

بر اساس نتایج حاصل از همبستگی ساده در جدول 5، میان ویژگی روان‌رنجورخویی با راهبردهای عدم مقابله و کنترل، رابطه مثبت معنی‌دار و با راهبرد راه‌حل‌گرایی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. میان ویژگی‌های وجدانی‌بودن، برون‌گرایی، خوشایندی با راه‌حل‌گرایی، رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد. میان ویژگی خوشایندی با راهبردهای عدم مقابله و کنترل، رابطه منفی معنی‌دار و میان ویژگی وجدانی‌بودن با راهبرد عدم مقابله رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد.

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه، با استفاده از روش ورود در جدول 6، ضریب همبستگی برای ترکیب خطی ویژگی‌های شخصیتی مدیران با راهبرد عدم مقابله ( $MR=0/340$ ) و ضریب تعیین

برای ویژگی‌های شخصیتی بازبودن و راهبردهای مدیریت تعارض ( $RS=0/116$ ) که در سطح  $p=0/016$  معنی‌دار است. برای ویژگی‌های شخصیتی مدیران با راهبرد کنترل ( $MR=0/290$ ) و ضریب تعیین ( $RS=0/084$ ) که در سطح  $P=0/077$  معنی‌دار نیست. برای ویژگی‌های شخصیتی مدیران با راهبرد راه‌حل‌گرایی،  $MR=0/462$  و ضریب تعیین  $RS=0/214$  در سطح  $P<0/001$  معنی‌دار است. با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص شد حدود 11 درصد واریانس متغیر عدم مقابله توسط متغیرهای پیش‌بین ویژگی‌های شخصیتی فراخ‌ذهنی، برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، خوشایندی و وجدانی‌بودن تبیین شده است؛ همچنین، حدود 21 درصد واریانس متغیر راه‌حل‌گرایی توسط متغیرهای پیش‌بین ویژگی‌های شخصیتی فراخ‌ذهنی، برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی،

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه، با استفاده از روش ورود در جدول 6، ضریب همبستگی برای ترکیب خطی ویژگی‌های شخصیتی مدیران با راهبرد عدم مقابله ( $MR=0/340$ ) و ضریب تعیین



خوشایندی و وجدانی بودن تبیین شده است؛ به عبارت دیگر، ویژگی‌های پنج‌گانه تنها پیش‌بینی‌کننده راهبرد عدم مقابله و راه‌حل‌گرایی هستند و در پیش‌بینی راهبرد کنترل نقشی ندارند. براساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام در جدول 7، تنها ویژگی وجدانی بودن، بهترین پیش‌بینی‌کننده استفاده از راهبرد عدم مقابله است (MR=0/290 و ضریب تعیین RS=0/084) که در سطح MR=0/445 و ضریب تعیین P=0/008 که در سطح P=0/001 برای برون‌گرایی معنی‌دار است.

جدول 6. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مدیریت تعارض (روش ورود)

ضریب ثابت (a)	متغیرها و ضرایب رگرسیون					نسبت F احتمال P	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	
	وجدانی بودن	خوشایندی	روان‌رنجوری	برون‌گرایی	فراخ‌ذهنی				
2/38	B=-0/214 $\beta$ =-0/224 t=-2/351 p=0/020	B=-0/119 $\beta$ =-0/131 t=-1/228 p=0/222	B=0/081 $\beta$ =0/103 t=0/956 p=0/341	B=0/103 $\beta$ =0/123 t=1/181 p=0/240	B=0/001 $\beta$ =0/001 t=0/007 p=0/995	F=2/929 p=0/016	0/116	0/340	عدم مقابله
2/77	B=0/215 $\beta$ =0/130 t=1/231 p=0/221	B=-0/436 $\beta$ =-0/253 t=-2/33 p=0/021	B=0/210 $\beta$ =0/140 t=1/28 p=0/203	B=0/173 $\beta$ =0/110 t=1/030 p=0/305	B=-0/023 $\beta$ =-0/013 t=-0/137 p=0/891	F=2/052 0/077 P=	0/084	0/290	کنترل
1/10	B=0/161 $\beta$ =0/128 t=1/305 p=0/195	B=0/307 $\beta$ =0/234 t=2/33 p=0/022	B=1/090 $\beta$ =0/093 t=0/924 p=0/358	B=0/343 $\beta$ =0/285 t=2/89 p=0/005	B=0/012 $\beta$ =0/009 t=0/101 p=0/920	F=6/095 P<0/001	0/214	0/462	راه‌حل‌گرایی

جدول 7. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیتی و راهبرد عدم مقابله (روش گام‌به‌گام)

ضریب ثابت (a)	ضرایب رگرسیون	نسبت F احتمال P	RS	MR	شاخص آماری
					متغیر پیش‌بین
2/56	1				
	B= -0/253 $\beta$ =-0/290 t=-3/26 p = 0/001	F=10/62 P< 0/001	0/084	0/290	وجدانی بودن

جدول 8. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیتی و راهبرد راه‌حل‌گرایی (روش گام‌به‌گام)

ضریب ثابت (a)	ضرایب رگرسیون		نسبت F احتمال P	RS	MR	شاخص آماری متغیرهای پیش‌بین
	2	1				
2/277	-	B=0/461 $\beta$ =0/383 t=4/46 P= 0/001	F=19/93 P<0/001	0/147	0/383	برون‌گرایی
1/693	B=0/318 $\beta$ =0/242 t=2/71 p=0/008	B=0/358 $\beta$ =0/297 t=3/33 p=0/001	F=14/19 P<0/001	0/198	0/445	خوشایندی

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان‌داد، میان ویژگی فراخ‌ذهنی با راهبردهای سه‌گانه مدیریت تعارض، رابطه معنی‌دار وجود ندارد. این یافته با نتایج تحقیق پارک و همکاران 2007، اوساچ و همکاران 2006 و ما 2005، همخوانی دارد ولی با یافته آنتونیونی 2000 همخوانی ندارد. در توجیه این یافته می‌توان اشاره کرد ویژگی فراخ‌ذهنی به تجربه، کم‌ثبات‌ترین عامل در مدل پنج‌عاملی نئو به‌شمار می‌رود (19). نتایج تحقیق روشن و همکاران 1385 در بررسی جنبه‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پنج‌عاملی نئو نشان‌داد که این ویژگی در نمونه ایرانی نیز فاقد ثبات درونی قابل قبول است (20)؛ بنابراین به احتمال، یکی از دلایل معنی‌دار نبودن رابطه میان ویژگی فراخ‌ذهنی و راهبردهای مدیریت تعارض در این تحقیق می‌تواند به همین سبب باشد.

یافته‌های تحقیق، میان ویژگی روان‌رنجورخویی با راهبردهای عدم مقابله و کنترل رابطه مثبت معنی‌دار و با راه‌حل‌گرایی، رابطه منفی معنی‌دار نشان‌داد. این یافته با نتایج تحقیق اوساچ 2006، آنتونیونی 2000، ما 2005 و کلاتری 1386 همخوانی دارد. لازم به ذکر است، افرادی که در شاخص روان‌رنجوری بالا هستند، ثبات عاطفی پایینی دارند و در موقعیت‌های پیچیده و

تعارض‌ها بیشتر از آنکه به رقابت پردازند، به کناره‌گیری و اجتناب روی آورده، تمایل کمتری به تشریح مساعی برای حل پدیده تعارض نشان می‌دهند (21). توماس (1977) و آیزنک (1977) معتقدند مدیرانی که دائم از سبک مدیریت اجبار و اعمال قدرت (کنترل) استفاده می‌کنند به مشکلات شخصیتی دچار بوده، به سبب عدم اطمینانی که در «من» شخصیت آنها وجود دارد و همچنین رفتارهای پرخاشگرانه ذاتی، شیوه حل تعارض‌های را اغلب به صورت اعمال قدرت و اجبار انتخاب می‌کنند، زیرا بر این باورند که به واسطه زور و قدرت می‌توان دیگران را به اطاعت و اداری کرد (22 و 23).

یافته‌های تحقیق، میان ویژگی برون‌گرایی با راهبرد راه‌حل‌گرایی، رابطه مثبت معنی‌دار نشان‌داد. این یافته با نتایج تحقیق کلاتری 1386، وود 2008، پارک 2007، اوساچ 2006، ما 2005 و آنتونیونی 2000 همخوانی دارد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که افراد برون‌گرا، افرادی اجتماعی، مردم‌دوست، قاطع، فعال، پرانرژی و خوش‌بین هستند و به هنگام بروز تعارض سعی می‌کنند دلیل اصلی آنها را تشخیص داده، از طریق تحلیل و بررسی آنها را برطرف می‌کنند؛ به عبارت دیگر، بیشتر از راهبرد راه‌حل‌گرایی استفاده می‌کنند (2 و 24). توماس

رگرسیون با روش مرحله‌ای، ویژگی وجدانی بودن بهترین پیش‌بینی‌کننده استفاده از راهبرد عدم مقابله و دو ویژگی برون‌گرایی و خوشایندی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های استفاده از راهبرد راه‌حل‌گرایی هستند. لارسون در سال 2001 در تحقیق خود، میان ویژگی شخصیتی مدیران و چگونگی حل تعارض‌های سازمان توسط آنها رابطه معنی‌داری گزارش کرده‌است؛ به این ترتیب، مدیرانی که از ویژگی شخصیتی سالم‌تری بهره‌مندند برای حل تعارض‌های سازمان نیز از روش‌هایی مناسب‌تر استفاده می‌کنند (26).

در پایان با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر اینکه راهبرد راه‌حل‌گرایی با ویژگی شخصیتی برون‌گرایی، وجدانی بودن و خوشایندی رابطه معنی‌دار دارد، مبنای نظری و ادبیات تحقیق نیز نشان‌داد راهبردی که غالب نظریه‌پردازان مدیریت نسبت به مطلوبیت و اثربخش بودن آن اتفاق نظر دارند، راهبرد راه‌حل‌گرایی است؛ لذا پیشنهاد می‌شود بیشتر از مدیرانی با ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، وجدانی بودن و خوشایندی استفاده شود و مدیران با ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی، کمتر به‌کارگرفته شوند؛ به‌علاوه به مسئولان و برنامه‌ریزان سازمان تربیت‌بدنی توصیه می‌شود در انتخاب یا انتصاب مدیران برای اداره‌های کل تربیت‌بدنی در مراکز استان‌ها، عوامل متعدد تأثیرگذار به‌خصوص ویژگی‌های شخصیتی آنان را مدنظر قرار دهند و پیش از به‌کارگیری آنان با استفاده از پرسش‌نامه‌ها و آزمون‌های معتبر، ویژگی شخصیتی آنان بررسی شود و این ویژگی‌ها به‌عنوان معیاری مناسب در کنار سایر معیارها مدنظر قرار گیرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود با برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مدیریتی، آموزش‌های لازم به مدیران داده شود، تا از طرفی با نگهداری تعارض در سطح مناسب و استفاده از تعارض‌های سازنده باعث پویایی سازمان شده، از رکود آن جلوگیری کنند و از طرف دیگر بتوانند تعارض‌ها را به گونه‌ای کنترل کنند که از بروز بحران در سازمان جلوگیری شود.

(1977) بر این باور است که اغلب، استفاده از سبک توافق و نرمش از سوی مدیرانی اتخاذ می‌شود که توانایی و انرژی لازم برای حل تعارض‌ها را داشته باشند؛ به همین دلیل از طریق صحبت با گروه‌های متعارض و پیوند آنها از طریق وجه اشتراک، سعی دارند میان آنها، توافق ایجاد کنند (22)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که استفاده از سبک توافق و نرمش به زمان و انرژی زیادی نیاز دارد که مدیران برون‌گرا به لحاظ ویژگی و نوع شخصیت خود از انرژی لازم بهره‌مند بوده، با استفاده از مهارت‌های روابط انسانی بالای خود می‌توانند میان گروه‌های تعارض، توافق لازم را ایجاد کنند (25).

یافته‌های تحقیق میان ویژگی خوشایندی با راهبردهای عدم مقابله و کنترل، رابطه منفی معنی‌دار و با راه‌حل‌گرایی، رابطه مثبت معنی‌دار نشان‌داد. این یافته با نتایج تحقیق وود (2008)، پارک (2007)، اوساچ (2006)، ما (2005)، آنتونیونی (2000) همخوانی دارد؛ به‌عبارت‌بهرتر، افراد موافق در روابط بین‌فردی به همکاری، اعتماد کردن و حمایت‌کنندگی تمایل دارند و کمتر خود را در تقابل با دیگران می‌بینند؛ در نتیجه، کمتر از سبک کنترل و بیشتر از سبک راه‌حل‌گرایی استفاده می‌کنند (24). یافته‌های تحقیق، میان ویژگی وجدانی بودن با راهبرد عدم مقابله، رابطه منفی معنی‌دار و با راه‌حل‌گرایی، رابطه مثبت معنی‌دار نشان‌داد. این یافته با نتیجه تحقیق آنتونیونی 2000 همخوانی دارد. افراد با ویژگی وجدانی بودن اغلب، افرادی هدفمند، دارای اراده و کمتر منزوی هستند و می‌کوشند تا با تعارض مقابله کنند و بیشتر به سبک راه‌حل‌گرایی روی می‌آورند؛ برعکس، افرادی که در ویژگی وجدانی بودن پایین هستند، به‌احتمال، بیشتر از سبک مصالحه، سازش و مدارا و عدم مقابله برای مواجهه با تعارض استفاده کنند.

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود، حدود 11 درصد واریانس متغیر عدم مقابله و 21 درصد واریانس متغیر راه‌حل‌گرایی توسط متغیرهای پیش‌بین و ویژگی‌های شخصیتی تبیین شده‌است. این یافته با نتایج تحقیق وود 2008، اوساچ 2006، ما 2005 همخوانی دارد؛ همچنین طبق نتایج حاصل از تحلیل

15. Osuch, K., & Lewandowski, M. (2006). Personality and conflict Management styles: synergy of nomothetic and idiomatic approach. University of Warsaw, Faculty of Psychology.
16. Ma, Z. (2005). Exploring the Relationships between the Big Five Personality Factors, Conflict Styles, and Bargaining Behaviors. Odette School of Business University of Windsor, 401 Sunsets.
17. داودی، ایران (1386): **بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشار روانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش‌بین‌های ابتلا به اختلال وسواسی-اجباری و مقایسه زیرگروه‌های علائم اختلال براساس برخی متغیرهای پیش‌بین در شهرستان اهواز**، رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
18. مولایی سفیددستی، افشین (1387): **بررسی رابطه هوش عاطفی و سبک‌های مدیریت تضاد مدیران ادارات تربیت بدنی استان خوزستان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد تربیت‌بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر.
19. پروین، ل. ا.، جان، ا. بی (2001، 1381): **شخصیت، نظریه و پژوهش**؛ ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور؛ تهران: نشر آبیژ.
20. روشن، ر، م شعیری و همکاران (1385): «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه شخصیتی پنج عاملی نئو»، **ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار/ دانشگاه شاهد**، سال سیزدهم، شماره 16، صص 27-36.
21. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7: 5-13.
22. Thomas, K. W. (1977). Conflict and Conflict Management. *Handbook of industrial and organizational psychology*: Chicago Press.
23. Eysenck, H. J. (1977). The biological basis of personality. Springfield, Ill Charles, G. Thomas.
24. Antonioni, D (2000). Relationship between big five personality factors and conflict management styles. *International Journal of Conflict Management*, 9(4), 336-335.
25. Yusof, A., & Fauzee. O. M., Hakim Abdullah. M., & Mohd, S. (2009). Managing conflict in Malaysian Sports, *International Bulletin of Business, Administration*.
26. Larson, M. J. (2001). Conflict resolution negotiation: How multilateral negotiations contribute to the resolution and development conflicts. George Manson University.
- منابع**
1. اشراقی، حسام، میرمحمد کاشف و. مهرداد محرم زاده. (1388): «تأثیر نظام ارتباطات سازمانی بر تعارض در ادارات تربیت‌بدنی استان آذربایجان غربی»، **فصلنامه المپیک**، سال هفدهم، شماره 1، پیاپی (45)، صص 33-46.
2. ایزدی یزدان ابادی، احمد (1379): **مدیریت تعارض**؛ تهران: موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه امام حسین (ع).
3. Putnam, I. I., & Pool, M. S. (1987). Conflict and Negotiation: Hand book of Organization Communication. NewBury Park, CA: sage publications.
4. Gelfand, J. M., & Dreu, W. K. (2008). The Psychological of Conflict and Conflict Management in Organizations. New York, London: Imprint of Taylor & Francis Group.
5. Mullins, L. (2002). Management and Organizational Behavior. 6<sup>th</sup> Ed. London: Pitman.
6. رضائیان، علی (1382): **مدیریت تعارض و مذاکره (مدیریت رفتار سازمانی پیشرفته)**؛ تهران: انتشارات سمت.
7. نادریان جهرمی، مسعود، امیر حسینی و سید احسان (1386): «بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و دموگرافیکی مدیران ورزشی با مهارت‌های شغلی آنان»، **فصلنامه المپیک**، سال یازدهم، شماره 4 (پیاپی 40)، صص 105-114.
8. لارنس ا. و جان، الیور بی (2001): **شخصیت، نظریه و پژوهش**؛ ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور (1381)؛ تهران: نشر آبیژ.
9. بشارت محمد علی، غلامرضا عباسی و میرزا کمسفیدی رضا (1384): «تبیین موفقیت ورزشی در ورزش‌های گروهی و فردی بر حسب هوش هیجانی»، **فصلنامه المپیک**، سال سیزدهم شماره 4 (پیاپی 32)، صص 87-96.
10. رایبیز، استیفن (1998): **مدیریت رفتار سازمانی**؛ ترجمه علی پارسائیان و سید محمد اعرابی (1387)؛ تهران: انتشارات سمت.
11. Chelladurai, P. (2006). Human Resource Management in Sport and Recreational. *Human Kinetics*,
12. کلانتری، م (1386): **بررسی رابطه بین سبک‌های مدیریت تعارض با ویژگی‌های شخصیتی مدیران دانشگاه‌های شهر یزد**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه اصفهان.
13. Wood, V., & Bell, P. A. (2008). Predicting interpersonal conflict resolution styles from personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 45:126-131.
14. Park, H. & Antonioni, D. (2007). Personality, reciprocity, and strength of conflict resolution strategy. *Journal of Research in Personality*, 41: 110-125.

# بررسی پایایی و اعتبار ملاک نسخه فارسی پرسش‌نامه حالت-صفت بیان خشم (STAXI-2) در یک جمعیت بالینی

نویسندگان: دکتر محمدعلی اصغری مقدم<sup>۱</sup>، مریم مقدسین<sup>۲\*</sup> و دکتر پروین دیباج نیا<sup>۳</sup>

۱. دانشیار دانشگاه شاهد

۲. دانشجوی دوره دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\* E-mail: mmoghadasin@yahoo.com

## چکیده

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشم مزمن و مستمر و شیوه‌های بیان و کنترل آن بر سیر اختلال‌های خلقی و اضطرابی و نیز بر برآیند درمان آنها تأثیر منفی برجای می‌گذارد. به همین دلیل ارزیابی معتبر و پایا از تجربه خشم و شیوه‌های بیان و کنترل آن به یکی از ضروریات فعالیت روان‌شناسان بالینی تبدیل شده است؛ با این همه، پرسش‌نامه‌ای که بتواند به ارزیابی خشم و شیوه‌های بیان و کنترل آن در جمعیت بالینی ایرانی بپردازد، وجود ندارد. پژوهش حاضر با هدف واریاسی اعتبار ملاک و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه حالت صفت بیان خشم (STAXI-2) (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹) در یک جمعیت بالینی ایرانی انجام شده است. در این پژوهش، اطلاعات به دست آمده از دو نمونه بالینی و غیربالینی که نسخه فارسی STAXI-2 را تکمیل کرده بودند، مورد استفاده قرار گرفت؛ این پرسش‌نامه از شش مقیاس و پنج خرده‌مقیاس برای ارزیابی حالت خشم، صفت خشم و نیز شیوه‌های بیان خشم و کنترل آن تشکیل شده است. نمونه بالینی از ۴۵۱ بیمار مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی با میانگین سنی ۳۱/۲ سال (انحراف معیار = ۹/۷ سال) تشکیل شده است. روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک، این بیماران را مورد بررسی قرار دادند و بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (متن تجدیدنظر شده) در یکی از چهار گروه تشخیصی اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی، رخدادهای مانیا و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال کنترل تکانه جای گرفتند. نمونه غیربالینی از ۱۰۷۱ نفر از جمعیت عمومی جامعه با میانگین سنی ۲۸ سال (انحراف معیار = ۱۰/۱ سال) تشکیل شده است؛ همچنین، به منظور بررسی پایایی آزمون طی زمان، یک نمونه فرعی از گروه بالینی (n=۲۲) پرسش‌نامه را با رعایت فاصله زمانی چهارده روز دو بار تکمیل کردند؛ در مجموع، نتایج این مطالعه اولیه حاکی از پایایی (بازآزمایی و همسانی درونی) مطلوب و اعتبار ملاک نسخه فارسی پرسش‌نامه حالت-صفت بیان خشم در جمعیت بالینی مورد مطالعه است.

کلیدواژه‌ها: تجربه خشم، بیان خشم، کنترل خشم، پایایی و اعتبار ملاک.

• دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۱۵

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011 – 2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

## مقدمه

خشم<sup>۱</sup>، «نشانی از احساسات، شناخت‌ها و واکنش‌های فیزیولوژیک به نسبت مشخصی که با میل به آسیب‌زدن به هدفی همراه است، تعریف شده است» (۱). خشم احساساتی را که از جنبه شدت از تحریک‌پذیری و رنجش خفیف تا غضبناکی شدید تغییر می‌کند، در برمی‌گیرد و با فعال‌سازی فرایندهای عصبی-غددی<sup>۲</sup> و برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار همراه است (۲). خشم دارای دو وجه مثبت و منفی است: از دیدگاه تحول می‌توان گفت که برخی از هیجان‌ها، به‌رغم بهره‌مندی از ویژگی‌های ناخوشایند، برای بقا نوع مفیدند (۳). توجه به راه‌اندازهای اجتماعی خشم (برای نمونه، مورد ستم واقع شدن) و نیز احساس فرد خشمگین مبنی بر محق بودن او در ابراز خشم، نشان می‌دهد که خشم می‌تواند دارای عوامل و مؤلفه‌هایی مطلوب باشد. خشم می‌تواند منابع و امکانات روان‌شناختی را برای مواجهه با خطر آماده‌کند، رفتار را برای اعمال اصلاحی نیرومندسازد و مقاومت در برابر خطر را تسهیل کند؛ در همین رابطه، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از مردم به دنبال نشان‌دادن خشم خود، احساس بهتری را تجربه می‌کنند (۴)؛ همچنین بیان ابزاری خشم می‌تواند به افراد کمک کند تا بتوانند اعمال هدفمند همراه با جرئت‌ورزی را از خود نشان دهند (۵).

همانند سایر هیجان‌ها، خشم نیز با تغییرهای جسمی و زیستی همراه است. خشم مزمن بر سلامت انسان تأثیر منفی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشم مستمر، پیش‌بینی‌کننده تهاجم و خشونت (۶)، اختلال‌های قلبی-عروقی (۷)، ناسازگاری‌های فردی (۸) و سرطان (۹) است. بالا بودن سطح خشم در اوایل بزرگسالی می‌تواند ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را در دوران بعدی زندگی پیش‌بینی کند؛ چانگ<sup>۳</sup> و همکارانش (۱۰) در یک مطالعه پیگیری با ۱۰۵۵ دانشجو نشان دادند افرادی که در اوایل دوران دانشجویی، سطح خشمی بالاتر داشتند، در مراحل بعدی زندگی ۵/۳ بار بیش از افرادی که در همان دوران دارای درجات خفیف‌تری از خشم بودند

به بیماری‌های کرونری قلب گرفتار شدند؛ همچنین افراد گروه نخست ۶/۴ بار بیش از افراد گروه دوم در مراحل بعدی زندگی به سکنه‌های قلبی زودرس مبتلا شدند.

خشم و پرخاشگری در زمره هیجان‌های به‌شدت آسیب‌زا در به‌طور تقریبی، تمام اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اتیسم<sup>۴</sup> (۱۱)، افسردگی (۱۲)، اسکیزوفرنی<sup>۵</sup> و دمانس<sup>۶</sup> (۱۳) به‌شمار می‌آید؛ همچنین شواهد گردآوری‌شده از نقش خشم و خصومت<sup>۷</sup> در علت‌شناسی و استمرار اختلال‌های اضطرابی<sup>۸</sup> حمایت می‌کند (۱۴ و ۱۵)؛ از این رو، فهم خشم بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی هم برای پژوهشگران و هم برای درمانگران این بیماران دارای اهمیت است.

داس<sup>۹</sup> و همکاران (۱۶) با استفاده از پرسش‌نامه خصومت و جهت‌گیری آن<sup>۱</sup>، خشم و خصومت را در بیماران مبتلا به اختلال آسیمگی<sup>۱۱</sup>، اگورافوبیا<sup>۱۲</sup>، اختلال اضطراب منتشر<sup>۱۳</sup> و هراس اجتماعی<sup>۱۴</sup> یا اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱۵</sup>، مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد در حالی که میان نمره گروه‌های مورد مطالعه در مقیاس تجربه خشم نسبت به دیگران<sup>۱۶</sup> تفاوتی وجود ندارد، نمره‌های آنها در مقیاس تجربه خشم نسبت به خود<sup>۱۷</sup> تفاوتی چشمگیر با یکدیگر دارند؛ در این مطالعه، بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، بالاترین نمره را در مقیاس خودملامت‌گری نسبت به بقیه گروه‌ها دارا بودند.

پژوهش‌های انجام‌شده با بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱۸</sup> نشان داده‌است، هنگامی که افراد خانواده با علائم وسواس بیمار کنار نمی‌آیند و قوانین و آیین‌مندی‌های وضع‌شده از جانب آنها را رعایت نمی‌کنند، اضطراب و خشم بیماران شدت می‌گیرد (۱۷ و ۱۸). بیان خشم می‌تواند افراد خانواده را وادار کند تا

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 1- anger   | 2- neuroendocrine           |
| 3- Chang   | 4- autism                   |
| 5- schizophrenia                                       | 6- dementia                 |
| 7- hostility   | 8- anxiety disorders        |
| 9- Daddas  |                             |
| 10- Hostility and Direction of Hostility Questionnaire |                             |
| 11- panic  | 12- agoraphobia             |
| 13- generalized anxiety disorders                      |                             |
| 14- social phobia                                      | 15- Social Anxiety disorder |
| 16- extrapuniveness                                    | 17- intropunitive           |
| 18- obsessive-compulsive disorders                     |                             |

هنگامی که تأثیر عامل افسردگی در رابطه میان تجربه و بیان خشم و وسواس کنترل‌شد (عامل افسردگی به‌عنوان متغیر همگام<sup>۱۴</sup> به معادله وارد شد)، افراد بیمار با افراد سالم از نظر تجربه خشم و بیان آن فرقی نداشتند. از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که رابطه میان اختلال وسواسی- اجباری و خشم ممکن است به دلیل همبودی<sup>۱۵</sup> افسردگی یا عاطفه منفی (روان‌نژندگرایی<sup>۱۶</sup> به وجود آمده باشد.

اسپیلبرگر<sup>۹</sup> از بررسی جامع منابع پژوهشی این طور نتیجه‌گیری کرده‌است که تأثیر شیوه بیان خشم (بیان خشم به طرف درون<sup>۱۷</sup> در مقابل بیان خشم به طرف بیرون<sup>۱۸</sup> در علت‌شناسی بیماری‌ها اگر عمده‌تر از نقش تجربه خشم (شدت خشم) نباشد، کمتر از آن نیست؛ بنابراین به هنگام پژوهش درباره نقش خشم در بیماری‌ها، بیان خشم به‌عنوان یک حالت هیجانی، باید هم از نظر مفهومی و هم از نظر تعریف عملیاتی از احساس خشم (حالت خشم) و نیز از صفت خشم (تفاوت‌های فردی در مستعدبودن نسبت به خشم به‌عنوان یک صفت شخصیتی)، متمایز شود (۹).

با توجه به آنچه بیان‌شد، ارزیابی خشم و شیوه‌های بیان و کنترل آن، هم از بُعد نظری و هم از منظر عملی واجد اهمیت است؛ از این رو، در اختیار داشتن ابزاری که بتواند ارزیابی‌هایی معتبر<sup>۱۹</sup> و پایا<sup>۲۰</sup> از خشم و شیوه‌های بیان و کنترل آن به‌عمل‌آورد به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا بیمارانی را که در خطر کناره‌گیری زود هنگام از فرایند درمان یا در معرض احتمال از دست‌دادن زود هنگام دست‌آوردهای درمانی هستند، شناسایی کنند و برای کمک بهتر به این افراد، راهکارهایی را بیندیشند.

تا آنجا که اطلاعات نویسندگان این مقاله اجازه می‌دهد تاکنون، تنها یک پرسش‌نامه (پرسش‌نامه پرخاشگری

از قوانین و آیین‌مندی‌های وضع‌شده از جانب بیمار پیروی کنند که این امر به نوبه خود، می‌تواند در نقش تقویت‌کننده عمل‌کند و باعث استمرار و وخامت علائم وسواس بیماران شود؛ اروین<sup>۱</sup>، همی‌پرگ<sup>۲</sup>، اش‌نایر<sup>۳</sup> و لیپوویتز<sup>۴</sup> (۱۹) نیز نسخه اولیه پرسش‌نامه حالت- صفت خشم<sup>۵</sup> اسپیلبرگر (۲۰) را در گروهی از بیماران اضطرابی به‌کار بردند و دریافتند که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در مقایسه با افراد غیر اضطرابی، سطح خشمی بالاتر دارند و در واکنش به تحریک<sup>۶</sup>، خشمی شدیدتر را نشان می‌دهند و نمره آنها در خرده‌مقیاس بیان خشم به طرف درون بالاتر است.

مطالعه خشم دارای کاربردهای بالینی است. اختلال‌های هیجانی از جمله خشم مزمن و مستمر بر چگونگی سیر<sup>۷</sup> و نیز بر برآیند<sup>۸</sup> درمان اختلال‌های خلقی<sup>۹</sup> و اضطرابی، تأثیر منفی برجای می‌گذارد (۱۹، ۲۱ و ۲۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشم می‌تواند به استمرار یا وخامت علائم افسردگی و اضطرابی کمک کند، باعث افت<sup>۱۰</sup> دست‌آوردهای درمان شود، بازگشت علائم بیماری را تسریع کند و باعث افزایش رنج و ناراحتی بیماران و کاهش عملکردهای اجتماعی و شغلی آنها شود (۲۳).

برخی از مطالعات نشان داده‌اند که تجربه خشم یکی از عواملی است که احتمال خطر کناره‌گیری زود هنگام از درمان شناختی رفتاری را افزایش می‌دهد. تجربه خشم همچنین با برآیند درمان ضعیف همراه است (۲۴). بیکر<sup>۱۱</sup> و همکارانش (۲۵) نشان دادند که شدت و فراوانی تجربه خشم در بیماران مبتلا به اختلال آسیمگی، صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود آگورافوبیا، در مقایسه با افراد گروه کنترل بیشتر است. در همین مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال هراس در مقایسه با افراد عادی خشم خود را بیشتر کنترل کرده، آن را کمتر بیان می‌کردند (آن را درون خود حبس می‌کردند)؛ در همین راستا، وایت/ستید<sup>۱۲</sup> و آبراموویتز<sup>۱۳</sup> (۲۶ و ۲۷) دریافتند که تجربه خشم و بیان آن به طرف درون در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بیشتر از افراد عادی جامعه است؛ با همه اینها، در همین مطالعات نشان داده‌شد

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1- Erwin                | 2- Heimberg              |
| 3- Schneier             | 4- Liebowitz             |
| 5- STAXI                | 6- provocation           |
| 7- course               | 8- outcome               |
| 9- mood disorders       | 10- relapse              |
| 11- Baker               | 12- Whitstide            |
| 13- Abramowitz          | 14- covariate            |
| 15- comorbidity         | 16- neuroticism          |
| 17- anger expression-in | 18- anger expression-out |
| 19- valid               | 20- reliable             |

روان‌سنجی مطلوب بتواند نه تنها خشم بلکه شیوه‌های بیان و کنترل آن را در جمعیت بالینی ایرانی مورد بررسی قرار دهد، به‌خوبی احساس می‌شود؛ در همین رابطه، پژوهش حاضر می‌کوشد تا اعتبار<sup>۱</sup> و پایایی<sup>۲</sup> نسخه فارسی پرسش‌نامه حالت-صفت بیان خشم<sup>۳</sup> (۹) را که از این پس در سراسر این متن به اختصار STAXI-2 نامیده خواهد شد در یک جمعیت بالینی مورد بررسی قرار دهد. به‌طور اختصاصی‌تر، هدف پژوهش حاضر بررسی پایایی و اعتبار ملاک<sup>۴</sup> نسخه فارسی STAXI-2 در جمعیتی بالینی است. در بررسی پایایی از دو روش بررسی ضرایب بازآزمایی میان دو بار اجرا و نیز بررسی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 استفاده شده است (۲۹). اعتبار ملاک مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 با بررسی توانایی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های مذکور در تفکیک میان نمره‌های افراد دو نمونه بالینی و غیربالینی (۲۹) مورد آزمون قرار گرفته است.

## روش

### الف: جامعه آماری، گروه‌های نمونه و روش اجرای پژوهش

نمونه‌های مورد استفاده در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، به شرح زیر انتخاب شدند: نمونه غیربالینی: نمونه غیربالینی این پژوهش را ۱۰۷۱ نفر از کارمندان شاغل در ادارات دولتی شهر تهران و نیز دانشجویان دو دانشگاه تهران و شاهد تشکیل می‌دهند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. شرط شرکت در این مطالعه قرارداد داشتن در دامنه سنی میان ۱۸ تا ۶۴ سال و داشتن گواهینامه پایان تحصیلات دوره ابتدایی یا بالاتر بود.

نمونه بالینی مطالعه اعتبار ملاک: ۴۷۳ نفر از افراد ۱۸ ساله و بالاتر که از اسفند ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ به دو کلینیک خصوصی و یک کلینیک دولتی در شهر تهران مراجعه کرده بودند، برای شرکت در این مطالعه

اهواز) برای سنجش پرخاشگری در جمعیت ایرانی ساخته شده است و مطالعات روان‌سنجی درباره آن با استفاده از یک نمونه دانشجویی انجام شده است (۲۸)؛ این پرسش‌نامه دارای سی عبارت است و از یک مقیاس کلی پرخاشگری و سه خرده‌مقیاس خشم (۱۴ عبارت)، تهاجم و توهین (۸ عبارت) و لجاجت و کینه‌توزی (۸ عبارت) تشکیل شده است. نگاهی به این پرسش‌نامه نشان می‌دهد که عبارات آن نه تنها بیشتر با بیان خشم به طرف بیرون مرتبط است تا با بیان خشم به طرف درون، بلکه بیش از آنکه با حالت خشم (اندازه‌گیری خشم در لحظه‌ای که فرد مشغول پاسخ‌دادن به پرسش‌نامه است) مرتبط باشد با صفت خشم (یعنی ارزیابی یک حالت پایدار و باثبات طی زمان) مرتبط است. در اینجا از هر خرده‌مقیاس برای نمونه به سه عبارت که بالاترین بار عاملی را با خرده‌مقیاس قرار گرفته روی آن داشته‌اند، اشاره می‌شود: خرده‌مقیاس خشم (برخی از مسائل جزئی و ناچیز مرا عصبی می‌کنند؛ وقتی به وقایع گذشته می‌نگرم، بی‌اختیار رنجیده می‌شوم؛ کارهای زیادی می‌کنم که بعد احساس ندامت می‌کنم)؛ خرده‌مقیاس تهاجم و توهین (وقتی عصبانی می‌شوم روی حرف‌هایم کنترلی ندارم؛ وقتی که خشمگین می‌شوم به دیگران دشنام می‌دهم؛ آن قدر خشمگین می‌شوم که رفتارهای غیرمنطقی از من سر می‌زند) و خرده‌مقیاس لجاجت و کینه‌توزی (اگر در مغازه‌ای فروشنده با من بدرفتاری کند جار و جنجال راه می‌اندازم؛ اگر فردی مطلب احمقانه‌ای بگوید حقش را کف دستش خواهم گذاشت؛ اگر خودروی در حین عبور از کنارم احتیاط نکند، بر سر راننده آن فریادمی‌کشم).

بنابراین، پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز در رابطه با بیان خشم به طرف درون (موضوعی که در علت‌شناسی بیماری‌ها نقش قاطعی، حتی قوی‌تر از خود تجربه خشم، ایفای می‌کند (۹)، کنترل درونی خشم و کنترل بیرونی خشم اطلاعاتی فراهم نمی‌آورد و مهم‌تر از همه آنکه ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جمعیت بالینی مورد واریسی قرار نگرفته است؛ بنابراین، جای خالی پرسش‌نامه‌ای که ضمن بهره‌مندی از ویژگی‌های

1- validity

2- reliability

3- State and Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)

4- criterion validity



هیچ توصیه درمانی ارائه نشد. پس از چهارده روز، این بیماران دوباره به تکمیل آزمون اقدام کردند. اطلاعات به دست آمده از این ۲۲ بیمار به منظور بررسی میزان پایایی STAXI-2 با استفاده از روش بازآزمایی به کار گرفته شد.

#### ب: ابزار تحقیق

در این پژوهش از نسخه فارسی STAXI-2 (۹) استفاده شد. این آزمون از سه بخش و ۵۷ عبارت، تشکیل شده است. بخش نخست، حالت خشم؛ بخش دوم صفت خشم و بخش سوم، شیوه‌های بیان و کنترل خشم را می‌سنجد. هریک از عبارت این پرسش نامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار بخشی، درجه بندی می‌شوند؛ در حالی که عبارات بخش اول آزمون با استفاده از یکی از چهار حالت: اصلا، کمی، به نسبت و بسیار زیاد درجه بندی می‌شوند، عبارات بخش دوم و سوم آزمون با استفاده از یکی از چهار حالت: تقریباً هرگز، گاهی، اغلب و تقریباً همیشه درجه بندی می‌شوند. تکمیل پرسش نامه به حدود ۱۲ تا ۱۵ دقیقه وقت نیازمند است. اعتبار سازه، اعتبار هم‌زمان و نیز پایایی نسخه فارسی STAXI-2 در یک جمعیت دانشجویی ( $n = 570$ ) تأیید شده است (۳۰). مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های این پرسش نامه (به همراه یک عبارت از هر مقیاس و خرده‌مقیاس) به اختصار در اینجا معرفی می‌شوند.

۱- مقیاس حالت خشم: این مقیاس دارای پانزده عبارت است و شدت خشم و میزان تمایل فرد را به بیان کلامی یا جسمی خشم، می‌سنجد (برای نمونه، همین الان احساس می‌کنم که عصبانی هستم). این مقیاس از سه خرده‌مقیاس که هریک دارای پنج عبارت‌اند، تشکیل

مورد بررسی قرار گرفتند. پس از انجام مصاحبه توسط روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، این افراد بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم، متن تجدیدنظر شده<sup>۱</sup> تنها در یکی از طبقه‌های عمده تشخیصی زیر قرار گرفتند: اختلال‌های افسردگی<sup>۲</sup> شامل اختلال افسردگی عمده<sup>۳</sup>، اختلال افسرده‌خویی<sup>۴</sup> و اختلال افسردگی که به شکل دیگر مشخص نشده است<sup>۵</sup> (۲۳۰ نفر)، اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی اجباری، اختلال آسیمیگی، اختلال هراس<sup>۶</sup> (۱۴۴ نفر)، رخداد مانیا<sup>۷</sup> (۲۶ نفر)، اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۸</sup> (۳۹ نفر) و اختلال انفجاری متناوب<sup>۹</sup> (۱۲ نفر).

اطلاعات به دست آمده از بیماران دو گروه اخیر به عنوان یک گروه (گروه اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب) مورد تحلیل قرار گرفت. درباره ۲۲ نفر از بیماران، تشخیص‌هایی مانند خودبیمارانگاری<sup>۱۰</sup>، صرع<sup>۱۱</sup> و ..... مطرح شد. با توجه به محدود بودن افرادی که در هریک از این طبقه‌های تشخیصی قرار گرفته بودند، این بیماران از تحلیل حذف شدند؛ در نتیجه، ۴۵۱ نفر به عنوان گروه بالینی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که به هنگام مصاحبه با بیماران، روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی از نمره بیماران در آزمون STAXI-2 اطلاع نداشت.

**نمونه بالینی مطالعه پایایی بازآزمایی STAXI-2:**  
از آنجاکه هر گونه توصیه درمانی ممکن است بتواند بر شدت خشم بیماران مؤثر افتد، نمونه مورد نیاز مطالعه بازآزمایی از ۲۲ نفر از مراجعه‌کنندگان به یک کلینیک روان‌شناسی دولتی انتخاب شد؛ این افراد پیش از نخستین ملاقات با روان‌شناس، نسخه فارسی STAXI-2 را تکمیل کردند؛ سپس روان‌شناس بدون اطلاع از نتایج آزمون با بیماران ملاقات می‌کرد؛ در این ملاقات، روان‌شناس می‌کوشید تا به تشخیص اختلال برسد؛ در مجموع، این بیماران در دو گروه اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های خلق قرار گرفتند. به این گروه از بیماران

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revised (DSM-IV-TR). (DSM-IV-TR)
- 2- depressive disorders
- 3- major depressive disorder
- 4- dysthymic disorder
- 5- depressive disorders not otherwise specified
- 6- phobia
- 7- manic episode
- 8- antisocial personality disorder
- 9- intermittent explosive disorder
- 10- hypochondriacs
- 11- epilepsy

خشم خود را با آرام‌شدن یا سردشدن کنترل کند، اندازه‌گیری می‌کند (برای نمونه، اغلب وقتی عصبانی یا خشمگین هستم، سعی می‌کنم آرام شوم).

در این ابزار، شاخص بیان خشم نیز محاسبه می‌شود؛ این شاخص براساس پاسخ فرد به عبارات بیان خشم به طرف بیرون و درون و کنترل خشم به طرف بیرون و درون، استوار است.

همچنین افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل و آخرین مدرک تحصیلی خود فراهم آوردند.

### نتایج

پیش از ارائه نتایج به دست آمده از این مطالعه ذکر دو نکته ضروری است: از آنجاکه وجود نمره‌های انتهایی<sup>۱</sup> می‌تواند بر احتمال وقوع خطای نوع اول<sup>۲</sup> و خطای نوع دوم<sup>۳</sup> مؤثر باشد (۳۱)، پیش از انجام هر تحلیل آماری، ابتدا احتمال وجود نمره‌های انتهایی مورد بررسی قرار گرفت. براساس توصیه تباچنیک و فیدل هر نمره‌ای که  $Z$  معادل آن برابر یا بزرگ‌تر از  $3/29$  باشد باید به عنوان نمره‌ها انتهایی در نظر گرفته شده، از تحلیل‌های آماری حذف شود. از آنجاکه هیچ نمره انتهایی در مجموع نمره‌ها وجود نداشت، هیچ نمره‌ای از تحلیل‌ها حذف نشد؛ به علاوه، با توجه به اینکه پایایی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 (حاصل از دو بار اجرا با فاصله زمانی سه هفته) پیشتر در نمونه‌ای دانشجویی ( $n=50$ ) نشان داده شده است (۳۰) (به منظور سهولت انجام مقایسه، ضرایب مذکور در این مطالعه به عنوان ضرایب بازآزمایی گروه غیربالینی استفاده شوند).

جدول ۱ ویژگی‌های مردم‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (۱۰۷۱ نفر، نمونه غیربالینی و ۴۵۱ نفر، نمونه بالینی) را نشان می‌دهد.

شده است: احساس خشم (برای نمونه، همین الان احساس می‌کنم که کلافه هستم)، تمایل به بیان کلامی خشم (برای نمونه، همین الان احساس می‌کنم که دوست دارم سر کسی فریادبزنم) و تمایل به بیان جسمی خشم (برای نمونه، همین الان احساس می‌کنم که دوست دارم چیزی را بشکنم).

۲- مقیاس صفت خشم: این مقیاس دارای ۱۰ عبارت است و تفاوت‌های فردی در گرایش (تمایل) به تجربه خشم را در طی زمان می‌سنجد (برای نمونه، اغلب احساس می‌کنم که سریع بدخلق می‌شوم). این مقیاس از دو خرده‌مقیاس که هریک دارای چهار عبارت‌اند، تشکیل شده است: خوی خشمناک (برای نمونه، اغلب احساس می‌کنم که تندخو هستم) و واکنش خشمناک (برای نمونه، اغلب احساس می‌کنم که وقتی جلوی دیگران از من انتقاد می‌شود، عصبانی می‌شوم). دو عبارت از عبارات مقیاس صفت خشم به هنگام محاسبه خرده‌مقیاس‌های آن، نمره‌گذاری نمی‌شوند.

۳- مقیاس بیان خشم به طرف بیرون: این مقیاس دارای هشت عبارت است و فراوانی احساس خشمی را که به شکل کلامی یا رفتار پرخاشگرایانه جسمی به طرف سایر افراد یا اشیاء در محیط جهت می‌یابد، می‌سنجد (برای نمونه، اغلب، وقتی عصبانی یا خشمگین هستم، عصبانیتم را بروزمی‌دهم).

۴- مقیاس بیان خشم به طرف درون: این مقیاس با هشت عبارت فراوانی احساس خشمی را که به تجربه درمی‌آید اما بیان نمی‌شود (سرکوب می‌شود)، می‌سنجد (برای نمونه، اغلب وقتی عصبانی یا خشمگین هستم، مسائل را در دلم نگه می‌دارم).

۵- مقیاس کنترل خشم به طرف بیرون: این مقیاس، دارای هشت عبارت است و فراوانی مواردی را که شخص بیان خشم خود را به طرف بیرون کنترل می‌کند، می‌سنجد (برای نمونه، اغلب، وقتی عصبانی یا خشمگین هستم، با دیگران مدارا می‌کنم).

۶- مقیاس کنترل خشم به طرف درون: این مقیاس با هشت عبارت، فراوانی مواردی را که فرد می‌کوشد تا

1- Outlier

2- Type I error

3- Type II error

جدول ۱. ویژگی‌های مردم‌شناختی نمونه‌های مورد مطالعه

ویژگی	بالینی	غیربالینی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
گروه‌های سنی بین ۱۸ تا ۲۰ سال ۲۰ تا ۳۰ سال ۳۰ تا ۴۰ سال ۴۰ سال و بیشتر	۱۲۲ (۱۲)	۳۳ (۸)
	۶۰۶ (۵۶)	۲۰۰ (۴۴)
	۱۷۷ (۱۷)	۱۲۷ (۲۸)
	۱۶۶ (۱۵)	۹۱ (۲۰)
جنس مرد زن	۳۹۲ (۳۶)	۱۴۴ (۳۲)
	۶۷۹ (۶۴)	۳۰۷ (۶۸)
تحصیلات* زیر دیپلم دیپلم و بالاتر	۲۱۹ (۲۱)	۲۴۴ (۵۴)
	۸۲۵ (۷۹)	۲۰۷ (۴۶)

\*۲۷ نفر از افراد نمونه غیربالینی تحصیلات خود را گزارش نکرده‌اند

در گروه غیربالینی ضرایب همبستگی بین ۰/۸۴ (مقیاس کنترل خشم به طرف درون) تا ۰/۵۲ (خرده‌مقیاس احساس خشم) متغیر است. این ضرایب همبستگی نیز در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار است. این یافته‌ها را می‌توان دال بر پایایی قابل قبول مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 طی زمان تلقی کرد.

ب: ضریب همسانی درونی: به استثنای ضریب همسانی درونی مقیاس بیان خشم به طرف درون، ضرایب همسانی درونی تمام مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 در هر دو نمونه بالینی (۴۵۱ نفر) و غیربالینی (۱۰۷۱ نفر) بالاتر از میزانی (۰/۷۰) است که نانالی<sup>۱</sup> و برنشتاین<sup>۲</sup> (۳۲) آن را به‌عنوان حد قابل قبول ضریب همسانی درونی یک مقیاس مطرح کرده‌اند. از آنجاکه ضریب همسانی درونی مقیاس بیان خشم به طرف درون، پایین‌تر از ۰/۷۰ است، از روش محاسبه ضریب همبستگی بین عبارات<sup>۳</sup> (۳۳) استفاده شد. اگر میانگین همبستگی میان عبارات یک مقیاس بین ۰/۲۰ تا ۰/۴۰ باشد، آن مقیاس را می‌توان دارای ضریب همسانی درونی مطلوب دانست (۳۳). نتایج این بررسی نشان داد که همبستگی بین عبارات مقیاس بیان خشم به طرف درون در گروه بالینی و غیربالینی به ترتیب برابر با ۰/۲۱ و ۰/۳۰ است. به این ترتیب می‌توان پذیرفت که تمام مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2، پایایی مطلوبی دارند. ضرایب بازآزمایی و ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 در جدول ۲ نشان داده شده‌اند.

#### اعتبار ملاک

در این پژوهش، اعتبار ملاک مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 با مقایسه نمره‌های به‌دست آمده از دو گروه بالینی و غیربالینی و نیز با مقایسه چهار گروه تشخیصی اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال مانیک و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب مورد واریسی قرار گرفت.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، درحالی‌که بخشی قابل توجه از گروه بالینی را افرادی با تحصیلات زیر دیپلم تشکیل می‌دهند، به‌طور تقریبی، ۸۰ درصد افراد گروه غیربالینی را افرادی با تحصیلات دیپلم و بالاتر تشکیل می‌دهند. میانگین (انحراف معیار) سن نمونه غیربالینی ۲۸ سال (۱۰/۱) و میانگین (انحراف معیار) سن نمونه بالینی ۳۱/۲ سال (۹/۷) است.

#### پایایی

الف: پایایی بازآزمایی: ضرایب بازآزمایی هریک از مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 در گروه بالینی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. به‌منظور مقایسه ضرایب بازآزمایی دو گروه بالینی و غیربالینی، ضرایب بازآزمایی که در مطالعه پیشین با افراد غیربالینی ( $n=50$ ) به‌دست آمده بود به‌عنوان ضرایب بازآزمایی گروه غیربالینی در جدول ۲ نقل شده است. در گروه بالینی، ضرایب همبستگی بین ۰/۹۶ (خرده‌مقیاس تمایل به بیان جسمی خشم) تا ۰/۵۰ (دو مقیاس احساس خشم و بیان خشم به طرف بیرون) متغیر است؛ این ضرایب همبستگی در سطح  $p < 0/02$  معنی‌دار است.

1- Nunnally  
2- Bernstein  
3- inter item correlation

جدول ۲. ضرایب بازآزمایی، تعداد عبارات و آلفای کرونباخ مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 به تفکیک گروه‌های بالینی و غیربالینی

مقیاس	ضریب بازآزمایی	تعداد عبارات	آلفای کرونباخ
حالت خشم	بالینی	۱۵	۰/۹۴
	غیربالینی*		۰/۹۱
احساس خشم	بالینی	۵	۰/۸۶
	غیربالینی		۰/۷۹
تمایل به بیان کلامی خشم	بالینی	۵	۰/۸۷
	غیربالینی		۰/۸۰
تمایل به بیان جسمی خشم	بالینی	۵	۰/۹۱
	غیربالینی		۰/۸۶
صفت خشم	بالینی	۱۰	۰/۸۱
	غیربالینی		۰/۸۲
خوی خشمناک	بالینی	۴	۰/۸۵
	غیربالینی		۰/۸۰
واکنش خشمناک	بالینی	۴	۰/۷۵
	غیربالینی		۰/۷۲
بیان بیرونی خشم	بالینی	۸	۰/۷۷
	غیربالینی		۰/۷۰
بیان درونی خشم	بالینی	۸	۰/۶۵
	غیربالینی		۰/۵۶
کنترل بیرونی خشم	بالینی	۸	۰/۸۷
	غیربالینی		۰/۸۷
کنترل درونی خشم	بالینی	۸	۰/۸۷
	غیربالینی		۰/۸۸
شاخص خشم	بالینی	۳۲	۰/۷۶
	غیربالینی		۰/۸۱

\* ضرایب بازآزمایی گروه غیربالینی از مطالعه اصغری مقدم و همکاران، (۳۰) نقل شده است.

جوان‌تر و دارای تحصیلات پایین‌تر در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 دارای نمره‌های کمتری بوده‌اند. اگرچه نتایج پژوهش‌هایی که در فرهنگ‌های مختلف، رابطه میان جنسیت و خشم را مورد مطالعه

نتایج پژوهش‌های پیشین از رابطه آماری معنی‌دار میان خشم با سن (۹ و ۳۴)، جنسیت (۹، ۳۴ و ۳۵) و سطح تحصیلات (۳۶ و ۳۷) حمایت کرده است. افراد مسن‌تر و دارای تحصیلات بالاتر در مقایسه با افراد

خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 - به‌جز، مقیاس بیان خشم به طرف درون و سن، همبستگی‌های ضعیف اما معنی‌دار به‌دست‌آمد. درحالی‌که برای گروه بالینی این همبستگی‌ها از  $0/31$  - تا  $0/12$  - متغیر بود ( $p < 0/01$ )، در گروه غیربالینی این همبستگی‌ها میان  $0/15$  - تا  $0/6$  -  $0/0$  - متغیر بود. با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه، نمره افراد (نمرات به‌دست‌آمده از STAXI-2 به‌عنوان متغیر وابسته) در گروه‌های سنی مختلف (چهار گروه سنی به‌عنوان متغیر مستقل) با یکدیگر مقایسه شدند. برای هر یک از گروه‌های بالینی و غیربالینی به تفکیک، تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد؛ نتایج این تحلیل واریانس در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۳، میانگین و انحراف‌معیار مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 را به تفکیک گروه‌های سنی در دو نمونه بالینی و غیربالینی نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در هر دو گروه بالینی و غیربالینی، در مقیاس‌های حالت خشم، تمایل به بیان کلامی و جسمی خشم، صفت خشم، خوی خشمناک، و اکنش خشمناک، بیان بیرونی خشم و شاخص کلی خشم، نمره افراد پس از رسیدن به سن چهل سالگی و بعد از آن به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد؛ همچنین در دو مقیاس کنترل بیرونی و درونی خشم، نمره افراد بعد از رسیدن به سن چهل سالگی و پس از آن به نحوی معنی‌دار افزایش می‌یابد؛ از طرف دیگر، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که در هر دو گروه بالینی و غیربالینی، نمره افرادی که در گروه‌های سنی مختلف قرار گرفته‌اند، در مقیاس بیان درونی خشم با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری ندارد؛ همچنین، در گروه بالینی، نمره افراد قرار گرفته در گروه‌های سنی مختلف در خرده‌مقیاس احساس خشم و در گروه غیربالینی نمره افراد قرار گرفته در گروه‌های سنی مختلف در خرده‌مقیاس خوی خشمناک با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری ندارد؛ البته لازم به ذکر است در گروه غیربالینی، افرادی که در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار دارند، در خرده‌مقیاس احساس خشم در مقایسه با افراد جوان‌تر از خود، نمره‌ای پایین‌تر به‌دست‌آورده‌اند.

قرار داده‌است با یکدیگر همسان نیست، نتایج برخی از مطالعات برای نمونه، (۹) نشان‌داده‌است که مردان، در مقایسه با زنان، هم خشم خود را بیشتر بیان می‌کنند و هم کمتر احتمال می‌رود که بیان خشم خود را به طرف درون، کنترل کنند (برای بررسی بیشتر این مطالعات رجوع کنید به اصغری‌مقدم و حکیمی‌راد (۳۴)).

نگاهی به اطلاعات جدول ۱، این احتمال را مطرح می‌کند که ممکن است افراد دو گروه بالینی و غیربالینی از نظر سن، سطح تحصیلات و جنسیت با یکدیگر تفاوت‌های آماری معنی‌داری داشته باشند؛ از طرف دیگر، از آنجاکه برای بررسی اعتبار ملاک لازم است نمره‌های دو گروه بالینی و غیربالینی در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 با یکدیگر مقایسه شوند، لازم است پیش از انجام مقایسه مذکور، تأثیر هر عاملی که با تجربه خشم و بیان و کنترل آن دارای رابطه معنی‌داری است و در نتیجه، به احتمال می‌تواند تفاوت میان دو گروه بالینی و غیربالینی را متأثر سازد، کنترل شود.

با استفاده از آزمون  $t$  مستقل، میانگین سن دو گروه بالینی و غیربالینی با یکدیگر مقایسه شد. نتایج آزمون آماری نشان‌داد که سن افراد گروه بالینی به‌طور معنی‌داری بیشتر از سن افراد گروه غیربالینی است ( $t = 0/70$ ,  $p \leq 0/0001$ )؛ همچنین، با استفاده از آزمون مجذور خی، معنی‌داری تفاوت گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات و جنسیت بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد درحالی‌که میان افراد دو گروه از نظر توزیع جنسیت، تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد ( $p = 0/06$ )، میان افراد دو گروه از نظر سطح تحصیلات، تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ( $p \leq 0/0001$ )،  $\chi^2 = 173/$  گروه غیربالینی در مقایسه با گروه بالینی، سطح تحصیلات بالاتری دارند. با توجه به این یافته‌ها، در هر گونه مقایسه‌ای که میان افراد دو گروه بالینی و غیربالینی انجام خواهد شد، نقش دو ویژگی سن و سطح تحصیلات کنترل خواهد شد.

**بررسی رابطه میان تجربه، بیان و کنترل خشم با سن در گروه بالینی و غیربالینی:** در مطالعه حاضر، در هر دو گروه بالینی و غیربالینی، میان تمام مقیاس‌ها و

جدول ۳. تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 به تفکیک گروه‌های سنی در هریک از دو گروه

بالینی و غیربالینی

گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال (گروه ۱)	۲۰-۲۹ سال (گروه ۲)	۳۰-۳۹ سال (گروه ۳)	۴۰ سال و بالاتر (گروه ۴)	مقیاس‌ها	
					میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
حالت خشم	۲۸/۷ (۱۲)	۲۴/۷ (۱۰/۷)	۲۴/۱ (۱۰/۲)	۲۱/۴ (۷/۲)	F (p)	نتایج آزمون تعقیبی
	۲۰/۸ (۶/۱)	۲۰/۱ (۷/۲)	۱۸/۹ (۶/۶)	۱۸/۳ (۴/۳)	۵/۱ (۰/۰۰۲)	گروه ۴ با گروه ۱ تفاوت دارد
احساس خشم	۱۰/۸ (۴/۲)	۹/۶ (۴/۳)	۹/۴ (۴/۲)	۸/۸ (۳/۵)	۱/۶۹ (۰/۱۱)	تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد.
	۷/۹ (۲/۸)	۷/۵ (۲/۹)	۶/۹ (۲/۶)	۷/۲ (۲/۴)	۴/۲ (۰/۰۰۶)	گروه ۳ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
تمایل به بیان کلامی خشم	۱۰ (۴/۷)	۸/۱ (۴/۱)	۸ (۴)	۷ (۳/۲)	۴/۴ (۰/۰۰۵)	گروه ۴ از گروه ۱ متفاوت است
	۶/۹ (۲/۴)	۶/۷ (۲/۸)	۶/۲ (۲/۶)	۵/۹ (۱/۸)	۵/۵ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
تمایل به بیان جسمی خشم	۸ (۴/۵)	۶/۹ (۳/۴)	۶/۶ (۳/۳)	۵/۴ (۱/۵)	۶/۲ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
	۶ (۲)	۶ (۲/۳)	۵/۸ (۲/۴)	۵/۳ (۰/۹)	۳/۸ (۰/۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
صفت خشم	۲۷/۸ (۶/۲)	۲۶/۱ (۶/۴)	۲۵/۵ (۵/۴)	۲۳/۲ (۵/۵)	۶/۷ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۲۲ (۴/۴)	۲۱/۸ (۴/۴)	۲۱/۶ (۵/۱)	۲۰/۲ (۴)	۶/۱ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
خوی خشمناک	۱۰/۹ (۳/۶)	۱۰/۳ (۳/۳)	۱۰ (۲/۸)	۸/۵ (۲/۶)	۷/۲ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۷/۷ (۲/۵)	۷/۷ (۲/۵)	۷/۵ (۲/۷)	۷/۳ (۲/۱)	۱/۱ (۰/۰۳۷)	تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد
واکنش خشمناک	۱۱/۶ (۳/۱)	۱۰/۷ (۲/۹)	۱۰/۴ (۲/۷)	۹/۵ (۲/۹)	۵/۳ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۹/۴ (۲/۷)	۹/۲ (۲/۳)	۹/۲ (۲/۷)	۸/۳ (۲/۴)	۶/۶ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
بیان بیرونی خشم	۱۹ (۵/۸)	۱۸/۵ (۴/۹)	۱۷/۴ (۴/۲)	۱۵/۴ (۳/۸)	۱۰/۳ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۱۶/۲ (۳/۸)	۱۵/۹ (۳/۵)	۱۵/۷ (۳/۹)	۱۴/۹ (۳/۵)	۳/۶ (۰/۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
بیان درونی خشم	۲۰/۵ (۴/۴)	۲۰/۴ (۴/۳)	۲۰/۲ (۴/۷)	۲۰ (۴/۳)	۰/۰۹ (۰/۹۶)	تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد
	۱۸/۷ (۳/۹)	۱۸/۷ (۳/۸)	۱۸/۲ (۳/۸)	۱۸/۲ (۴/۱)	۱/۱ (۰/۰۳۸)	تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد
کنترل بیرونی خشم	۱۸/۲ (۷/۳)	۱۷/۹ (۵)	۱۹/۱ (۴/۵)	۲۲/۱ (۵/۲)	۱۴/۱ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۲۰/۵ (۴/۹)	۲۰/۶ (۴/۹)	۲۱/۳ (۵/۳)	۲۱/۹ (۵/۵)	۳/۵ (۰/۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
کنترل درونی خشم	۱۸/۴ (۶/۸)	۱۸/۴ (۵/۱)	۱۹/۱ (۴/۵)	۲۲/۱ (۵/۲)	۱۱/۲ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۲۰/۶ (۵/۴)	۲۰/۹ (۵/۱)	۲۲/۱ (۵/۵)	۲۲/۳ (۵/۶)	۴/۵ (۰/۰۰۳)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد
شاخص خشم	۵۰/۹ (۱۷/۴)	۵۰/۲ (۱۴)	۴۷/۳ (۱۲/۳)	۳۹/۴ (۱۱/۸)	۱۵/۸ (۰/۰۰۱)	گروه ۴ با گروه ۱، ۲ و ۳ تفاوت دارد
	۴۱/۸ (۱۳/۲)	۴۱/۱ (۱۱/۸)	۳۸/۷ (۱۲/۳)	۳۷/۱ (۱۱/۷)	۶/۴ (۰/۰۰۲)	گروه ۴ با گروه ۱ و ۲ تفاوت دارد

بررسی رابطه میان تجربه، بیان و کنترل خشم با جنسی در دو گروه

**بالینی و غیربالینی:** نگاهی به یافته‌های جدول ۳ تفاوت‌های وابسته به سن را در بیشتر مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 نشان می‌دهد؛ بنابراین در آزمون آماری که به منظور بررسی رابطه میان خشم و جنسیت انجام شد، عامل سن (تفاوت معناداری میان دو جنسیت از نظر عامل سن در دو گروه، وجود دارد) کنترل شد (عامل سن به عنوان متغیر همگام در آزمون F وارد شد)؛ نتایج این تحلیل در جدول ۴ منعکس شده است. همان گونه که دیده می‌شود، در هر دو

گروه بالینی و غیربالینی، مردان به نسبت زنان، در مقیاس‌های کنترل درونی و بیرونی خشم، نمره‌ای بالاتر به دست آورده‌اند؛ از طرف دیگر، در هر دو گروه بالینی و غیربالینی، زنان در مقایسه با مردان در مقیاس شاخص کلی خشم و خرده‌مقیاس خوی خشمناک، نمره‌ای بالاتر به دست آورده‌اند. در حالی که در گروه بالینی زنان در مقایسه با مردان در بیان کلامی خشم نمره‌ای بالاتر به دست آورده‌اند در گروه غیربالینی، زنان در مقایسه با مردان در خرده‌مقیاس واکنش خشمناک نمره‌ای بالاتر کسب کرده‌اند.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس برای مقایسه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 به تفکیک جنسیت در هریک از گروه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل عامل سن

مقیاس‌ها	عامل جنسیت	مرد		زن		F	سطح معنی‌داری
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
حالت خشم	بالینی	۲۳/۳۱ (۱۰/۱)	۲۴/۵ (۱۰/۹)	۱/۰۵	۰/۳۰۵		
	غیربالینی	۱۹/۱۸ (۶/۲)	۲۰ (۶/۸)	۰/۱۹	۰/۷۰		
احساس خشم	بالینی	۹/۱ (۴/۱)	۹/۷ (۴/۱)	۱/۸۰	۰/۱۸		
	غیربالینی	۷/۲ (۲/۶)	۷/۵ (۲/۹)	۰/۵۴	۰/۴۶		
تمایل به بیان کلامی خشم	بالینی	۷/۴ (۳/۸)	۸/۴ (۴/۱)	۴/۸۲	۰/۰۳		
	غیربالینی	۶/۲ (۲/۴۵)	۶/۷ (۲/۷)	۱/۵۵	۰/۲۱		
تمایل به بیان جسمی خشم	بالینی	۶/۸ (۳/۳)	۶/۵ (۳/۲)	۱/۱۰	۰/۲۹		
	غیربالینی	۵/۷ (۲/۱)	۵/۸ (۲/۲)	۱/۳	۰/۲۵		
صفت خشم	بالینی	۲۱/۹ (۴/۴)	۲۱/۱ (۴/۵)	۰/۶۹	۰/۳۲		
	غیربالینی	۲۵/۷ (۶/۲)	۲۴/۹ (۵/۷)	۲/۴	۰/۱۰		
خوی خشمناک	بالینی	۹/۳ (۳/۲)	۱۰/۱ (۳/۲)	۵/۱	۰/۰۲		
	غیربالینی	۷/۳ (۲/۴)	۷/۸ (۲/۵)	۵/۹	۰/۰۲		
واکنش خشمناک	بالینی	۱۰/۲ (۲/۶)	۱۰/۵ (۳/۱)	۰/۷۷	۰/۳۸		
	غیربالینی	۸/۶ (۲/۴)	۹/۴ (۲/۵)	۱۱/۲	۰/۰۰۱		
بیان بیرونی خشم	بالینی	۱۷/۳ (۴/۱)	۱۷/۷ (۴/۸)	۰/۳۶	۰/۵۴		
	غیربالینی	۱۵/۶ (۳/۸)	۱۵/۹ (۳/۶)	۰/۰۰۳	۰/۹۸		
بیان درونی خشم	بالینی	۲۰/۶ (۴/۵)	۲۰/۱ (۴/۴)	۱/۶۶	۰/۱۹		
	غیربالینی	۱۸/۵ (۳/۷)	۱۸/۷ (۳/۹)	۰/۰۲	۰/۹۰		
کنترل بیرونی خشم	بالینی	۲۰/۹ (۵/۳)	۱۸/۳ (۵/۱)	۲۳/۳	۰/۰۰۱		
	غیربالینی	۲۱/۸ (۵/۱)	۲۰/۳ (۵/۰)	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱		
کنترل درونی خشم	بالینی	۲۰/۸ (۵/۶)	۱۸/۷ (۵/۰)	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱		
	غیربالینی	۲۲/۱ (۵/۴)	۲۰/۸ (۵/۲)	۷/۱	۰/۰۰۸		
شاخص خشم	بالینی	۴۴/۳ (۱۳/۷)	۴۸/۸ (۱۳/۵)	۹/۸	۰/۰۰۲		
	غیربالینی	۳۸/۲ (۱۲/۱)	۴۱/۳ (۱۲/۲)	۶/۶	۰/۰۱		

به منظور بررسی رابطه میان خشم و سطح تحصیلات، عامل سن کنترل شد (عامل سن به عنوان متغیر همگام در آزمون F وارد شد)؛ نتایج این تحلیل در جدول ۵ منعکس شده است.

بررسی رابطه میان تجربه، بیان و کنترل خشم با سطح تحصیلات در دو گروه بالینی و غیربالینی: از آنجاکه نتایج این مطالعه نشان داده است، در بیشتر مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2، تفاوت‌های وابسته به سن معنی‌داری وجود دارد در آزمون آماری انجام گرفته

جدول ۵. تحلیل کوواریانس برای مقایسه مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های STAXI-2 به تفکیک سطح تحصیلات در هریک از دو گروه بالینی و غیربالینی با کنترل عامل سن

سطح معنی‌داری	F	سطح تحصیلات		مقیاس‌ها
		دیپلم و پایین‌تر میانگین (انحراف معیار)	بالاتر از دیپلم میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۱	۱۲/۰۲	۲۲/۵ (۹/۴)	۲۵/۶ (۱۰/۶)	حالت خشم بالینی
۰/۰۷	۲/۱۹	۱۹/۷ (۶/۷)	۱۹/۷ (۶/۵)	غیربالینی
۰/۰۰۱	۱۵/۸۰	۸/۸ (۳/۷)	۱۰/۲ (۴/۲)	احساس خشم بالینی
۰/۱۳	۲/۲۹	۷/۴ (۲/۸)	۷/۴ (۲/۷)	غیربالینی
۰/۰۰۲	۹/۱۸	۷/۴ (۳/۷)	۸/۵ (۴/۲)	تمایل به بیان کلامی خشم بالینی
۰/۱۲	۲/۴	۶/۵ (۲/۶)	۶/۴ (۲/۷)	غیربالینی
۰/۰۴	۴/۱۰	۶/۳ (۲/۹)	۶/۸ (۳/۴)	تمایل به بیان جسمی خشم بالینی
۰/۰۲	۵/۲	۵/۸ (۲/۱)	۵/۹ (۲/۳)	غیربالینی
۰/۰۰۴	۸/۲	۲۴/۷ (۵/۶)	۲۶/۹ (۶/۴)	صفت خشم بالینی
۰/۲۵	۱/۳	۲۱/۶ (۴/۳)	۲۱/۴ (۵/۳)	غیربالینی
۰/۰۰۷	۷/۴	۹/۵ (۲/۹)	۱۰/۲ (۳/۳)	خوی خشمناک بالینی
۰/۰۷	۳/۱	۷/۶ (۲/۴)	۷/۷ (۲/۷)	غیربالینی
۰/۱۵	۲/۱	۱۰/۳ (۲/۸)	۱۰/۶ (۳/۰)	واکنش خشمناک بالینی
۰/۶۱	۰/۲۵	۹/۱ (۲/۴)	۸/۹ (۲/۹)	غیربالینی
۰/۳۳	۰/۹۱	۱۷/۵ (۴/۱)	۱۷/۷ (۴/۹)	بیان بیرونی خشم بالینی
۰/۸۱	۰/۰۵	۱۵/۹ (۳/۵)	۱۵/۵ (۴/۲)	غیربالینی
۰/۰۴	۴/۲	۱۹/۸ (۴/۵)	۲۰/۷ (۴/۳)	بیان درونی خشم بالینی
۰/۶۰	۳/۵	۱۸/۷ (۳/۸)	۱۸/۴ (۴/۰)	غیربالینی
۰/۴۴	۰/۶	۱۹/۲ (۵/۲)	۱۹/۰ (۵/۴)	کنترل بیرونی خشم بالینی
۰/۳۶	۰/۸۵	۲۰/۸ (۴/۹)	۲۱/۱ (۵/۹)	غیربالینی
۰/۹۵	۰/۰۱	۱۹/۲ (۵/۳)	۱۹/۴ (۵/۲)	کنترل درونی خشم بالینی
۰/۴۶	۰/۵۲	۲۱/۲ (۵/۱)	۲۱/۶ (۶/۱)	غیربالینی
۰/۱۷	۱/۸	۴۷/۱ (۱۴/۷)	۴۸/۱ (۱۳/۰)	شاخص خشم بالینی
۰/۸۵	۰/۰۳	۴۰/۵ (۱۱/۹)	۳۸/۵ (۱۲/۰)	غیربالینی

خشم و یکی از خرده‌مقیاس‌های آن (خوی خشمناک) و نیز در مقیاس بیان خشم به طرف درون، نمره‌ای بالاتر به‌دست آورده‌اند؛ به‌عبارت‌دیگر، با افزایش تحصیلات، نمره افراد در این مقیاس‌ها کاهش می‌یابد؛ در مقابل، در گروه غیربالینی، تنها در خرده‌مقیاس تمایل به بیان

بررسی نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهند که در گروه بالینی، بیماران دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر در مقایسه با بیماران دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم در مقیاس‌های حالت خشم و سه خرده‌مقیاس آن (احساس خشم، تمایل به بیان کلامی و جسمی خشم)، صفت



این دو پرسش پژوهشی، ضمن مقایسه نمره‌های نمونه غیربالینی با نمره‌های هریک از گروه‌های تشخیصی چهارگانه، مقایسه‌ای نیز میان گروه‌های تشخیصی چهارگانه صورت گرفت؛ نتایج این مقایسه در جدول ۷ منعکس شده است.

پیش از انجام مقایسه لازم است از عدم وجود تفاوت‌های احتمالی میان گروه‌ها که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد، اطمینان حاصل کرد. از آنجاکه نتایج این پژوهش نشان داد که میان سن، جنس و سطح تحصیلات بیماران با نمره‌های آنها در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد، لازم است تا پیش از مقایسه نمره‌های افراد ۴ گروه تشخیصی (اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی، رخدادهای مانیا و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب) نشان داده شود که این افراد از نظر سن، توزیع جنسیت و سطح تحصیلات با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری ندارند و در صورت وجود تفاوت، نقش احتمالی تفاوت یادشده به هنگام تحلیل‌های آماری، کنترل شود.

در همین راستا، با استفاده از آزمون مجذور خی توزیع جنس و سطح تحصیلات و با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه، میانگین سن افراد چهار گروه تشخیصی با یکدیگر مقایسه شد. نتایج آزمون مجذور خی نشان داد که افراد گروه‌های تشخیصی چهارگانه از نظر توزیع جنس ( $\chi^2 = 2/82$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0/41$ ) و سطح تحصیلات ( $\chi^2 = 3/54$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0/31$ ) با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری ندارند؛ در همین حال، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که از نظر سن، میان گروه‌های تشخیصی چهارگانه تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ( $p \leq 0/0001$ ,  $df = 3$ ,  $F = 11/16$ ). نتایج آزمون تعقیبی شفه<sup>۱</sup> نشان داد که میانگین سن افرادی که در گروه تشخیصی اختلال‌های افسردگی قرار گرفته‌اند به‌طور معنی‌داری بیشتر از میانگین سن افراد سه گروه تشخیصی دیگر است.

جسمی خشم افراد دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر در مقایسه با بیماران دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم نمره‌ای پایین‌تر کسب کرده‌اند.

### مقایسه تجربه، بیان و کنترل خشم در دو گروه بالینی و کنترل برای بررسی اعتبار ملاک پرسش‌نامه STAXI-2

تا به اینجا نشان داده شد که عوامل تعیین‌کننده وضعیت فرد در ساختار اجتماعی- اقتصادی از جمله سن، جنس و تحصیلات با تجربه خشم و بیان و کنترل آن رابطه دارد. از آنجاکه افراد دو نمونه بالینی و غیربالینی از نظر دو ویژگی سن و تحصیلات با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری دارند، در مقایسه نمره‌های افراد دو گروه بالینی و غیربالینی لازم است دو متغیر سن و سطح تحصیلات به‌عنوان متغیرهای همگام کنترل شوند؛ نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۶ نشان داده شده‌اند.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، تفاوت نمره‌های دو گروه بالینی و غیربالینی در همه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 در سطح  $p \leq 0/0001$  معنی‌دار است و افراد دو گروه، تفاوتی بارز را در تجربه، بیان و کنترل خشم آشکار می‌دهند؛ این نتایج اعتبار ملاک پرسش‌نامه STAXI-2 را در جمعیت بالینی نشان می‌دهد.

### مقایسه تجربه، بیان و کنترل خشم در گروه‌های تشخیصی بالینی

اگرچه نتایج جدول ۶ به‌وضوح نشان می‌دهد که میان دو گروه بالینی و غیربالینی از نظر تجربه، بیان و کنترل خشم، تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد، اما از آنجاکه در تحلیل مذکور، افراد نمونه بالینی به‌عنوان یک گروه، مورد تحلیل قرار گرفتند مشخص نیست که «آیا افراد نمونه غیربالینی با هریک از گروه‌های تشخیصی چهارگانه در مقیاس‌های تجربه، بیان و کنترل خشم تفاوت دارند یا تنها با برخی از آنها؟»؛ از آن گذشته، از نتایج جدول ۶ نمی‌توان به این پرسش پاسخ داد که «آیا گروه‌های تشخیصی چهارگانه از نظر تجربه، بیان و کنترل خشم با یکدیگر متفاوت‌اند؟»؛ برای پاسخ دادن به

جدول ۶. تحلیل کوواریانس برای مقایسه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 به تفکیک دو گروه بالینی و

غیربالینی با کنترل دو عامل سن و تحصیلات

سطح معنی‌داری	F	غیربالینی	بالینی	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۰۱	۸۰/۵۲	۱۹/۷ (۶/۶)	۲۴/۲ (۱۰/۲)	حالت خشم
۰/۰۰۰۱	۱۰۸/۶۲	۷/۴ (۲/۸)	۹/۶ (۴/۱)	احساس خشم
۰/۰۰۰۱	۶۰/۴	۶/۵ (۲/۶)	۸/۱ (۴/۱)	تمایل به بیان کلامی خشم
۰/۰۰۰۱	۲۴/۳	۵/۸ (۲/۲)	۶/۶ (۳/۱)	تمایل به بیان جسمی خشم
۰/۰۰۰۱	۱۷۰/۴	۲۱/۶ (۴/۵)	۲۵/۵ (۶/۱)	صفت خشم
۰/۰۰۰۱	۱۸۰/۵	۷/۶ (۲/۵)	۹/۹ (۳/۲)	خوی خشمناک
۰/۰۰۰۱	۸۱/۷	۹/۱ (۲/۴)	۱۰/۵ (۲/۹)	واکنش خشمناک
۰/۰۰۰۱	۶۳/۴	۱۵/۸ (۳/۷)	۱۷/۶ (۴/۷)	بیان بیرونی خشم
۰/۰۰۰۱	۵۵/۷	۱۸/۵ (۳/۸)	۲۰/۳ (۴/۴)	بیان درونی خشم
۰/۰۰۰۱	۳۸/۴	۲۰/۹ (۵/۱)	۱۹/۰ (۵/۳)	کنترل بیرونی خشم
۰/۰۰۰۱	۴۶/۶	۲۱/۳ (۵/۳)	۱۹/۳ (۵/۱)	کنترل درونی خشم
۰/۰۰۰۱	۱۰۸/۴	۴۰/۲ (۱۲/۵)	۴۷/۵ (۱۳/۸)	شاخص خشم

شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب و بیماران مانیک در تمایل به بیان جسمی خشم نمره‌ای پایین‌تر کسب کرده‌اند.

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب در تمام مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 به‌استثنای مقیاس‌های بیان درونی خشم و کنترل بیرونی و درونی خشم نسبت به بیماران اضطرابی و افسرده، نمره بالاتر و در مقیاس‌های کنترل درونی و بیرونی خشم، نمره‌ای پایین‌تر به‌دست آورده‌اند. بیماران مانیک در مقیاس حالت خشم و در خرده‌مقیاس‌های تمایل به بیان کلامی و جسمی خشم نسبت به بیماران اضطرابی و افسرده، نمره‌هایی بالاتر به‌دست آورده‌اند؛ همچنین بیماران مانیک نسبت به بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در خرده‌مقیاس بیان بیرونی خشم، نمره‌ای بالاتر کسب کرده‌اند. بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های افسردگی در هیچ‌یک از مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری ندارند.

با توجه به این یافته در مقایسه نمره‌های افراد چهار گروه تشخیصی در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2، عامل سن به‌عنوان متغیر همگام به تحلیل وارد شد؛ نتایج این تحلیل کوواریانس که در آن از آزمون بون‌فرونی<sup>۱</sup> به‌عنوان آزمون تعقیبی استفاده شده‌است، در جدول ۷ منعکس شده‌است.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که افراد نمونه غیربالینی در مقایسه با هریک از گروه‌های تشخیصی چهارگانه در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های حالت و صفت خشم، احساس خشم، خوی خشمناک و واکنش خشمناک، بیان درونی خشم و شاخص کلی خشم نمره‌ای پایین‌تر به‌دست آورده‌اند؛ همچنین افراد نمونه غیربالینی در مقایسه با هریک از گروه‌های تشخیصی چهارگانه، خشم خود را بیشتر کنترل می‌کنند. افراد نمونه غیربالینی در مقایسه با بیماران افسرده، مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب و نیز بیماران مانیک در خرده‌مقیاس تمایل به بیان کلامی خشم و نیز در مقیاس بیان بیرونی خشم نمره‌ای پایین‌تر به‌دست آورده‌اند؛ همچنین افراد نمونه غیربالینی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال

1- Bonferroni

جدول ۷. تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمونه غیربالینی با گروه‌های تشخیصی چهارگانه و نیز مقایسه گروه‌های تشخیصی چهارگانه در مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 با کنترل عامل سن

مقیاس‌ها	اختلال‌های اضطرابی (۱)	اختلال‌های افسردگی (۲)	شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب (۳)	رخداد مانیاس (۴)	نمونه غیربالینی (۵)	F (p)	نتایج آزمون تعقیبی
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
حالت خشم	۲۲ (۸/۳)	۲۳/۱ (۸/۹)	۳۲/۳ (۱۴/۱)	۲۸/۸ (۱۱/۱)	۱۹/۷ (۶/۶)	۴۹/۸ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد. گروه ۴ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
احساس خشم	۸/۷ (۳/۷)	۹/۳ (۳/۹)	۱۲/۳ (۴/۱)	۹/۵ (۴/۱)	۷/۴ (۲/۸)	۵۱/۸ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
تمایل به بیان کلامی خشم	۷/۱ (۳/۳)	۷/۷ (۳/۷)	۱۱/۱ (۵/۳)	۹/۷ (۴/۵)	۶/۵ (۲/۶)	۴۰/۱ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با گروه‌های ۲، ۳ و ۴ تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد. گروه ۴ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
تمایل به بیان جسمی خشم	۶/۱ (۲/۶)	۶/۱ (۲/۶)	۸/۹ (۵/۱)	۸/۴ (۴/۳)	۵/۸ (۲/۲)	۲۶/۵ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با گروه‌های ۳ و ۴ تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد. گروه ۴ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
صفت خشم	۲۴/۵ (۶/۳)	۲۴/۹ (۵/۷)	۲۹/۵ (۶/۱)	۲۵/۴ (۶/۱)	۲۱/۶ (۴/۵)	۶۴/۵ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
خسوی خشمناک	۹/۴ (۳/۲)	۹/۶ (۳/۱)	۱۱/۹ (۲/۹)	۱۰/۶ (۳/۸)	۷/۶ (۲/۵)	۶۸/۶ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
واکنش خشمناک	۱۰/۱ (۳/۱)	۱۰/۳ (۲/۸)	۱۱/۶ (۲/۸)	۱۱/۵ (۲/۶)	۹/۱ (۲/۴)	۲۸/۵ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
بیان بیرونی خشم	۱۶/۶ (۴/۶)	۱۷/۱ (۴/۲)	۲۱/۴ (۵/۳)	۱۹/۷ (۵/۲)	۱۵/۸ (۳/۷)	۳۵/۳ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با گروه‌های ۲، ۳ و ۴ تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد. گروه ۴ با گروه ۱ تفاوت دارد.
بیان درونی خشم	۲۰/۳ (۴/۳)	۲۰/۱ (۴/۲)	۲۱/۳ (۴/۷)	۲۰/۶ (۵/۳)	۱۸/۵ (۳/۸)	۱۶/۴ (۰/۰۳۰)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد.
کنترل بیرونی خشم	۱۹/۵ (۵/۵)	۱۹/۶ (۵/۳)	۱۶/۵ (۴/۳)	۱۸/۴ (۵/۴)	۲۰/۹ (۵/۱)	۱۵/۳ (۰/۰۲)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
کنترل درونی خشم	۱۹/۸ (۵/۱)	۱۹/۵ (۵/۲)	۱۷/۳ (۴/۸)	۱۹/۰ (۶/۵)	۲۱/۳ (۵/۳)	۱۵/۸۰ (۰/۰۰۵)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.
شناخت خشم	۴۵/۵ (۱۳/۱)	۴۶/۱ (۱۳/۵)	۵۷/۰ (۱۲/۸)	۵۱/۰ (۱۴/۲)	۴۰/۲ (۱۲/۵)	۴۰/۷۰ (۰/۰۰۱)	گروه ۵ با بقیه گروه‌ها تفاوت دارد. گروه ۳ با گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت دارد.

گروه ۱: اختلال‌های اضطرابی؛ گروه ۲: اختلال‌های افسردگی؛ گروه ۳: اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب؛ گروه ۴: رخداد مانیا و گروه ۵: نمونه غیربالینی.

### بحث و نتیجه‌گیری

«آیا مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 می‌توانند ارزیابی‌های معتبر و پایا از تجربه، بیان و کنترل خشم در جمعیت بالینی ایرانی فراهم‌آورد؟»، پاسخ مثبت می‌دهد؛ پرسش پژوهشی دیگر مطالعه حاضر، بررسی وجود

هدف اصلی از انجام این پژوهش، بررسی اعتبار ملاک و پایایی STAXI-2 در جمعیت بالینی ایرانی است. نتایج مطالعه حاضر به این پرسش پژوهشی که

مطرح کرد؛ البته در کنار این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر دارای نکات قوتی است که از آن میان می‌توان به استفاده از یک نمونه به‌نسبت بزرگ، استفاده از ابزار سنجشی که ضمن دارابودن ویژگی‌های روان‌سنجی لازم در جامعه ایران، امکان سنجش تجربه، بیان و کنترل خشم را امکان‌پذیر می‌کند و تلاش برای کنترل احتمال خطای نوع اول و دوم (واردکردن متغیرهای همگام در تحلیل‌های آماری و حصول اطمینان از عدم وجود نمره‌های انتهایی در داده‌های مورد تحلیل) اشاره کرد. اکنون با در نظر داشتن نکات قوت و ضعف این پژوهش به تفسیر و تبیین یافته‌های آن می‌پردازیم.

منابع پژوهشی از رابطه منفی میان سن و شدت خشم حمایت می‌کند؛ افراد مسن‌تر در مقایسه با افراد جوان‌تر خشمی کمتر را گزارش می‌کنند (۹، ۳۹ و ۳۷)؛ در مطالعه حاضر نیز در هر دو گروه بالینی و غیربالینی رابطه‌ای منفی و معنی‌دار میان سن با تجربه و بیان خشم و رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار میان کنترل خشم و سن وجود دارد.

به‌طور کلی، براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت در افراد سالم و نیز در افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، درحالی‌که تجربه خشم (چه در شکل حالت و چه در شکل صفت خشم) و نیز بیان خشم به طرف بیرون بعد از رسیدن به سن چهل سالگی کاهش می‌یابد، توانایی کنترل خشم با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد؛ در همین رابطه، در افراد سالم و در افراد بیمار، بیان درونی خشم با سن رابطه‌ای ندارد.

همان‌گونه‌که در جای دیگر به تفصیل بحث شده‌است (۳۴)، متخصصان بالینی علاقه‌مند به مطالعه تأثیر ساختارهای اجتماعی بر حالات هیجانی از دو نظریه تنظیم نقش اجتماعی<sup>۱</sup> و دوره زندگی<sup>۲</sup> برای تبیین رابطه میان سن و تجربه خشم استفاده کرده‌اند. براساس نظریه تنظیم نقش اجتماعی، خشم شدید انعکاسی از نقش اجتماعی افراد است؛ فرد دارای نقش‌های چندگانه، در مقایسه با فردی که تنها دارای یک نقش است، به احتمال

تفاوت در تجربه، بیان و کنترل خشم در گروه‌های تشخیصی بالینی است. به دلیل محدودیت تعداد افرادی که در گروه‌های تشخیصی مختلف قرار گرفته‌بودند، این مطالعه کوشید تا وجود تفاوت را در چهار گروه تشخیصی بزرگ (اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی، رخدادهای مانیک و اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب) مورد بررسی قرار دهد؛ بررسی نتایج این مطالعه به پرسش پژوهشی دوم نیز پاسخ مثبت می‌دهد؛ بیماران این چهار گروه تشخیصی به درجات مختلفی خشم را تجربه، بیان و کنترل می‌کنند؛ سرانجام، نتایج حاصل از این مطالعه، ضمن تکرار یافته‌هایی که از یک نمونه غیربالینی به‌دست آمده بود (۳۰)، در یک نمونه بالینی نیز، یافته‌های مرتبط با STAXI-2 را گسترش می‌دهد. در این قسمت کوشش خواهد شد تا یافته‌های مطالعه حاضر در پرتو منابع پژوهشی موجود مورد بررسی قرار گیرد.

پیش از بحث درباره یافته‌های مطالعه حاضر، لازم است به نکات قوت و ضعف این مطالعه اشاره شود. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده‌است؛ این نمونه فقط از شهر تهران انتخاب شده و میزان تحصیلات افراد نمونه با میزان تحصیلات افراد باسواد تهرانی تناسبی ندارد. براساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن (۳۸)، ۱۸ درصد از افراد باسواد تهرانی، دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۱۸ درصد دارای مدرک راهنمایی، ۳۶ درصد دارای مدرک دبیرستان و پیش‌دانشگاهی و ۲۳ درصد دارای مدرک دانشگاهی هستند. وضعیت مدرک تحصیلی ۵ درصد از افراد باسواد تهرانی نامشخص است. از مقایسه این ارقام با اطلاعات جدول ۱ می‌توان استنباط کرد که نمونه مورد مطالعه دست‌کم در خصوص سطح تحصیلات معرف جمعیت شهر تهران نیست؛ به همین دلیل به هنگام تعمیم یافته‌های این مطالعه باید به این محدودیت آن توجه کرد. محدودبودن تعداد افراد در دو گروه رخداد مانیا و اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب را به‌عنوان محدودیت‌های دیگر این پژوهش باید

1- social role arrangement  
2- life course theory

بیشتر با فعالیت‌هایی درگیر می‌شود که انجام آنها مستلزم اعمال مسئولیت است، امری که به نوبه خود، تلاش برای دستیابی به نتایج مطلوب و مورد نظر را افزایش می‌دهد؛ تحت چنین شرایطی بروز خشم به دنبال مواجهه با ناکامی دور از ذهن نخواهد بود. با بالا رفتن سن و افزایش تجربه، فرد بهتر می‌تواند نقش‌های اجتماعی را تنظیم کند و درجاتی از ناکامی، برانگیختگی، عدم رضایت و سرخوردگی را به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی اجتماعی خود بپذیرد. نظریه دوره زندگی، سن را به‌عنوان یکی از شاخص‌های موقعیت فرد در تنظیم نقش اجتماعی می‌نگرد. براساس نظریه پیرلین<sup>۱</sup> و اسکاف<sup>۲</sup> (۴۰)، سن در شکل‌دهی به وابستگی‌ها و مقتضیات زندگی روزانه مؤثر است؛ بنابراین، به‌طور بالقوه می‌تواند تجربیات هیجانی از جمله خشم را تحت تأثیر قرار دهد. طی زمان، افراد می‌توانند راه‌هایی جدید را برای انطباق با چالش‌های اجتماعی بیاموزند؛ در نتیجه، در مراحل میانی و پایانی عمر، تجربیات تجمعی سن، صرف‌نظر از سطح تحصیلات یا عوامل اقتصادی، می‌تواند کنترل بهتر واکنش‌های هیجانی را در مواجهه با سرخوردگی‌ها و ناکامی‌ها برای انسان میسر سازد (۴۱). با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان این احتمال را مطرح کرد که دو نظریه تنظیم نقش اجتماعی و دوره زندگی اثر خود را بر انسان، صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود بیماری‌های روان‌شناختی، برجای گذارند.

نتایج این مطالعه نشان داد که در هر دو نمونه بالینی و غیربالینی، زنان خشمی شدیدتر (برحسب نمره‌های خوی خشمناک و شاخص کلی خشم) را در مقایسه با مردان تجربه می‌کنند؛ در مقابل، مردان در مقایسه با زنان، کنترل بیشتری بر خشم خود (برحسب نمره‌های کنترل درونی و بیرونی خشم) اعمال می‌کنند. اگرچه این یافته با نتایج مطالعه دیگری که در یک جمعیت دانشجویی انجام شده (۳۰)، هماهنگ است، با یافته‌های اسپیلبرگر (۹) و آرچر (۴۲)، ناسازگار است؛ اسپیلبرگر نشان داد در حالی که مردان، در مقایسه با زنان، خشمی شدیدتر را

تجربه می‌کنند، زنان، در مقایسه با مردان، بیان خشم خود به طرف درون را بیشتر کنترل می‌کنند؛ آرچر نیز در فراتحلیلی که انجام داد، نشان داده است در حالی که مردان در تمام مقاطع سنی از زنان پرخاشگرتند از لحاظ شدت خشم و فراوانی بروز آن، تفاوتی معنی‌دار میان دو جنس وجود ندارد. اگر چه جز احتمال تفاوت‌های فرهنگی میان نمونه‌های مورد استفاده در مطالعه حاضر و نمونه‌های مورد استفاده اسپیلبرگر (۹) و آرچر (۴۲) که اروپایی و آمریکایی بوده‌اند، علت دیگری برای تبیین این تفاوت به ذهن نویسندگان این مقاله نمی‌رسد، تکرار یافته‌های حاصل از مطالعه نمونه‌ای غیربالینی در یک نمونه بالینی نشان می‌دهد که علت احتمالی این تفاوت، تأثیر خود را صرف‌نظر از ابتلا یا عدم ابتلاء افراد به اختلال‌های روان‌شناختی اعمال می‌کند. به‌نظر می‌رسد لازم است پژوهش‌های آینده برای یافتن تبیینی برای این یافته خلاف انتظار تلاش کند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در گروه بالینی، قدرت رابطه میان تجربه خشم با سطح تحصیلات، قوی‌تر از قدرت رابطه مذکور در گروه غیربالینی است؛ بنابراین می‌توان این استنباط را مطرح کرد که در بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، سطح تحصیلات پایین‌تر با تجربه خشم شدیدتر همراه است و متخصص بالینی به هنگام ارزیابی و درمان بیمارانی که دارای سطح تحصیلات پایین‌تری هستند باید به احتمال وجود خشم بیشتر توجه داشته باشند.

مقایسه دو گروه بالینی و غیربالینی، حاکی از آن است که تمام مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی، افراد نمونه بالینی را از افراد نمونه غیربالینی تفکیک کند؛ این نتایج مبین بهره‌مندی پرسش‌نامه از اعتبار ملاک است (۲۹). براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت در حالی که افراد گروه غیربالینی، در مقایسه با افراد گروه بالینی، بهتر می‌توانند خشم خود را به طرف درون و بیرون کنترل کنند، افراد گروه بالینی، در

2. Smith, T.W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In: A. Siegman & T Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart*, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
3. Turner, J. H. (2000). *On the Origins of Human Emotions: A Sociological Inquiry into the Evolution of Human Affect*. Stanford, CA: Stanford University Press.
4. Averill, J. R. (1983). *Studies on Anger and Aggression: Implications for Theories of Emotion*. *American Psychologist*, 38, 1145-60.
5. Lemerise, E.A. & Dodge, K.A. (1993). *The Development of Anger and Hostile Interactions*. In: M. Lewis and J.M. Haviland (eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 537-46). New York: Guilford Press
6. Davidson, R. J., Putnam, K. M. & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation—A possible prelude to violence. *Science*, 289, 591–594.
7. Suls J and Bunde J (2005) Anger anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bullitein*, 131: 260-300.
8. Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Lynch, R. S. & Morris, CD. (1996). The expression of anger and its consequences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 575–590.
9. Spielberger CD. (1999). *STAXI-2 State-Trait Anger Expression Inventory- 2*. Professional manual. PAR.
10. Chang, P., Ford, D., Meoni, L., Wang, N., & Klag, M. (2002). Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine*, 162, 901–906.
11. Matson, J.L., Dixon, DR. & Matson, ML. (2005). Assessing and treating aggression in children and adolescents with developmental disabilities: A 20-year overview. *Educational Psychology*, 25, 151–181.
12. Fava, M. (1998). Depression with anger attacks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 18), 18–22.

مقایسه با افراد گروه غیربالینی خشم بیشتری را (چه به صورت حالت و چه به صورت صفت) تجربه می‌کنند و در بیان خشم به طرف درون و بیرون نمره‌هایی بالاتر به دست می‌آورند.

همچنین، نتایجی که از مقایسه ۴ گروه بالینی به دست آمد، نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند گروه‌های بالینی را به لحاظ تفاوت آنها در تجربه، بیان و کنترل خشم از یکدیگر تفکیک کند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که افراد نمونه غیربالینی در مجموع، نسبت به افراد دارای انواع اختلال‌های روان‌شناختی، خشمی خفیف‌تر (خواه به شکل حالت، خواه به شکل صفت) را تجربه می‌کنند و در مقایسه با افراد دارای اختلال‌های روان‌شناختی (به استثنای بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی) خشم خود را کمتر به طرف بیرون منعکس می‌کنند؛ همچنین افراد نمونه غیربالینی در مقایسه با هریک از گروه‌های تشخیصی چهارگانه کنترل بیشتری بر خشم خود اعمال می‌کنند؛ همچنین مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال انفجاری متناوب، بیش از بقیه گروه‌های تشخیصی خشم را تجربه می‌کنند.

به عنوان نکته آخر باید گفت که اگرچه پرسش‌نامه STAXI-2 دارای پایایی (ضریب بازآزمایی و ضریب همسانی درونی) قابل قبولی است، از آنجاکه در مطالعه حاضر، ضریب همسانی درونی مقیاس بیان خشم به طرف درون، پایین‌تر از حد قابل قبول (یعنی ۰/۷۰) (۳۲) است و با توجه به اینکه در مطالعه دیگری هم که با گروهی از دانشجویان انجام شده است (۳۰)، ضریب همسانی درونی مقیاس بیان خشم به طرف درون نسبت به بقیه مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های STAXI-2 پایین‌تر بوده است (آلفای کرونباخ مقیاس مذکور برابر با ۰/۶۰ بود)؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده، محتوای عبارات تشکیل‌دهنده این مقیاس مورد بررسی بیشتری قرار گیرد.

#### منابع

1. Berkowitz, L., & Harmon-Jones E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4, 107–130.

23. Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H, Vernon, L. L, & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 206–226.
24. Moscovitch DA, McCabe RE, Antony MM, Rocca L, Swinson RP. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25:107–113.
25. Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1271–1287.
26. Whiteside, S. P., & Abramowitz, J.S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28: 259–268.
27. Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depression Anxiety*, 21:106–111.
28. زاهدی فر، شهین، بهمن نجاریان و حسین شکرکن (۱۳۷۹): «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری». *مجله علوم تربیتی و روان شناسی*، شماره ۱، صص ۷۳–۱۰۲.
29. Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. 6<sup>th</sup> edition. New York: Macmillan Publishing Company.
30. اصغری مقدم، محمدعلی، الهام حکیمی راد و طاهره رضازاده (۱۳۸۸). «اعتباریابی مقدماتی نسخه تجدیدنظرشده پرسش نامه حالت صفت بیان خشم در جمعیت دانشجویی». *دانشور رفتار*، شماره ۳۱، صص ۲۸–۱۰.
31. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5<sup>th</sup> edition, Sydney: Pearson Education Inc.
32. Nunnally JC, Bernstein IH (1994). *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
33. Cox, T., & Ferguson, E. (1994). Measurement of the subjective work environment. *Work and Stress*, 8, 98-109.
34. اصغری مقدم، محمدعلی و الهام حکیمی راد (۱۳۸۸): «رابطه خشم، با جنس، سن و سطح تحصیلات». *مجله علوم روان شناختی*، شماره ۲۹، صص ۱۲۳–۱۴۲.
35. Ross, C., & Van Willigen, M. (1996). Gender, Parenthood, and Anger. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 572-584.
13. Harvey, P.D, Sukhodolsky, D, Parrella, M, White, L. & Davidson, M. (1997). The association between adaptive and cognitive deficits in geriatric chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 27, 211–218.
14. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Saviotti FM, Ballin M, Pesarin F. (1993). Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 29:213–217.
15. Gould RA, Ball S, Kaspi SP, Otto MW, Pollack MH, Shekhar A, Fava M. (1996). Prevalence and correlates of anger attacks: A two site study. *Journal of Affective Disorders*, 39:31–38.
16. Dadds, M. R., Gaffney, L. R., Kenardy, J., Oei TPS, & Evans, L. (1993). An exploration of the relationship between expression of hostility and the anxiety disorders. *Journal of Psychiatry research*, 27:17–26.
17. Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L.H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441–443.
18. Hafner RJ. (1982). Marital interaction in persisting obsessivecompulsive disorders. *Australia and New Zeland Journal of Psychiatry*, 16:171–178.
19. Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitivebehavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34, 331–350.
20. Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
21. Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J. F. (1990). “Anger attacks”: Possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867–870.
22. McElroy, SL. (1999). Recognition and treatment of DSM–IV intermittent explosive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 12–16.

40. Pearlin, L. I., & Skaff, M. M. (1996). Stress and the Life Course: A Paradigmatic Alliance. *The Gerontologist*, 36, 239-247.
41. Dougherty, L. M., Abe, A. E., & Izard, C. E. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. In: C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (pp. 27-42). San Diego: Academic Press.
42. Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review General Psychology*, 8, 291-322.
36. Ross, C., Van Willigen, M. (1997). Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 275-297.
37. Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1999). Economic hardship across the life course. *American sociological Review*, 64, 548-569.
۳۸. سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۸۵): سایت مرکز آمار ایران به نشانی <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/sci>
39. Schieman, S. (1999). Age and Anger. *Journal of Health and Social Behaviour*, 40, 273-89.



# The Reliability and Criterion Validity of a Persian Version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample

*Asghari Moghaddam, MA. Ph.D.<sup>1\*</sup>, Moghaddasin, M. Ph.D.<sup>2</sup>, & Dibajnia, P. Ph.D.<sup>3</sup>*

- 1. Associate Professor, Shahed University*
- 2. PhD. Candidate in Psychometric, Allameh Tabataba'i University,*
- 3. Assistant Professor, Shahid Beheshti University*

\* E-mail: [mmoghadasin@yahoo.com](mailto:mmoghadasin@yahoo.com)

## Abstract

This paper reports the results of a preliminary study which examined the criterion validity and reliability of a Farsi version of the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) amongst a clinical sample with psychological disorders. Four hundred and fifty-one patients with the mean (SD) age of 31.2 (9.7) years who met the DSM-IV-TR criteria for only one of the following disorders: anxiety disorders (n=144), depressive disorders (n=203), manic episode (n=26), antisocial personality disorder and intermittent explosive disorder (n=51) completed the Farsi version of STAXI-2. The instrument was also completed by non-clinical sample (n=1071). The mean (SD) age of the non-clinical sample was 28 (10.1) years. In order to examine the stability of the Farsi STAXI-2 over time, the instrument was re-administered to a sub sample of 22 psychiatric patients after two weeks from the first assessment. Significant differences were found between the clinical and non-clinical samples in the proposed directions. Compared to the clinical sample, non-clinical people scored significantly lower in all scales and subscales of the Farsi STAXI-2 with the exception of Anger Control-In and Anger Control-Out. On the other hand, the non-clinical sample scored significantly higher on Anger Control-In and Anger Control-Out, compared to the clinical sample. Finally, the results of the present study revealed that the scales and subscales of the Farsi STAXI-2 are reliable, as measured in terms of internal consistency and test-retest reliability. These results provide preliminary support for the use of the Farsi STAXI-2 amongst clinical population in Iran.

**Key Words:** Anger, Criterion Validity, Reliability, STAXI-2, Clinical sample

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

Daneshvar  
Raftar

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012*

## **The Relationship between Personality Traits and Conflict Management Strategy in Physical Education Managers of Khuzestan Province**

*Heydarinejad, S. Ph.D.<sup>1\*</sup>, Mehrabizade Honarmand, M. Ph.D.<sup>2</sup>, Davoudi, I. Ph.D.<sup>3</sup>, & Payandeh, M. MSc<sup>4</sup>*

- 1. Assistant Professor Shahid Chamran University, Ahvaz*
- 2. Full professor Shahid Chamran University, Ahvaz*
- 3. Assistant Professor Shahid Chamran University, Ahvaz*
- 4. M.A. in Sport Management, Shahid Chamran University, Ahvaz*

\* E-mail: [heydari\\_s@scu.ac.ir](mailto:heydari_s@scu.ac.ir)

### **Abstract**

Manager's selective styles for conflict solution in organization have been affected by their unique characteristics like personality, attitudes and gender. The purpose of this study was to investigate the relationship between personality traits and conflict management strategies which was done by field study on the 140 managers and assistants of physical education in Khuzestan's physical education offices in 1388. This research's methodology was correlative descriptive. Instruments for gathering data were researcher-made questionnaire for demographic characteristics, short form of NEO personality traits inventory (1992), and Putnam & Wilson conflict management (1987) questionnaire. To analyze the data, descriptive statistics, Pearson correlation coefficients and multiple regression (enter and stepwise) were used. The result of simple correlation indicated that there was a significant positive relation between neuroticism traits and "non-confrontation and controlling" strategies. But there was a significant negative relationship between this and solution strategy. Also, there was a significant positive relationship between "extraversion, agreeableness and conscientiousness" and "solution strategy". There was no significant relation between openness trait and none of the three conflict strategies. The result of multiple regression indicated conscientiousness trait as the best predictor for non-confrontation strategy which was significant in  $P < 0/001$ . Also extraversion and agreeableness were best predictors of solution-orientation strategy which were significant in  $P < 0/001$  and  $P < 0/008$ . Regarding the result of this study, it is suggested that for choosing competent managers, authorities must pay special attention to their personality traits.

**Key words:** Personality Trait, Conflict Management Strategy, Physical Education Managers

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

Daneshvar  
Raftar

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012*

## **A Study of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Relapse Prevention of Bipolar Disorder**

*Rashedi, E. M.A.<sup>1\*</sup>, Sohrabi, F. Ph.D.<sup>2</sup>, & Shams, J. M.D.<sup>3</sup>*

*1. MA. in Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University*

*2. Associated Professor, Allameh Tabataba'i University*

*3. Assistant Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*

\* E-mail: [elham.rashedi@yahoo.com](mailto:elham.rashedi@yahoo.com)

### **Abstract**

This study aims to investigate the efficacy of cognitive behavior therapy (CBT) in relapse prevention of bipolar disorder. This study has a quasi-experimental design with pre/post test and control group. The population consisted of bipolar I patients, suffering from frequent relapses despite the prescription of commonly used mood stabilizers who referred to Imam hossein hospital, Tehran, Iran. 14 patients were included in the study by in-access sampling, and were randomized into a cognitive behavior therapy (CBT) group or a control group. Both the control and the CBT group received mood stabilizers. In addition, the CBT group received, on average, 14 sessions of CBT. The Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression/Anxiety Rating Scale and Morisky Medication Adherence Scale were used. The data were analyzed with covariance and paired T-test. The results showed that the CBT group had significant reduction in depression and anxiety symptoms. There is no difference in mania symptoms and adherence to medication in both groups. In conclusion, it can be said that adding CBT to medication is feasible and is associated with symptom improvement in bipolar patients.

**Key words:** Bipolar Disorder, Relapse Prevention, Cognitive Behavior Therapy

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

Daneshvar  
Raftar

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012*

## **The Relationship between Gender Role and Mental Health and its Components in Employed Women**

*Aliakbari Dehkordi M., Ph.D.<sup>1\*</sup>, Shokrkon, H. Ph.D.<sup>2</sup>  
& Mohtashami, T. M.A.<sup>3</sup>*

- 1. Assistant professor, Payame Noor University, Tehran Center*
- 2. Full professor, Shahid Chamran University, Ahwaz*
- 3. MA. in Psychology, Payame Noor University, Tehran Center*

\* E-mail: [aliakbaridehkordi@yahoo.com](mailto:aliakbaridehkordi@yahoo.com)

### **Abstract**

Since women in today's society have multiple and sometimes conflicting roles, the study of their mental health is particularly important. One of the factors affecting mental health is gender role. In the present study, the relationship between gender role (masculinity and femininity) and mental health has been investigated. The aim of the present research is to identify the relationship between gender role (masculinity and femininity) and mental health and its Components (somatic symptoms, anxiety, dysfunction and depression) in Employed Women in Tehran. To do this, a sample consisting of 500 employed women in offices, organizations and administrative companies of Tehran city were selected through random stratified sampling. All subjects answered all items of Goldberg's (1972) General Health Questionnaire (GHO) and Bem's (1981) sex role inventory (short form). These Two tests have high reliability and validity. To analyze data statistically, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were employed. The results of the research indicated that femininity and masculinity have significant positive correlation with each other. Femininity has also a negative correlation with problems in mental health, anxiety, dysfunction and depression, but has no correlation with somatic symptoms. Masculinity has a significant negative correlation with mental health and dysfunction; it has no significant correlation with somatic symptoms, anxiety and depression. In addition, the results of regression analysis showed that masculinity has no significant role in explanation of the variance of mental health and its components (somatic symptoms, anxiety, dysfunction and depression). The results showed that in terms of mental health, working women are in a good condition. Therefore, we can conclude that the employment of women outside the house is useful. Thus, officials are expected to create more employment opportunities for women and provide mental health, satisfaction and self-esteem for them.

**Key words:** Employed Women, Mental Health, Gender Role (Masculinity-Femininity)

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

Daneshvar  
Raftar

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012*

## **The Effects of Life Skills Training on Procrastination and School Achievement of Female Students**

*Yaseminejad, P. Ph.D.<sup>1\*</sup>, Seif, A.A. Ph.D.<sup>2</sup>, Golmohamadian, M.Ph.D.<sup>3</sup>*

*1. Ph.D. Candidate in Psychology, Shahdi Chamran University, Ahwaz*

*2. Professor of Alameh Tabataba'i University*

*3. Ph.D. Candidate in Counseling, Alameh Tabataba'i University*

\* E-mail: [pyasemi@yahoo.com](mailto:pyasemi@yahoo.com)

### **Abstract**

The present study is an attempt to determine the effect of life skills training on procrastination and school achievement of female third grade guidance school students. The related population of this study includes all third year guidance school female students in Islamabadgharb city. The sample includes 30 students who were selected randomly according to multistage sampling method. The experimental-control, with pretest-post test was used in this study. The materials used in this research were: Schwarzer, Schmitz and Diehil (2000) procrastination scale, student's average (academic achievement) and life skills training guide. The experimental group was provided with 10 sessions of training. Data analysis through MANCOVA revealed that life skills training can decrease student's procrastination. Moreover results indicate that life skills training cannot enhance school achievement. In conclusion, the findings indicate the important effect of life skills training on procrastination in students.

**Key words:** Life Skills Training, Procrastination, School Achievement

## **Predicting Identity Styles based on Attachment Styles**

*Amani, R. Ph.D.<sup>1\*</sup>, & Majzooobi, M.R. M.A.<sup>2</sup>*

*1. Assistant Professor, Bu-Ali Sina University*

*2. MA. in General Psychology, Razi University, Kermanshah*

\* E-mail: [ramani@basu.ac.ir](mailto:ramani@basu.ac.ir)

### **Abstract**

To predict the identity styles based on attachment styles, the researchers carried out a descriptive study of correlation kind. 130 college students from Bu-Ali Sina University were chosen randomly through multistage cluster sampling. The attachment styles were evaluated by Hazan & shaver Adult Attachment Scale (AAS) while the identity styles were assessed by berzonsky identity style inventory. The findings of this study showed that there is a significant relationship between attachment styles and identity styles. The same is true between gender and identity styles. No significant relationship was found between gender and attachment styles. There was a significant and positive relationship between secure attachment style and informative identity style. In addition, a significant and negative relationship was found between secure attachment style and normative identity. The same is true for secure attachment style and normative identity style, and between secure attachment style and diffusion/ avoidant identity style. It is worth mentioning that secure attachment style has the potentiality to predict informative identity style. These findings highlight the basic and dynamic role of child-mother's first affective bonds quality in formation, settlement and continuation of fundamental trust, affiliation, exploration, experience training, power of problem solving, and especially identity.

**Key words:** Attachment Style, Identity Styles, College Student

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

Daneshvar  
Raftar

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, No.5  
Autumn & Winter  
2011-2012*

## **The Influence of Holistic Face Processing on Attentional Biases for Emotional Faces in Anxious children**

*Shafi'I, H. M.A.<sup>1\*</sup>, & Shaghaghi, F. Ph.D.<sup>2</sup>*

*1. Instructor, Payame Noor University*

*2. Assistant Professor Payame Noor University*

\* E-mail: [H\\_shafiee@pnu.ac.ir](mailto:H_shafiee@pnu.ac.ir)

### **Abstract**

This study was performed to examine the effect of holistic face processing and trait anxiety on children's attentional biases toward schematic natural and jumbled emotional faces (angry, happy, and neutral). The participants entered into this study based on their scores in Trait anxiety inventory for children (Spielberger, 1973) and the results of a semi-structured interview. 30 high-and 30 low-anxiety children completed pictorial version of the modified dot-probe task. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and multivariate analysis of variance. The results showed that High trait anxious children show attentional bias toward angry faces (vigilance). In contrast, low trait anxious children show attentional bias away from angry faces (avoidance). These findings were observed only in natural angry emotional face and no trace of attentional bias was observed in jumbled emotional faces. The study findings are consistent with previous studies on the relationship between anxiety and attentional bias to threat in children and confirm the view of Holistic face processing in the recognition of faces.

**Key word:** Holistic Face Processing, Emotional Faces, Trait Anxiety, Attentional Bias, Dot-probe Task

## فهرست کتاب های چاپ شده در دانشگاه شاهد

ردیف	عنوان	نویسنده / مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (تومان)
۱	امواج فروصدا	مهندس اکبر رنجبر	۹۱	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۷۰۰
۲	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم افزارهای بهینه سازی	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۹۰۰
۳	مراقبت در منزل	دکتر رژه، دکتر هروی، آقای حیدری، آقای نورزاده، خانم پیشنمازی، خانم حسینیخانی، خانم عالی	۹۰	وزیری	اول	پرستاری	۶۵۰۰
۴	چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم؟	آرینا کیانی آسیابر	۹۰	وزیری	دوم	پرستاری	۴۵۰۰
۵	آشنایی با علم سنجی	دکتر عبدالرضا نوروزی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۷۰۰
۶	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۲)	دکتر غلامحسین قائدی	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۵۸۰۰
۷	طراحی سیستم های صنعتی (۲)	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۵۰۰
۸	معماری بیگانهگی	دکتر سید کمال الدین موسوی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۵۰۰
۹	مدخلی بر تئوری بازی ها	دکتر حمیدرضا نویدی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰
۱۰	مباحث نوین در تصمیم گیری چندمعیاره	دکتر مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۶۳۰۰
۱۱	چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم؟	آرینا کیانی آسیابر	۹۰	وزیری	اول	پرستاری	۲۸۰۰
۱۲	کارآفرینی و مدیریت کسب و کار	دکتر سعید صفری	۹۰	جیبی	اول	بین رشته ای	۲۴۰۰
۱۳	آشنایی با هندسه منبسط	دکتر بهزاد نجفی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰
۱۴	گفتار ایثار و شهادت در انقلاب اسلامی	دکتر زاهد غفاری هشجین	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۸۰۰
۱۵	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۱)	دکتر غلامحسین قائدی	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۷۵۰۰
۱۶	جهان سلول (جلد ۲)	دکتر میرعلی موسوی و همکاران	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۲۶۰۰۰
۱۷	تراکتوسومی	دکتر پوپک ایزدی و دکتر فرزانه گلغام	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۵۸۰۰
۱۸	ماشین های الکتریکی آنالیز و طراحی با Matlab	دکتر محمدرضا بسمی	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۵۰۰
۱۹	کاربرد الگوریتم های ابتکاری و فرآینتکاری در طراحی سیستم های صنعتی	دکتر مهدی بشیری و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۵۰۰
۲۰	جهان سلول (جلد ۱)	دکتر میرعلی موسوی و همکاران	۸۹	وزیری	اول	علوم پایه	۱۹۵۰۰
۲۱	فیزیولوژی قلب و گردش خون در جانوران	دکتر مجید حسن پور عزتی	۸۹	وزیری	اول	علوم پایه	۴۳۰۰
۲۲	جراحی پلاستیک در درمان های پرودنتال	دکتر محمود نصر اصفهانی	۸۹	وزیری	اول	دندانپزشکی	۱۱۵۰۰
۲۳	تحلیل ماشین های الکتریکی با FEMM4.2	دکتر محمدرضا بسمی و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۷۰۰۰
۲۴	تئذیه برای دهان سالم	دکتر مرگان قاضی	۸۹	وزیری	اول	دندانپزشکی	۵۸۰۰
۲۵	اختلالات آب و الکترولیت ها	دکتر رضا افتخار و همکاران	۸۹	وزیری	اول	پزشکی	۳۴۰۰
۲۶	طراحی و تحلیل آزمایش ها با تاکید بر دو نرم افزار Design Expert و Minitab	دکتر مهدی بشیری و همکار	۸۹	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۵۰۰
۲۷	اسلام و وظایف همسران	دکتر غلامرضا معارفی	۸۹	وزیری	اول	مذهبی	۲۰۰۰
۲۸	بیماری های قلب و عروق در اروپا	دکتر فرامرز فلاحی و همکاران	۸۹	وزیری	اول	پزشکی	۲۰۰۰
۲۹	جانورشناسی (۱) - بی مهرگان	دکتر منیژه کرمی	۸۸	وزیری	هفتم	علوم پایه	۷۴۰۰
۳۰	استخوان و جانشین شونده های آن	دکتر حسین شاهون	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۹۵۰۰
۳۱	خاکشناسی پایه	دکتر محمدرضا میرانصاری	۸۸	وزیری	اول	کشاورزی	۵۰۰۰
۳۲	نابرابری ها در آینه پژوهش	دکتر محمدرضا واعظ مهدوی و همکاران	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۴۰۰۰
۳۳	بهداشت اماکن دانشگاه	معاونت دانشجویی	۸۸	رقمی	اول	بهداشت محیط	۲۵۰۰
۳۴	فیزیولوژی تنفس	برن و لوی / دکتر زهرا کیاسالاری	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۴۵۰۰
۳۵	علوم اجتماعی و انقلاب ها	استن تیلور / دکتر علی مرشدی زاده	۸۸	وزیری	اول	علوم انسانی	۳۵۰۰
۳۶	مبانی گوش و حلق و بینی (آموزش گام به گام)	دکتر پوپک ایزدی و دکتر ابراهیم یارمحمدی	۸۸	وزیری	اول	پزشکی	۷۵۰۰
۳۷	فصل سرخ	علی بحرینی	۸۸	رحلی	اول	مذهبی	۶۰۰۰
۳۸	طراحی سیستم های صنعتی	دکتر مهدی بشیری	۸۸	وزیری	دوم	فنی مهندسی	۹۵۰۰
۳۹	جانورشناسی (۱) - بی مهرگان	دکتر منیژه کرمی	۸۸	وزیری	ششم	علوم پایه	۶۵۰۰
۴۰	جانورشناسی (۲) - مهره داران	دکتر منیژه کرمی	۸۸	وزیری	سوم	علوم پایه	۷۰۰۰
۴۱	جانورشناسی (۲) - مهره داران	دکتر منیژه کرمی	۸۸	وزیری	دوم	علوم پایه	۵۸۰۰
۴۲	جانورشناسی (۱) - بی مهرگان	دکتر منیژه کرمی	۸۷	وزیری	پنجم	علوم پایه	۴۸۰۰
۴۳	پژوهشنامه دانشگاه شاهد (۸۶-۱۳۸۲)	معاونت پژوهشی	۸۷	وزیری	اول	عملکرد پژوهشی	اهدایی
۴۴	بیماری های دهان و دندان (۱۵۰۰ پرسش و پاسخ)	استیون سوئیس / دکتر آذر دربندی	۸۷	وزیری	اول	دندانپزشکی	۴۸۰۰
۴۵	شرکت های تعاونی	دکتر نجم اسد	۸۷	وزیری	اول	علوم انسانی	۳۸۰۰
۴۶	حکومت و رهبری در نهج البلاغه	دکتر غلامرضا معارفی	۸۷	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۵۰۰
۴۷	طراحی سیستم های صنعتی	دکتر مهدی بشیری	۸۷	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۰۰۰
۴۸	دیدگاه های سازمان ملل در سیاست های نوآوری، فناوری و علوم جمهوری اسلامی ایران	آرینا شمشادی	۸۷	رحلی	اول	علوم انسانی	۲۵۰۰
۴۹	آنتن های آرایه ای	دکتر حمیدرضا بختی	۸۷	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۰۰۰
۵۰	فرزند آفتاب	غلامرضا رسول خمینی	۸۷	رقمی	اول	علوم انسانی	۱۰۰۰
۵۱	کنترل بیولوژیک آفات	دکتر حبیب عباسی پور	۸۷	وزیری	اول	گیاه پزشکی	۲۵۰۰
۵۲	تحلیلی مرجعی بر درد زایمان	دکتر احیاء گرشامی	۸۷	وزیری	اول	پزشکی	۲۸۰۰
۵۳	جمعیت و تنظیم خانواده	کبری خاتجی و پروین رهنما	۸۶	وزیری	اول	پزشکی	۳۴۰۰
۵۴	اصول تشخیص و درمان بیماری ایبز در چشم	دکتر حسن قاسمیو دکتر امیر تارخ	۸۶	وزیری	اول	پزشکی	۸۶۰۰



باسمه تعالی

فرم اشتراک

دو فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)

لطفاً دوره یک‌ساله / از شماره ..... تا شماره ..... دو فصلنامه علمی - پژوهشی  
روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) را برای اینجانب / این مرکز  
به آدرس: .....

ارسال فرمایید. قبض بانکی مبلغ واریز شده ضمیمه است.

امضا و تاریخ

- ۱ - بهای اشتراک دوره یک‌ساله، ۱۵۰۰۰۰ ریال (دو شماره ویژه مقالات روانشناسی بالینی، دو شماره ویژه مقالات پژوهش‌های آموزش و یادگیری و دو شماره ویژه راهبردهای بازرگانی)؛
- ۲ - بهای تک‌شماره ۲۵۰۰۰ ریال

نشانی: تهران، ابتدای آزادراه خلیج فارس، روبروی حرم مطهر حضرت امام خمینی (ره)،  
معاونت پژوهش و فناوری، مرکز چاپ و انتشارات.

تلفن: ۵۱۲۱۳۰۷۴ و دورنگار: ۵۱۲۱۳۵۴۹

لطفاً هزینه اشتراک را به حساب ۰۱۰۵۸۷۱۹۵۵۰۰۰ سیبا شعبه دانشگاه شاهد واریز کنید.



## راهنمای تدوین مقاله برای دو فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد (دانشور و رفتار)

محمدی حسن، جلیلی حسین (مؤلفین) (۱۳۷۵) تضمین کیفیت آزمایشگاهی، چاپ دوم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

### ۲. سازمان به عنوان مؤلف و ناشر

Institute of Medicine (US) (1992) Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute.

### ۳. فصل یک کتاب

Phillips SJ, Whisnant JP. (1995) Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press. p.465-78.

فارسی:

بهرامی فریدون، نوحی علی‌نقی (۱۳۷۵) کنترل کیفیت آزمایش‌لیبیدهای سرم. در کتاب تضمین کیفیت آزمایشگاهی، مؤلفین محمدی حسن و جلیلی حسین. چاپ دوم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی، صفحات ۵۰ تا ۶۱

در ترجمه‌ها عبارت «در ترجمه» سپس عنوان کتاب و نام مؤلف اصلی ذکر شود. مثال:

اعرابی ماندانا، رئیس‌زاده فرید (۱۳۷۶) در ترجمه جنین‌شناسی پزشکی لانگمن، سادلر تی دبلیو (مؤلف). چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، صفحات ۱۹۵-۱۶۰.

### ۴. پایان‌نامه

Kaplan SJ. (1995) Post-hospital home health care: the elderly's access & utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.

فارسی:

احمدی جواد (۱۳۷۷) تأثیر نمک یددار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

### مقاله منتشر نشده:

Leshner AI. (1996) Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press.

فارسی:

محمدی حسن. احمدی جواد. عوارض ناشی از مصرف کینیدین در ۳۰۰ بیمار قلبی. مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زیر چاپ.

\* منظور از «زیرچاپ» پذیرفته شدن رسمی مقاله در مجله یاد شده بوده، صرف ارسال مقاله (submission) مجوز ذکر مقاله به عنوان مرجع نیست.

### مقاله نشریه در نسخه الکترونیک

Morse SS. (1995) Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jun-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):24 <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm#screens>. Available from: URL:

### منوگراف الکترونیک

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

### فایل کامپیوتری

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

۱۱. مقاله‌های رسیده توسط حداقل سه نفر داوری خواهد شد. هویت داوران مکتوم خواهد ماند.

۱۲. مسئولیت صحت و سقم مطالب مقاله به ترتیب اسامی صاحبان اثر به عهده نویسنده یا نویسندگان است.

۱۳. حق‌رَد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات برای دفتر مجله محفوظ است.

۱۴. برای کسانی که مقاله آنها در نشریه چاپ شود ۲ نسخه از همان نشریه ارسال می‌گردد.

۱۵. مقالات ارسالی عودت داده نمی‌شود.

۱۶. مقالات پژوهشی مربوط به موضوعات فرهنگ ایثار و شهادت برای چاپ اولویت دارد.

از نویسندگان محترم تقاضا می‌شود برای جلوگیری از تأخیر در چاپ مقالاتشان به نکات زیر توجه فرمایند:

۱. مقاله قبلاً در نشریه دیگری به چاپ نرسیده یا همزمان برای سایر مجلات ارسال نشده باشد.

۲. زبان مقاله فارسی و مقاله باید مشتمل بر چکیده (۳۰۰-۲۰۰ کلمه فارسی و انگلیسی)، واژه‌های کلیدی، مقدمه، مواد و روش کار، نتایج، بحث، نتیجه‌گیری و فهرست منابع و مأخذ باشد.

۳. مقاله پژوهشی باشد.

۴. متن مقالات باید به صورت یک خط در میان (فاصله سطر ۱/۲cm)، در یک کاغذ A4 و با حاشیه ۲/۵cm از هر سمت کاغذ تایپ شده باشد. مقالات باید با برنامه Word XP تهیه شده باشند.

۵. صفحه اول باید شامل عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی مؤلفین، آدرس کامل با شماره تلفن و پست الکترونیک و سمت علمی هر یک از نویسندگان، آدرس فردی که مقصد مکاتبات مجله است، عنوان مکرر و مرکز یا سازمان تأمین بودجه طرح پژوهشی باشد.

۶. واژه‌ها و یا عباراتی که به صورت علائم اختصاری به کار برده شده، در اولین استفاده، نام کامل آن‌ها در پرانتز ذکر گردد.

۷. روش بررسی انتخاب نمونه‌ها، روش جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آماری به آن حد تفصیلی نوشته شود تا دیگران بتوانند عین پژوهش را دوباره تکرار کنند.

۸. عنوان جدول باید به طور کامل در بالای آن‌ها نوشته شود و متنی‌ها، نمودارها، تصاویر و اشکال باید با درج زیرنویس کامل و شماره‌گذاری در صفحات جداگانه ارسال شده و به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شده و محل تقریبی استقرار آن‌ها مشخص شود. توضیحات اضافی باید به صورت زیرنویس جدول آورده شده و برای ارجاع به زیرنویس از علائم (\*، # و ...) استفاده شود.

۹. تصویر ارسالی برای چاپ باید واضح و اصل (غیرفتوکپی) باشد و نباید از اندازه ۲۰۳\*۲۵۴ میلی‌متر بزرگ‌تر باشد و ترجیحاً ۲ نمونه از هر یک ارسال شود.

۱۰. منابع باید به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شوند و سپس در صفحه‌ای جداگانه در آخر مقاله، به ترتیب شماره و به صورت زیر نوشته شود:

### مقاله استاندارد نشریات:

شش مؤلف‌اول را نام‌برده و سپس عبارت «و همکاران» را ذکر کنند. آنگاه عنوان مقاله، عنوان خلاصه شده مجله، سال انتشار، شماره مجله و صفحات اول و آخر مقاله آورده شود. توجه خاص به نقطه‌گذاری در نوشتن مراجع ضروری است. در صورتی که تنها خلاصه‌مقاله مورد استفاده بوده است باید عبارت [abstract] یا [چکیده] در انتهای مراجع آورده شود.

انگلیسی:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. (1996) Childhood leukemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer: 73: 1006-12.

فارسی:

احمدی جمال، فتاحی سمیه، سنجرى شعبان (۱۳۷۷) گواتر آندمیک در استان همدان: ۵ سال پس از مصرف نمک یددار. پژوهش در پزشکی؛ سال ۲۲، شماره ۲: صفحات ۱۳۵ تا ۱۴۲.

### کتاب‌ها و سایر منابع منوگراف

۱. تدوین‌کننده، گردآورنده، به عنوان مؤلف

Norman IJ, Redfern SJ, editors (1996) Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone.

فارسی:

# CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Third Year, Autumn & Winter  
2011- 2012

Clinical Psychology and Personality 5

- **Proprietor:** *Shahed University*
- **Chairman:** *Rassol Roshan Chesly Ph.D*
- **Editor-in-Chief:** *Mohammad Ali Asghari Moghadam Ph.D*
- **Assistant Manager:** *Leyla Heidari Nasab Ph.D*
- **Literary Editor:** (English): *Afsaneh Mohammadi*
- **Collaborator:** *Mansoureh Tomari*
- **Pagination:** *Zohre Rakh*
- **ISSN:** 1028-3188
- **Price:** 25000 Rls

## Editorial Board

*Afrooz G.A. Ph.D: Tehran Univ.*  
*Asghari Moghaddam, M.A. P.h.D: Shahed Univ.*  
*Delavar, A. Ph.D: Allame Tabatabaei Univ.*  
*Dezhkam, M. Ph.D: Shahid Beheshti Medical Univ.*  
*Faghihzadeh, S. Ph.D: Tarbiat Modares Univ.*  
*Fathi-Ashtiani, A. Ph.D: Baghyatallah Medical Sciences Univ.*  
*Noorbala, A.A. Ph.D: Tehran Medical Sciences Univ.*  
*Roshan Chesly, R. Ph.D: Shahed Univ.*  
*Shaeeri, M.R. Ph.D: Shahed Univ.*  
*Sanai Zaker, B. Ph.D: Tarbiat Modares Univ.*  
*Shokrkon, H. Ph.D: Shahid Chamran Univ.*  
*Zahedi Asl, M. Ph.D: Allame Tabatabaei Univ.*

**Address:** Shahed University, Opposite to Holy Shrine of  
Imam Khomeini, Tehran-Qom Highway, Tehran, Iran  
P.O. Box: 18151-159  
E-mail: [e.raftar@shahed.ac.ir](mailto:e.raftar@shahed.ac.ir)  
<http://Journals.shahed.ac.ir>

### Index:

1. [www.ISC.gov.ir](http://www.ISC.gov.ir)
2. [www.SID.ir](http://www.SID.ir)
3. [www.MAGIRAN.com](http://www.MAGIRAN.com)

## Table of Contents

### The Influence of Holistic Face Processing on Attentional Biases for Emotional Faces in Anxious children

*Shafi'I, H. M.A., & Shaghaghi, F. Ph.D.* 101

### Predicting Identity Styles based on Attachment Styles

*Amani, R. Ph.D., & Majzoobi, M.R. M.A.* 100

### The Effects of Life Skills Training on Procrastination and School Achievement of Female Students

*Yaseminejad, P. Ph.D., Seif, A.A. Ph.D., Golmohamadian, M. Ph.D.* 99

### The Relationship between Gender Role and Mental Health and its Components in Employed Women

*Aliakbari Dehkordi M., Ph.D., Shokrkon, H. Ph.D. & Mohtashami, T. M.A.* 98

### A Study of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Relapse Prevention of Bipolar Disorder

*Rashedi, E. M.A., Sohrabi, F. Ph.D., & Shams, J. M.D.* 97

### The Relationship between Personality Traits and Conflict Management Strategy in Physical Education Managers of Khuzestan Province

*Heydarinejad, S. Ph.D., Mehrabizade Honarmand, M. Ph.D., Davoudi, I. Ph.D., & Payandeh, M. MSc* 96

### The Reliability and Criterion Validity of a Persian Version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample

*Asghari Moghaddam, MA. Ph.D., Moghaddasin, M. Ph.D., & Dibajnia, P.Ph.D.* 95