



## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور و نشر)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید - شماره ۸  
بهار و تابستان ۱۳۹۲

روانشناسی بالینی و شخصیت ۸

براساس نامه شماره ۳/۳/۱۲۴۱۵۹ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸  
کمیسیون بررسی اعتبار نشریات علمی کشور، درجه علمی -  
پژوهشی این دوماهنامه تا آبان ۱۳۹۳ تمدید گردید.

مجوز انتشار دوماهنامه دانشور رفتار (دوره جدید مجله  
دانشور در گستره‌های تخصصی روان‌شناسی، علوم تربیتی  
و مدیریت) در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۸/۵ هیأت نظارت بر  
مطبوعات مورد موافقت قرار گرفته است.

### فهرست مقالات

- ◆ **اثر بخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی زناشویی (سبک اولسون) بر افزایش رضامندی زنان متأهل**  
کبری قاسمی مقدم، بهمن بهمنی و علی عسگری ۱-۱۰
- ◆ **تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی**  
ریحانه امرالهی، رسول روشن چسلی، محمدرضا شعیری و امیر نیک‌آذین ۱۱-۲۲
- ◆ **تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان**  
اسحق رحیمیان‌بوگر، محمدعلی محمدی‌فر، محمود نجفی و غلامرضا دهشیری ۲۳-۳۴
- ◆ **رابطه سلامت عمومی و تعلل‌ورزی**  
پریسا یاسمی‌نژاد، زهرا فیض‌آبادی فراهانی، محسن گل‌محمدیان و نادر نادری ۳۵-۴۶
- ◆ **اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فرارشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون**  
آزاده بختیاری، حمیدطاهر نشاط‌دوست، احمد عابدی و معصومه صادقی ۴۷-۶۲
- ◆ **پیش‌بینی سانه‌پذیری از خطاهای توجه در رانندگان**  
حمیدرضا عریضی، هاجر براتی و جهان‌شاه محمدزاده ۶۳-۷۴
- ◆ **آزمون اثر غیرمستقیم تعارض کار - خانواده بر خشنودی زندگی - یک الگوی چند میانجیگر**  
محمدحسین متشرعی، عبدالکاظم نیسی و نسرين ارشیدی ۷۵-۸۶
- ◆ **رابطه عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی در زنان متأهل**  
مهناز علی‌اکبری دهکردی، لیلا حیدری نسب و شیرین کیقبادی ۸۷-۹۸
- ◆ **طراحی و آزمون الگوی علی رابطه بین سبک‌های مقابله و عاطفه مثبت و منفی با بخشش در دانشجویان**  
سودابه بساک‌نژاد، فاطمه امینی و اسماعیل هاشمی شیخ شبانی ۹۹-۱۰۸
- ◆ **بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی (MEQ)**  
آرش رهافر، میثم صادقی جوجیلی، آتوسا صادق‌پور و شهاب میرزائی ۱۰۹-۱۲۲
- ◆ **«مقیاس تصویر خودمنفی» (NSPS) ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی**  
مهدیه عطری‌فرد، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی، محمدرضا شعیری، پرویز آزادفلاح، مسعود جان‌بزرگی، محمدعلی اصغری مقدم، سوده اسمعیلی الموتی و زهرا قنبری ۱۴۲-۱۲۳
- ◆ **Abstracts** ۱۴۳-۱۵۳

- صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد
- مدیر مسئول: دکتر رسول روشن چسلی
- سردبیر: دکتر محمدعلی اصغری مقدم
- مدیر داخلی: دکتر لیلا حیدری‌نسب
- ویراستار ادبی (انگلیسی): جلال جعفری‌ها
- مدیر اجرایی: مهندس منصوره طوماری
- کارشناس فنی چاپ: معصومه رضایی اسمرود
- صفحه‌آرا: سیما عدالت نیا
- شماره استاندارد بین‌المللی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

### اعضای هیئت تحریریه

به ترتیب حروف الفبا

- دکتر محمدعلی اصغری مقدم دانشگاه شاهد
- دکتر غلامعلی افروز دانشگاه تهران
- دکتر باقر ثنائی‌ذاکر دانشگاه تربیت معلم
- دکتر محمود دژکام دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی دل‌اور دانشگاه علامه طباطبایی
- دکتر رسول روشن چسلی دانشگاه شاهد
- دکتر محمد زاهدی‌اصل دانشگاه علامه طباطبایی
- دکتر محمدرضا شعیری دانشگاه شاهد
- دکتر علی فتحی‌آشتیانی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله
- دکتر حسین شکرکن دانشگاه شهید چمران اهواز
- 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

شماره تماس: ۵۱۲۱۳۰۷۴ (۰۲۱)

E-mail: cpap@shahed.ac.ir  
website: http://cpap.shahed.ac.ir

این نشریه در سه پایگاه اطلاعات علمی زیر  
نمایه می‌شود:

1. www.isc.gov.ir
2. www.sid.ir
3. www.magiran.com

## راهنمای نگارش، روند بررسی و شرایط پذیرش مقاله در دو فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت

### د) شیوه منبع نویسی در فهرست منابع

#### فارسی

- مقاله: نیک نفس، پدram (۱۳۷۷). بررسی نوزادان مادران دیابتی. مجله بیماری‌های کودکان، سال ۳، شماره ۲، صص ۸۵-۶۳.
- کتاب: قره‌باغان، مرتضی (۱۳۷۰). اقتصاد رشد و توسعه. تهران: نشر نی.
- ترجمه کتاب: لایون، دیوید (۱۳۸۰). پسامدرنیته، ترجمه محسن حکیمی. تهران: انتشارات آشیان.
- فصلی از کتاب: بهرامی، فریدون و نوحی، علینقی (۱۳۷۵). کنترل کیفیت آزمایش‌های لیبیدهای سرم. در: تضمین کیفیت آزمایشگاهی؛ محمدی، حسن و جلیلی، حسین، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، صص ۵۰-۶۱.
- پایان نامه - احمدی، جواد (۱۳۷۷). تأثیر نمک پدیدار در کاهش ندول اندازه گواتر در شهریار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

**مقاله منتشر نشده - محمدی، حسن و احمدی، جواد.** عوارض ناشی از مصرف کینیدین در ۳۰۰ بیمار قلبی. مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زیر چاپ.

#### غیر فارسی

#### مقاله

**Looker, A.C. & Dullman, R.R. (1997). Prevalence of iron deficiency in united states. J. Am. Med. Assoc.: Vol 277: PP.973-976.**

#### کتاب

**Norman, L.J. & Redfern, S.J. (ed.) (1996). Mental health care for elderly people. New York: Churchill living stone.**

#### فصلی از کتاب

**Phillips, S.J. & Whisnant, J.P. (1995). Hypertension and stroke. In. Laragh, J.H. & Brenner, B.M. (ed), Hypertention: Pathophysiology, diagnosis, and management. New York: Raven press, pp.78-465.**

#### پایان‌نامه

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

#### مقاله منتشر نشده

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

#### سازمان به عنوان مؤلف و ناشر

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

### ه) شرایط داوری و پذیرش مقاله:

- ۱. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر نشریه‌ها نیز ارسال نشده باشد.
- ۲. مقاله مستخرج از پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
- ۳. داوری اولیه برای مقاله‌های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق‌الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می‌گردد. چنانچه مقاله مورد تایید حداقل دو نفر از آنان، قرار نگرفت، عدم اولویت به نویسنده ابلاغ می‌گردد. اگر حداقل دو نفر از داوران، اصلاح مقاله را پیشنهاد دهند، نظر داوران، به اطلاع نویسنده خواهد رسید. نویسندگان محترم باید مقاله اصلاح شده را که در آن بخش‌های تغییر یافته با رنگ قرمز مشخص شده است به همراه نامه شرح نحوه اصلاحات، در سایت مجله درج نمایند.
- ۴. مقاله اصلاحی نگارنده/گان، جهت داور نهایی ارسال می‌شود و در صورت دریافت تایید نهایی از سوی وی به علاوه تأمین همه شروط نگارشی و تنظیمی فوق‌الذکر، در اولویت چاپ قرار می‌گیرد.
- ۵. هویت نویسنده/گان و داوران برای یکدیگر، نامشخص است.
- ۶. نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره‌های قبلی نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ارجاع و آن‌ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.
- ۷. مقاله‌های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می‌گیرند.

نویسنده/نویسندگان گرامی، حسب مصوبه کمیسیون نشریات وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مبنی بر تغییر نام نشریه دانشور رفتار به دو فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، نشریه حاضر پذیرای مقاله‌هایی در دو گستره یاد شده می‌باشد.

### الف) نحوه تایپ مقاله:

- ۱. تایپ در محیط word 2003 با تنظیم‌های کامل زبان فارسی، انجام شود. اگر از نسخه‌های بالاتر از ۲۰۰۳ استفاده می‌کنید، باید خروجی word خود را در قالب: \*.doc \*97-2003، تنظیم کنید.
- ۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم‌فاصله باشد (به طور نمونه: "می‌شود"، "کتاب‌ها"، "کم‌تر"، "بیش‌تر" و ...).
- ۳. رسم جداول، تایپ اعداد و ارقام به فارسی بوده و "اعداد اعشاری" نیز به شکل نمونه (۲/۴۷) تایپ شود. از "فاصله گذاشتن" به وسیله "تب" و یا "اینتر" در این جا، خودداری شود.
- ۴. از قلم بولد شده B Lotus با شماره ۱۲ برای تایپ متن فارسی، قلم بولد شده B Yagut با شماره ۱۰ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman با شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
- ۵. منحنی، نمود و نمودارها به صورت سیاه و سفید، به کمک نرم افزار word 2003 تایپ و تنظیم، شده باشند.
- ۶. جدول، نمود و نمودارها باید به وسیله شماره، مشخص گردند و در متن مقاله نیز با همان شماره، مورد اشاره قرار گیرند.
- ۷. اسامی و اصطلاحات لاتین باید در زیر همان صفحه، زیرنویس شوند.
- ۸. چنانچه مقاله، مستخرج از طرح پژوهشی مصوب است، در پاورقی صفحه نخست، با ذکر مرکز/ موسسه تأمین کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

### ب) ترتیب عناوین و ساختار مقاله:

- ۱. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
- ۲. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می‌شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید):  
- نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده BZar با شماره ۱۱).
- ۳. شماره گذاری روی اسامی نویسنده/گان و زیر نویس مشخصات آنان به ترتیب با رعایت؛ (۱) سطح تحصیلی / مرتبه علمی، (۲) گروه آموزشی، (۳) نام دانشگاه (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Lotus با شماره ۱۱).
- ۴. ستاره گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی BZar با شماره ۹).
- ۵. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه‌ها (حداکثر هفت کلمه) شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلید واژه)
- ۶. چکیده انگلیسی: شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلید واژه) مقدمه.
- ۷. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده‌ها).
- ۸. نتایج.
- ۹. بحث و نتیجه‌گیری.
- ۱۰. منابع.

### ج) شیوه ارجاع دهی در متن

ارجاع‌دهی را از شروع مقاله، تنها با ذکر شماره منبع مورد استفاده در داخل کروشه [ ]، انجام داده و تا آخرین منبع استفاده شده، ادامه دهید (از گذاشتن پرانتز در متن مقاله و ذکر؛ فامیل مؤلف، سال و صفحه در آن، خودداری کنید). در فهرست منابع پایانی، منابع مورد استفاده را به ترتیب شماره آن در متن مقاله، پشت سر هم قرار دهید. چنانچه استفاده از منبعی، تکرار شده است، شماره همان منبع مورد استفاده را مجدداً در متن، اشاره کنید.

## قدردانی

هیئت تحریریه نشریه، وظیفه خود می‌داند از تعدادی از همکاران فاضل و گرامی که زحمت داوری مقالات متعدد، در گستره 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	۱- دکتر محمدعلی
دانشگاه اصفهان	امیری	۲- دکتر شعله
دانشگاه شاهد	حیدری نسب	۳- دکتر لیلا
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	۴- دکتر عصمت
دانشگاه شهید چمران اهواز	داوودی	۵- دکتر ایران
دانشگاه تربیت مدرس	رسول زاده طباطبائی	۶- دکتر کاظم
دانشگاه شاهد	روشن چسلی	۷- دکتر رسول
دانشگاه ارومیه	سپهریان	۸- دکتر فیروزه
دانشگاه پیام نور	سواری	۹- دکتر کریم
دانشگاه علامه طباطبائی	سهرابی	۱۰- دکتر فرامرز
دانشگاه پیام نور تهران	علی اکبری دهکردی	۱۱- دکتر مهناز
دانشگاه اصفهان	کجباف	۱۲- دکتر محمدباقر
دانشگاه شاهد	موسوی	۱۳- دکتر رقیه
دانشگاه شاهد	نائینیان	۱۴- دکتر محمدرضا
دانشگاه آزاد اسلامی	وکیلی	۱۵- دکتر پریش



# اثر بخشی آموزش گروهی برنامه غنی سازی زناشویی (سبک اولسون) بر افزایش رضامندی زنان متأهل

نویسندگان: کبری قاسمی مقدم<sup>۱</sup>، بهمن بهمنی<sup>\*۲</sup> و علی عسگری<sup>۳</sup>.

۱. کارشناس ارشد مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۱۳ تهران

۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی

\* Email: bbahmani43@yahoo.com

## چکیده

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع گروه های نامعادل با گروه شاهد و پیش-پس آزمون با هدف تعیین اثر بخشی آموزش گروهی برنامه غنی سازی روابط زناشویی به شیوه اولسون بر رضامندی زناشویی زنانی که شوهرانشان در برنامه ارتقا روابط زناشویی شرکت نداشتند، طراحی و اجرا شد. به این منظور با روش نمونه گیری در دسترس از بین جامعه آماری زنان متأهل مراجعه کننده به یکی از خانه های سلامت شهرداری منطقه ۶ تهران که در زمان انجام این مطالعه پرونده شکایت از همسر یا تقاضای طلاق در دادگاه خانواده نداشتند، بصورت تمام وقت در بیرون از منزل شاغل نبوده و حداقل یک فرزند داشتند، ۴۰ داوطلب انتخاب و با روش غیر تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش غنی سازی رابطه زناشویی به شیوه اولسون (اولسون و اولسون، ۱۹۹۹) شرکت کرده و گروه شاهد به عنوان فهرست انتظار، هیچ مداخله سازمان یافته ای دریافت نکردند. به منظور سنجش متغیر وابسته از فرم ۴۰ سوالی مقیاس انریچ (بهمنی، عسگری، ۱۳۸۵) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 برای محاسبه فراوانی، میانگین، تحلیل واریانس، آزمون لوین و تحلیل کواریانس پردازش شد.

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که میانگین رضامندی کلی زناشویی زنان در گروه آزمایش بیشتر از گواه و تفاوتها به لحاظ آماری در سطح احتمال ۱ درصد ( $p < 1\%$ ) معنادار است. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش غنی سازی روابط زناشویی به سبک اولسون حتی وقتی شوهران در برنامه آموزشی مشارکت ندارند نیز می تواند باعث افزایش رضامندی کلی زناشویی زنان شود.

**کلیدواژه ها:** رضامندی زناشویی زنان، آموزش گروهی، غنی سازی زناشویی، عدم مشارکت شوهران در برنامه ارتقا روابط زناشویی

## روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۱/۳/۳۱

• پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱۷

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

بسیاری از درمانگران اولین گام برای بهبود عملکرد زوج‌ها را آموزش مهارت‌های ارتباطی به آنها می‌دانند زیرا مشکلات ارتباطی شایعترین شکایتی است که زوج‌های جویای کمک ابراز می‌کنند [۶].

اصلائی، نشان داده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث بالا رفتن کارایی خانواده در مقوله‌های حل مسئله، ارتباط نقش‌ها، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده می‌شود [۷]. بلامبرگ<sup>۴</sup> دریافت زوجینی که در برنامه بهبود ارتباط شرکت کردند، رضایت و شادکامی بیشتری داشتند. گاتمن نشان داد زوج‌هایی که رضامندی بیشتری دارند ارتباط متقابل بیشتری نیز با هم دارند. مارکمن نیز نشان داده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی قبل از ازدواج با کیفیت رابطه و رضامندی زناشویی رابطه مثبت دارد [۸].

با این وجود شواهد حاکی از وجود تفاوت جدی بین انگیزه و نیز میزان مشارکت زنان و مردان برای شرکت در برنامه‌های ارتقا رابطه زناشویی است. اولیا به مطالعاتی اشاره کرده است که نشان می‌دهند عموماً رضامندی زناشویی مردان از زنان بیشتر بوده و آنان نسبت به شرایط موجود در رابطه خود با همسر کمتر احساس ناکامی کرده [۴] و از این روی کمتر از زنان نیز مایل به استفاده از خدمات یاورانه در این زمینه‌ها هستند. در عین حال گزارش بلوم به مطالعات دیگری اشاره کرده است که نشان داده‌اند که زنها بیش از مردان از مشکلات روزمره زندگی زناشویی شکایت داشته و ناراضی از اوضاع هستند و بنابر این بیش از مردان به دنبال استفاده از فرصت‌های کمک‌گیری برای بهبود رابطه زناشویی بوده و رفتارشان نیز پس از شرکت در این برنامه‌ها بیش از مردان تغییر کرده و ادامه می‌یابد [۹]. تجربه چندین ساله پژوهشگر در کمک‌رسانی به بهبود زندگی زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز حمایت خانواده شهرداری‌ها و یا والدین شرکت‌کننده در برنامه‌های انجمن اولیا و مربیان مدارس نیز حاکی از کثرت وجود زنان متأهلی است که با شکایت از عدم همکاری شوهرانشان برای شرکت در

در پی تحولات عمیق و سریع دهه‌های اخیر در ساختار نهادهای اجتماعی از جمله کاهش تدریجی اشکال قدیمی‌تر خانواده‌های چند نسلی به نفع خانواده‌های متشکل از یک زن و مرد و فرزندان آنها، ارتباطات زناشویی نیز بیش از گذشته نقطه تمرکز انتظارات همسران از یکدیگر برای ارضاء نیازهای روانی اجتماعی شده و از این روی در صورت عدم آمادگی ایفای صحیح نقش‌های مورد انتظار، زمینه ساز دلسردی و آزرده‌گی از یکدیگر را نیز بیش از گذشته برای آنها فراهم کرده است [۱].

میس<sup>۱</sup> [۲] معتقد است، امروزه جوانان بیش از گذشته از همسر خود توقع روابط صمیمانه دارند، اما مهارت‌های لازم را در جهت ایجاد آن کسب نمی‌کنند و این کمبود شناخت و مهارت‌های لازم در زمینه غنی‌سازی ارتباط، بطور بالقوه می‌تواند زمینه ساز برآورده نشدن انتظارات و خواسته‌ها و در نتیجه کاهش رضامندی همسران از ازدواج شان شود.

وینچ<sup>۲</sup> رضامندی زناشویی را برآیند میزان هماهنگی و انطباق بین وضعیت مورد انتظار فرد با وضعیتی می‌داند که هم‌اکنون در زندگی زناشویی اش تجربه می‌کند [۳]. به اعتقاد مارکمن<sup>۳</sup>، رضامندی زناشویی تاثیر بسزائی بر خانواده و سلامت جسمی و روانی اعضای آن دارد و زنان متأهل اولین کسانی هستند که از نابسامانی‌های خانواده تاثیر منفی گرفته و خود نیز می‌توانند عامل یا تشدید کننده آن باشند [۴].

مطالعات نشان داده است که مشکلات خانوادگی و کاهش رضامندی زناشویی متعاقب آن می‌تواند موجب بروز مشکلات رفتاری و کاهش سازگاری جنسی در زوجین [۵]، اختلالات اضطرابی و افسردگی در زنان، سوء مصرف الکل در مردان و مشکلات رفتاری در کودکان به ویژه پسران شده و بر رفتار مادرانه زنان نیز تاثیر منفی بگذارد [۵].

1 . Mice  
2 . Winch  
3 . Mark man

4 . Bloomberg

دارد، یکی از ویژگی های مشترک همه برنامه های فوق الذکر تاکید منطقی جملگی آنها بر حضور همزمان زن و مرد در جلسات آموزشی ارتقا مهارت های زندگی است.

برنامه ارتقا رابطه زناشویی موسوم به "آماده سازی و غنی سازی زناشویی" از موفق ترین برنامه هائی است که اثر بخشی آن در مطالعات متعدد در ایران نظیر اولیاء [۴]، اصلاحی [۸]، شیرالی نیا [۶]، جعفری [۱۰]، خمسه [۱۱] و خارج از ایران نظیر راسل و همکاران، زیمرمن<sup>۷</sup>، مارکمن، استینلی و همکاران [۱۶] و گوئرني و ماکسون و لونگ و همکارانش [۴] گزارش شده است. به طور کلی این برنامه دارای محتوای آموزشی است که با حضور همزمان زوجین در جلسات و با هدف افزایش مهارت های آنها در زمینه ارتباط متقابل با یکدیگر، مهارت های حل تعارض، مدیریت مسائل مالی، رضایتمندی زناشویی، فعالیت های زوجین هنگام فراغت، عقاید مذهبی هریک از طرفین، رابطه بچه ها و والدین، رابطه خانواده و دوستان، انتظارات واقعی هریک از زوجین از یکدیگر، انتظارات جنسی، نقش خویشاوندان در زندگی زناشویی ارائه می شود [۱۱]. با این وجود همانطور که گفته شد همه مطالعات مذکور بر روی نمونه هائی انجام گرفته که با حضور همزمان هر دو همسر در جلسات آموزشی تشکیل می شده است و به این ترتیب یافته هایشان به راحتی شایسته تعمیم به موقعیت هائی نخواهد بود که یکی از همسران به هر دلیلی مایل و یا قادر به شرکت در جلسات آموزشی نبوده و بنابر این بطور مستقیم در جریان اطلاعات تصحیح گری که در مورد مولفه های موثر بر رابطه با همسر و نیز نحوه رفتار مناسب برای ابراز نیازهای خود و ارضا نیازهای همسر، به آنها داده می شود، قرار نمی گیرند.

صرف نظر از علل کمتر بودن امکان و یا تمایل شوهران برای مشارکت در برنامه های ارتقا روابط زناشویی، آزمون روش های جایگزین جدیدی که بتوانند با استفاده از انگیزه، ظرفیت و نیز همکاری بیشتر زنان متأهلی که با شکایت از عدم همکاری شوهرانشان برای

برنامه های مشاوره فردی یا گروهی و حتی جلسات آموزش خانواده، به دنبال راه چاره ای برای کاستن از مشکلات ارتباطی با همسر و افزایش رضامندی از زندگی زناشویی خود می باشند.

تصویری که از کنار هم قرار دادن این واقعیات به دست می آید نشان دهنده زنی است که علاوه بر سایر نارضایتی ها ممکن است در اثر سرخوردگی ناشی از عدم همکاری همسر، امید به تغییر را نیز از دست داده و دچار علائم درماندگی آموخته شده نیز بشود. روندی که با مشروط کردن اثربخشی برنامه ها به حضور توأم زن و شوهر در برنامه های مداخله، بر احتمال وقوع آن افزوده نیز خواهد شد.

به رویکرد های متعددی می توان اشاره کرد که در حال حاضر با هدف پیشگیری از دشواری های زناشویی و یا بهبود سازگاری زناشویی از آنها استفاده می شود. شیوه های برگرفته از این رویکردها اغلب به بهبود و یا ایجاد مهارت های ارتباطی، قبل از روبه رو شدن زوج ها با مشکلات توجه دارند. بعضی از این روش ها که جملگی آنها جزو رویکرد روان-آموزشی محسوب می شوند، شامل روش هائی چون تقویت رابطه<sup>۱</sup>، برنامه انجمن زوجین برای غنی سازی زناشویی<sup>۲</sup>، برنامه کاربردی مهارت های مربوط به رابطه صمیمانه<sup>۳</sup>، برنامه پیشگیری و تقویت ارتباط<sup>۴</sup>، برنامه موسوم به "TIME" که کلمه ای مرکب از سر حرف های عنوان انگلیسی است که معادل فارسی آن "آموزش برای زناشویی بهتر" است، بر زوج هائی تمرکز دارند که هنوز مشکلات رابطه ای عمده ای را تجربه نکرده اند [۴] و برنامه ارتقا رابطه زناشویی موسوم به "آماده سازی و غنی سازی زناشویی" (ENRICH) که نخستین بار توسط اولسون و اولسون<sup>۶</sup> در ۱۹۹۹ [۱۱] ارائه شده است، می شوند. با توجه به ویژگی اصلی زندگی زناشویی که ماهیتی مراوده ای و بین فردی

1. relationship Enhancement
2. association for Couples In Marriage Enrichment
3. Practical Application of Intimate relationship Skills
4. prevention And relationship Enhancement Program
5. Training In Marriage Enrichment (TIME)
6. Olson & Olson

7. Zimmerman

همسران در ارتباط با فرزندان و فرزندپروری خواهد شد.

## روش

### • نوع تحقیق

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه های نا معادل (آزمایشی و گواه) با پیش- پس آزمون انجام شده است.

### • آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش را زنان متأهل و جمعیت آماری آن را زنانی تشکیل داد که طی سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ به منظور شرکت در دوره های آموزشی و یا دریافت سایر خدمات سلامت روان به خانه سلامت منطقه ۶ شهرداری تهران مراجعه می کردند. نمونه ها نیز از بین زنان مراجعه کننده به خانه سلامت بهار شیراز واقع در منطقه ۶ شهرداری تهران ۴۰ زن متأهل که سابقه طلاق یا در زمان اجرای پژوهش پرونده فعال دعوای زناشویی در دادگاه خانواده نداشته، تنها همسر شوهر خود بوده، بصورت تمام وقت در بیرون از منزل شاغل نبوده و حداقل یک فرزند داشتند و مایل به شرکت در برنامه بودند به روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب و به روش غیر تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و گواه (فهرست انتظار) تقسیم شدند. قبل از تشکیل جلسات آموزش برای گروه آزمایش، پیش آزمون برای هر دو گروه انجام و سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش غنی سازی رابطه زناشویی به شیوه اولسون<sup>۱</sup> (اولسون و اولسون، ۱۹۹۹) شرکت کرده و در طی این مدت گروه شاهد به عنوان فهرست انتظار، هیچ مداخله سازمان یافته ای دریافت نکردند. سپس هر دو گروه پس آزمون شدند. در انتها و با توجه به اینکه اثر بخشی کلی برنامه مداخله مورد تایید قرار گرفت، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از آزمودنی های عضو گروه گواه نیز دعوت شد تا در برنامه ای مشابه شرکت کنند.

شرکت در برنامه های مشاوره فردی یا گروهی و حتی جلسات آموزشی به دنبال راه ای برای کاستن از مشکلات ارتباطی با همسر و افزایش رضامندی از زندگی زناشویی خود می باشند، در درجه اول یک ضرورت انسانی و سپس حرفه ای محسوب می شود. همانطور که بی توجهی به آن می تواند به ناپایداری بیشتر بنیان خانواده ها و انتشار پیامدهای روانی اجتماعی و اقتصادی بنیان کن آن کمک کند.

سوال اصلی پژوهش حاضر مبنی بر اینکه "آیا آموزش غنی سازی زندگی زناشویی می تواند به زنان متأهلی که همسرانشان در جلسات آموزشی شرکت نمی کنند کمک کند تا از رضامندی زناشویی بیشتری برخوردار شوند؟" حاصل درک ضرورت های مذکور بوده و این پژوهش از طریق بررسی پنج فرضیه زیر بدنبال گردآوری شواهد آزمون پایه برای ارزیابی اثر بخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته و زیر مولفه های آن بوده است.

### فرضیه های تحقیق

- فرض ۱- آموزش گروهی غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون رضایتمندی زناشویی، زنان را افزایش می دهد.
- فرض ۲- آموزش گروهی برنامه غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون خودرایی و روابط بین فردی نامناسب زنان را در رابطه با همسرانشان کاهش می دهد.
- فرض ۳- آموزش گروهی برنامه غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون اختلافات و تعارضهای ضمنی زنان با همسرانشان را کاهش می دهد.
- فرض ۴- آموزش گروهی برنامه غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون باعث افزایش رضایت زنان از ارتباط جنسی با همسر خواهد شد.
- فرض ۵- آموزش گروهی برنامه غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون باعث افزایش رضایت زنان از همخوانی جهت گیری در تربیت مذهبی با همسران خواهد شد.
- فرض ۶- آموزش گروهی برنامه غنی سازی ازدواج به شیوه اولسون باعث افزایش رضایت زنان از همخوانی با



## • ابزار اندازه گیری

### پرسشنامه غنی سازی روابط زناشویی اولسون فرم کوتاه (انریچ ۴۰ سوالی)

برای سنجش متغیر رضامندی زناشویی از فرم کوتاه شده انریچ (یا پرسشنامه ارزشیابی و تقویت جنبه های ارتباطی، مرادده ای و خشنودی زندگی زناشویی) موسوم به انریچ ۴۰ سوالی استفاده شد. این مقیاس توسط بهمنی، عسگری و تمدنی [۱۲] بر اساس بررسی مجدد شاخص های روان سنجی انریچ فرم ۴۷ سوالی که قبلاً توسط سلیمانیان [۱۳] از پرسشنامه فرم ۱۱۵ سوالی انریچ (اولسون، فورنیر و دراکمن، ۱۹۸۹) استخراج شده بود، باز تدوین و ارائه شده است. این ابزار رضامندی زناشویی را در ۶ خرده مقیاس شامل: رضامندی کلی، جهت گیری مذهبی، فرزندان و فرزندپروری، رابطه جنسی، اختلافات و تعارضات ضمنی، خود رایی و روابط بین فردی نامناسب، می سنجد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که داده ها به خوبی با مدل شش عاملی برازش دارد و عاملهای ششگانه می تواند صفت مکنون "رضایت زناشویی" را به گونه مناسب اندازه گیری کند. ضرایب

همگونی اعتبار، برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و برای خرده مقیاسها به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۰، ۰/۷۰/۸۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ و با روش دو نیمه سازی اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۸ به دست آمد.

### • شیوه تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 برای محاسبه شاخص های آمار توصیفی و ویژگی های جمعیت نگاری و نیز، تحلیل کواریانس برای بررسی فرض عدم تفاوت گروهها و آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانس دو گروه در پیش آزمون و تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه در پس آزمون با حذف اثر پیش آزمون، پردازش شد.

### نتایج

ویژگی های توصیفی نمونه تحقیق در جدول ۱ و میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کواریانس چند متغیری نتایج گروه آزمایش و گواه در پیش و پس آزمون در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت نگاری گروه نمونه

(فراوانی و درصد فراوانی میزان تحصیل زنان و همسرانشان به تفکیک گروه آزمایش و گواه)

گروه گواه		گروه آزمایش			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۵	۹	۵۰	۱۰	دیپلم	تحصیلات آزمون ها
۲۰	۴	۲۰	۴	فوق دیپلم	
۲۰	۴	۱۳/۶	۳	لیسانس	
۱۰	۳	۱۳/۶	۳	بی پاسخ	
۲۱/۱	۸	۳۱/۸	۷	دیپلم	تحصیلات همسر
۳۳/۳	۶	۲۵	۵	فوق دیپلم	
۱۳/۶	۳	۲۵	۵	لیسانس	
۱۳/۶	۳	۱۳/۶	۳	بی پاسخ	

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، و نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (ANCOVA) برای نتایج پیش- پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه

ANCOVA		گروه گواه				گروه آزمایش				رضامندی زناشویی
گروه	اثر پیش آزمون (۱۳۹)F	پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۳۴/۲۲**	۸۹/۲۲**	۱۷/۴۴	۱۰۰/۱۵	۱۷/۳۷	۹۴/۰۹	۱۵/۳۰	۱۱۲/۱۸	۲۰/۲۴	۱۰۰/۶۸	نمره کل رضامندی زناشویی
۳۴/۴۲**	۹۰/۷۳**	۶/۵۵	۳۱/۱۵	۵/۴۳	۲۹/۲۷	۵/۷۶	۳۵/۵۹	۶/۸۹	۳۱/۵۲	رضامندی کلی
۰/۲۸	۲۴/۲۳**	۳/۰۲	۱۰/۸۴	۲/۷۵	۱۱/۱۸	۲/۱۷	۱۱/۴۰	۲/۹۳	۱۰/۷۸	هماهنگی در جهت‌گیری مذهبی فرزندان
۰/۷۹	۸۳/۵۰**	۴/۶۳	۱۱/۷۸	۳/۸۹	۱۱/۲۲	۳/۴۱	۱۲/۳۱	۴/۹۹	۱۱/۳۶	فرزندان و فرزندپروری
۱۰/۳۵**	۲۵/۱۹**	۳/۷۲	۱۴	۳/۳۰	۱۲/۵۴	۲/۳۰	۱۵/۴۵	۳/۱۸	۱۴/۳۱	رابطه ی جنسی
۱۱/۹۵*	۲۰/۳۴**	۴/۳۰	۲۰/۱۰	۴/۸۹	۱۷/۷۷	۵/۲۲	۲۳/۲۷	۴/۶۶	۱۹/۷۸	اختلاف و تعارضهای ضمنی
۱۲/۰۷*	۶۹/۳۸**	۲/۴۴	۱۲/۲۶	۳/۱۷	۱۲/۰۹	۳/۰۹	۱۴/۱۳	۳/۰۳	۱۲/۸۹	خودرایی

توجه: \*P<۰/۰۵ ، \*\*P<۰/۰۰۵

از طریق نتایج پس آزمون فراهم شد. به منظور بررسی فرضیه های تحقیق از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. دلیل استفاده از این روش، حذف اثر پیش آزمون از پس آزمون در مقایسه گروه ها است. جدول (۲) حاوی اطلاعات مربوط به نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری دو گروه در پس آزمون است. همانطور که در جدول مشاهده می شود، مقدار F در پس آزمون برای اثر روش مداخله بر متغیر رضامندی زناشویی معنادار بوده و به این ترتیب تفاوت مشاهده شده بین میانگین دو گروه (۱۱۲/۱۸ < ۱۰۰/۱۵) به نفع گروه آزمایشی تایید می شود. در نتیجه می توان نتیجه گرفت که روش مداخله بر افزایش رضامندی زناشویی موثر آزمودنی ها موثر بوده است. یافته های حاصل از سایر

همانطور که جدول ۱ نشان می دهد میزان تحصیلات اعضا دو گروه گواه و آزمایشی در جمعیت زنان و شوهران آنها تفاوت فاحشی با یکدیگر ندارد. یافته های مندرج در جدول ۲ بیانگر آن است که تفاوت مشاهده شده در میانگین های کلی دو گروه آزمایش و گواه (۹۴/۰۹ - ۱۰۰/۶۸) در پیش آزمون به لحاظ آماری معنا دار نیست. این مطلب در مورد واریانس گروه های مذکور (آن ۱۷/۳۷ و ۲۰/۲۴) که با استفاده از آزمون برابری واریانس های لوین به دست آمده نیز صادق می باشد. نتایج مندرج در جدول در مورد مقایسه خرده مقیاس ها نیز تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان نمی دهد. به این ترتیب فرض همسانی دو گروه آزمایش و گواه در متغیر وابسته تایید و بنابر این پیش نیاز لازم برای قضاوت در مورد نحوه تاثیر متغیر مستقل بر وابسته

آموزشی شرکت می کردند، در حالی که گروه نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهلی که شوهرانشان در برنامه شرکت نداشتند تشکیل می دهد.

با وجود آنکه برای اثر گذاری برنامه مداخله غنی سازی زناشویی به شیوه اولسون بر رضامندی زناشویی زوجین در پژوهش هائی که هر دو زن و شوهر در برنامه شرکت می کنند می توان از توجیه های سیستمی و روان شناختی متعدد از جمله تاثیر آموزش ها بر انتظارات، باور ها و تعبیر و تفسیر ی که زوجین از رفتار یکدیگر می کنند و نیز تغییر در نظام بازخورد متقابل زن و شوهرها، اصلاح ساختار و مرزهای روابط زناشویی استفاده کرد، اما افزایش رضامندی زناشویی زنان در پژوهش حاضر که در آن فقط یکی از طرفین تعامل زناشویی در برنامه مداخله شرکت داشته است، را چگونه می توان توجیه کرد؟

برای ارائه توجیه منطقی توجه به چند مقدمه ضروری است. نخست توجه به ماهیت سامانه ای خانواده و روابط زناشویی است. به نظر نگارنده پاسخ به این سوال در ماهیت سامانه ای (سیستمی) حاکم بر ساختار خانواده و روابط زن و شوهر نهفته است. تقریباً تمامی متخصصان امر خانواده و خانواده درمانی، به خانواده به عنوان یک نظام یا سامانه انسانی نگاه می کنند که درک پدیده های رفتاری آن بدون استفاده از قواعد حاکم بر سامانه ها بسیار دشوار و گاه غیر ممکن خواهد بود. از جمله این قواعد اصل بازخورد متقابل اعضا حاضر در سامانه های انسانی است. بر اساس این اصل، رفتار افراد از نتیجه تاثیری که بر روی دیگران گذاشته، متاثر شده و جهت می گیرد [۱۷]. بر مبنای این قاعده می توان انتظار داشت که تغییر در رفتار هر یک از دو طرف درگیر در یک رابطه انسانی می تواند متناسب با برداشت طرف مقابل، رفتاری جدید را در او برانگیخته و این رفتار نیز به مثابه محرکی برای انتخاب نوع واکنش فردی، که تغییر را آغاز کرده است، عمل نماید. در واقع این طور به نظر می رسد که شرکت زنان در برنامه باعث شده تا آنها با انتظارات غلط و یا خطا های رایج در تعبیر و تفسیر هائی که از رفتار خود و همسرشان دارند، آشنا شده و در عین حال نحوه

مقایسه های جانبی مندرج در جدول فوق نشان داده اند که تفاوت های مشاهده شده درباره سه خرده مقیاس رضامندی زناشویی یعنی رابطه ی جنسی (۱۲/۵۴ < ۱۴/۳۱)، اختلافات و تعارض های ضمنی (۱۷/۷۷ > ۱۹/۷۸) و خودرأیی و روابط فردی نامناسب (۱۲/۹۰ > ۱۲/۸۹) به نفع گروه آزمایشی معنادار و در مورد دو خرده مقیاس هماهنگی در تربیت دینی فرزندان (۱۰/۷۸ < ۱۱/۱۸) و فرزندپروری (۱۱/۲۲ > ۱۱/۳۶) تفاوت های مشاهده شده معنادار نیستند. براساس یافته های پژوهش، فرض اصلی و فرضیه های فرعی شماره ۳، ۴، ۵، تایید و فرضیه های فرعی ۱ و ۲ رد شدند.

### بحث و نتیجه گیری

در مجموع یافته های این پژوهش نشان داده اند که "آموزش گروهی غنی سازی زناشویی به شیوه اولسون" می تواند، رضایتمندی کلی زناشویی زنان را حتی وقتی همسرانشان در برنامه شرکت ندارند افزایش دهد.

تایید فرضیه اصلی این پژوهش را می توان به معنی وجود تناسب بین محتوای کلی آموزش گروهی برنامه غنی سازی روابط زناشویی به شیوه اولسون با نیاز های خاص زنان متأهلی دانست که همسرانشان به هر دلیل در برنامه های بهبود روابط زناشویی شرکت نمی کنند.

اگر چه یافته این تحقیق مبنی بر اثر بخش بودن برنامه آموزش گروهی غنی سازی زندگی زناشویی به شیوه اولسون با تعداد زیادی از پژوهش های مشابه نظیر اصلانی [۷]، نیکخواه و آقامحمدیان [۱۴]، گریفلاپینگ و آپوستال (۱۹۹۳؛ نقل از نظری، ۱۳۸۳) [۱۵]، نظری [۱۵]، راسل و همکاران، زیمرمن، مارکمن، استینلی، بلومبرگ [۱۶] و گوئرینی و ماکسون و لونگ و همکارانش به نقل از اولیا [۴] که اثر بخشی برنامه آموزش غنی سازی روابط زناشویی به سبک اولسون را بر رضامندی زناشویی تایید می کنند همخوانی دارد، با این وجود در تفسیر نتایج باید به این تفاوت مهم نیز توجه داشت که گروه نمونه تمامی پژوهش های مذکور، از بین زن و شوهرهایی انتخاب شده بودند که همزمان در جلسات

متقابل "اعضا حاضر در سامانه‌های انسانی که براساس آن رفتار افراد از نتیجه تأثیری که بر روی دیگران می‌گذارند، متأثر شده و جهت می‌گیرد، نسبت داد.

اما عدم تأیید دو فرض مربوط به خرده مقیاس‌های هماهنگی در تربیت مذهبی فرزندان و فرزند پروری را چگونه می‌توان توجیه کرد؟ به نظر می‌رسد که محتوای برنامه مداخله نتوانسته است با نیازهای خاص زنان و شوهرانشان در این دو حیطه هماهنگی کافی داشته باشد.

در تبیین این یافته چند فرض قابل بررسی است. نخست اینکه به نظر می‌رسد که زن و شوهرها در آنچه که باورهای مذهبی و التزام به شعائر مذهبی نامیده شده و بخشی از محتوای خرده مقیاس هماهنگی در تربیت مذهبی فرزندان می‌باشد از ابتدا نیز با یکدیگر تعارض جدی نداشته است که مداخله بتواند تفاوت معنی‌دار در آن ایجاد کند. این فرض با توجه به اینکه نمرات پیش‌آزمون همسران در این خرده مقیاس، همسانی نسبی بالائی داشته است (جدول ۲)، تقویت می‌شود. دوم اینکه بر اساس محتوای ثبت شده از گفتگوی‌های مطرح شده در طی جلسات آموزشی، بیش از آنکه نگران ناهماهنگی دیدگاه‌های خود با شوهر در مورد تربیت مذهبی فرزندان باشند، نگران اختلاف باورهای خانواده با آموزه‌های رسانه‌ای و محیط بیرون از خانواده بودند و بالاخره به عنوان سومین دلیل احتمالی به نظر می‌رسد که محتوای برنامه مداخله با آنچه که خرده مقیاس هماهنگی مذهبی در پرسشنامه می‌سنجد تطابق کافی نداشته است. در واقع در حالی که گزاره‌های تشکیل دهنده خرده مقیاس هماهنگی مذهبی به دنبال سنجش میزان شباهت یا اختلاف دیدگاه زوجین در رابطه با نحوه تربیت مذهبی فرزندان، میزان تقید هر یک به شعائر مذهبی و توافق در مورد باورهای مذهبی است، محتوای برنامه آموزشی که بر اساس پروتوکل پیشنهادی اولسون و اولسون طراحی شده، بیشتر در پی طرح مباحث کلی در زمینه باورهای مذهبی و معنای عمومی زندگی بوده است.

در مورد عدم اثر بخشی برنامه مداخله بر افزایش رضایت زنان از میزان همخوانی با همسر در ارتباط با

صحیح تر ابراز خواسته و تمایلات و انتقادات را فرا گرفته و بهتر بتوانند در جهت حل تعارض‌های بین فردی بکوشند. ازدید یک رویکرد سیستمی، تعدیل انتظارات غیر منطقی، بهبود مهارت‌های ابراز خود و افزایش مهارت‌های حل تعارضی که به عنوان پیامد این یادگیری‌های جدید در رفتار زنان بروز خواهد کرد، با کاستن از تنش و اضطراب روزمره زنان در رابطه با همسر و به تبع آن محیط خانواده، موجب افزایش توجه مثبت شوهران به همسر و تغییرات رفتاری او شده و ممکن است متقابلاً شروع به ارائه بازخورد مثبت به همسری کنند که هم‌انگیزه و هم‌قابلیت پاسخ کارآمد به این بازخورد شوهر را دارا شده است. بدیهی است ورود به چنین نظام بازخورد متقابل را می‌توان یکی از عوامل خشنودی زناشویی ظاهراً یک طرفه زنان دانست.

تحلیل خرده مقیاس‌های پنجگانه مقیاس رضامندی زناشویی در جدول ۲ به عنوان یافته‌های جانبی نشان می‌دهد که در خرده مقیاس‌های خود رأیی و روابط بین فردی نامناسب، اختلافات و تعارض‌های ضمنی و سازگاری جنسی تفاوت بین گروه آزمایش و گواه به لحاظ آماری معنا دار اما در زیر مقیاس‌های فرزند پروری و هماهنگی در تربیت مذهبی فرزندان تفاوت‌ها معنادار نیست. در زیر هر یک از فرضیه‌های فوق به همراه نتایج آزمون فرض مربوطه به بحث گذاشته شده است.

در تبیین یافته‌هایی که حاکی از افزایش رضامندی زنان در سه زیر مقیاس خودرایی و ارتباط فردی نامناسب، اختلافات و تعارض‌های ضمنی و سازگاری جنسی است، می‌توان از همان استدلالی استفاده کرد که در مورد نتایج بررسی فرض اصلی از آن استفاده شد یعنی: (۱) تأثیر آموزش‌ها بر انتظارات، باورها و تعبیر و تفسیری که زوجین از رفتار یکدیگر می‌کنند (۲) ماهیت سامانه‌ای (سیستمی) حاکم بر ساختار خانواده و روابط زن و شوهر، (۳) تغییر در نظام بازخورد متقابل زن و شوهرها و اصلاح ساختار و مرزهای روابط زناشویی می‌توان استفاده کرد و (۴) اثربخشی برنامه در حالی که فقط یکی از زوجین در برنامه شرکت‌دارند را نیز به تأثیر پدیده "بازخورد

۶- شیرالی نیا، خدیجه. (۱۳۸۶). تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی واحساسات مثبت به همسر در زوجین شهراهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهیدچمران اهواز .

۷- اصلانی، خالد. (۱۳۸۳). نقش مهارتهای ارتباطی بر کارایی خانوادگی دانشجویان متأهل. رفاه اجتماعی، ۴، ۱۴، ۱۰۳-۱۲۶

۸- اصلاحی، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش مدل (غنی سازی/آماده سازی) بر افزایش سازگاری زناشویی زوجها. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

9-Blum, J., & Mehrabian, A. (1999). Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *Journal of personality*. 67(1).

۱۰-جعفری، فرهاد(۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی پیش از ازدواج بر افزایش رضایت زناشویی زوجین پس از ازدواج. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. تهران: دانشگاه علامه.

۱۱- خمسه، اکرم. (۱۳۸۲). آموزش قبل از ازدواج. تهران: دانشگاه الزهرا(س). پژوهشکده زنان.

۱۲- بهمنی، بهمن. عسگری، علی. تمدنی، مجتبی (۱۳۸۵) روسازی، اعتباریابی و استاندارد ساختن مقیاس رضایت زناشویی انریچ برای جامعه ایرانی. دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.

۱۳- سلیمانیان، علی اکبر. (۱۳۷۳). بررسی تأثیرات تفکر غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.

فرزندان و فرزند پروری نیز با توجه به اینکه مقایسه محتوای برنامه مداخله با محتوای سوالات آزمون نشان دهنده همپوشی مطلوب این دو بوده است ، بنابر این عدم تاثیر گذاری را چگونه می توان توجیه کرد؟ به نظر می رسد از آنجا که مسائل مربوط به هماهنگی همسران در حیطه های فرزند پروری محتوای آخرین جلسه آموزشی بود که برای گروه آزمایش ارائه شد، به این ترتیب زمان کافی در اختیار زنان قرار نگرفت تا آنها بتوانند یادگیری های جدید خود را به سطح مراوده با همسر که در این پژوهش مستقیما در برنامه آموزش شرکت نداشتند منتقل کرده و از این طریق بتوانند با تبادل دانش و مهارت جدید با همسر و حتی فرزندان چرخه های تبادل بازخورد را فعال و فضای ارتباطی جدید را به گونه ای مستقرکنند که نتایج آن در اندازه های مقیاس میزان همخوانی در فرزند پروری قابل مشاهده شود.

## منابع

1-Ridley, C. A. Jorgensen, S. R., Morgan, A. C., & Avery, A. W. (2005). Relationship Enhancement with premarital couples: An assessment of effects on relationship quality. *The American Journal of family therapy*. 10, 42-48.

۲- مظلومی، سعیده (۱۳۸۶). تأثیر برنامه غنی سازی ازدواج بر صمیمیت زوجهای بدون مشکل. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

3- Winch, R. (1974). *Selected Studies in marriage and the family*. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc.

۴- اولیاء، نرگس (۱۳۸۸). تاثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضامندی زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه اصفهان.

۵- عدالتی شاطری، زهره. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی طرح تایم (غنی سازی ازدواج) بر رضایت زناشویی دانشجویان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

16-Stanley, S. M., Blumberg, S.L., & Markman, H. J.(1999). Helping couples fight for their marriages: the PREP approach in R. Berger., & M. T. Hannah (Eds), Preventive approaches in couples therapy. Lillington, Nc: Edwards Brothers.

۱۷- فقیر پور، مقصود.(۱۳۸۳). مهارت های اجتماعی و سازگاری زناشویی. رشت. انتشارات سازمان بهزیستی استان گیلان.

۱۴- نیکخواه، زهرا. آقا محمدیان، شعر باف.(۱۳۸۲). بررسی میزان اثربخشی آموزش گروهی مهارت های ارتباطی با رویکرد شناختی \_ رفتاری بر رضامندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

۱۵- نظری، علی محمد.(۱۳۸۳). بررسی و مقایسه تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط و مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. پایان نامه دکتری مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران.

# تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی

نویسندگان: ریحانه امرالهی<sup>۱</sup>، رسول روشن چسلی<sup>۲\*</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۳</sup> و امیر نیک آذین<sup>۴</sup>.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد
۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد

\* Email: RasolRoshan@yahoo.com

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت‌های مربوط به تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی در زنان متأهل دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی بوده است. بدین منظور ۱۹۱ زن متأهل، از بین پرستاران شاغل (۱۰۰ نفر دارای ازدواج غیر فامیلی و ۹۱ نفر دارای ازدواج فامیلی) در بیمارستان‌های شهر تهران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و پرسشنامه‌های رضایت زناشویی اینریچ (ENRICH)، تعارض زناشویی (MCQ) و رضایت جنسی (ISS) بر روی آن‌ها اجرا شده است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در متغیرهای رضایت زناشویی و ابعاد آن (بجز بعد ارتباط جنسی)، تعارض زناشویی و ابعاد آن و رضایت جنسی بود. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که زنان دارای ازدواج‌های غیر فامیلی از رضایت زناشویی و رضایت جنسی بالاتر و تعارض زناشویی پایین‌تری نسبت به زنان دارای ازدواج‌های غیر فامیلی برخوردارند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که زوجین دارای ازدواج‌های غیر فامیلی از ارتباطات رضایت بخش تری نسبت به زوجین دارای ازدواج فامیلی برخوردارند.

**کلیدواژه‌ها:** تعارض زناشویی، رضایت زناشویی، رضایت جنسی، ازدواج‌های فامیلی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲۴

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۳۱

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

که بر روی ۸۵۰۰ زن انجام شده حاکی از آن است که دست‌یابی به ارگاسم جنسی برای زنان، نه تنها به سازگاری جنسی بلکه به رضایت از کل رابطه زناشویی بستگی دارد. همچنین در هنگام تعارض میان زوجین، یکی از دو معیار فراوانی ارگاسم یا میزان رابطه جنسی به سطحی کمتر از حد معمول تنزل پیدا می‌کند [۶].

مدل مبادله بین فردی<sup>۲</sup> چنین فرض می‌کند که کیفیت ارتباط زن و شوهر بر روی رضایت جنسی آن‌ها اثر می‌گذارد [۷]. از این دیدگاه، زوجینی که دارای تجارب تعارضات حل نشده هستند، احساس عاشق بودن ندارند و از یکدیگر فاصله عاطفی دارند، دارای رضایت جنسی کمتری می‌باشند [۸]. تحقیقات نشان داده است که خود افشایی<sup>۳</sup> منجر به رضایت بیشتر از ارتباط و در ادامه منجر به رضایت جنسی بالاتر می‌شود [۹]. عکس این ارتباط نیز صادق است. به بیان دیگر رابطه بین رضایت از ارتباط و رضایت جنسی دوسویه می‌باشد [۳]. در نظریه مشابه دیگری، مدل سرمایه‌گذاری<sup>۴</sup>، نظریه وابستگی متقابل<sup>۵</sup> را به تصویر می‌کشد و ساختارهای به هم وابسته‌ای را به منظور تحلیل گرایش به تداوم یک رابطه به کار می‌گیرد. این عوامل عبارتند از سطح رضایت<sup>۶</sup>، کیفیت جایگزین‌ها<sup>۷</sup> و میزان سرمایه‌گذاری<sup>۸</sup>، که در مجموع بر روی تعهد تأثیر می‌گذارند. در این مدل سطح رضایت به معنای تجربه احساسات مثبت در مقابل احساسات منفی در یک رابطه است. رضایت به این بستگی دارد که همسر یا طرف مقابل تا چه حد نیازهای دیگری را برطرف می‌سازد. کیفیت جایگزین‌ها به معنای مطلوبیت ادراک شده از بهترین جایگزین‌ها برای یک رابطه است. کیفیت جایگزین‌ها بر پایه این مسئله استوار است که تا چه حد مهم‌ترین نیازهای افراد می‌تواند به طور موثری در خارج از رابطه‌ی جاری آن‌ها بر آورده گردد. نهایتاً سومین عامل

خانواده دیرینه‌ترین واحد اجتماعی و هسته مرکزی سازمان‌های اجتماعی گسترده‌تر می‌باشد که دارای کنش‌وری‌های متعددی است. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام‌های اجتماعی عمل می‌کند و از زمانی کنش‌وری خود را آغاز می‌کند که برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می‌یابد امری که از آن تحت عنوان ازدواج نام برده می‌شود. یکی از کنش‌وری‌های مهم خانواده، برقراری روابط عاطفی بین زن و مرد و گسترش سلامت روانشناختی است که مایه آرامش هر دوی آن‌ها می‌شود [۱].

نباید فراموش کرد که پدید آمدن اختلاف و تعارض<sup>۱</sup> بین زن و شوهر امری غیر طبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش‌وری همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی دهد و با اینکه نیازهای آن‌ها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است. امروزه ثابت شده است که علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی عدم رضایتمندی جنسی است. به طوری که آمارها نشان می‌دهد ۲۰ تا ۳۰ درصد مردان و ۱۵ درصد زنان آمریکایی به علت عدم رضایت جنسی به روابط زناشویی روی می‌آورند. اشاره شده که ۴۰ درصد از خیانت‌ها و معاشرت‌های پنهانی در همسران ایرانی ناشی از عدم رضایتمندی جنسی یکی از زوجین است [۲]. در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که رضایت از ارتباط‌های بین فردی زوجین با رضایت جنسی آن‌ها همبستگی دارد [۳] و رضایت جنسی پایین، پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش ارتباط در مردان و نه زنان است [۴]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بین رضایت جنسی با عزت نفس، تجارب گسترده جنسی، رضایت از ارتباطات، مشکلات جنسی، صمیمیت، خود افشایی جنسی و خود افشایی غیر جنسی و دارا بودن سطحی از بدکارکردی جنسی رابطه وجود دارد [۵]. نتایج پژوهشی

2. The Interpersonal Exchange Model
3. self disclosure
4. investment model
5. Interdependence Theory
6. level of satisfaction
7. quality of alternatives
8. investment size

1. Conflict



کل ازدواج‌ها را در کشورهای عربی به خود اختصاص می‌دهد [۱۸] در پژوهشی در ایران در یک نمونه ۳۰۶۳۴۳ نفری از نژادهای مختلف، نرخ ازدواج فAMILI به طور متوسط ۳۸/۶ درصد گزارش شده است. میزان ازدواج فAMILI از لحاظ جغرافیایی در شمال کشور کم‌ترین میزان (۱۵/۹ درصد) و در شرق کشور بیشترین میزان (۵۷ درصد)، از لحاظ مذهب در سنی‌ها بیشتر از شیعه‌ها و از لحاظ قومیت در بلوچ‌ها بیشترین میزان (۵۹/۹) و در فارس‌های شیعه کم‌ترین میزان (۳۵/۶) را داشت [۱۹]. همچنین میزان ازدواج‌های فAMILI در روستاها و شهرهای کوچک نسبت به شهرهای بزرگ، در افراد دارای تحصیلات پایین نسبت به افراد دارای تحصیلات بالا، در ازدواج‌های با سن پایین و در برخی قومیت‌ها (مانند عرب‌ها) و مذاهب (مانند مسلمانان) بیشتر رواج دارد [۲۰، ۲۱ و ۲۲]. مطالعه‌ای در ژاپن نشان می‌دهد که توصیه والدین برای تن دادن به ازدواج‌های فAMILI مهم‌ترین دلیل افراد برای این نوع ازدواج می‌باشد که دلیل این توصیه شناخت بیشتر خویشاوندان از یکدیگر ذکر شده است. وصلت با خودی، اجبار و ازدواج‌های از قبل تعیین شده، دوستی‌های دوران کودکی و فشارهای بیرون از خانواده برای ازدواج فAMILI از دلایل این نوع ازدواج ذکر شده است [۲۳].

پژوهش‌های اندکی به بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های مختلف در ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI پرداخته‌اند. در برخی از پژوهش‌ها نشان داده شده است که افراد دارای ازدواج‌های فAMILI از رضایت زناشویی کمتر و تعارض بیشتری نسبت به افراد دارای ازدواج‌های غیر فAMILI برخوردارند [۲۴ و ۲۵]. در سایر پژوهش‌ها بین کیفیت رابطه، الگوهای حل تعارض و مهارت حل مسأله زوجین دارای ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI تفاوت معناداری یافت نشده است [۲۶ و ۲۷]. عواملی همچون وضعیت اجتماعی و اقتصادی فردی و خانوادگی زوجین و ارتباطات خانوادگی بر میزان تعارضات و رضایت زناشویی زوجین اثر می‌گذارد. با توجه به اینکه فشار اقتصادی یکی از عوامل تعارضات بین زوجین می‌باشد

یعنی اندازه سرمایه‌گذاری به منابعی اشاره دارد که به یک رابطه وابسته می‌شوند. وقتی رابطه‌ای شکل می‌گیرد دو طرف بسیاری از منابع را مستقیماً در رابطه اشان به امید بهبود و ارتقای آن سرمایه‌گذاری می‌کنند [۱۰]. رضایت زناشویی به عنوان احساسات خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده از طرف همسر با در نظر گرفتن همه جنبه‌های زندگی زناشویی تعریف شده است. همچنین رضایت جنسی قضاوت هر فرد راجع به رفتار جنسی خود که آن را لذت بخش تصور می‌کند تعریف شده است [۱۱]. مطالعات نشان می‌دهند که رضایت جنسی ارتباط مثبتی با سلامت عمومی و رضایت از ارتباطات دارد [۱۲]. همچنین مطالعات مختلف نقش رضایت زناشویی را در افزایش بهزیستی روانی مورد توجه قرار داده‌اند. یک مطالعه مروری حاکی از ارتباط بین رضایت و فعالیت جنسی از یک سو و بهزیستی هیجانی، رضایت همسر و کیفیت زندگی کلی از سوی دیگر است [۱۳]. همچنین بین تمام ابعاد صمیمیت تجربه شده (صمیمیت عاطفی، اجتماعی، جنسی، ذهنی و تفریحی) و رضایت زناشویی در هر دو جنس رابطه معنادار وجود دارد [۱۴].

باید توجه کرد که صحبت از رضایت یا عدم رضایت زوجین به نحوه شکل‌گیری ازدواج بستگی دارد. ازدواج از نظر گزینش همسر به دو نوع درون‌گروهی یا درون‌همسری<sup>۱</sup> و برون‌گروهی یا برون‌همسری<sup>۲</sup> تقسیم می‌شود [۱۵] که ازدواج فAMILI جزء دسته اول می‌باشد. ازدواج فAMILI را پیوند زناشویی میان خویشاوندان نسبی تعریف کرده‌اند [۱۶]. از نظر سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (WHO) ازدواج درجه چهار (شامل نوه‌های عمه، عمو، دایی و خاله) یا کمتر به عنوان ازدواج فAMILI تلقی می‌شود [۱۷]. ازدواج‌های فAMILI در غرب و جنوب آسیا، شمال آفریقا، هند و آسیای مرکزی و قسمتی از شوروی رایج است. این میزان در برخی مناطق ۲۰ تا ۵۵ درصد گزارش شده است. ازدواج پسر عمو- دختر عمو تقریباً ۳۳ درصد از

1. endogamy  
2. exogamy  
3. World Health Organization

بوده است. با توجه به اینکه مقایسه بین دو گروه مدنظر بوده است، در کل ۹۱ نفر، نمونه مربوط به ازدواج فامیلی و ۱۰۰ نفر، نمونه مربوط به ازدواج غیر فامیلی مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه گیری در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول از میان بیمارستان‌های دولتی شهر تهران سه بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب گردید. در مرحله دوم پاسخ دهندگان متناسب با حجم جامعه (تعداد پرستاران زن شاغل در هر بیمارستان) و نمونه، به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن تحصیلات حداقل کارشناسی، داشتن ازدواج فامیلی به صورت پسر-عمو-دختر عمو، پسر عمه-دختر دایی، پسر خاله-دختر خاله، پسر دایی-دختر عمه و ازدواج غیر فامیلی، داشتن حداقل یک فرزند، گذشتن ۲ سال از زندگی مشترک و رضایت شفاهی برای پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش. میانگین (انحراف معیار) سنی زنان دارای ازدواج فامیلی و غیرفامیلی به ترتیب برابر با ۳۳/۳۳ (۶/۰۳) و ۳۲/۵۸ (۵/۷) بوده است.

#### • ابزارهای تحقیق:

ابزارهای مورد استفاده در تحقیق حاضر به شرح ذیل می‌باشد:

۱) پرسشنامه تعارضات زناشویی<sup>۲</sup> (MCQ): پرسشنامه (MCQ) بر اساس تجارب بالینی در ایران ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۲ سوالی برای سنجش تعارضات زن و شوهر مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه یاد شده هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. پاسخ سوالات بر اساس طیف لیکرت بوده که به صورت هیچ وقت، بندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه می‌باشد و به صورت ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌گردد.

[۲۸ و ۲۹]، ازدواج فامیلی به عنوان تعدیل کننده‌ای برای تأثیر فشارهای اجتماعی و اقتصادی بر سازگاری زوجین محسوب می‌شود [۲۰]. نهایتاً وابستگی شدید زن و شوهر به خویشاوندان و دوستان و باورهای ارتباطی ناکارآمد<sup>۱</sup> یکی از عوامل کاهش رضایت زوجین و جدایی زن و شوهر گزارش شده است [۲۸].

با توجه به وجود قابل توجه ازدواج‌های فامیلی در ایران، پژوهش‌های کمی تعارضات و رضایتمندی این نوع از ازدواج‌ها را مورد بررسی قرار داده‌اند و اکثر پژوهش‌های انجام شده بر روی ازدواج‌های فامیلی مرتبط با شناسایی بروز و شیوع انواع نابهنجاری‌ها و اختلالات مادرزادی می‌باشد. برای مثال در تحقیقات مشخص شده است که فرزندان حاصل از ازدواج‌های فامیلی با شیوع بیشتری (۲ تا ۳ برابر) نسبت به جمعیت عمومی دچار نابهنجاری‌های مادرزادی و ژنتیکی می‌شوند [۱۷ و ۳۰]؛ لذا به منظور دستیابی به دیدگاهی روشن‌تر در خصوص نوع ازدواج و عوامل موثر بر آن، پژوهش حاضر بررسی رضایت زناشویی، تعارضات زناشویی و رضایت جنسی را در دو گروه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی را در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر مسأله اساسی تحقیق حاضر اینست که آیا رضایت زناشویی، رضایت جنسی و تعارضات زناشویی در زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی متفاوت است؟

#### روش

##### • نوع تحقیق:

تحقیق حاضر، پیرو طرحی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد که در آن به مقایسه متغیرهای موردنظر در دو گروه دارای ازدواج فامیلی و غیر فامیلی در زنان پرداخته است.

##### • آزمودنی:

جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمامی پرستاران زن متأهل و شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران

2. marital conflict questionnaire (MCQ)

1. dysfunctional relationship beliefs

۳) مقیاس رضایت جنسی<sup>۲</sup> (ISS): این ابزار برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال می‌باشد. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و در مجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس، نمره گذاری معکوس دارند. نمره بالا در این مقیاس منعکس کننده رضایت جنسی است. پایایی این ابزار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ بدست آمده که قابل قبول می‌باشد. همچنین این ابزار توانایی تشخیص زوجین دارا و بدون مشکلات جنسی را دارد [۳۶]. همبستگی این مقیاس به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۰/۷۵ بدست آمده که قابل قبول می‌باشد [۳۷]. اعتبار محتوای این پرسشنامه در پژوهش حاضر توسط چند تن از اساتید مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

#### • شیوه تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، برای مقایسه متغیرهای تحقیق در دو گروه دارای ازدواج‌های فامیلی و غیرفامیلی از تحلیل واریانس چندگانه یا MANOVA استفاده شده است.

#### نتایج

جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیرفامیلی تا حد امکان دارای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشابهی می‌باشند.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار F مربوط به آماره لامبدای ویلکز در متغیر نوع ازدواج معنادار بوده ( $P < 0.05$ ) بنابراین می‌توان از تفاوت حداقل یک متغیر وابسته در دو گروه دارای ازدواج فامیلی و غیرفامیلی سخن گفت. ادامه بررسی مربوط به تک تک متغیرها در جدول ۳ پی گرفته خواهد شد.

در این ابزار نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر می‌باشد. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۵۲ و ۰/۸۰ و از طریق باز آزمایی ۰/۹۲ بدست آمده که نمایانگر پایایی مناسب آن در جامعه ایرانی می‌باشد. این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های، آن ۱۳ سوال از ۵۵ سوال اولیه حذف گردیدند [۳۱ و ۳۲].

۲) پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ<sup>۱</sup> (ENRICH): فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال بسته و ۱۲ خرده - مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سوال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سوال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف) است. پژوهشگران از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نمودند و معتقدند که هر یک از موضوع‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. پایایی پرسشنامه در خارج از ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. بررسی اعتبار افتراقی پرسشنامه نشان داد که این ابزار می‌تواند زوجین راضی و ناراضی را از یکدیگر با اطمینان ۸۵ تا ۹۵ درصد متمایز کند [۳۳ و ۳۴]. اعتبار محتوایی این پرسشنامه در ایران مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. با توجه به زیاد بودن سؤالات پرسشنامه (۱۱۵ سوال) که موجب خستگی بیش از اندازه آزمودنی‌ها می‌شود، نسخه ۴۷ سوالی این پرسشنامه تهیه و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۵ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی بالای این پرسشنامه می‌باشد. این پرسشنامه ابعاد نقش‌های زن و مرد، ازدواج و فرزندان و مسایل زوجین، رضایت زناشویی، مسایل شخصی، اوقات فراغت با دوستان و اقوام و روابط جنسی را می‌سنجد [۳۵].

1. Enriching and nurturing relationship issues, communication and happiness (ENRICH)

2. Index of sexual satisfaction (ISS)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک نوع ازدواج

کل		نوع ازدواج				شاخص	
		غیر فامیلی		فامیلی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵/۸	۱۱	۴	۴	۷/۷	۷	سیکل	تحصیلات
۱۴/۷	۲۸	۱۲	۱۲	۱۷/۶	۱۶	دیپلم	
۱۹/۹	۳۸	۲۳	۲۳	۱۶/۵	۱۵	فوق دیپلم	
۴۷/۶	۹۱	۴۷	۴۷	۴۸/۴	۴۴	لیسانس	
۷/۹	۱۵	۱۰	۱۰	۵/۵	۵	فوق لیسانس	
۳/۷	۷	۴	۴	۳/۳	۳	دکتری	
۴۸/۲	۹۲	۴۸	۴۸	۴۸/۴	۴۴	۲ تا ۶ سال	مدت ازدواج
۳۳/۵	۶۴	۳۴	۳۴	۳۳	۳۰	۷ تا ۱۱ سال	
۱۴/۷	۲۸	۱۵	۱۵	۱۴/۲	۱۳	۱۲ تا ۱۶ سال	
۸/۱	۷	۳	۳	۴/۴	۴	۱۷ سال به بالا	
۳۰/۱	۴۹	۲۴	۲۴	۲۷/۵	۲۵	۲۳ تا ۲۸ سال	سن آزمودنی‌ها
۳۲/۵	۶۲	۳۲	۳۲	۳۳	۳۰	۲۹ تا ۳۳ سال	
۲۶/۴	۴۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۰	۳۴ تا ۳۸ سال	
۱۴/۵	۲۸	۱۶	۱۶	۱۳/۲	۱۱	۳۹ تا ۴۳ سال	
۵/۲	۱۰	۷	۷	۵/۵	۵	۴۳ سال به بالا	
۶۹/۱	۱۳۲	۷۱	۷۱	۶۷	۶۱	۱	تعداد فرزندان
۲۴/۶	۴۷	۲۴	۲۴	۲۵/۳	۲۳	۲	
۶/۳	۱۲	۵	۵	۷/۷	۷	۳	

جدول ۲. نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت نمره کلی متغیرهای رضایت زناشویی، تعارض زناشویی و رضایت جنسی

در دو گروه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی

نوع ازدواج (فامیلی و غیر فامیلی)			
سطح معنی داری (P)	F	ارزش آماره	آماره
۰/۰۰۱	۱۱/۸۴	۰/۰۱۶	اثر پیلای <sup>۱</sup>
۰/۰۰۱	۱۱/۸۴	۰/۸۴	لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>
۰/۰۰۱	۱۱/۸۴	۰/۱۹	اثر هتلینگ <sup>۳</sup>
۰/۰۰۱	۱۱/۸۴	۰/۱۹	بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup>

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای رضایت زناشویی، تعارض و رضایت جنسی در دو گروه زنان دارای ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI

مقیاس	نوع ازدواج	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F (P)
رضایت زناشویی	غیر فAMILI	۱۴۶/۶	۲۵/۷۲	۱۳۵۳۱/۶۱	۱۳۵۳۱/۶۱	۲۱/۵۹ (۰/۰۰۱)
	فAMILI	۱۲۹/۷۵	۲۴/۲۴			
	کل	۱۳۸/۵۷	۲۶/۳۵			
تعارض	غیر فAMILI	۷۴/۰۷	۱۷/۵۵	۱۹۳۴۴/۱۰	۱۹۳۴۴/۱۰	۳۲/۴۸ (۰/۰۰۱)
	فAMILI	۹۴/۲۲	۳۰/۱۸			
	کل	۸۸/۶۷	۲۶/۳۴			
رضایت جنسی	غیر فAMILI	۱۰۹/۹۸	۲۰/۲۳	۲۷۰۸/۹۵	۲۷۰۸/۹۵	۶/۳۲ (۰/۰۱۳)
	فAMILI	۱۰۲/۴۴	۲۱/۱۴			
	کل	۱۰۶/۳۹	۲۰/۹۶			

جدول ۴. نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت نمرات ابعاد پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و تعارض در دو گروه زنان دارای ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI

نوع ازدواج (فAMILI و غیر فAMILI)			آماره
سطح معنی داری (P)	F	ارزش آماره	آماره
۰/۰۰۱	۶/۲۵	۰/۳۱	اثر پیلای
۰/۰۰۱	۶/۲۵	۰/۶۸	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۶/۲۵	۰/۴۶	اثر هتلینگ
۰/۰۰۱	۶/۲۵	۰/۴۶	بزرگ‌ترین ریشه روی

غیر فAMILI سخن گفت. ادامه بررسی مربوط به تک تک متغیرها در جدول ۵ پی گرفته خواهد شد.

نتایج جدول ۵ حاکی از تفاوت معنادار در تمام ابعاد تعارض زناشویی و رضایت زناشویی بجز بعد روابط جنسی (در این پرسشنامه) در بین زنان دارای ازدواج فAMILI و غیر فAMILI می‌باشد ( $P < 0.05$ ). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان دارای ازدواج‌های غیر فAMILI در تمام ابعاد پرسشنامه رضایت زناشویی از نمره بالاتر و در تمام ابعاد پرسشنامه تعارض زناشویی نمره پایین‌تری نسبت به زنان دارای ازدواج‌های فAMILI برخوردارند.

نتایج جدول ۳ حاکی از تفاوت معنادار در متغیرهای رضایت زناشویی، رضایت جنسی و تعارض در بین زنان دارای ازدواج فAMILI و غیر فAMILI می‌باشد ( $P < 0.05$ ). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان دارای ازدواج‌های غیر فAMILI از رضایت زناشویی و رضایت جنسی بالاتر و تعارض پایین‌تری نسبت به زنان دارای ازدواج‌های غیر فAMILI برخوردارند.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F مربوط به آماره لامبدای ویلکز در متغیر نوع ازدواج معنادار بوده ( $P < 0.05$ ) بنابراین می‌توان از تفاوت حداقل یک متغیر وابسته در دو گروه دارای ازدواج فAMILI و

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس تک متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه رضایت زناشویی و تعارض زناشویی در دو گروه زنان دارای ازدواج‌های فAMILI و غیر فAMILI

F (P)	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	انحراف استاندارد	میانگین	نوع ازدواج	مقیاس	
						رضایت زناشویی	تعارض زناشویی
۱۲/۶۲ (۰/۰۰۱)	۱۰۲۸/۲۸	۱۰۲۸/۲۸	۹/۳۲	۳۳/۳۶	غیر فAMILI	نقش‌های زن و مرد	
			۸/۶۸	۲۸/۷۱	فAMILI		
			۹/۲۹	۳۱/۱۵	کل		
۱۱/۰۹ (۰/۰۰۱)	۳۲۶/۳۱	۳۲۶/۳۱	۶/۰۶	۲۵/۶۵	غیر فAMILI	ازدواج و فرزندان و مسایل زوجین	
			۶/۶۲	۲۳/۰۳	فAMILI		
			۵/۵۶	۲۴/۴	کل		
۴/۳۰ (۰/۰۳۹)	۱۲۴/۰۷	۱۲۴/۰۷	۵/۳۴	۱۸/۳۵	غیر فAMILI	رضایت زناشویی	
			۵/۳۹	۱۶/۷۴	فAMILI		
			۵/۴۱	۱۷/۵۸	کل		
۱۷/۰۸ (۰/۰۰۱)	۵۹۴/۸۷	۵۹۴/۸۷	۸۳/۵	۲۳/۰۵	غیر فAMILI	مسایل شخصی	
			۵/۹۷	۱۹/۵۲	فAMILI		
			۶/۱۴	۲۱/۳۷	کل		
۷/۶۳ (۰/۰۰۶)	۱۴۱/۸۳	۱۴۱/۸۳	۴/۴۶	۱۷/۱۱	غیر فAMILI	اوقات فراغت با دوستان و اقوام	
			۳/۹۴	۱۵/۳۸	فAMILI		
			۴/۳۸	۱۶/۲۹	کل		
۰/۳۴ (۰/۵۵۶)	۱۰/۷۰	۱۰/۷۰	۵/۰۵	۱۴/۴۳	غیر فAMILI	روابط جنسی	
			۶/۲	۱۳/۹۶	فAMILI		
			۵/۶۲	۱۴/۲	کل		
۱۹/۴۲	۳۲۳/۷۱	۳۲۳/۷۱	۲/۱۸	۷/۸	غیر فAMILI	کاهش همکاری	
			۵/۱۸	۱۰/۴۱	فAMILI		
			۴/۲۷	۹/۰۴	کل		
۵۲/۷۴ (۰/۰۰۱)	۵۵۱/۰۸	۵۵۱/۰۸	۳/۱۴	۹/۶۱	غیر فAMILI	کاهش روابط جنسی	
			۳/۳۲	۱۳/۰۱	فAMILI		
			۳/۶۴	۱۱/۲۳	کل		
۱۹/۷۹ (۰/۰۰۱)	۶۹۹/۱۲	۶۹۹/۱۲	۵/۲	۱۴/۵۱	غیر فAMILI	افزایش واکنش هیجانی	
			۶/۶	۱۸/۳۴	فAMILI		
			۶/۲۳	۱۶/۳۴	کل		
۱۸/۹۰ (۰/۰۰۱)	۵۴۲/۲۵	۵۴۲/۲۵	۴/۶۲	۸	غیر فAMILI	افزایش جلب حمایت فرزندان	
			۶/۰۶	۱۱/۳۷	فAMILI		
			۵/۶	۹/۶۱	کل		
۳۱/۷۳ (۰/۰۰۱)	۵۰۶/۵۸	۵۰۶/۵۸	۳/۱۹	۸/۷۶	غیر فAMILI	افزایش رابطه با خویشاوندان خود	
			۴/۱۰	۱۲/۴۶	فAMILI		
			۴/۰۹	۱۰/۵۲	کل		
۴۸/۸۲ (۰/۰۰۱)	۶۵۲/۷۹	۶۵۲/۷۹	۳/۳۲	۸/۹۷	غیر فAMILI	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	
			۴/۶۲	۱۲/۲۳	فAMILI		
			۴/۳	۱۰/۵۲	کل		
۲/۷۸ (۰/۰۹۷)	۴۸/۶۷	۴۸/۶۷	۳/۷۵	۱۶/۲۲	غیر فAMILI	جدا کردن امور مالی از یکدیگر	
			۴/۶۱	۱۷/۲۳	فAMILI		
			۴/۲	۱۶/۷	کل		

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تفاوت‌های مربوط به تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی در ۱۹۱ زن متأهل دارای ازدواج‌های فامیلی و غیرفامیلی از بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران (۱۰۰ نفر دارای ازدواج غیرفامیلی و ۹۱ نفر دارای ازدواج فامیلی) صورت گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که بین زنان دارای ازدواج فامیلی و غیر فامیلی در متغیرهای رضایت زناشویی، تعارض و رضایت جنسی تفاوت معنادار وجود دارد بدین معنا که زنان دارای ازدواج‌های فامیلی دارای رضایت زناشویی و جنسی بالاتر و تعارض کمتری نسبت به زنان دارای ازدواج‌های فامیلی می‌باشند. این نتایج همسو با برخی یافته‌های دیگر می‌باشد [۲۴ و ۲۵]. یکی از دلایلی که می‌تواند منجر به افزایش نارضایتی در ازدواج‌های فامیلی گردد، احتمال بیشتر بروز نابهنجاری‌های مادرزادی در فرزندان این افراد می‌باشد. مسئله دیگری که این ازدواج‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد کشیده شدن اختلافات زناشویی به خانواده‌ها و سایر بستگان می‌باشد. همان‌گونه که پژوهش حاضر نشان می‌دهد، در هنگام تعارض در زوجین دارای ازدواج فامیلی نسبت به ازدواج‌های غیر فامیلی، ارتباط با خویشاوندان خودی، بیشتر افزایش و با خویشاوندان همسر، بیشتر کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که ارتباط با دوستان و اقوام در ازدواج‌های فامیلی نسبت به ازدواج‌های غیرفامیلی کمتر است. به نظر می‌رسد که زوجین دارای ازدواج فامیلی از باورهای ارتباطی ناکارآمد بیشتری برخوردارند. باورهای ارتباطی ناکارآمد مخصوصاً باورهای ناکارآمد مرتبط با ارتباط بسیار نزدیک با دیگران در رابطه زناشویی منجر به کاهش سازگاری زناشویی می‌گردد [۳۸]. همان‌طور که اشاره شد بروز اختلافات زناشویی در زوجین امری طبیعی تلقی می‌شود ولی به نظر می‌رسد حل و فصل این اختلافات در زوجین دارای ازدواج فامیلی و غیر فامیلی متفاوت می‌باشد. از جمله دلایل افراد به ازدواج‌های فامیلی عبارتند از ۱-

ازدواج‌های فامیلی توقعات افراد از زندگی کمتر است و همین عامل میل افراد به چنین ازدواجی را بالا برده است. ۲- نگرانی والدین در ازدواج‌های فامیلی کمتر است به دلیل اینکه از یکدیگر آشنایی کامل دارند اما در ازدواج با فرد غریبه، نگرانی خانواده‌ها بیشتر است؛ به دلیل اینکه از فرد اطلاعات لازم و کافی ندارند و همین عامل استرس زیادی را برای والدین ایجاد می‌کند. ۳- اجبار والدین و خویشاوندان [۲۳] که این عامل می‌تواند زمینه را برای نارضایتی‌های بعدی را فراهم سازد [۳۹].

نویسندگان پژوهش حاضر به این فرضیه اشاره می‌کنند که در افراد دارای جایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتر، ازدواج‌های غیر فامیلی از رضایت بیشتر و تعارض کمتری برخوردار خواهند بود ولی در افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر وضعیت برعکس بوده و ازدواج‌های فامیلی از رضایت بخشی بیشتر و تعارض کمتری همراه می‌باشد. این مسئله ناشی از نقش تعدیل کننده ازدواج فامیلی در ارتباط با تأثیر وضعیت اقتصادی بر تعارض زناشویی می‌باشد [۲۰]. با وجود این، پژوهش‌های کنترل شده دیگری به منظور مقایسه ارتباطات زوجین دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالا و پایین و دارای ازدواج فامیلی و غیر فامیلی پیشنهاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن جامعه آماری به زنان شاغل (پرستار) در پژوهش حاضر می‌باشد؛ لذا تنها می‌توان نتایج پژوهش را محتاطانه به جامعه زنان شاغل تعمیم داد. بررسی رضایت از ارتباطات زناشویی مردان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی و در نظر گرفتن ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی فردی و خانوادگی زوجین در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد.

10. Rusbult, C. E. (1980) Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *J. Exp. Soc. Psychol.* : vol 16(2): PP. 172-86.

۱۱. صادقی، سعید (۱۳۸۰) بررسی عوامل شخصیتی موثر در سازگاری زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی ایران.

12. Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A. & et al. (2007) Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *J. Sex. Marital. Ther.* : vol 34(1): PP. 31-44.

13. Rosen, R. C. & Bachmann, G. A. (2008) Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *J. Sex. Marital. Ther.* : vol 34(4): PP. 291-307.

14. Greeff, A. P., Malherbe, H. L. (2001) Intimacy and marital satisfaction in spouses. *J. Sex. Marital. Ther.*: vol 27(3): PP. 247-57.

۱۵. بهنام، جمشید (۱۳۶۸) ساختار خانواده و خویشاوندی در ایران. تهران: انتشارات خوارزمی.

۱۶. ساروخانی، باقر (۱۳۷۵) مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات سروش.

17. Teebi, A. S. (2010) Genetic disorders among Arab populations: Springer.

18. Hamamy, H. & Bittles, A. (2009) Genetic clinics in Arab communities: meeting individual, family and community needs. *Public. Health. Genom.* : vol 12(1): 30-40.

19. Saadat, M., Ansari-Lari, M. & Farhud, D. (2004) Short Report Consanguineous marriage in Iran. *Ann. Hum. Biol.*: vol 31(2): PP. 263-9.

20. Afzal, M., Ali, S. M., Siyal, H. & Hakim, A. (1994) Consanguineous Marriages in Pakistan [with Comments]. *The. PDR.* : vol 33(4): PP. 663-76.

## منابع

1. Rabino-Massa, E., Prost, M. & Boetsch, G. (2005) Social structure and consanguinity in a French mountain population (1550-1849). *Hum. Biol.* : vol 77(2): PP. 201-12 .

۲. جهانفر، شایسته؛ رضوانی تهرانی، فهیمه و سادات هاشمی، مهدی (۱۳۸۱) بررسی شیوع حاملگی‌های ناخواسته و عوامل موثر بر آن در خانم‌های مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده بیمارستان‌های ۱۰ شهر ایران (۱۳۷۹). *مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تهران*، سال ۶۰، شماره ۴، صص ۳۳۴-۳۴۰.

3. Byers, E. S. (2005) Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J. Sex. Res.* : vol 42(2): PP. 8-113.

4. Sprecher, S. (2002) Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *J. Sex. Res.* : vol 39(3): PP. 190-6.

5. Bradbury, T. N., Fincham, F. D. & Beach, S. R. H. (2004) Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *J. Marriage. Fam.* : vol 62(4): PP. 964-80.

6. Kinsey, A. C. (1953) Sexual behavior in the human female. Sanders: Indiana University.

7. Byers, E. S. & Macneil, S. (2006) Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *J. Sex. Marital. Ther.* : vol 32(1): PP. 53-69.

8. Schenk, J., Pfrang, H. & Rausche, A. (1983) Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Arch. Sex. Behav.* : vol 12(1): PP. 31-42.

9. MacNeil, S. & Byers, E. S. (2009) Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *J. Sex. Res.* : vol: 46(1): PP. 3-14.



30. Hamamci, Z. (2005) Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction and adjustment. *Soc. Behav. Personal*: vol 33(4): 313-28.
۳۱. دواتی، علی؛ جعفری، فرهاد؛ خلدی، ناهید و صداقت، محمد (۱۳۸۸) بررسی فراوانی ازدواج فامیلی در شهر تهران و عوامل مرتبط. *کومش*، سال ۱۰، شماره ۴، صص ۲۸۷-۲۹۴.
۳۲. بهاری، فرشاد؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ احمدی، سیداحمد؛ مولوی، حسین و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰) تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط همسران بر کاهش تعارض‌های زناشویی زوج‌های متعارض متقاضی طلاق. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، سال ۱، شماره ۱، صص ۷۰-۵۹.
۳۳. براتی، طاهره (۱۳۷۵) تأثیر تعارض‌های زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
34. Olson, D. H., Druckman, J. M. & Fournier, D. G. (1982) *Prepare, Enrich: Counselor's Manual: Prepare-Enrich Incorporated.*
35. Fowers, B. J. & Olson, D. H. (2007) ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *J. Marital. Fam. Ther.* : vol 15(1): PP. 65-79.
۳۶. سلیمانیان، علی اصغر (۱۳۷۳) بررسی تأثیرات تفکر غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
37. Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G., & Davis, S. L. (1998) *Handbook of sexuality-related measures.* SAGE Publications, Incorporated.
21. Simşek, S., Türe, M., Tugrul, B., Mercan, N., Türe, H. & Akdağ, B. (1999) Consanguineous marriages in Denizli, Turkey. *Ann. Hum. Biol.* : vol 26(5): PP. 489-91.
22. Hussain, R. & Bittles, A. H. (2000) Sociodemographic correlates of consanguineous marriage in the Muslim population of India. *J. Biosoc. Sci.* : vol 32(4): PP. 433-42.
23. Imaizumi, Y. (1987) Reasons for consanguineous marriages in Japan. *J. Biosoc. Sci.*: vol 19(01): 97-106.
24. Bai, T. (2008) Back to Confucius: A Comment on the Debate on the Confucian Idea of Consanguineous Affection. *Dao*: vol 7(1): PP. 27-33.
25. Flisloglu, H. (2001) Consanguineous marriage and marital adjustment in Turkey. *Family*: vol 9(2): PP. 215-22.
۲۶. ایرانی، نگار (۱۳۸۳) مقایسه رضایت زناشویی در ازدواج‌های سنتی و غیر سنتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران.
۲۷. صداقت، حسین (۱۳۸۲) بررسی رابطه بین سن ازدواج، فامیل و غیر فامیل بودن ازدواج، تعداد فرزندان و تشابه اعتقادی به رضایت زناشویی دبیران مرد و زن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم، تهران.
28. Robila, M. & Krishnakumar, A. (2005) Effects of Economic Pressure on Marital Conflict in Romania. *J. Fam. Psychol.* : vol 19(2): 246 .
29. Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L. & Whitbeck, L. B. (2008) A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child. Dev.* : vol 63(3): PP. 526-41.

39. Phuphaibul, R., Wittayasoporn, J. & Chorapawon, C. (2011) The Effects of Parental Arrangement Marriage and Consanguineous Marriage on Marital Satisfaction. *Asia. Pac. J. Public. Health.* : vol 1(1): PP. 29-40.
38. Butzer, B. & Campbell, L. (2008) Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Pers. Relationship.* : vol 15(1): PP. 141-54.

# تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان

نویسندگان: اسحق رحیمیان بوگر<sup>۱\*</sup>، محمد علی محمدی فر<sup>۲</sup>، محمود نجفی<sup>۳</sup> و غلامرضا دهشیری<sup>۴</sup>.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان
۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان
۴. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین الزهرا

\* Email: rahimianis@gmail.com

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه سمنان بود. در یک طرح آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون توأم با گروه کنترل، ۵۴ نفر از این دانشجویان به طور تصادفی انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در دو مرحله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کردند و گروه آزمایشی ده جلسه آموزش مهارت‌های زندگی را هفته‌ای یکبار دریافت کرد. تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که آموزش مهارت‌های زندگی بطور معناداری سلامت عمومی دانشجویان گروه آزمایش را بهبود بخشیده است و باعث کاهش معنادار علائم نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ( $p < 0/05$ ). بر اساس این یافته، نتیجه گرفته می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان یک راهکار مؤثر می‌تواند برای ارتقای سلامت عمومی دانشجویان بکار رود.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های زندگی، سلامت عمومی، دانشجویان.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور  
ورشو

• دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۶

• پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۸

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان حیاتی است. سلامت و تعادل عمومی دانشجویان نیز در پیشرفت آنها عاملی مهم است و با مداخلات پیشگیرانه و برنامه های ارتقای سلامت بهبود می یابد [۱].

پژوهش‌ها نشان داده اند که بسیاری از مشکلات روانی- اجتماعی نظیر اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر، پناه بردن به انواع داروهای اعصاب، رفتارهای جامعه ستیزانه و انواع اختلالات روانی در افراد محصول مهارت های زندگی ضعیف است که نیازمند توجه و مداخله به موقع است [۲]. مهارت‌های زندگی آن دسته از مهارت‌های شخصی و اجتماعی هستند که افراد باید آنها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود، انسانهای دیگر و کل اجتماع به طور شایسته، موثر و مطمئن رفتار نمایند [۳، ۴ و ۵]. به نظر لین (Line) و همکاران [۶]، مهارت های زندگی دانشجویی مهارت هایی هستند که به منظور ارتقای سطح ارتباطات، افزایش قدرت تصمیم گیری، زندگی اجتماعی با دیگران، یادگیری، مدیریت، درک خود و کار کردن در گروه مورد استفاده قرار می گیرند. هدف آموزش مهارت‌های زندگی برای دانشجویان، خود توانمندسازی و پرورش انسانی متعادل و خودگردان است که قادر به حل خلاقانه مشکلات روزمره زندگی باشد [۶، ۷]. بهبود مهارت های مهم زندگی برای دانشجویان یعنی مهارت های شناختی، مدیریت خود، روابط بین فردی و اجتماعی، و مهارت های کاربردی جزء ضروری برنامه ارتقاء سلامت دانشجویان است [۷]. از آنجا که طی سال های دانشجویی، افراد در معرض خطر بروز اختلالات روانی- اجتماعی متعددی قرار دارند، لذا ارتقای سطح آگاهی و نگرش و متعاقباً عملکرد دانشجویان بر پیشگیری از این معضلات و گسترش سلامت عمومی آنان نقش مهمی می تواند داشته باشد.

مطالعات فزاینده ای آموزش مهارت های زندگی را در پیدایش و تقویت توانمندی هایی از قبیل تصمیم

گیری، انگیزش پیشرفت، پذیرش مسئولیت، ارتباط سازنده با دیگران، عزت نفس مثبت، رشد مهارت های سازمانی، حل مشکل، انتخاب هدف، خود نظم دهی و مهارت های ارتباطی و پیشگیری از آسیب ها موثر و مفید دانسته اند [۸ و ۹]. مطالعات قبلی نشان داده اند که کسب مهارت‌های زندگی در کنار کسب علم و دانش و اصلاح نگرش‌ها و رفتارها باعث کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی شده است و در نتیجه سلامت افراد ارتقاء می یابد [۹، ۱۰ و ۱۱]. همچنین، مطالعات موجود نشان می دهند که بهبود مهارت‌های زندگی باعث ایجاد مسئولیت پذیری نسبت به سلامتی، اتخاذ تصمیمات بهداشتی مناسب و به طور کلی پیروی از سبک زندگی سالم در میان آموزش گیرندگان شده است که این امر آنها را برای رویارویی با تغییرات و نیازهای زندگی آینده آماده می سازد [۱۲ و ۱۳]. در مطالعه ای دیگر نیز نشان داد شد که آموزش مهارت های زندگی روش کارآمدی برای رشد سالم طی مراحل بعدی زندگی و همچنین پیشگیری از مخاطراتی نظیر سوء مصرف مواد در دانشجویان است [۵]. اگرچه مطالعات متعدد نشان داده اند که آموزش مهارت های زندگی پیامدهای مطلوبی برای سلامتی آموزش گیرندگان دارند، اما می توان انتقاداتی بر این مطالعات وارد ساخت. چنین مطالعاتی به شکل محدود، مبتنی بر یک فرهنگ خاص و نیز مقطعی انجام گرفته اند که احتمال دارد با سوگیری در نتایج همراه باشد. لذا نکته ای مهم در مطالعه حاضر این است که آیا آنچه در رابطه با اثربخشی مهارت های زندگی در فرهنگ های دیگر، با نمونه های محدود و به شکل مقطعی مطرح است نیز می تواند قابل انطباق به گروهی از دانشجویان ایرانی باشد. همچنین، طی این مطالعه برخلاف مطالعات قبلی، آموزش مهارت های زندگی به شکل متناسب شده برای فرهنگ دانشجویی در ایران اجرا می گردد که در واقع خلاء مهمی در دانش موجود مربوط به این حوزه پژوهشی است. بنابراین، وجود چنین مغایرت هایی و نیز خلاء های موجود در دانش فعلی، ضرورت انجام این پژوهش را برجسته می سازد. هدف این مطالعه، بررسی اثر مهارت

## ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی، با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، در مطالعه بر روی جمعیت های سالم و در موقعیت های بالینی مورد استفاده قرار می گیرد [۱۴]. پرسشنامه سلامت عمومی را می توان مجموعه پرسشهایی در نظر گرفت که از پایین ترین سطح نشانه های مشترک مرضی که در اختلالات روانی وجود دارد تشکیل شده است و بدین ترتیب می تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از کسانی که خود را سالم می پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست. بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است. متن اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۵۲ توسط گلدبرگ برای غربالگری اختلالات روان شناختی طراحی و تدوین شده است. فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلبر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است که عبارتند از زیرمقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی [۱۴].

از مجموع نمرات زیر مقیاس ها یک نمره کلی بدست می آید. وجود ۴ زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. این زیر مقیاس ها عبارتند از زیر مقیاس اول (A) که شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را در بر می گیرد. این زیر مقیاس دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند ارزشیابی می کند. موارد این زیر مقیاس در پرسشنامه با حرف A مشخص می شود. زیر مقیاس دوم (B) شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبط است. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس با حرف (B) مشخص می شوند. زیر مقیاس سوم (C) گستره

های زندگی (تصمیم گیری، حل مسئله، تفکر انتقادی، تفکر خلاق، همدلی، مقابله با استرس، خودآگاهی، مقابله با هیجانات، ارتباط موثر و روابط بین فردی) بر سلامت عمومی دانشجویان است. بنابراین، با توجه به آن چه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه سمنان اثربخش است؟

## روش

### نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر، طرح بین گروهی آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون توأم با گروه کنترل بود. دستکاری متغیر مستقل پژوهش یعنی مهارت های زندگی و انتخاب تصادفی، واگذاری تصادفی آزمودنی ها به گروه های کاربندی و برخورداری از گروه کنترل مفروضه های مهم روش های آزمایشی هستند که در این پژوهش برقرار بودند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه سمنان در سال ۱۳۸۸ بودند. شرکت کنندگان این پژوهش شامل ۵۴ نفر (۲۷ پسر و ۲۷ دختر) بود که به صورت تصادفی ساده از میان دانشجویان دانشگاه سمنان انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش (۳۶ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) گماشته شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱) تمایل به مشارکت در پژوهش و رضایت آگاهانه؛ ۲) عدم برخورداری از اختلالات روانشناختی شدید طی شش ماه گذشته؛ ۳) عدم مشارکت در برنامه های ارتقای بهداشت روان طی زمان پژوهش؛ ۴) عدم برخورداری از بیماری های مزمن طبی؛ ۵) اشتغال به تحصیل طی زمان پژوهش. موارد مخالف با موارد مذکور، معیارهای خروج از مطالعه بودند. همچنین، ملاحظات اخلاقی پژوهش مورد توجه بود و جهت رعایت اصول اخلاق پژوهشی فرم رضایت نامه توسط شرکت کنندگان تکمیل و امضاء گردید.

طرح امکان ورود شرکت کنندگان بیشتری وجود نداشت و لذا افراد گروه کنترل نصف افراد گروه آزمایش از میان دو جنس در نظر گرفته شدند. گروه‌ها پرسشنامه سلامت عمومی را برای سنجش اثربخشی درمان طی دو مرحله به صورت مصاحبه تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند. بعد از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت کنندگان، در ابتدا همه شرکت کنندگان با ابزار پژوهش مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش به مدت ده هفته مورد مداخله قرار گرفتند.

در گروه آزمایش، آموزش در خصوص جنبه‌های مختلف مهارت‌های زندگی انجام گرفت. جلسات به صورت آموزش گروهی توسط تکنیک‌های آموزشی شناختی-رفتاری و هفته‌ای یکبار اجرا می‌شد. مداخله توسط یک نفر روانشناس بالینی در سطح دکتری با تجربه بالینی در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی و دارای صلاحیت بالینی لازم برای ارائه این پکیج درمانی ارائه شد. پکیج آموزشی مهارت‌های زندگی برای گروه آزمایشی در این پژوهش بر اساس ابعاد ده‌گانه مهارت‌های زندگی سازمان بهداشت جهانی [۱۷] طراحی شد. پکیج آموزشی مهارت‌های زندگی سازمان بهداشت جهانی طبق مطالعات قبلی از اعتبار لازم و شواهد حمایت‌کننده تجربی برخوردار است [۱۷]. بوتوین و کانتور [۸] که از طراحان اصلی پکیج آموزشی مهارت‌های زندگی هستند، این پکیج را برای جمعیت دانشجویی متناسب می‌دانند. همچنین، برای اولین بار کارآمدی این پکیج بر روی جمعیت دانشجویی و دانش‌آموزی مطالعه شده است و به عنوان روشی کارآمد و مؤثر در ارتقای سلامت عمومی دانشجویان معرفی شده است [۸]. به علاوه، به منظور متناسب‌سازی بیشتر برنامه برای زندگی دانشجویان با بررسی و استفاده از بسته‌های آموزشی مهارت‌های زندگی دانشجویی تهیه شده توسط دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری برنامه اولیه اصلاح شد تا برای پاسخ‌دهی به نیازهای دانشجویان متناسب باشد. محتوی این پکیج که برای شرایط دانشجویان متناسب

توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنان را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. هفت ماده مربوط به این زیرمقیاس در پرسشنامه با حرف (C) متمایز می‌شود. زیرمقیاس چهارم (D) شامل مواردی است که با افسردگی و خیم و گرایش شخص به خودکشی مرتبط هستند و هفت ماده متمایزکننده آن در پرسشنامه با حرف (D) مشخص می‌شوند. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهارمقیاس به دست می‌آید. در نمره‌گذاری به هر پاسخ از چپ به راست به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نمرات هر آزمودنی در زیر ورقه نوشته می‌شود و پس از آن نمرات چهار زیرمقیاس را جمع نموده و نمره کلی محاسبه می‌شود. نمرات ۱۴ تا ۲۱ وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد.

پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در پژوهش یعقوبی و همکاران [۱۴] ۰/۸۸ و در پژوهش دیگری [۱۵] ۰/۸۱ بدست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش گلدبرگ با فهرست علائم روان (SCL-۹۰) ۰/۷۸ گزارش شده است. شاخص‌های حساسیت، ویژگی و ضریب همبستگی با نمرات بدون ارزیابی بالینی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش شده است [۱۵]. شمس‌علیزاده و همکاران [۱۶] نیز یافته‌های مشابهی را بدست آوردند که حاکی از قابلیت استفاده این ابزار در مطالعات ایرانی است.

## شیوه اجرا

در این تحقیق آزمودنی‌ها در یک کاربندی با دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایشی شامل ۳۶ نفر و گروه کنترل شامل ۱۸ آزمودنی بود. به دلیل تعداد زیاد افراد گروه آزمایش، امکان وارد نمودن همه افراد گروه آزمایش در یک گروه مقدور نبود لذا به طور تصادفی دو گروه آزمایش ۱۸ نفره شکل گرفت که از لحاظ شرایط اجرا، محتویات برنامه و مدرس برنامه آموزشی مشابه بودند و در نهایت به عنوان یک گروه به طور یکپارچه با گروه کنترل مقایسه شدند. همچنین، به دلیل محدودیت ورود در

شده است به شرح زیر است. جلسه اول، آموزش مهارت خود آگاهی؛ جلسه دوم، آموزش مهارت همدلی؛ جلسه سوم، آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر؛ جلسه چهارم، آموزش مهارت مدیریت خشم؛ جلسه پنجم، آموزش توانایی ایجاد و حفظ روابط بین فردی؛ جلسه ششم، آموزش مهارت رفتار جرأت مندانه؛ جلسه هفتم، آموزش مهارت حل مسأله؛ جلسه هشتم، آموزش مهارت مقابله با استرس؛ جلسه نهم، آموزش مهارت تصمیم گیری و جلسه دهم شامل آموزش مهارت تفکر خلاق بود. محتویات جلسات متناسب با مهارت های زندگی دانشجویی و سازگاری با شرایط دانشجویی ارائه گردید و مثال ها و سناریوهای مطرح شده همه مربوط به زندگی دانشجویی بودند. بعد از اتمام مداخله (۱۰ هفته برنامه آموزش مهارت های زندگی) در گروه آزمایش، دوباره تمام شرکت کنندگان با ابزار پژوهش مورد پس آزمون قرار گرفتند و پژوهشگر اثرات متغیر مستقل (آموزش مهارت های زندگی) بر متغیر وابسته (سلامت عمومی) را اندازه گیری کرد.

برای بررسی تفاوت گروه ها از لحاظ سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن با تحلیل کواریانس در ابتدا پیش شرط های این آزمون آماری بررسی شدند. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس ها برای دو گروه در نمره کل سلامت عمومی، نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب دارای  $(F=0/480 و P=0/491)$ ،  $(F=0/911 و P=0/344)$ ،  $(F=1/773 و P=0/202)$ ،  $(F=0/797 و P=0/797)$  و  $(F=1/703 و P=0/198)$  بود که نشان می دهد واریانس دو گروه تفاوت معنی داری ندارند و فرض همگنی واریانس ها در همه موارد رعایت شده است.

بر اساس داده های بررسی تاثیر متغیر عضویت گروهی در نمرات پس آزمون (سلامت عمومی) بعد از اصلاح نمره های پس آزمون بواسطه برداشتن اثر متغیر کمکی پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون نتایج حاکی از آن بود که متغیر مستقل عضویت گروهی  $(F=98/860، df=1، p<0/05)$  معناداری  $0/001$  و توان آماری  $1/00$  بر روی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر می باشد و بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت وجود دارد (جدول ۲). نتایج نشان می دهد که هم قبل از اعمال متغیر کمکی و هم بعد از اعمال متغیر کمکی پیش آزمون بین متوسط سلامت عمومی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود دارد و نتایج در سطح آلفای  $0/05$  معنی دار است.

جلسه اول، آموزش مهارت خود آگاهی؛ جلسه دوم، آموزش مهارت همدلی؛ جلسه سوم، آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر؛ جلسه چهارم، آموزش مهارت مدیریت خشم؛ جلسه پنجم، آموزش توانایی ایجاد و حفظ روابط بین فردی؛ جلسه ششم، آموزش مهارت رفتار جرأت مندانه؛ جلسه هفتم، آموزش مهارت حل مسأله؛ جلسه هشتم، آموزش مهارت مقابله با استرس؛ جلسه نهم، آموزش مهارت تصمیم گیری و جلسه دهم شامل آموزش مهارت تفکر خلاق بود. محتویات جلسات متناسب با مهارت های زندگی دانشجویی و سازگاری با شرایط دانشجویی ارائه گردید و مثال ها و سناریوهای مطرح شده همه مربوط به زندگی دانشجویی بودند. بعد از اتمام مداخله (۱۰ هفته برنامه آموزش مهارت های زندگی) در گروه آزمایش، دوباره تمام شرکت کنندگان با ابزار پژوهش مورد پس آزمون قرار گرفتند و پژوهشگر اثرات متغیر مستقل (آموزش مهارت های زندگی) بر متغیر وابسته (سلامت عمومی) را اندازه گیری کرد.

### شیوه تحلیل داده ها

داده های حاصله به کمک نرم افزار SPSS توسط میانگین و انحراف استاندارد توصیف و با آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. از آنجا که همواره با گمارش تصادفی نمی توان مطمئن بود که دو گروه از همه نظر مشابه باشند به خصوص اینکه امکان دارد نمره کل سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن قبل از درمان در گروهی نسبت به دیگر گروه بیشتر باشد، بسیاری از دانشمندان علوم رفتاری معتقدند که روش مناسب برای کنترل تفاوت های احتمالی پیش از مداخله، تحلیل کواریانس است [۱۸].

### نتایج

دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۱۹ تا ۲۴ سال با میانگین سنی  $21/40$  بود. از ۵۴ نفر، تعداد ۲۷ نفر پسر

جدول ۱: میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون برای کل مقیاس سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن

پس آزمون	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پس آزمون سلامت عمومی (کل مقیاس)	گروه آزمایش	۳۶	۳۸/۲۷	۵/۳۰۵
	گروه کنترل	۱۸	۵۴/۲۲	۶/۰۶۳
	کل	۵۴	۴۳/۴۱	۶/۲۸۹
پس آزمون نشانه‌های بدنی	گروه آزمایش	۳۶	۱۰/۸۳	۱/۶۹۸
	گروه کنترل	۱۸	۱۴/۷۷	۲/۲۸۹
	کل	۵۴	۱۲/۱۴	۲/۶۶۶
پس آزمون اضطراب و بی‌خوابی	گروه آزمایش	۳۶	۷/۸۸	۱/۶۴۰
	گروه کنترل	۱۸	۱۱/۱۶	۱/۷۵۷
	کل	۵۴	۸/۹۸	۲/۰۶۹
پس آزمون اختلال عملکرد اجتماعی	گروه آزمایش	۳۶	۱۱/۲۷۷	۲/۱۳۲
	گروه کنترل	۱۸	۱۴/۴۴	۱/۸۵۴
	کل	۵۴	۱۲/۳۳	۲/۵۲۵
پس آزمون افسردگی	گروه آزمایش	۳۶	۸/۲۷	۱/۸۳۰
	گروه کنترل	۱۸	۱۳/۸۳	۳/۷۴۹
	کل	۵۴	۱۰/۱۲	۳/۴۰۹

بررسی تاثیر متغیر عضویت گروهی در نمرات پس آزمون (اضطراب و بی خوابی) بعد از اصلاح نمره های پس آزمون بواسطه برداشتن اثر متغیر کمکی پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون نشان داد که متغیر مستقل عضویت گروهی ( $f=۸۵/۰۰۷$ ،  $df=۱$ ، معناداری  $۰/۰۰۱$  و توان آماری  $۱/۰۰$  ( $p<۰/۰۵$ ) بر روی کاهش اضطراب و بی خوابی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر می باشد و بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در این خرده مقیاس در پس آزمون تفاوت وجود دارد. نتایج نشان می دهد که هم قبل از اعمال متغیر کمکی و هم بعد از اعمال متغیر کمکی بین متوسط اضطراب و بی خوابی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سطح آلفای  $۰/۰۵$  معنی دار است (جدول ۲).

طبق بررسی تاثیر متغیر عضویت گروهی در نمرات پس آزمون (نشانه های بدنی) بعد از اصلاح نمره های پس آزمون بواسطه برداشتن اثر متغیر کمکی پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون نتایج حاکی از آن بود که متغیر مستقل عضویت گروهی ( $f=۷۲/۳۱۷$ ،  $df=۱$ ، معناداری  $۰/۰۰۱$  و توان آماری  $۱/۰۰$  ( $p<۰/۰۵$ ) بر روی کاهش نشانه های بدنی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر می باشد و بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در این خرده مقیاس در پس آزمون تفاوت وجود دارد. بنابراین، هم قبل از اعمال متغیر کمکی و هم بعد از اعمال متغیر کمکی بین متوسط نشانه های بدنی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سطح آلفای  $۰/۰۵$  معنی دار است (جدول ۲).



جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس براساس متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه کنترل و گروه آزمایشی) و متغیر کمکی پیش آزمون و متغیر وابسته پس آزمون در مقیاس سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن

پس آزمون	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	میزان تأثیر	میزان تأثیر اصلاح شده	توان آماری
متغیر وابسته: سلامت عمومی (کل مقیاس)	مقدار ثابت	۱۱۸۷/۱۷۲	۱	۱۱۸۷/۱۷۲	*۵۴/۲۴۱	۰/۰۰۱			
	پیش آزمون	۴۹۴/۱۰۰	۱	۴۹۴/۱۰۰	*۲۲/۵۷۵	۰/۰۰۱			
	عضویت گروهی	۲۹۲۹/۷۷۸	۱	۲۹۲۹/۷۷۸	*۹۸/۸۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۷۵۱	۱/۰۰
	خطا	۱۱۱۶/۲۳۴	۵۱	۲۱/۸۸۷					
	کل	۱۰۷۲۷/۰۰۰	۵۴						
متغیر وابسته: نشانه های بدنی	مقدار ثابت	۲۳۵/۸۲۹	۱	۲۳۵/۸۲۹	*۹۱/۷۳۸	۰/۰۰۱			
	پیش آزمون	۵۹/۰۰۶	۱	۵۹/۰۰۶	*۲۲/۹۵۳	۰/۰۰۱			
	عضویت گروهی	۱۸۵/۹۰۵	۱	۱۸۵/۹۰۵	*۷۲/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲	۰/۶۳۸	۱/۰۰
	خطا	۱۳۱/۱۰۵	۵۱	۲/۵۷۱					
	کل	۸۳۴۶/۰۰۰	۵۴						
متغیر وابسته: اضطراب و بی خوابی	مقدار ثابت	۱۲۰/۸۰۴	۱	۱۲۰/۸۰۴	*۸۲/۵۳۱	۰/۰۰۱			
	پیش آزمون	۲۳/۴۰۴	۱	۲۳/۴۰۴	*۱۵/۹۸۹	۰/۰۰۱			
	عضویت گروهی	۱۲۴/۴۲۸	۱	۱۲۴/۴۲۸	*۸۵/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	۰/۶۵۸	۱/۰۰
	خطا	۷۴/۶۵۱	۵۱	۱/۴۶۴					
	کل	۴۵۸۳/۰۰۰	۵۴						
متغیر وابسته: اختلال عملکرد اجتماعی	مقدار ثابت	۱۱/۵۷۸	۱	۱۱/۵۷۸	۳/۴۶۷	۰/۰۶۸			
	پیش آزمون	۴۷/۳۵۸	۱	۴۷/۳۵۸	*۱۴/۱۸۲	۰/۰۰۱			
	عضویت گروهی	۱۱۷/۱۰۶	۱	۱۱۷/۱۰۶	*۳۵/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	۰/۴۷۶	۱/۰۰
	خطا	۱۷۰/۳۰۸	۵۱	۳/۳۳۹					
	کل	۸۵۵۲/۰۰۰	۵۴						
متغیر وابسته: افسردگی	مقدار ثابت	۱۸۶/۷۵۸	۱	۱۸۶/۷۵۸	*۴۶/۱۸۳	۰/۰۰۱			
	پیش آزمون	۳۹/۴۸۴	۱	۳۹/۴۸۴	*۹/۷۶۴	۰/۰۰۳			
	عضویت گروهی	۳۴۴/۲۹۹	۱	۳۴۴/۲۹۹	*۸۵/۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۰/۶۵۲	۱/۰۰
	خطا	۲۰۶/۲۳۸	۵۱	۴/۰۴۴					
	کل	۶۱۵۷/۰۰۰	۵۴						

\*معنی داری در سطح ۰/۰۵

است و با کاهش نشانه های مرضی همراه است. پژوهش های انجام گرفته در این زمینه توسط ترقی جاه [۱۹]، گوداس و همکاران [۲۰]، وسر و بلک مور [۲۱] و بوتوین و کانتور [۸] چنین نتایجی را نشان داده اند. نتایج پژوهش گلزاری [۲۲] نیز نشان داد که بین سلامت عمومی دانشجویان شاهد (در چهار حیطه نشانه های بدنی، اضطراب، حساسیت اجتماعی و افسردگی) بر حسب میزان آگاهی آنها از مهارتهای زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. آقاجانی [۲] و پاشا و یادآوری [۲۳] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش مهارت های زندگی، سلامت عمومی آزمودنی ها را بهبود می بخشد. پژوهش های فراتحلیل نیز نشان داده اند که آموزش مهارتهای زندگی در تغییر و بهبودی بهداشت روانی دانشجویان اثربخش است و در اغلب این مطالعات پس از آموزش مهارتهای زندگی، دانشجویان کاهش معنی داری در علائم افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی نشان دادند و کارکرد اجتماعی آنان بهبود یافت [۲۴]. پژوهش های مختلفی که پس از اجرای برنامه های آموزش مهارتهای زندگی صورت گرفته بیانگر آن هستند که پیشرفت یا بهبود معنی داری در ابعاد مختلف سلامت روان نظیر خودکارآمدی یا تصور از خود، ناسازگاری هیجانی و اجتماعی و کاهش اضطراب اجتماعی رخ داده است [۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸]. در تبیین این یافته ها می توان گفت که آموزش مهارتهای زندگی افراد را در رویارویی با شرایط زندگی توانمند نموده است به طوری که یاد گرفته اند چه کاری را باید انجام دهند و چگونه آن را به انجام رسانند. این برنامه ها می تواند تامین کننده سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی افراد باشد. پیرو این نتایج می توان استنباط کرد که پایین بودن سطح مهارتهای زندگی سبب می شود توانایی دانشجویان در برخورد با چالش ها و مشکلات زندگی دانشجویی پایین آمده و موجب ارایه یک پاسخ هیجانی و نامطلوب نسبت محرک ها و رویدادهای زندگی گردد. مطالعات دیگری نیز نشان داده اند که پایین بودن مهارتهای زندگی موجب افت عملکرد تحصیلی، بروز آسیب های روانشناختی در فرد و با احتمال زیاد روی

بر اساس داده های بررسی تاثیر متغیر عضویت گروهی در نمرات پس آزمون (اختلال عملکرد اجتماعی) بعد از اصلاح نمره های پس آزمون بواسطه برداشتن اثر متغیر کمکی پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون نتایج حاکی از آن بود که متغیر مستقل عضویت گروهی ( $f=35/068$ ,  $df=1$ ) معناداری  $0/001$  و توان آماری  $1/00$  ( $p<0/05$ ) بر روی کاهش اختلال عملکرد اجتماعی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر می باشد و بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در این خرده مقیاس در پس آزمون تفاوت وجود دارد. نتایج نشان می دهد که هم قبل از اعمال متغیر کمکی و هم بعد از اعمال متغیر کمکی بین متوسط اختلال عملکرد اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری در سطح آلفای  $0/05$  وجود دارد (جدول ۲).

همچنین، طبق بررسی تاثیر متغیر عضویت گروهی در نمرات پس آزمون (افسردگی) بعد از اصلاح نمره های پس آزمون بواسطه برداشتن اثر متغیر کمکی پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون نتایج حاکی از آن بود که متغیر مستقل عضویت گروهی ( $f=85/141$ ,  $df=1$ ) معناداری  $0/001$  و توان آماری  $1/00$  ( $p<0/05$ ) بر روی کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر می باشد و بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در این خرده مقیاس در پس آزمون تفاوت وجود دارد. بنابراین، هم قبل از اعمال متغیر کمکی و هم بعد از اعمال متغیر کمکی بین متوسط افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری در سطح آلفای برابر  $0/05$  وجود دارد (جدول ۲).

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان انجام شد و نشان داد که آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی و مؤلفه های آن در شرکت کنندگان گروه آزمایشی اثربخش است.

طبق نتایج این مطالعه، آموزش مهارت های زندگی بر روی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه سمنان مؤثر

پاشا و یادآوری [۲۳] و صبحی قراملکی و رجبی [۲۵] همخوانی دارد. نتایج پژوهش گلزاری [۲۲] نیز نشان داد که کاهش مهارت های زندگی با افزایش اختلال عملکرد اجتماعی همراه است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که مهارت های زندگی به دلیل تاثیر بر ابعاد مختلف زندگی فردی و خانوادگی باعث می شوند که دانشجویان پس از آموزش در انواع مهارت های زندگی عملکرد اجتماعی بهتری از خود نشان دهند.

طبق یافته ها، آموزش مهارت های زندگی بر کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه سمنان نیز مؤثر می باشد. این یافته با نتیجه پاشا و یادآوری [۲۳] و صبحی قراملکی و رجبی [۲۵] همخوانی دارد. نتایج پژوهش گلزاری [۲۲] نیز نشان داد که میانگین نمرات افسردگی دانشجویانی که میزان آگاهی آنها از مهارت های زندگی کم است، به طور معناداری بیشتر از دانشجویانی است که میزان آگاهی آنها در حد متوسط و زیاد است. طبق یک تبیین، برخورداری از مهارت های زندگی با ایجاد فعال سازی رفتار در دانشجویان، خودکارآمدی آنها را بهبود بخشیده و کاهش افسردگی را به همراه دارد.

نتایج نهایی پژوهش حاکی از آن بود که در مجموع آموزش مهارت های زندگی متناسب شده برای دانشجویان بر سلامت عمومی آنان بطور معناداری مؤثر است و باعث افزایش سلامت عمومی آنان شده است. آنچه به طور کلی از این مطالعه استنباط می شود این است که آموزش مهارت زندگی منجر به ارتقای سلامت کلی دانشجویان خواهد شد. اگرچه این مطالعه مقطعی است و با نمونه ای اندک انجام گرفته است اما دلالت بر اهمیت آموزش مهارت های زندگی متناسب شده برای جمعیت دانشجویی دارد. این آموزش متناسب شده بر اساس ابزار سنجش مطالعه حاضر، دانشجویان را آماده مقابله با مشکلات می کند و موجب مقاوم تر شدن شخصیت آنان، افزایش بینش صحیح نسبت به زندگی، افزایش مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط صحیح با محیط و اطرافیان گردیده است. البته از آن جهت که این مطالعه فاقد پی گیری بوده است، می توان نتیجه گرفت

آوردن آنان به مواد مخدر و سایر رفتارهای پرخطر می گردد [۲۸، ۲۹ و ۳۰].

همچنین، نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش نشانه های بدنی دانشجویان شده است. این یافته با نتیجه پاشا و یادآوری [۲۳] همخوانی دارد. نتایج گلزاری [۲۲] نیز نشان داد که میانگین نمرات نشانه های بدنی دانشجویانی که به میزان کمی از مهارت های زندگی برخوردار هستند به طور معناداری بالاتر از دانشجویانی است که میزان آگاهی آنان از مهارت های زیاد است. همچنین میانگین نمرات نشانه های بدنی در گروهی که میزان آگاهی متوسط دارند به طور معناداری بیشتر از گروهی است که میزان آگاهی زیاد دارند. بدین ترتیب می توان گفت که دانشجویان از آموزش مهارت های ده گانه زندگی به نحو چشمگیری استفاده کردند و توانستند مهارت های خود را افزایش دهند و در نتیجه نسبت به گروه کنترل تفاوت قابل توجهی در کاهش نشانه های بدنی نشان دادند.

طبق یافته ها، اضطراب و بی خوابی دانشجویان دانشگاه سمنان نیز پس از آموزش مهارت های زندگی بهبود یافته است. این یافته با نتیجه پاشا و یادآوری [۲۳] و صبحی قراملکی و رجبی [۲۵] همخوانی دارد. نتایج پژوهش گلزاری [۲۲] نیز نشان داد که میانگین بالاتر نمرات اضطراب در دانشجویانی که آگاهی کمی دارند نسبت به دانشجویانی که آگاهی متوسط و زیاد دارند به طور معناداری بیشتر است. همچنین میزان اضطراب دانشجویانی که آگاهی متوسط دارند نسبت به گروهی که آگاهی زیاد دارند به طور معناداری بیشتر است. می توان استدلال کرد که آموزش مهارت های زندگی به دانشجویان، تغییرات مثبت شناختی و رفتاری را به دنبال دارد و این امر مقاومت دانشجویان را در برابر فشارهای درونی بیشتر می کند و در نتیجه علائم مرضی همچون اضطراب و بی خوابی کاهش می یابد.

بر اساس یافته های این مطالعه پس از آموزش مهارت های زندگی، اختلال عملکرد اجتماعی دانشجویان دانشگاه سمنان کاهش یافته است. این یافته نیز با نتیجه

## منابع

1. Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004) Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
۲. آقاجانی، مریم (۱۳۸۱) بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده: دانشگاه الزهراء.
3. McTavish, Sandra (2000) *Life Skills: Activities for success and well being*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004) Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
5. Weichold, K. (2007) Prevention against substance misuse: life skills and positive youth development. In R. K. Silbereisen, & R. M. Lerner (Eds.), *Approaches to positive youth development* (pp. 293-310). London: Sage.
6. Line, Y.R., shiad, I.S., change, Y.C., Lai, T.J., Wange, K.Y and choux, K.R. (2004) Evaluation of an assertiveness training program on nursing and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education today*, 24, 656-665.
7. Dunne, L. and smerset, M. (2004). Health promotion in university: What do students want? *Health Education*, 104 (6), 360-370.
8. Botwin, G.J; Kantor, L.W (2000) Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Journal of Alcohol Research & Health*, 24 (4), 238-250.
9. Lee, C. (2002) Self efficacy and behavior as predictors of subsequent Behavior an assertivness program. *Behavior Reserch and therapy*, 21, 225-235.

۱۰. اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۳) نیازسنجی آموزش مهارت‌های زندگی در مقطع راهنمایی شهر تهران. انستیتو روانپزشکی تهران: مرکز تحقیقات بهداشت روان.

حداقل در کوتاه مدت برنامه مهارت های زندگی دانشجویان چنین نتایج مثبتی را به بار می آورد و زمینه لازم برای حفظ و تامین سلامت روانی دانشجویان را فراهم می سازد.

این پژوهش به دلایلی عاری از محدودیت نبوده است. محدود شدن جامعه پژوهشی به دانشجویان دانشگاه سمنان، عدم بررسی سودمندی بالینی شیوه مورد استفاده در آموزش مهارت های زندگی، استفاده از ابزار خودگزارشی و طرح تحقیق کمی - مقطعی و عدم پژوهش های مشابه داخلی از مهم ترین این محدودیت ها بوده اند. همچنین، عدم بررسی معناداری بالینی یکی دیگر از محدودیت های مهم در این مطالعه است که امید می رود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. با این وجود، این پژوهش با توجه به محدودیت هایش دارای پیامدهای کاربردی برای دانشجویان است. همچنین برای مشاوران مراکز مشاوره دانشگاه ها در جهت طراحی مداخله ای مناسب و به صرفه دانشجویان کاربرد دارد. نتایج پژوهش حاضر برای مراکز خدمات مشاوره ای و رواندرمانی و کلینیک های روانپزشکی کاربرد دارد. پیشنهاد می شود موضوع مهارت های زندگی در بین دانشجویان بیشتر مورد توجه پژوهشگران، مربیان، مشاوران و متخصصان بالینی قرارگیرد تا بدین نحو بتوان اقدامات مداخله ای مناسب طراحی نمود. برای رفع این محدودیت ها پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به پی گیری نتایج، بررسی مسائل جمعیت شناختی مهم، نیازسنجی و طراحی مداخلات متناسب شده، شیوه های سنجش چند بعدی و طرح پژوهش کمی - کیفی (آمیخته) و انجام کارآزمایی های بالینی تصادفی شده دو سوکور پرداخته شود.

## سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی سازمان بهزیستی استان سمنان انجام گرفته است که چنین حمایتی مورد تقدیر فراوان نویسندگان مقاله است. همچنین از پرسنل مرکز مشاوره دانشگاه سمنان و سایر دانشجویانی که یاری رسان این پژوهش بودند تقدیر و تشکر به عمل می آید.

20. Goudas, M., Dermitzaki, I., Leondari, A., & Danish, S. (2006) The effectiveness of teaching a life skills program in a physical education context. *European Journal of Psychology of Education*, 2, 429–438.
21. Veaser, P.I. & Blakemore, C. (2006) Student assistance program: A new approach for student success in addressing behavioral health and life events. *Journal of American College Health*, 54 (6), 377 – 381.
۲۲. گلزاری، محمود (۱۳۸۶) بررسی میزان آگاهی دانشجویان شاهد دانشگاهها و مراکز آموزش عالی شهر تهران از مهارتهای زندگی. تهران: معاونت پژوهشی بنیاد شهید و امور ایثارگران.
۲۳. پاشا، غلامرضا و یادآوری، ماندانا (۱۳۸۶) اثر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی، عزت نفس و خودابرازی، فصلنامه مطاعات جوانان، شماره ۱۰ و ۱۱، صص ۳۹–۳۰.
24. Herrman, H., Moodie, R., Saxena, S. (2008) *Mental Health Promotion*. *International Encyclopedia of Public Health*, 406-418.
25. Sobhi-Gharamaleki, N., Rajabi, S. (2010) Efficacy of life skills training on increase of mental health and self esteem of the students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1818–1822.
26. Botvin, G., Mihalic, S., and Grotperter, J. (1998) *Life Skills Training*. In *Blueprints for Violence Prevention: Book 5*, D.S. Elliot. (Ed.), Boulder, CO: University of Colorado, Institute of Behavioral Science, Center for the Study and Prevention of Violence.
۲۷. ناصری، حسین؛ نیک پرور، ریحانه (۱۳۸۳) بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی بر بهداشت روانی دانشجویان: دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
11. Pittman, K. (1991) *Promoting youth development*. Washington: Academy for Educational Development.
12. Weichold, K., Giannotta, F., Silbereisen, R. K., Ciairano, S., & Wenzel, V. (2006) Cross-cultural evaluation of a life skills programme to combat adolescent substance misuse. *Sucht*, 52, 268–278.
13. Tuttle, J. (2006) Adolescent life skills training for highrisk teens: results of group intervention study. *Journal of Pediatric Health Care*, 20, 184-191.
۱۴. یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاهمحمدی، داود (۱۳۷۴) بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۱، شماره ۴، صص ۶۴–۵۵.
۱۵. دانش نیا، الهام (۱۳۸۶) بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبائی .
۱۶. شمس علیزاده، نرگس؛ بوالهروی، جعفر، شاه محمدی، داود (۱۳۸۰) بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی در یک روستای استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، صص ۲۶–۱۹.
17. World Health Organization. (1999) *Partners in life skills education*. Geneva, Switzerland:: World Health Organization, Department of Mental Health.
18. Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistic for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
۱۹. ترقی جاه، عذرا (۱۳۸۶) بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر عزت نفس دانشجویان، مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.

29. Ramesht, M., Farshad, C. (2009) Study of life skills training in prevention of drug abuse in students. Third seminar of students' mental health.
30. Monkong, L., Pongpanich, S., Viwatwongkasem, C., Chantavanich, S., Wongpiromsarn, Y., Katz, L.S. (2009). The effectiveness of program developed from cognitive-experiential self-theory and life skills technique on adolescent coping with stress. Nepal Medical College journal,11(4), 225-8.

۲۸. جهانی ملکی، سیف اله (۱۳۸۸) رابطه بین سطح آگاهی از مهارت های زندگی با باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی: دانشگاه شهید بهشتی.

## رابطه سلامت عمومی و تعلل ورزی

نویسندگان: پریسا یاسمی نژاد<sup>۱\*</sup>، زهرا فیض آبادی فراهانی<sup>۲</sup>، محسن گل محمدیان<sup>۳</sup>  
و نادر نادری<sup>۴</sup>

۱. مربی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام‌نور
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
۳. مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول
۴. استادیار گروه کارآفرینی دانشگاه رازی کرمانشاه

\* Email: pyasemi@yahoo.com

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین رابطه تعلل ورزی و سلامت عمومی در دانش آموزان دبیرستانی صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان اسلام آباد غرب بودند. از جامعه مورد نظر تعداد ۱۱۶ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تعلل شوارزر، شمینتز و دیهل و سلامت عمومی (GHQ-28) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که رابطه مثبت معنی داری بین تعلل و سلامت عمومی در کل وجود دارد. بدین معنی که هر چه قدر میزان تعلل و تعویق در کارها در بین دانش آموزان بیشتر باشد مشکلات سلامت عمومی آنها بیشتر است. این رابطه برای خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بالاتر بود. اما بین دیگر خرده مقیاس‌ها و تعلل همبستگی معنی داری مشاهده نشد. نتایج حاصل از رگرسیون گام به گام نشان داد که از میان متغیرهای سلامت عمومی اضطراب و افسردگی پیش‌بینی کننده تعلل ورزی هستند و جمعا ۱۳٪ واریانس تعلل ورزی را تبیین می‌کنند. دیگر نتایج دال بر آن بود که بین دختران رشته‌های مختلف تحصیلی از نظر سلامت عمومی و تعلل تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از تحقیقات قبلی مبنی بر وجود رابطه مثبت بین مشکلات روانی و تعلل همسو می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تعلل، سلامت عمومی، دانش آموزان دختر.

## روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رودهن

• دریافت مقاله: ۸۹/۷/۷

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیستم - دوره جدید  
شماره ۸  
بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

بهنجاری و سلامت روانی<sup>۱</sup> موضوعات اساسی در روانپزشکی کاربردی و نظری محسوب می‌شوند و سلامت روانی جنبه ای از مفهوم کلی سلامت است که به نظر می‌رسد میتوان بسیاری از مفاهیم بالینی و نظری بهنجاری را در چهار دیدگاه کارکردی شامل بهنجاری به عنوان سلامت، بهنجاری به عنوان کمال مطلوب، بهنجاری به عنوان متوسط و بهنجاری به عنوان فرایند قرار داد [۱].

لکن کارشناسان سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> سلامت روان را این طور تعریف کرده اند که؛ سلامت روانی عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب، شخصی که بتواند با محیط خود و اطرافیان به طور کلی، اجتماع سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار است [۲].

یکی از مشکلات یادگیرندگان و دانشجویان اهمال کاری یا تعلل<sup>۳</sup> در انجام تکالیف و مطالعه در طول تحصیل می‌باشد. استیل [۳] عنوان می‌کند که حدود ۹۵ درصد از افراد جامعه گاهگاهی در کارهایشان تعلل می‌ورزند اما برای ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد، تعلل همیشگی و به صورت یک مساله جلوه می‌کند. واژه لاتین تعلل از دو واژه پرو<sup>۴</sup> و کراسینوس<sup>۵</sup> تشکیل شده است که پرو به معنای جلو و کراسینوس به معنای فردا می‌باشد [۴].

فرهنگ نامه کمبریج<sup>۶</sup> عقب انداختن امری را به دلیل ناخوشایندی یا ملال آوری آن تعلل می‌داند و فرهنگ نامه جهانی انکار تا تعلل را به عقب انداختن امری به دلیل ناخوشایندی و یا ملال آوری آن به خصوص هنگامی که تعویق بدون دلیل مناسب باشد تعریف می‌کند [۳]. الیس و ناس [۵] تعلل را تمایل به اجتناب از فعالیت، محول نمودن فعالیت به آینده و استفاده از عذر خواهی برای توجیه تاخیر در انجام فعالیت تعریف نمودند. خود گزارش های

دانش آموزان عنوان می‌کند که ۸۰ تا ۹۵ درصد گرفتار برخی انواع تعلل هستند [۶ و ۷]. و تقریباً ۵۰ درصد تعلل ورزشی‌ها به طور پایدار منجر به مشکلات در تکالیف و دیگر کارها می‌شود [۸ و ۹]. شکل معمول تعلل دانش آموزان و دانشجویان تعلل در آغاز تکلیف است و سپس مجبورند تا به شدت کار کنند تا در زمان خاصی آنرا به انجام برسانند [۱۰].

صفت تعلل که "تمایل برای به تعویق انداختن آنچه که برای رسیدن به یک هدف ضروری است، یک پیش بینی کننده قوی برای رفتارهای تاخیری دانشجویان [۱۱]، [۱۲] است، و پیامدهای تعیین کننده از جمله نمرات ضعیف [۱۳]، ترک تحصیل و تاخیر در انجام پایان نامه [۱۴] را دارد.

سابقه تاریخی تعلل به سه هزار سال قبل بر می‌گردد اما حتی امروز برای ما قابل فهم نیست که چرا کاری را که اکنون می‌توانیم انجام دهیم به تاخیر می‌اندازیم. در زیر برخی از دلایل تعلل آورده شده است: در تعلل کنندگان کنترل و تخمین زمان لازم برای انجام کار ضعیف است. شخصی که تعلل می‌کند اظهار می‌دارد که وی هوشمندانه قادر به کنترل و تنظیم زمان نیست. این مشکل به تردید در اولویت ها و اهداف مربوط می‌شود. همچنین احساس تشویش و سراسیمگی در افراد برای انجام یک کار وجود دارد. در نتیجه فرد انجام کارها را برای یک زمان دیگر به تاخیر می‌اندازد و این درحالی است که بر فعالیت های بیهوده و بی حاصل تمرکز می‌کند. ناتوانی در تمرکز، کم دقتی و عدم توجه به کار، رفت و آمد، و نامرتب بودن محیط دلیل دوم برای تعلل است. عامل سوم تعلل، ترس و نگرانی از شکست است. در این حالت شخص بیشتر وقتش را صرف نگرانی و اضطراب در مورد امتحانات و انجام کارها می‌کند تا اینکه به انجام آنها اقدام کند. باورهای منفی فرد در مورد توانایی های خود و دست کم گرفتن خویش دلیل دیگری برای تعلل کردن در امور است. عامل پنجم تعلل، انتظارات غیر واقعی و کمال گرایی<sup>۷</sup> است. هورنای

1. mental health
2. world health organization
3. procrastination
4. pro
5. crasinus
6. Cambridge

7. Perfectionism



بررسی نتایج مطالعات انجام شده پیرامون تعلل نشان می‌دهد که تعلل با نگرانی‌های خاصی مثل ترس از شکست، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی و کمروبی<sup>۲</sup> مرتبط است [۱۵، ۱۳، ۱۹ و ۲۰]. روت بلوم، سالامون و موراکامی [۱۳] بیان می‌کنند که تعلل تحصیلی با سطوح مساله‌زایی از اضطراب توأم است. نتایج پژوهش‌های فوق مویده آن است که فرد تعلل‌کننده معمولاً به دلیل نوعی اضطراب شخصی یا اجتماعی رفتار پرهیز از کار و تعلل را اتخاذ می‌کند.

مک کاون، جانسن و پترز [۲۱] تحقیقی روی پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط یک گروه تعلل‌کننده انجام دادند. آنها دریافتند که افسردگی، روان رنجوری<sup>۳</sup> و احساسات مبتنی بر عدم کنترل بر شرایط و موقعیت‌ها با تعلل رابطه دارد. افسردگی بالینی<sup>۴</sup> چندین ویژگی دارد که منجر به تعلل می‌شود. افراد افسرده اغلب قادر به لذت بردن از زندگی نیستند و به کمبود انرژی مبتلا هستند و بر مشکلات تمرکز دارند. این موارد علایمی هستند که انجام کار را دشوار می‌کنند. ضمناً همان‌طور که توانایی کاهش می‌یابد ظاهراً کارکردن برای افراد دردناک و مشکل‌می‌شود. بسیاری از تحقیقات انجام شده ترس از شکست را به عنوان یک زیربنای تعلل پیشنهاد می‌کنند [۱۳]. در حالی که سدلر و بولی [۲۲] ترس از ارزیابی را به عنوان عامل زیربنایی تعلل ذکر کرده‌اند. فلت، بلانکستین، هویت و کولدین [۲۳] گزارش می‌کنند که تعلل‌کنندگان تمایل به تحمل شکلهای مختلف رفتارهای منفی دارند و بین تعلل و روان رنجوری ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد.

مرکز مشاوره دانشگاه ایالت نیویورک در بوفالو بسیاری از دلایل آشکار و نه چندان آشکار تعلل دانشجویان را در فهرستی ارائه می‌کنند که به شرح زیر است: آنان ابتدا عوامل شخصیتی مانند مدیریت و کنترل زمانی ضعیف، حواسپرتی و مشکلات فردی کلی را به عنوان تعلل ذکر می‌کنند. سپس عواملی مانند ترس از

می‌گوید: "هنگامی که به کمال‌گرایی می‌اندیشید، ناخودآگاه به خود تلقین می‌کنید که برای کار مورد نظر، به مهلت و زمان بیشتری نیاز دارید، این باعث می‌شود که به فوریت کار نیندیشید بلکه فقط به بهتر ارایه کردن آن بیاندیشید" [۶].

هی کک [۹] دو علت را برای تعلل ذکر می‌کند: ناخوشایندبودن تکلیف، کسل‌کننده‌بودن و غیرجالب‌بودن آن. محققان زیادی در مرکز ارزیابی دانش‌آموزان تعلل‌ورزی و علت آن را مورد بررسی قرار دادند. بخشی از کار این موسسه این بود که از پاسخ‌دهندگان این سوال را پرسد که: از بین دلایل مختلف ممکن برای تعلل ورزیدن در انجام تحقیق پایان‌ترم خود، کدام یک مهم‌تر است؟ تجزیه و تحلیل پاسخ‌ها نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از پاسخ‌دهندگان بیزاری از تکلیف را به عنوان علت اصلی به تعویق انداختن کار بیان کرده‌بودند. بنابراین بیشتر مردم از تکلیف و انجام آن بیزار و متنفرند چون آن را کاری پرحمت و پراضطراب و ناخوشایند می‌دانند [۱۵]. از سویی دیگر شواهد تجربی حاکی از آن است که احتمالاً یک بخش ژنتیکی برای تعلل وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی در این مورد برای دو قلوهای مذکر همسان مورد مطالعه در پژوهش و برای دو قلوهای غیر همسان (که در خانواده‌های مشابه پرورش یافته‌اند بودند) ۱۳٪ می‌باشد [۱۶].

جوزف فراری [۱۷] عنوان می‌کند که در خصوص ترس از شکست تمایلی در ارتباط با عدم اعتماد به نفس<sup>۱</sup> است و این دانشجویان بسیار در خصوص چگونگی تفکر دیگران در باره خود نگرانند. همچنین بالت و کوین [۱۸] عنوان کرده‌اند که افراد تکانشی مادامیکه مشغول هستند به احتمال زیاد تعلل می‌کنند و روی توجهشان بر علایق فوری و کاکمروایی فوری بسیار تمرکز دارند.

اونویگبزی [۱۰] سطح بالایی از تعلل تحصیلی در بین فارغ‌التحصیلان در عرض سه تکلیف از ۴۱/۷، ۳۹/۳ و ۶۰٪ گزارش داد. بنابراین به نظر می‌رسد تعلل مشکل بسیاری از دانشجویان باشد.

2. shyness

3. neurosis

4. Clinical depression

1. Self confidence

شوون برگ، لی، پای چیل و فراری [۲۷] در یک تحلیل عاملی<sup>۴</sup> گزارش نمودند که خود نظم دهی کم<sup>۵</sup> احتمالاً با تعلل ورزیدن ارتباط دارد و یا حداقل یک علت احتمالی برای رفتار تعلل آمیز است. لیم [۲۸] گزارش می‌کند که تعلل کنندگان تمایل دارند که انگیزه پیشرفت کمتری داشته باشند. او نوعی از تعلل ورزی را کشف نمود که به شخصیت کم آموز مصطلح شده است. طی تحقیقات انجام شده ارتباط متوسطی ۰.۳۸ بین تعلل و سازمان دهی برای انجام تکلیف و همچنین بین تعلل و حواس‌پرتی ارتباط متوسط قوی ۰.۴۷ گزارش شده است که فوق‌العاده ثابت است [۳ و ۹].

در حوزه ویژگی‌های روانی و شخصیتی مطالعات نشان داده اند که تعلل ورزی متغیری بسیار پیچیده است و مشکل از متغیرهای شخصیتی مشخصی است [۲۹]. برای مثال مک کان، پتزل و روپرت [۳۰] بر اساس مدل سه عاملی شخصیت آیزنک و آیزنک<sup>۶</sup> (۱۹۸۵) دریافتند که تعلل ورزی به طور مثبت با برونگرایی مرتبط است و رابطه معنی داری را با روان رنجور خویی دارد. به طوری که افراد با روان رنجوری بالا تعلل ورزی بیشتری دارند. تحقیقات حاکی از آن است که تعلل ورزی با مدل پنج عاملی شخصیت نیز رابطه دارد [۲۹، ۳۱، ۳۲]. واتسون [۲۹] در بررسی رابطه تعلل ورزی با مدل پنج عاملی شخصیت بر اساس مدل مک کری و کاستا دریافت که تعلل ورزی با جوانب وظیفه شناسی از جمله صلاحیت، نظم، فرمانبرداری، تلاش برای موفقیت، خود نظم بخشی و سخت کوشی و تعمق رابطه منفی و با جوانب روان رنجورخویی از جمله اضطراب، افسردگی، تکانشگری و حساسیت رابطه مثبت و معنی دار دارد. کاستا و مک کری [۳۳] دریافتند که عوامل روان رنجور خویی و وظیفه شناسی با تعلل ورزی رابطه دارند. همچنین برخی تحقیقات گزارش داده اند که وظیفه‌شناسی، بخصوص خرده‌مقیاس خود تنظیمی پایین پیش‌بینی‌کننده قوی تعلل ورزی است [۳۴، ۳۵ و ۳۶].

شکست، اضطراب و کمال‌گرایی را بیان می‌دارند. این عوامل در بیشتر تحقیقات مربوط به تعلل مشترک هستند [۱۵، ۱۲ و ۲۰].

طبق پژوهشی که توسط والش و آگونوبی [۲۴] بر روی یک نمونه ۹۳ نفری از دانشجویان در دانشگاه لندن انجام شده است تعلل مانند اضطراب صفت، یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای اضطراب درس آمار و ترس از کمک خواستن و همچنین ترس از معلم آمار است و بین تعلل و اضطراب امتحان و کلاس درس رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

فراری [۲۵] پژوهشی را روی ۳۰۷ دانشجوی اجرا نمود که پرسشنامه‌هایی را در مورد تعلل، کمال‌گرایی و عوامل رفتاری کامل و مطلوب فرض شده مثل عرضه خود، خود آگاهی<sup>۲</sup> و خود ناتوان سازی<sup>۳</sup> پر کردند. نتایج نشان داد که تعلل کنندگان در مقایسه با افراد غیر تعللی، تمایلات عرضه خود، خود آگاهی و خود ناتوان‌سازی بیشتری را گزارش نمودند. فراری معتقد است که انگیزه تعلل کنندگان اتخاذ رفتاری بی‌نقص و کامل مطابق با انتظارات دیگران درباره عملکرد آنهاست. از طرف دیگر، بین تعلل و خودناتوان‌سازی ارتباط قوی‌ای به دست آمد.

افرادی که خلق پایین و ضعیفی دارند زمینه مساعدتری برای بروز تعلل دارند حتی اگر رفتار آنها این گونه به نظر نرسد [۴]. هی کک [۹] در پژوهشی از دانش آموزان خواستند بگویند که بعد از تعلل ورزیدن چه احساسی دارند؟ ۸۰ درصد از جواب‌های آنان منفی حاکی از داشتن احساس نامطلوبی بود. در بررسی مشابه دیگری، یک نظر سنجی توسط یک تیم تحقیقاتی در زمینه تعلل روی ۷۰۰ پاسخگو انجام شد که ۹۴ درصد آنها پی برده بودند که تعلل کردن اثر منفی خاصی روی شاد بودن آنها دارد و ۱۷ درصد از آنها گفته بودند که این پدیده بی‌نهایت منفی می‌باشد مهم‌تر از آن تعلل کنندگان عملاً همیشه خودشان را به خاطر سهل‌انگاری شان سرزنش می‌نمایند [۲۶].

4 . Factor analysis  
5 . Self regulation  
6 . Aysink

1 . Self –presentation  
2 . Self -awareness  
3 . Self -handicapping

است و از طرفی در روانشناسی جامعه ایران موضوع جدیدی محسوب می‌شود، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین رابطه ساده و چندگانه سلامت روان و تعلق ورزشی بود.

## روش پژوهش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهرستان اسلام آباد غرب که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌داد. صد و شانزده دانش آموز دختر از پایه‌های مختلف اول، دوم و سوم در به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی‌ها پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> [۴۴] و همچنین پرسشنامه تعلق شوارزر، اشمیتز و دیهل [۴۵ و ۴۶] روی آنها اجرا شد. میانگین سنی کل آزمودنیها ۱۵/۵۶ سال (دامنه ۱۸-۱۴، SD=۱/۰۴) بود.

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است و برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار، آزمون تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

### ابزارهای سنجش

**الف. پرسشنامه سلامت عمومی:** پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ [۴۷]، تنظیم گردید. (GHQ) آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود-اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیر روان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود طراحی شده است. این پرسشنامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و حوادث آشفتہ کننده زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرند کردن افراد در شرایط حاد استفاده نمود [۴۴]. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، اما

میلگرام، باتوری و ماورر [۳۷] دریافتند که روان رنجور خوبی به ویژه تکانشگری و حساسیت (شکندگی) و اعتماد به نفس پایین و اضطراب با نمرات تعلق ورزشی رابطه دارند. سیمپسون و پای چیل [۳۸] دریافتند که هیجان خواهی و برونگرایی ۵/۲ درصد از واریانس نگرش نسبت به انگیزش‌های تعلق ورزشی را تبیین می‌کنند. نتایج پژوهش کاگان، کاکیر، ایلهان و کانمیر [۳۹] روی دانشجویان دانشگاه‌های ترکیه نشان داد که کمال‌گرایی، و وسواسی جبری بودن و پنج عاملی شخصیت متغیرهای مهم در پیش‌بینی رفتار تعلق ورزشی تحصیلی دانشجویان بودند. فابو [۴۰] در بررسی تعیین متغیرهای همبسته با تعلق ورزشی در تصمیم‌گیری در دانشجویان دریافت که شکست‌های شناختی همبستگی بسیار بالایی با تعلق ورزشی در تصمیم‌گیری دارند.

نوع جدیدی از تعلق مربوط به استفاده آسیب‌زا از اینترنت است و اشاره به کامپیوتر [۴۱] و یا وقت‌گذرانی [۲۸] دارد این حالت برمی‌گردد به افرادی که از اینترنت (در محل کار) نه برای کار (علاقه شخصی) و به منظوراتنتاب از انجام دادن وظایف کاری به خاطر ملال‌آوری، ناخوشایندی و یا چالش برانگیزی زیاد انجام می‌دهند. لاوی و پی چیل دریافتند که ۵۱٪ از پاسخ‌دهندگان تعلق ورزشی به دلیل استفاده از اینترنت را گزارش دادند. همچنین گرین فیلد و دیویس [۴۲] در نمونه پژوهشی خود عنوان کردند که کارمندان به مدت سه ساعت در هفته به فعالیت‌های اینچنینی غیر از کار مبادرت می‌ورزند.

در حوزه پژوهش‌های مداخله‌ای در ایران یاسمی‌نژاد، سیف و گل محمدیان [۴۳]، با انجام پژوهشی دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلق دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی تأثیر دارد. همچنین شهنی و همکاران [۴] نیز دریافتند که روش‌های درمان شناختی و رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش تعلق دانش‌آموزان دبیرستانی موثر است دیگر یافته‌های آنها حاکی از آن بود که میزان شیوع تعلق در جامعه دانش‌آموزی شهر اهواز (۱۷ درصد پسران و ۱۴ درصد دختران) بالا است.

باتوجه به اینکه تعلق ورزشی مشکل بسیاری از فراگیران

پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس نومیدی بک<sup>۲</sup> را بر روی ۱۰۱ آزمودنی اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش نمودند. هودیامونت و همکاران بر روی یک گروه نمونه در شهر آمستردام پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس موازنه عاطفی و پرسشنامه شرح حال آمستردام را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰/۶۰ را گزارش کردند [۴۴].

گلدبرگ و ویلیامز پایایی تنصیفی<sup>۳</sup> برای این پرسشنامه که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود را ۰/۹۵ گزارش کردند. چان پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجوی در هنگ کنگ ضریب همسانی درونی<sup>۴</sup> این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ<sup>۵</sup> ۰/۹۳ گزارش نمود. رابینسن و پرایس از ۱۰۳ بیمار که قبلاً از سکت قلبی رنج برده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل نمایند. تحلیل نتایج ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد [۴۴].

تقوی [۴۴] در جامعه ایرانی در پژوهشی بر روی ۱۶۷ دانشجوی پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) را اجرا کرد. نتایج تحلیل عوامل حاکی از وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسشنامه بوده است. عامل افسردگی شامل ۸ گویه (گویه های ۲۱ تا ۲۸)، عامل اضطراب شامل ۷ گویه (گویه های ۸ تا ۱۴)، عامل اختلال در کارکرد اجتماعی شامل ۶ گویه (گویه های ۱۵ تا ۲۰) و عامل علائم جسمانی شامل ۷ گویه (گویه های ۱ تا ۷) بوده است. در این پژوهش روایی پرسشنامه سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی<sup>۶</sup>، تنصیفی و آلفای کرونباخ<sup>۶</sup> مورد بررسی قرار گرفته است که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از سه روش روایی همزمان، همبستگی

فرم های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی در مطالعات مختلف استفاده شده است (در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است). فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر [۴۷]، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می پردازد و شامل نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت این جا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون (نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می باشد. تمام گویه های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره گذاری برای این گزینه ها وجود دارد. یکی روش نمره گذاری GHQ، که در این روش گزینه های آزمون به صورت (۰، ۱، ۱) نمره گذاری می شوند. در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم شیوه نمره گذاری لیکرت است که بر اساس این شیوه، گزینه های آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می شوند و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره گذاری، نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر می باشد. در پژوهش حاضر از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است [۴۴].

در خصوص روایی و پایایی آزمون در جامعه اصلی استفانسن و کریست جانسن پرسشنامه سلامت عمومی و شاخص پزشکی کورنل، را بر روی ۱۸۵۰ نفر در ایسلند اجرا نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۴۸ دست یافتند. چن و چن، به اجرای پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۲۲۵ نفر از دختران مدرسه ای در هنگ کنگ پرداختند. این محققین از پرسشنامه چند جنبه ای مینه سوتا<sup>۱</sup> جهت بررسی روایی همزمان استفاده نموده و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. کالمن و همکاران، دو

2 . Beck hopelessness scale  
3 . half split stability  
4 . internal consistency  
5 . test retest  
6 . Cronbach alpha

1 . Minnesota multiple personality inventory

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل، حداکثر و فراوانی معتبر خرده مقیاس های سلامت عمومی و تعلق آزمودنی ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد معتبر
اضطراب	۱۶,۱۱	۲,۸۷	۱۰	۲۰	۱۱۴
افسردگی	۱۶,۷۴	۵,۵۳	۲	۲۶	۱۱۵
کارکرد اجتماعی	۱۲,۱۴	۲,۸۲	۶	۱۸	۱۱۰
نشانه های جسمانی	۱۲,۵۳	۴,۳۹	۲	۲۰	۱۱۴
تعلق	۲۰,۵۷	۳,۹۸	۱۲	۳۰	۱۱۱

جدول ۲: ضریب همبستگی ساده بین تعلق، سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن

متغیر	اضطراب	کارکرد اجتماعی	نشانه های جسمانی	افسردگی	سلامت عمومی
تعلق ورزشی	./۲۳۵	./۱۶۷	./۱۶۵	./۳۱۱	./۲۵۱
سطح معنی داری	./۰۱۳	./۰۸۸	./۰۸۶	./۰۰۱	./۰۰۸

سلامت روان در کل وجود دارد ( $r=/.۰۰۸$  و  $p=/.۲۵۱$ ). بدین معنی که هر چه قدر میزان تعلق و تعویق در کارها در بین دانش آموزان بیشتر باشد مشکلات سلامت عمومی آنها بیشتر است. این رابطه برای خرده مقیاس های اضطراب ( $r=/.۰۱۳$  و  $p=/.۲۳۵$ ) و افسردگی ( $p=/.۰۰۱$  و  $r=/.۳۱۱$ ) بالاتر است. اما بین دیگر خرده مقیاس های کارکرد اجتماعی ( $r=/.۰۸۸$  و  $p=/.۱۶۷$ ) و نشانه های جسمانی ( $r=/.۰۸۶$  و  $p=/.۱۶۵$ ) تعلق همبستگی معنی داری مشاهده نشد.

به منظور تعیین تاثیر متغیر های سلامت عمومی (اضطراب، افسردگی، کارکرد اجتماعی و نشانه های جسمانی) بر واریانس تعلق خرده مقیاس های فوق وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۳ بیانگر نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین نمره سلامت عمومی و تعلق ورزشی است. بر اساس این نتایج میزان F مشاهده شده معنی دار

خرده آزمون ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس<sup>۱</sup> ۰/۵۵ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسشنامه با نمره کل، در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است.

**ب. پرسشنامه تعلق ورزشی:** به منظور سنجش میزان تعلق ورزشی و ورزشی دانش آموزان از پرسشنامه تعلق ورزشی که توسط شوارزر، اشمیتز و دیهل [۴۵] که یک ابزار خود گزارشی مداد کاغذی است و ۱۰ ماده دارد استفاده شد و آزمودنیها به یکی از چهار گزینه کاملاً نادرست، به ندرت درست، اغلب درست و کاملاً درست پاسخ دادند. این گزینه ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می شوند. گرفتن نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده میزان تعلق بالاست. همچنین حداقل و حداکثر نمره فرد در این آزمون ۱۰ و ۴۰ می باشد [۴۶ و ۴۷].

در ایران علامه [۴۶] ضریب روایی این پرسشنامه را از طریق همبسته کردن آن با سوال های ملاک و پرسشنامه کمال گرایی اهواز بر روی ۱۰۰ دانش آموز بدست آورد که به ترتیب برابر ۰/۶۶ و ۰/۶۴ و در سطح  $P > .۰۱$  معنی دار هستند. شواترز و همکاران [۴۵] پایایی این ابزار را ۰/۷۸ بدست آورده اند. پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۰۰ نفری به روش آلفای کرانباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۶۰ و ۰/۵۱ محاسبه شده است. شهنی و همکاران [۴] ضریب آلفای کرانباخ و تنصیف به روش گاتمن و اسپیر من براون را از طریق مقایسه با پرسشنامه تعلق ورزشی تاکنم [۴۸] به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ بدست آوردند.

## نتایج

جدول ۱ بیانگر آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش (خرده مقیاس های سلامت عمومی و تعلق است).

جدول ۲ ضریب همبستگی ساده بین تعلق و متغیر های سلامت عمومی در پژوهش را نشان می دهد. همانطور که از این جدول پیداست رابطه مثبت معنی داری بین تعلق و

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون سلامت عمومی و تعلل ورزشی

شاخص	SS	df	Ms	F	P	R	R <sup>۲</sup>	SE
مدل								
رگرسیون	۲۳۸/۴۱۰	۲	۱۱۹/۰۲۰۵	۸/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳	۰/۱۳۹	۳/۳۷۲
باقیمانده	۱۴۷۶/۶۳۶	۱۰۶	۱۳/۹۳۱					

شاخص	B	SEB	Beta	T	P
مدل					
افسردگی	۰/۲۰۵	۰/۶۵	۰/۲۸۷	۳/۱۴۷	۰/۲
اضطراب	۰/۲۹۴	۰/۱۳۵	۰/۱۹۸	۲/۱۶۸	۰/۰۳۲

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه مثبت معنی داری بین تعلل ورزشی و سلامت عمومی در کل وجود دارد. این یافته‌ها بیانگر آن هستند که براساس هدف‌های پژوهش بین برخی از متغیرهای سلامت عمومی و تعلل ورزشی همبستگی ساده و چندگانه وجود دارد. بدین معنی که با افزایش مشکلات سلامت عمومی بخصوص اضطراب و افسردگی میزان تعلل ورزشی و تعویق در کارها در بین دانش آموزان افزایش پیدامی کند. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های سالامون و روت بلوم [۱۵]، روت بلوم و همکاران [۱۳] میلگرام [۱۹]، فراری [۲۵] والش و آگنوبی [۲۴] مبنی بر رابطه مثبت معنی دار بین اضطراب و افسردگی با تعلل ورزشی مطابقت دارد.

درخصوص نتیجه فوق تبیین‌های احتمالی را می‌توان به شرح زیر اعلام کرد: تعلل با نگرانی‌های خاصی مثل ترس از شکست، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی و کمروبی مرتبط است و این امر نشان می‌دهد که فرد تعلل کننده معمولاً به دلیل نوعی اضطراب شخصی یا اجتماعی رفتار پرهیز از کار و تعلل را اتخاذ می‌کند درواقع تعلل تحصیلی<sup>۱</sup> با سطوح مساله‌زایی از اضطراب توأم است [۱۵].

افسردگی بالینی چندین ویژگی دارد که منجر به تعلل می‌شود از آنجا افراد افسرده اغلب قادر به لذت بردن از زندگی نیستند و به کمبود انرژی مبتلا هستند لذا در انجام

است ( $P < .001$ ) و  $.13$ . واریانس مربوط به تعلل ورزشی توسط متغیرهای سلامت عمومی تبیین می‌شود ( $R^2 = .13$ ). ضرایب رگرسیون بیانگر آن بود که تنها متغیرهای افسردگی و اضطراب می‌توانند واریانس تعلل ورزشی را به صورت معنی دار تبیین کنند. ضریب تاثیر افسردگی ( $B = .205$ ) با توجه به آماره T نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند تغییرات مربوط به تعلل را پیش‌بینی کند. یعنی افزایش افسردگی سبب افزایش سطح تعلل می‌شود. درخصوص تغییرات متغیر اضطراب نیز ضریب تأثیر افسردگی ( $B = .294$ ) است و با توجه به آماره T چنین استنتاج می‌شود که اضطراب می‌تواند تغییرات مربوط به تعلل ورزشی را تبیین کند. به عبارت دیگر مقدار  $Beta$  در متغیرهای افسردگی و اضطراب بالا است و از طرفی سطح معنی داری نیز پایین است لذا این دو متغیر قدرت بالایی را در پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی تعلل ورزشی دارند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس نشان‌دهنده آن است که بین دانش آموزان رشته‌های ریاضی، انسانی و تجربی از نظر متغیرهای تعلل، افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و کارکرد اجتماعی و سلامت عمومی در کل تفاوت معنی داری وجود ندارد. (ر.ک. به جدول ۵ و ۴)

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه تعلل ورزشی و سلامت عمومی در دانش آموزان دبیرستانی صورت گرفت.

1. Academic procrastination

جدول ۴: آزمون F برای مقایسه دانش آموزان رشته های مختلف تحصیلی (انسانی، تجربی و ریاضی) بر اساس متغیر تعلل

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	
.۱۱۸	۱/۷۴۶	۲۶/۴۰۴	۶	۱۵۸/۴۲۳	بین گروه ها
		۱۵/۱۲۵	۱۰۲	۱۵۴۲/۷۱۴	درون گروه ها
			۱۰۸	۱۷۰۱/۱۳۸	کل

جدول ۵: آزمون F برای مقایسه دانش آموزان رشته های مختلف بر اساس متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات		
.۵۴۴	.۸۳۷	۶/۵۴۷	۶	۳۹/۲۸۴	بین گروه ها	اضطراب
		۷/۸۲۷	۱۰۵	۸۲۱/۸۲۳	درون گروه ها	
			۱۱۱	۸۶۱/۱۰۷	کل	
.۸۹	۱/۸۹۳	۱۴/۰۳۵	۶	۸۴/۲۱۱	بین گروه ها	کارکرد اجتماعی
		۷/۴۱۴	۱۰۱	۷۴۸/۸۶۳	درون گروه ها	
			۱۰۷	۸۳۳/۰۷۴	کل	
.۹۱۵	.۳۳۸	۶/۷۸۷	۶	۴۰/۷۲۱	بین گروه ها	نشانه های جسمانی
		۲۰/۰۸۴	۱۰۵	۲۱۰۸/۸۴	درون گروه ها	
			۱۱۱	۲۱۴۹/۵۶۳	کل	
.۴۷۳	.۹۳۵	۲۹/۱۸۹	۶	۱۷۵/۱۳۵	بین گروه ها	افسردگی
		۳۱/۲۱۴	۱۰۶	۳۳۰۸/۶۳۵	درون گروه ها	
			۱۱۲	۳۸۸۳/۷۷۰	کل	
.۵۱۸	.۰۸۷۲	۱۷۲/۹۹۳	۶	۱۰۳۷/۹۵۸	بین گروه ها	سلامت عمومی
		۱۹۸/۴۳۹	۱۰۴	۲۰۶۳۷/۶۸۲	درون گروه ها	
			۱۱۰	۲۱۶۷۵/۶۴۰	کل	

و کلاس درس رابطه مثبت معنی داری بدست آمد. بر اساس نظریه بک و الیس غالباً مبتلایان به افسردگی از خطاهای شناختی رنج می برند. خطاهای شناختی و باورهای غیر منطقی به تدریج احساس خود سرزنشگری<sup>۱</sup> و احساس منفی نسبت به خود را در آنها موجب می شود. در تایید این مدعا همانطور که در پیشینه آمد فراری [۱۷] نشان داد که تعلل کنندگان در مقایسه با غیر تعلل کنندگان، تمایلات عرضه خود، خود آگاهی و خود ناتوان

کارها تعلل می ورزند. در واقع افراد داری افسردگی بر مشکلات تمرکز دارند تا بر راه حل ها. این موارد علایمی هستند که انجام کار را دشوار می کنند. نگاهی به پیشینه پژوهش چنین نمایان می سازد که افسردگی، روان رنجوری و احساسات مثبتی بر عدم کنترل بر شرایط و موقعیت ها با تعلل رابطه دارد. افراد تعلل ورز تمایل به تحمل شکلهای مختلف رفتارهای منفی دارند و بین تعلل ورزی و روان رنجوری ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد [۳۷، ۲۹، ۱۵ و ۳۹]. طبق پژوهشی که توسط والش و آگونوی [۲۴] انجام شد تعلل ورزی و اضطراب امتحان

1 . Self blaming

## منابع

۱. سادوک، ب. ج و سادوک، و. آ. (۱۳۸۳). خلاصه روانپزشکی ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
  ۲. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۳). بهداشت روانی، چاپ سوم، تهران: نشر قوموس.
  3. Steel, P. (2004). The nature of procrastination: A Meta analytic study. retrieved July 12, 2005, from. [http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2004\\_07.pdf](http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2004_07.pdf).
  ۴. شهنی ییلاق، منیجه؛ و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی شیوع تعلل و تاثیر روشهای درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار بر کاهش آن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز. مجله روانشناسی دانشگاه شهید چمران. شماره ۳، ص ۲ و ۳.
  5. Ellis, A., and Knaus, W. J (1977). Overcoming procrastination, Institute for Rational Living, New York.
  ۶. الیس، آبرت.، و جیمز نال، ویلیامز. (۱۳۸۶). روانشناسی اهمال کاری. ترجمه: محمد علی فرجاد، تهران: انتشارات رشد.
  7. OBrien, 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 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. Lay C. H. and Schouwenburg, H. C. ( 1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior, Journal of Social Behavior and Personality 8 (1993), pp. 647-662.
- سازی بیشتری را گزارش نمودند، و بین تعلل ورزشی و خود نا توان سازی ارتباط قوی ای به دست آمده است [۳]. همچنین افرادی که خلق پایین و ضعیفی دارند زمینه مساعدتری برای بروز تعلل دارند حتی اگر رفتار آنها این گونه به نظر نرسد [۴]. به نظر می رسد که رابطه علت معلولی حلقوی در این میان وجود داشته باشد. زیرا همانطور که هی کک [۹] عنوان نمود دانش آموزان بعد از تعلل ورزشی داشتن احساس نامطلوبی را دارند. در کل تعلل کردن اثر منفی خاصی روی شاد بودن افراد دارد [۴].
- دیگر یافته های پژوهش نشان داد که بین دانش آموزان رشته های مختلف از نظر میزان تعلل ورزشی تفاوت معنی داری وجود ندارد. چنین به نظر می رسد که تعلل ورزشی مشکلی شایع در بین دانش آموزان باشد. همانطور که در قبل آورده شد مشکل تعلل برای بسیاری از دانش آموزان شایع است و تحقیقات قبلی نیز چنین چیزی را تایید می کنند [۴، ۷]. محدودیت های جامعه پژوهش و نوع پژوهش محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها و تفسیر ها و اسنادهای علت شناختی متغیر های مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شود. علاوه بر این مشکلاتی احتمالی مربوط به ابزار مورد استفاده در پژوهش را نباید از نظر دور داشت بخصوص که برخی سوالات پرسشنامه تعلل مربوط به تکالیفی غیر از تکالیف تحصیلی (از جمله تاخیر پست کردن نامه) است. لذا انجام پژوهش های بیشتر برای بررسی دقیقتر رابطه تعلل ورزشی و متغیر های شخصیتی پیشنهاد می شود. علاوه بر یافته های غیر بالینی. محققان لازم است که به آزمایش رویکردهای مختلف مشاوره و روان درمانی<sup>۱</sup> فردی و بخصوص گروهی در زمینه کاهش تعلل بپردازند. انجام پژوهش حاضر در دیگر مقاطع و روی پسران می تواند نتایج مفیدی را به بار آورد. بی شک بررسی دقیق تر عوامل تعلل ورزشی به منظور به اتخاذ راه کارهایی جهت افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان یک ضرورت انکار ناپذیر محسوب می شود.



23. Felt, J. L. , Blankstein, K. R. , Hewitt, P. L. , & Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in colleague students. *Journal of social behavior and personality*, 20, 85-94.
24. Walsh, J. J., & Ugumba-Agwunobi, G. (2002). Individual differences in statistics anxiety: The roles of perfectionism, procrastination and trait anxiety. *Personality and Individual Differences*, 33, 239-251.
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. 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.
27. 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.
28. Lim, V. K. G. (2002). The IT way of loafing on the job: Cyberloafing, neutralizing, and organizational justice, *Journal of Organizational Behavior* 23 (2002), pp. 675-694.
29. Watson, D. C. (2001). Procrastination and the five-factor model: A facet level analysis. *Personality and Individual Differences*, 30, 149-158.
30. McCown, W. , Petzel, T. , & Rupert, P. (1987). An experimental study of some hypothesized behaviors and personality variables of college student procrastinators. *Personality and Individual Differences*, 8, 781-786.
31. Schouwenburg, H. , & Lay, C. (1995). Trait procrastination and the Big-Five factors of personality. *Personality and Individual Differences*, 18, 481-490.
12. Lay, C (1986). At last, my research article on procrastination, *Journal of Research in Personality* 20 (1986), pp. 474-495.
13. Rothblum, E. D. Solomon, L. J & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators, *Journal of Counseling Psychology* 33 (1986), pp. 387-394.
14. Muszynski S. Y. and Akamatsu, T. J. (1991). Delay in completion of doctoral dissertations in clinical psychology, *Professional Psychology: Research and Practice* 22 (1991), pp. 119-123.
15. Solomon L. J. & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates, *Journal of Counseling Psychology* 31 (1984), pp. 503-509.
16. Arvey, R. D., Rotundo, M. , Johnson, W. , & McGue, M. (draft copy). The determinants of leadership: The role of genetics and personality. Unpublished manuscript, Minneapolis.
17. Ferrari, J. R. (1998). Procrastinators and perfect behavior: An exploratory factor analysis of self-presentation, self-awareness, and self handicapping components. *Journal of Research in Personality*, 26, 75. ۸۴
18. Blatt, S. J., & Quinn, P. (1967). Punctual and procrastinating students: A A personal project-analytic and action control perspective, *Personality and Individual Differences* 28 pp. 153-167.
19. Milgram, N. A. , Batori, G. , & Mowrer, D. (1993). Correlates of academic procrastination. *Journal of school psychology*, 31, 478-500.
20. Ferrari, J. R. (1991). Self-handicapping by procrastinators: Protecting self esteem, social-esteem, or both? *Journal of Research in Personality*, (25)245-261.
21. McCown, W. , Jhonson, J. , & Petzel, T. (1989). Procrastination a principal components analysis. *Journal of personality and individual differences*, 10, 197-202.
22. Saddler, C. D. , & Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84, 686-688.

41. Lavoie J. & Pychyl T. A. (2001). Cyber-slacking and the procrastination superhighway: A web-based survey of online procrastination, attitudes, and emotion, *Social Science Computer Review* 19 (2001), pp. 431-.
42. Greenfield D. N. , and Davis, R. A. (2002). Greenfield and Davis, Lost in cyberspace: The web @ work, *Cyber Psychology & Behavior* 5 (2002), pp. 347-35.
۴۳. یاسمی نژاد پریسا، سیف، علی اکبر و گل محمدیان، محسن. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش تعلل ورزی و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان اسلام آباد غرب. همایش منطقه ای سلامت روانشناختی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۴۴. تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روانشناسی* ۲۰، ۹۸-۳۸۱.
45. Schwarzer, R. , Schmitz, G. , Diehl, M. (2000). Compensatory health beliefs. Scale development and psychometric properties. Available in [www.psychology.mcgill.ca/perp/fac/knaeuper/cnb](http://www.psychology.mcgill.ca/perp/fac/knaeuper/cnb). *Psychological medicine*, 9, 139-145.
۴۶. علامه، عاطفه (۱۳۸۴). بررسی رابط ساده و چند گانه عزت نفس، اضطراب اجتماعی، کمال گرایی و تعلل با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان در دانش آموزان دختر سال اول دبیرستانهای اهواز. پایان نامه (کارشناسی ارشد). دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
47. Goldberg, D. P. & Hiller V. F. (1979). A scale of the general health questionnaire Educational and psychological measurement, 51, 473-480. Tuckman, B. W. (1991). The developmental and concurrent validity of the procrastination scale.
32. Johnson, J. L. , & Bloom, A. M. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 18, 127-133.
33. Costa, P. T. , & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
34. Lay, C. , Kovacs, A. , & Danto, D. (1998). The relation of trait procrastination to the big five factor conscientiousness: An assessment with primary-junior school children based on self-report scales. *Personality and Individual Differences*, 25, 187-193.
35. Lee, D., Kelly, R., K., & Edwards, K., J (2006). A closer look at the relationships among trait procrastination, neuroticism, and conscientiousness. *Journal of Personality and Individual Differences* 40 (2006): 27-37.
36. Ferrari, J. R. , Diaz-Morales, J. F. , O'Callaghan, J. , Diaz, K. , & Argumedo, D. (2007). Frequent behavioral delay tendencies by adults: International prevalence rates of chronic procrastination. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 458-464.
37. Milgram, N. , Batori, G. , & Mowrer, D. (1993). Correlates of academic procrastination. *Journal of School Psychology*, 31, 487-500.
38. 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.
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 (2010) 2121-2125.
40. Fabio, A. , D (2006). Decisional procrastination correlates: personality traits, self-esteem or perception of cognitive failure? Springer Science & Business Media B. V. 2006. *Journal of Int J Educ Vocat Guid* (2006) 6:109-122.

# اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

نویسندگان: آزاده بختیاری<sup>۱\*</sup>، حمیدطاهر نشاط دوست<sup>۲</sup>، احمد عابدی<sup>۳</sup> و  
معصومه صادقی<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی
  ۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان
  ۳. استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان
  ۴. دانشیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه اصفهان
- \* Email: bakhtiari\_azadeh@yahoo.com

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود. به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشار خون که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. روش پژوهش آزمایشی بود. ابزارهای مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه اضطراب بک و دستگاه فشار سنج جیوه ای. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند. داده های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی می تواند اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون را کاهش دهد.

**کلیدواژه ها:** اضطراب، فشارخون، گروه درمانی، مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی.

## روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۰/۳/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیستم- دوره جدید  
شماره ۸  
بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

اختلالات قلبی عروقی بیماریهایی هستند که دستگاه قلبی و گردش خون را درگیر می سازند و یکی از عوامل اصلی مرگ و میر مردان و زنان متعلق به قومیت های مختلف می باشند [۱].

بیماری فشارخون بالا که در اصطلاح پزشکی هیپرتانسیون<sup>۱</sup> یا پرتنشی نامیده می شود یکی از شایعترین بیماریهای قلبی عروقی است و باعث می شود تا فرد بیشتر در معرض آترواسکلروز<sup>۲</sup> یا تصلب شرایین (مسدود شدن رگها)، سکت قلبی، سکت مغزی و نارسایی کلیوی قرار بگیرد [۲]. بیماری فشارخون بالا مستلزم داشتن فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ درجه سیستولی<sup>۳</sup> و ۹۰ درجه دیاستولی<sup>۴</sup>) و پیوسته (معمولاً در طول چندین هفته یا ماه) است [۳]. از نظر اتیولوژی معمولاً فشارخون بالا را به دو دسته اولیه<sup>۵</sup> (اساسی<sup>۶</sup>) و ثانویه<sup>۷</sup> تقسیم می کنند، فشارخون اولیه هنگامی گفته می شود که نتوان علت مشخصی برای آن یافت و بدون هیچ بیماری زمینه ای ایجاد می شود و فشارخون ثانویه را هنگامی به کار می برند که می توان علتی برای بالا رفتن فشارخون یافت و علت گوناگونی از جمله علل عصبی، دارویی، آندوکرینی قلب و کلیوی دارد، لذا درمان بیماری زمینه ای باعث علاج آن خواهد بود [۴].

در اکثر افراد مبتلا به هیپرتانسیون در تمام دوره بیماری، علائم و نشانه هایی که از وجود بیماری حکایت کنند اندک هستند و یا اصلاً وجود ندارند، بنابراین افراد مبتلا در میان اجتماع ناشناخته هستند و معمولاً بیماری هنگامی شناخته می شود که عوارض تاسف بار آن نظیر حوادث مغزی، قلبی و ... بروز می کند و هر روز تعداد زیادی از افراد جامعه بدون اینکه پیش از آن علائم و نشانه هایی داشته باشند به کام مرگ می روند [۲].

1. Hypertension
2. Atherosclerosis
3. Systolic
4. Diastolic
5. Primary
6. Essential
7. Secondary

واقع اگر آدیام فشار خون خود را واری نکنند ممکن است سالیان دراز بدون آگاهی از اینکه فشارخون بالا دارند بسر برند، به همین خاطر این بیماری به قاتل خاموش<sup>۸</sup> شهرت دارد [۱].

شیوع بیماری فشارخون در جوامع رو به توسعه افزایش چشمگیری دارد. نزدیک به ۲۵٪ افراد بالغ به بیماری فشارخون بالا مبتلا هستند. در کشور ایران شیوع فشارخون بالا بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲٪ است که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می باشد [۵]. از عوامل خطرآفرین و پیش بینی کننده فشارخون بالا می توان به ارث، ژنتیک، وزن، تغذیه، مصرف الکل، فعالیت بدنی کم و عوامل روانی اجتماعی و زیست محیطی اشاره کرد [۵]. تنشها و مسایل خانوادگی و استرسهای محیطی نیز از عوامل خطر ساز این بیماری هستند [۲]. در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) فشارخون به عنوان یکی از بیماریهای روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است [۶]. میزان کلی افزایش فشارخون با حالت های هیجانی یا وضعیت های محیطی ارتباط دارد [۱]. بررسی های مختلف تاثیر عوامل گوناگون روانی از جمله اضطراب و استرس را در ایجاد و گسترش بیماری های قلبی و عروقی از جمله فشارخون نشان داده اند [۲].

سازوکارهای فیزیولوژیکی تنظیم کننده فشارخون ممکن است تحت تاثیر فشار روانی قرار بگیرند. در این میان فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک یک عامل کلیدی به شمار می آید [۲]. به گفته بوریسکو وقتی دستگاه عصبی خودمختار مقدار زیادی هورمون استرس آزاد می کند، پیامدهای فیزیولوژیکی متعددی به همراه دارد که از جمله آنها می توان به فشارخون، زخم معده و میگرن اشاره کرد [۷]. شرایط تنش زای گوناگونی مورد واری قرار گرفته اند تا نقش آنها در سبب شناسی فشارخون بالا مشخص گردد. معلوم شده است که مصاحبه های تنش زا،

8. Silent killer

فجایع طبیعی نظیر زلزله و فشار روانی شغلی همگی باعث افزایش کوتاه مدت در فشارخون می گردند [۱].  
اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. علاوه بر آن، افسردگی غالباً با افزایش هورمونهای استروئیدی همراه است و این هورمونها موجب افزایش فشارخون و آسیب دیدن شرایین می گردند [۱]. توجه به ویژگیهای شخصیتی و شیوع همزمان مشکلات روانشناختی در مبتلایان به فشارخون نیز حائز اهمیت است. نتایج برخی پژوهشها نشان داده است که افراد مبتلا به فشارخون نسبت به افراد سالم بیشتر افرادی عصبی، حساس و نگران هستند [۲].

عمده ترین راه درمان فشارخون دارو می باشد، لیکن با گذشت زمان بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها- خواب آلودگی، سرگیجه و مشکلات نعوظی- از یکسو و رشد رویکردهای رفتاری از سوی دیگر باعث گردید تا بسیاری از پژوهشگران برای درمان پرتنشی اساسی در جستجوی درمانهای غیردارویی برآیند [۱]. در دهه های اخیر علاوه بر مصرف دارو از مداخلات رفتاری و روانشناختی یا تغییر سبک زندگی نیز برای پیشگیری و کنترل این بیماری استفاده شده است. اثربخشی این مداخلات در تحقیقات گوناگون تایید شده است [۵].

روشهای غیردارویی ممکن است برای درمان فشارخون خفیف ترجیح داده شود یعنی دارای اثرات ضد فشارخون کافی برای پایین آوردن فشارخون در حد ایمن در بسیاری از بیماران با فشارخون خفیف باشد به طوری که نیازی به داروهای ضد فشارخون نداشته باشند، البته این روشها در سایر افراد تحت درمان دارویی نیز استفاده می گردد.

از جمله درمانهای روانشناختی موثر در بیماری فشارخون می توان به درمانهای شناختی رفتاری، مدیریت استرس، آرمیدگی عضلانی، پسخوراند زیستی، رواندرمانی حمایتی، کنترل خشم، تغییر شناخت و تغییر سبک زندگی (کاهش وزن، محدود ساختن مصرف نمک، ورزش منظم، ترک سیگار و الکل و...) اشاره کرد که در پژوهشهای

گوناگون مورد بررسی قرار گرفته اند [۱].  
در پژوهش حاضر تصمیم به اجرای ۱۰ تکنیک مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی<sup>۱</sup> گرفته شد که آدریان ولز در مقاله خود<sup>۲</sup> کاملاً آموزش داده است [۸]. این درمان به صورت گروهی و در هشت جلسه انجام شد. طبق مقاله ذکر شده این تکنیکها تاکنون تاثیر بسزایی بر اختلالات هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است که با توجه به توضیحاتی که در بالا در مورد تاثیر اضطراب و افسردگی و عوامل روانشناختی بر بیماریهای نظیر فشارخون داده شد گمان میرفت که این تکنیکها با اثر مستقیم بر روی این عوامل بتواند بطور غیرمستقیم بر شدت فشارخون آنان تاثیر گذاشته و آن را کاهش دهد.

یکی از مهمترین و اثرگذارترین مدل‌های تبیین اختلالات روانی در سالهای اخیر، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۳</sup> ولز و متیوز بوده است [۹]. در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می‌توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی- شناختی<sup>۴</sup> (CAS) نامیده می‌شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه اندازی می‌شود [۸]. CAS به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم سازی اطلاعاتی که می‌توانند ارزیابی‌ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند و یافتن منابع توجهی جدید به منظور ارائه پاسخهای سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی- بین فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام‌بخشی روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. براساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان نباید فقط بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می‌شود) تمرکز کند، بلکه باید

1. Metacognitive Model of Detached Mindfulness  
2. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques  
3. Self-Regulatory Executive Function Model  
4- Cognitive- Attentional Syndrome

مدت است. این باورها عوامل فراشناختی هستند و حداقل شامل بخشی از طرح‌های پردازش می‌باشند [۸]. پژوهشهایی که به طور مستقیم به موضوع این پژوهش بپردازد، در مدارک و منابع معتبر علمی در دسترس یافت نشد اما سعی شده است پژوهش‌های مرتبط با متغیرهای پژوهش ذکر شوند.

در پژوهشی بر روی یک نمونه ۳۰۰۰ نفری نشان داده شد که عوامل روانشناختی با افزایش فشارخون مرتبط است به طوری که فشارخون به میزان ۸۲٪ با اضطراب بالا افزایش یافت و افسردگی بالا با افزایش ۸۰ درصدی در وقوع فشارخون در ارتباط بود [۱۰].

در پژوهش دیگری این نتیجه به دست آمد که افراد مبتلا به فشارخون در مقایسه با افراد عادی دچار خصومت و اضطراب بیشتری می‌شوند و صفات ثابت شخصیتی از قبیل خصومت و اضطراب می‌تواند هم به عنوان پیشایندها و هم به عنوان پیامدهای فشارخون مطرح باشد [۱۱].

پژوهش دیگری نشان داد که در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماری قلبی شیوع اختلالات روانپزشکی (اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، سوءمصرف مواد) در طول عمر بیشتر است و در میان این اختلالات شیوع اختلال اضطرابی اخیر (در ۶ ماه گذشته) به طور قابل توجهی در این بیماران بیشتر می‌باشد [۱۲].

پژوهش دیگری تحت عنوان فشارخون و شخصیت نشان داد که افراد مبتلا به پرتنشی، جراتمندی کمتر، اضطراب بیشتر و خشم ابرازنشده بیشتری را نشان می‌دهند [۱۳].

در آزمایشی تجربی بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجباری برای تغییر باورهای آنها از تکنیک ذهن آگاهی انفصالی استفاده شد که تاثیر مهمی بر افکار اجباری آنان داشت و این موقعیت توانست کاهش مهمی بر باورهای منفی و اضطراب آنان ایجاد کند. همچنین درمان فراشناختی بر روی این اختلال باعث رشد نگرشهای انفصالی، کنترل و اجتناب در آنان گردید که نشانه تاثیرگذاری درمان بود [۱۴].

مستقیماً بر تعدیل CAS و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از بااهمیت‌ترین راهکارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن آگاهی انفصالی<sup>۱</sup> (DM) است [۸]. ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روانشناختی و نقطه مقابل ناسازگار با CAS می‌دانند. به‌طور کلی، ذهن آگاهی انفصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی‌گیرد.

هدف از آموزش و تمرین این گروه از تکنیکهای شناختی را می‌توان تسهیل موارد زیر دانست: رشد شیوه فراشناختی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی رفتاری، رشد طرحهای جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خودتنظیمی، افزایش پردازشهای عدم تاییدی و معطوف به اصلاح باورهای ناکارآمد و ممانعت از فعالیت CAS در پاسخ به راه اندازها [۸].

مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی مهمترین شاخه‌ها را برای فهم شیوه عمل ذهن آگاهی انفصالی به ما نمایش می‌دهد. اثرات شفافبخش ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند در جاهای مختلف و بر روی گستره‌ای از مکانیسم‌ها و پردازش‌ها اتفاق افتد.

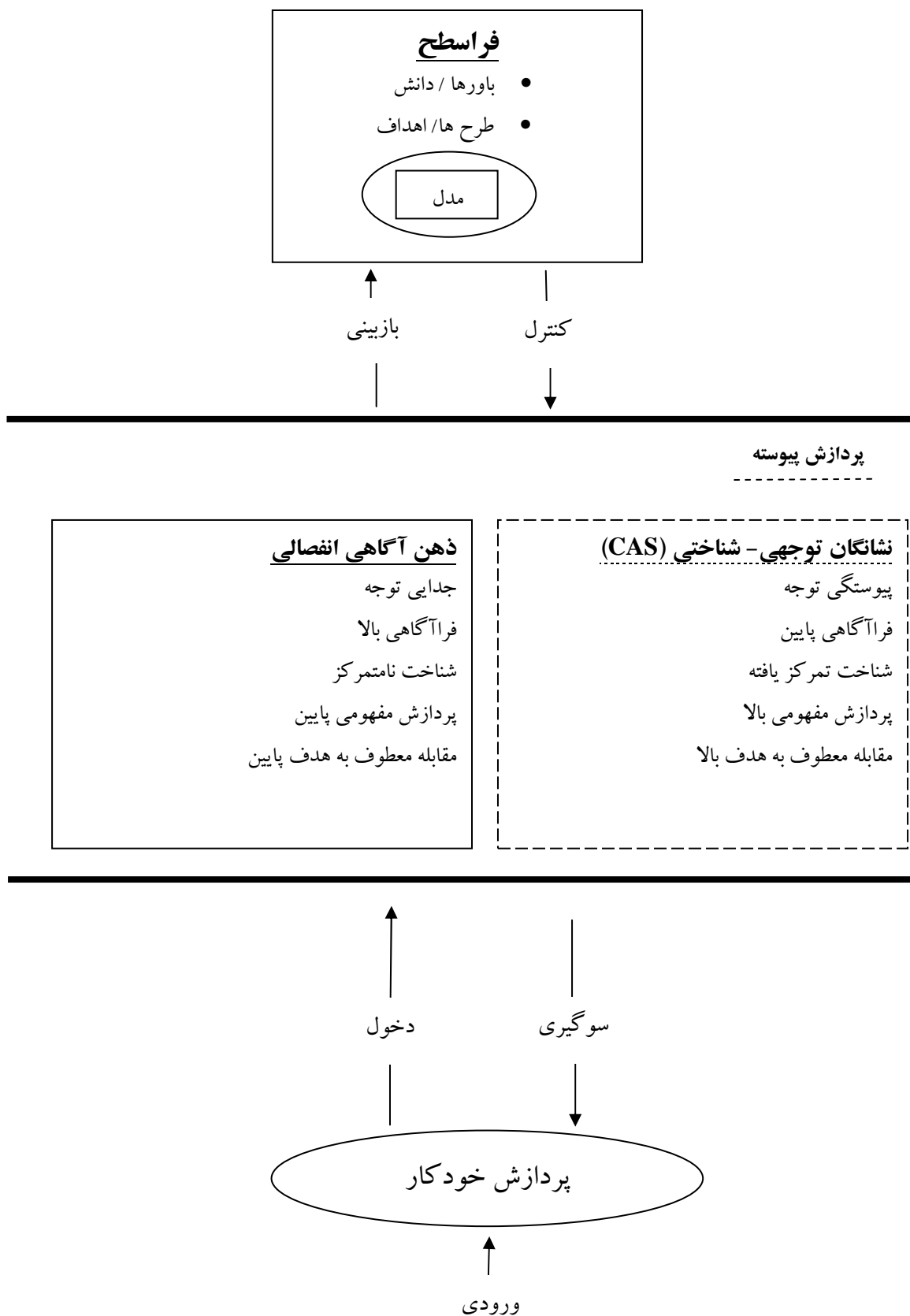
سطوح این مدل شامل این موارد است (شکل ۱):

سطح اول: سطح پایین‌تر است که بر اساس محرک‌ها بر انگیزخته می‌شود و خارج از دانش آگاهانه است، اما تولیدات آن ممکن است به آگاهی راه پیدا کنند. پردازش این سطح، خیلی وابسته به منابع شناختی نبوده و به مقدار قابل توجهی انعکاسی است.

سطح دوم: یک سطح پردازشی کنترل شده پیوسته<sup>۲</sup> است که شامل ارزیابی آگاهانه از وقایع، کنترل فکر و عمل می‌باشد.

سطح سوم: منبع دانش خود (باورها) در حافظه بلند

1. Detached Mindfulness  
2. On-Line



شکل ۱: مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی

مقایسه جامعی را میان درمانهای روانشناختی بیماران مبتلا به فشارخون خفیف انجام شد. در این بررسی تعداد ۱۵۸ بیمار مبتلا به فشارخون خفیف را به طور تصادفی در ۵ گروه شامل آموزش آرمیدگی، آموزش آرمیدگی همراه با بازسازی شناختی، آموزش آرمیدگی همراه با بازخورد زیستی، آموزش آرمیدگی همراه با تغییر رفتار (کاهش مصرف نمک، سیگار و کافئین) و آمیزه‌ای از آرمیدگی، بازخورد زیستی و بازسازی شناختی قرار داد و این گروه‌ها را با یک گروه گواه که فقط فشارخون آنها اندازه‌گیری می‌شد مقایسه کرد. طبق نتایج میان اندازه‌های فشارخون ۵ گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش معناداری مشاهده شد و از میان گروه‌های مداخله گروه آرمیدگی همراه با درمان شناختی بیشترین کاهش را در فشارخون داشته است [۲۰].

نتایج دیگری نشان داد که آموزش مدیریت اضطراب در درمان بیماری فشارخون اساسی نتایج مثبت و معناداری دارد [۲۱].

در پژوهشی اثربخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشارخون و افزایش شادمانی بیماران مبتلا به فشارخون بالا را بررسی شد. در این طرح نیمه تجربی تعداد ۳۰ آزمودنی به روش تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از پنج جلسه آموزش نتایج حاکی از آن بود که آموزش شادکامی بر کاهش فشارخون و افزایش شادمانی موثر بوده است ( $p=0,01$  در فشارخون سیستولیک و  $p=0,001$  در فشارخون دیاستولیک و  $p=0,001$  در شادکامی) [۲۲].

در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر پرداخته شد. در این مطالعه تجربی تک موردی ۶ آزمودنی مرد وابسته به مواد مخدر بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شده و به ترتیب تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی یا تکنیکهای توجه برگردانی را دریافت نمودند. بعد از هشت جلسه درمان و یک و نیم

پژوهشگران دیگری درمان فراشناختی را بر روی مبتلایان به اختلال PTSD آزمایش کردند که نشان دهنده دستیابی بیماران به ذهن آگاهی انفصالی بود. بازسازی افکار مزاحم مربوط به حادثه با ذهن آگاهی انفصالی، راهبردهای کاهش نگرانی و جلوگیری از نظارت آسیب زا در بازسازی شناخت و درمان آنها موثر بود [۱۵].

آموزش تکنیک توجه برگردانی از خود به سوی محیط بیرونی برای کاهش اضطراب و باورهای غلط در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی موثر بود [۱۶].

تکنیک توجه برگردانی بر روی اختلالاتی چون پانیک، خودبیمارانگاری، افسردگی اساسی عودکننده و فوبی اجتماعی بسیار موثر بوده است [۸].

نتایج درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که یازده بیمار (۶ زن و ۵ مرد) با میانگین سنی ۴۹ سال (۳۶-۷۲) که در کلاسهای خاص این نوع درمان شرکت می‌کردند درمان را کامل کرده و کاهش مهمی در اضطراب و نشانه‌های افسردگی آنها مشاهده گردید [۱۷].

در یک موقعیت آزمایشی به بررسی اثربخشی سه شیوه درمانی مدیتیشن، تن آرامی عضلانی تدریجی و آموزش سبک زندگی بر شدت فشارخون ۱۱۱ آفریقایی آمریکایی مسن پرداخته شد طبق نتایج این پژوهش مدیتیشن در مقایسه با آموزش سبک زندگی باعث کاهش بیشتر فشارخون شد که این مقدار بیش از ۱۰,۷ میلیمتر برای فشارخون سیستولیک ( $p=0,0002$ ) و ۶,۴ میلیمتر برای فشارخون دیاستولیک بود ( $p=0,0001$ ). مداخله تن آرامی عضلانی تدریجی نیز موثر بود اما در مقایسه با مدیتیشن اثرات کمتر و در مقایسه با آموزش سبک زندگی اثرات بیشتری بر شدت فشارخون داشت و اثرات مدیتیشن نیز برتر از تن آرامی عضلانی تدریجی بود [۱۸].

در مطالعه کنترل شده‌ای نشان داده شد که درمانهای رفتاری استاندارد و گام به گام فشارخون بالا مانند تکنیکهای مدیریت استرس و تن آرامی می‌توانند میزان نیاز به داروهای ضد فشارخون را در بیماران مبتلا به فشارخون کاهش دهند [۱۹].



گرفتند. نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر این روش در بهبود علائم کلی و سواس و بهبود در علائم شستشو، واریسی، تردید و سواسی و نشخوار ذهنی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایشی بود [۲۷].

در پژوهشی هم اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی را بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس بررسی کردند. در این پژوهش ۲۴ بیمار به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از هشت جلسه درمان بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس، میانگین نمرات باورهای هراس در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه گواه کاهش یافت ( $p < 0,05$ ) [۲۸].

باتوجه به تمهیدات یادشده، مسأله اساسی تحقیق حاضر اینست که آیا درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهنی آگاهی انفصالی می تواند اضطراب و فشار خون زنان مبتلا به فشار خون را کاهش دهد.

## روش

### • طرح تحقیق

طرح پژوهشی این پژوهش که از نوع تجربی بود به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که هر دو گروه سه نوبت مورد اندازه گیری قرار گرفتند (در هر نوبت اندازه گیری فشارخون، از هر بیمار ۳ بار اندازه گیری انجام گرفت و میانگین آنها در روشهای آماری مورد استفاده قرار گرفت).

### • آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زنی بودند که در سال ۱۳۸۹ به مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره(س) مراجعه کرده و تشخیص فشارخون و اضطراب گرفتند. از این میان، بیمارانی که دارای ضوابط ورود (مونث، ۳۰ تا ۵۵ سال، دیپلم به بالا، دارای فشار خون اولیه خفیف (۹۰-۱۱۰) و متوسط (۱۴۰-۱۶۰) و اضطراب خفیف (نمره ۸-۱۵ از پرسشنامه اضطراب بک)، رژیم دارویی مشابه) و فاقد معیارهای خروج (بیماری جسمی و

ماه پیگیری نتایج نشان داد که تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیکهای توجه برگردانی دارای اثربخشی بیشتری بوده است (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪) [۲۳].

دیگر پژوهشگران اثربخشی مدل فراشناختی را در درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش که بر روی پسر ۱۸ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد تاثیر این مدل تایید گردید [۲۴].

در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربیمار بررسی گردید. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجوی به طور تصادفی و از بین این افراد به حکم قرعه ۳۰ دانشجویی که نمراتشان در آزمون افسردگی بک ۱۵ و بالاتر بود انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایشی طی هشت جلسه هفتگی ۱,۵ تا ۲ ساعته تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. گروه شاهد هیچ گونه آموزش درمانی دریافت نکرد. یافته های این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می دهد [۲۵].

در پژوهشی نیز به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می پردازد. در این پژوهش ۳۶ بیمار افسرده (۱۲ مرد و ۲۴ زن) به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از هشت جلسه درمان گروهی نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود به طوری که در نمرات بدست آمده از پرسشنامه های افسردگی، نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش محسوسی دیده شد ( $p < 0,01$ ) [۲۶].

در پژوهش دیگری تاثیر آموزش روی ذهن آگاهی را بر میزان اختلال و سواس- اجباری بررسی کرد. در این پژوهش ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال و سواس- اجبار به روش تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه به صورت فردی به مدت شش جلسه تحت درمان قرار

۶- تکلیف ببر ۷- کودک متمرکز ۸- تصویرسازی ابرها  
۹- حلقه کلامی ۱۰- تمثیل ایستگاه قطار.

### الف) هدایت فراشناختی<sup>۱</sup>

این تکنیک شامل طرح یکسری سوالات است که فرد در هنگام قرار گرفتن در معرض موقعیت‌ها از خود می‌پرسد. این تکنیک در نظر دارد فرا آگاهی، قطع تمرکز و رهایی توجه را تقویت نماید و می‌تواند در موقعیت‌های طبیعی و در موقعیت‌های تحریک آمیز و اضطراب آور مورد استفاده قرار گیرد. در واقع فرد از خود سوالاتی می‌پرسد که آیا افکارش فقط در مورد آن چیزی است که در اطرافش اتفاق می‌افتد و یا در معرض هجوم طوفانی از افکار درونی است.

### ب) تداعی آزاد<sup>۲</sup>

تسهیل مشاهده منفعل و جاری شدن اتفاقات درونی که در مقابل تحریکات درونی اتفاق می‌افتد. تسهیل فراآگاهی، قطع تمرکز، جدایی توجه و پردازش مفهومی پایین. یکسری کلمات را برای بیماران ادا کرده و از آنها می‌خواهیم به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترل و تحلیلی بر افکار یا پاسخ ذهن خود نداشته باشند. فقط باید به طور منفعل به تأثیری که می‌پذیرند نگاه کنند.

### پ) تجویز ذهن سرگردان<sup>۳</sup>

این تکنیک در نظر دارد ذهن آگاهی انفصالی را مخصوصاً در مواردی که تلاش مفردی برای کنترل ذهن صورت می‌گیرد تسهیل کند. تلاش‌های مفرد برای کنترل ذهن در اجتناب‌های هیجانی-شناختی و اختلالاتی که در آنها ترس از افکار مزاحم وجود دارد دیده می‌شود. این تلاشها مشکل ساز است زیرا می‌تواند مانع پردازش‌های کنترل شناختی خودکار شوند که در موقعیت‌های واقعی لازم است.

برای بیماران توضیح می‌دهیم که وقتی نام کسی

روانی قابل توجهی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد مثل دیابت نداشته‌باشد، بیش از دو جلسه غیبت نکند) بودند، از روی لیست بیماران ۳۰ نفر به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به‌طور تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر کدام از گروهها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد.

### ابزارهای تحقیق

در ادامه پس از گرفتن رضایت نامه کتبی، ارزیابی‌های پیش‌آزمون اجرا شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- دستگاه فشارسنج جیوه ای

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): BAI برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهارگزینه برای انتخاب وجود دارد. هر علامت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند [۲۹].

در تحقیقی روایی و پایایی پرسشنامه سنجش اضطراب بک را در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی بررسی کردند. نتایج نشان داد آزمون مورد نظر دارای روایی ( $r=0.72, p<0.001$ )، پایایی ( $r=0.83, p<0.001$ ) و ثبات درونی ( $\text{Alpha}=0.92$ ) مناسبی است [۲۹].

### شیوه انجام تحقیق

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه کنترل نیز به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در این پژوهش، طی ۸ جلسه هفتگی یک ساعته اجرا شد. این برنامه شامل ۱۰ تکنیک به شرح زیر است: ۱- کنترل توجه ۲- هدایت فراشناختی ۳- آزمایش ضد منع بازداری ۴- تداعی آزاد ۵- تجویز ذهن سرگردان

1. Metacognitive Guidance  
2. Free Association Task  
3. Prescriptive Mind- Wandering

#### چ) تمثیل ایستگاه قطار<sup>۴</sup>

مانند تصویر سازی ابرهاست. بیماران افکار را مانند مسافرائی سوار بر قطار در نظر می گیرند که همراه با قطار از جلوی آنها عبور کرده و دور می شوند.

#### ح) تمثیل کودک متمرده<sup>۵</sup>

بیماران برای تمرین ذهن آگاهی انفصالی افکار منفی را مانند کودکی در نظر می گیرند که در فروشگاه رفتارهای بدی دارد.

اگر به او توجه کنید اوضاع بدتر می شود. پس باید از دور مشاهده‌گری منفعل باشیم بدون آنکه کاری انجام دهیم. در مقابل افکار هم باید همین گونه بود.

#### خ) حلقه کلامی<sup>۶</sup>

از بیماران می خواهیم به افکار مزاحم ضبط شده خود گوش دهند و ذهن آگاهی انفصالی را به کار گیرند و هر فکر را فقط مجموعه ای از صداها پندارند که واقعی نیست و چیزی جز مجموعه ای از صدا در دنیای خارج وجود ندارد. پس این را در ذهن نگهدارند که افکار غیر واقعی هستند.

#### د) تکنیک آموزش توجه<sup>۷</sup>

شامل ۱۵ دقیقه است. ۸ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای انتقال توجه و ۲ دقیقه برای تقسیم توجه. به بیماران می گوئیم وقتی توجه ما روی افکار منفی و حوادث قفل می شود کنترل آن خیلی سخت می شود. در این تکنیک می خواهیم روی بعضی صداها متمرکز شویم. اگر در میان تمرین افکار مزاحم وارد ذهن شوند طبیعی است و فقط آنها را صداهای اضافی در نظر گرفته و دوباره تمرکز کنید.

این جلسات در محل ساختمان مرکز درمانی تحقیقاتی صدیقه طاهره (س) اصفهان برگزار شد و بلافاصله پس از جلسه پایانی، اعضای دو گروه تحت ارزیابی‌های پس‌آزمون قرار گرفتند. همچنین، ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزش هم ارزیابی‌های پیگیری انجام گرفت.

یادمان نمی آید و در اصطلاح نوک زبانمان است هر چه تلاش کنیم که نام را به خاطر آوریم امکان ندارد ولی وقتی ذهن را آزاد می گذاریم خود به خود یادمان می آید. از آنها می خواهیم ۳ دقیقه با چشمان بسته ذهن خود را باز بگذارند و سپس از آنها می پرسیم در ذهنشان چه اتفاقی افتاده است.

#### ت) آزمایش ضد منع بازداری<sup>۱</sup>

خیلی از بیماران تمایل زیاد به خلاص کردن خود از شر افکار و خالی کردن ذهن خود دارند و راهکارهایی برای رسیدن به هدف اتخاذ می کنند و می خواهند افکار را از ذهن بیرون کنند و به آن فکر نکنند.

برای آنها توضیح می دهیم که بین ذهن آگاهی انفصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت است. تلاش برای فکر نکردن بی فایده است. از آنها می خواهیم سعی کنند ۳ دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینند آیا می توانند یا نه.

#### ث) تکلیف ببر<sup>۲</sup>

در این تکلیف بیماران به سمت مشاهده جنبه های غیر ارادی شبیه سازی سازی تجربه ذهن آگاهی انفصالی هدایت می شوند. در ابتدا با تصاویر طبیعی و سپس با افکار مزاحم می توان تمرین را انجام داد. تصویر طبیعی مورد استفاده ما ببر است.

از بیماران می خواهیم تصویر ببری را در ذهن تصور کنند و تلاشی برای تاثیر گذاری و تغییر رفتار ببر داشته باشند. اگر ببر حرکت کرد و یا ... اشکالی ندارد ولی آنها نباید آن را حرکت دهند و باید بتوانند کاملاً منفعل باشند.

#### ج) تصویر سازی ابرها<sup>۳</sup>

در این تکلیف از بیماران می خواهیم افکار را مانند ابرهایی در آسمان تصور کنند. نیازی به حرکت دادن ابرها نیست و اصلاً این کار امکان پذیر نیست. باید اجازه دهند افکار مانند ابر حرکت کرده و عبور کنند و بروند.

4. Passenger Train Analogy  
5. Recalcitrant Child Analogy  
6. Verbal Loop  
7. Attention Training Technique

1. Suppression Counter- Suppression Experiment  
2. Tiger Task  
3. Clouds Image

جدول ۱: عناوین و موضوعات کلی جلسات

جلسه	شرح جلسه
۱	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه، بیان هدف تشکیل جلسات و تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب و اندازه‌گیری فشارخون
۲	توضیح پیرامون طرح درمانی توضیح مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی آموزش و تمرین تکنیک کنترل توجه (ATT)
۳	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای هدایت فراشناختی و آزمایش ضد منع بازداری
۴	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیک تداعی آزاد
۵	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای تجویز ذهن سرگردان و تکلیف ببر
۶	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای حلقه کلامی و کودک متمرکز
۷	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای تصویرسازی ابرها و تمثیل ایستگاه قطار
۸	مرور تکنیکها تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب و اندازه‌گیری فشارخون

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه کنترل		گروه آزمایش			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴,۶۵	۱۹,۴۶	۵,۲۳	۲۲,۳۳	پیش آزمون	اضطراب
۵,۳۸	۲۴,۰۰	۳,۷۹	۱۶,۱۳	پس آزمون	
۵,۸۹	۲۳,۴۶	۳,۹۲	۱۵,۴۶	پیگیری	
۱,۷۹	۱۵,۹۳	۱,۶۴	۱۵,۸۶	پیش آزمون	فشارخون سیستولیک
۱,۵۵	۱۶,۴۶	۱,۳۵	۱۲,۱۳	پس آزمون	
۱,۲۹	۱۶,۴۰	۰,۹۱	۱۱,۴۰	پیگیری	
۱,۱۲	۱۰,۱۳	۱,۱۸	۱۰,۴۶	پیش آزمون	فشارخون دیاستولیک
۰,۸۸	۱۱,۰۶	۰,۸۲	۸,۴۰	پس آزمون	
۰,۷۰	۱۱,۰۶	۰,۸۳	۸,۴۶	پیگیری	

### شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### نتایج

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶ و گروه کنترل ۴۴ سال بود. تحصیلات هر دو گروه در سطح دیپلم، همگی خانه دار و متأهل بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و فشار خون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش، نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون و

پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نمرات اضطراب و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری ملاحظه می‌گردد. یافته‌های فوق نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین نمرات اضطراب شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار می‌باشد. بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در بهبود اضطراب شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقادیر منابع تغییر	
						گروه	خطا
۰,۳۲	۰,۰۰۰	۵۴۷,۴۵	۴۲۲,۵۰	۱	۴۲۲,۵۰	بین آزمودنی‌ها	گروه
-	-	-	۶۶,۷۱	۲۸	۱۸۶۷,۹۵		خطا
۰,۲۸	۰,۰۰۴	۹,۸۲	۳۰,۸۱	۱	۳۰,۸۱	درون آزمودنی‌ها	عامل
۰,۲۲	۰,۰۰۰	۱۴۱,۱۱	۴۴۲,۸۱	۱	۴۴۲,۸۱		عامل * گروه‌ها
-	-	-	۳,۱۳	۲۸	۸۷,۸۶		خطا

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فشارخون سیستمولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقادیر منابع تغییر	
						گروه	خطا
۰,۴۳	۰,۰۰۰	۴۳,۳۵	۲۲۰,۹۰	۱	۲۲۰,۹۰	بین آزمودنی‌ها	گروه
-	-	-	۵,۰۹	۲۸	۱۴۲,۶۶		خطا
۰,۳۳	۰,۰۰۰	۶۷,۹۲	۶۰,۰۰	۱	۶۰,۰۰	درون آزمودنی‌ها	عامل
۰,۳۱	۰,۰۰۰	۱۰۳,۳۲	۹۱,۲۶	۱	۹۱,۲۶		عامل * گروه‌ها
-	-	-	۰,۸۸	۲۸	۲۴,۷۳		خطا

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فشارخون دیاستولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	مقادیر	
						منابع تغییر	
۰,۳۵	۰,۰۰۰	۳۴,۴۷	۶۰,۸۴	۱	۶۰,۸۴	گروه	بین آزمودنی‌ها
-	-	-	۱,۷۶	۲۸	۴۹,۴۲	خطا	
۰,۲۵	۰,۰۱۰	۷,۷۴	۴,۲۶	۱	۴,۲۶	عامل	درون آزمودنی‌ها
۰,۲۲	۰,۰۰۰	۵۸,۴۱	۳۲,۲۶	۱	۳۲,۲۶	عامل * گروه‌ها	
-	-	-	۰,۵۵	۲۸	۱۵,۴۶	خطا	

فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی را بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار دهد، انجام نگرفته است، اما نتایج پژوهش‌هایی نشان داد که استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری برای تغییر باورهای آنها، می‌تواند کاهش مهمی بر باورهای منفی و اضطراب آنها ایجاد کند [۱۴]. همچنین این یافته پژوهشی تا حدی با نتایج دیگری مبنی بر موثر بودن آموزش تکنیک توجه برگردانی از خود به سوی محیط بیرونی (که یکی از تکنیک‌های این این پژوهش هم بوده است)، بر کاهش اضطراب و باورهای غلط بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی همخوان است [۱۶].

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب را می‌توان این گونه تبیین کرد که بیماران مبتلا به فشارخون آسیب‌پذیری زیادی نسبت به نگرانی و اضطراب داشته و آمادگی زیادی برای سوءتعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند. در واقع آنها نسبت به علائم فیزیولوژیکی اضطراب بیش توجه بوده و آنها را به عنوان علائم و نشانه‌های افزایش ناگهانی فشارخون تعبیر می‌کنند. همچنین آنها نسبت به عملکرد جسمی خود حساسیت بیشتری دارند و این امکان وجود دارد که فشارخون خود مسئول دیگر تغییرات ادراکی فردی باشد [۳۰]. بنابراین با توجه به استفاده از تکنیک‌هایی مانند تکنیک آموزش توجه، هدایت فراشناختی و تداعی آزاد بیمار یاد می‌گیرد که توجه و

علاوه بر این، تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و شاهد از نظر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد. بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

### بحث و نتیجه گیری

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون وجود ندارد، لذا نوآوری و ابتکار پژوهش حاضر در استفاده از درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی برای بیماران مبتلا به فشار خون بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی باعث کاهش اضطراب و فشار خون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی به طور معناداری میزان اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون را کاهش داده است. قبلاً پژوهشی که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر مدل

اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مبتلا به فشارخون را می‌توان با استفاده از نقش استرس و اضطراب به عنوان یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر شدت علائم فشارخون تبیین نمود. استرس و اضطراب تقریباً همیشه با تنش جسمانی همراه است و افراد معمولاً ابتدا واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از آنها را تجربه می‌کنند. در پاسخ به اضطراب محور هیپوتالاموس-هیپوفیز و آدرنال (HPA) و محور سمپاتیک فعال می‌شوند. در این فرایند هورمون‌هایی از جمله کورتیزول ترشح می‌شوند که نقش مهمی در آسیب شناسی و تشدید بیماری فشارخون بازی می‌کنند. به طور کلی، برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرضی که در موقعیت‌های استرس زا ایجاد می‌شوند، باعث افزایش تولید هورمون‌هایی از قبیل اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرض نهایتاً احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد [۳۲]. چون واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از اضطراب می‌توانند در طیف وسیعی از علائم جسمانی نشان دهند، استفاده از تکنیک‌های مختلف در این درمان، از طریق کاهش اضطراب و تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی همراه با آن و همچنین کاهش تولید کورتیزول و هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین، توانسته میزان فشارخون را در بیماران، به میزان زیادی کاهش دهد.

اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می‌تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. بنابراین کاهش اضطراب سبب جلوگیری از فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک شده و همچنین می‌تواند باعث کاهش فشارخون و جلوگیری از تصلب شرایین گردد. در نتیجه درمان اضطراب می‌تواند باعث بهبود فشارخون نیز بشود. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار

تمرکز بیش از حدی نسبت به علائم اضطراب خود نشان ندهد و در نتیجه اضطراب او کاهش می‌یابد. تکنیک آموزش توجه (ATT) برای این هدف طرح شد که برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی قابل استفاده باشد [۳۱]. هدف از ایجاد ATT، اصلاح پردازش مداوم مربوط به خود است که به صورت اختلال‌های هیجانی مشخص می‌شود [۳۱]. ATT شیوه پردازش شناختی را تقویت می‌کند. اطلاعات مزاحم در مورد وضعیت بدن یا افکاری که به طور خود انگیخته‌ای در جریان ATT ایجاد می‌شوند مانند صدایی با آنها برخورد می‌شود که نباید به آن توجه کرد، تمرکز بیرونی ممکن است به بیماران اجازه دهد بدون آنکه در مشکلات شخصی خودشان غرق شوند از شیوه فاصله گرفتن از مسئله استفاده کنند. مخصوصاً این رویکرد ممکن است فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهنی را آموزش دهد [۹]. در این صورت افراد می‌توانند به وقایع درونی و شناختارهای خاص به یک طریق غیر تهدید آمیز و نامربوط به خود نظر بیندازند [۳۱].

از طرفی تکنیک‌ها باعث تغییر در نگرش‌ها و شناخت‌های بیماران شده است به طوری که آنها بیمار بودن خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجه شده‌اند. آنها با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تجویز ذهن سرگردان می‌آموزند که لازم نیست تلاش خیلی زیادی برای کنترل افکار مزاحم و به طور کلی ذهن خود انجام دهند. همچنین تکنیک‌هایی مانند تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار و تمثیل کودک متمدن می‌آموزند که با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش اضطراب در این افراد گردید.

که استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مختلف بعد از اتمام جلسات درمان، باعث کاهش معنادار نمرات اضطراب بیماران گروه آزمایش شده است. به طور کلی می‌توان گفت که پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری، به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است.

۲. بنسن، هربرت. (۱۳۷۷). آرامش بیکران. ترجمه رضا جمالیان. تهران: نسل نواندیش.

۳. دیماتو، ام. رابین. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت. ترجمه م. کاویانی، م. عباسپور، ج. محمدی، غ. ر. تقی زاده و ع. ا. کیمیا. جلد اول. تهران: انتشارات سمت.

۴. فتاحی، ابراهیم. (۱۳۶۲). افزایش فشارخون (بررسی، تشخیص و درمان). تهران: انتشارات توبل.

۵. سماوات، طاهره. حجت زاده، علی و نادری آسیاب، زهرا. (۱۳۸۰). راهنمای تشخیص، ارزیابی و درمان فشارخون بالا برای پزشکان. تهران: انتشارات شهرآب.

۶. سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه دکتر نصرت ا... پورافکاری. جلد دوم. چاپ سوم. تهران: انتشارات شهرآب.

۷. سی وارد، بریان. لوک. (۱۳۸۱). مدیریت استرس. ترجمه م. قراچه داغی. تهران: نشر پیکان.

8. Wells A.(2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational-Emotional & Cognitive- Behavioral Therapy, 23(4),337-355.

9. Wells, A., & Mathews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove: Erlbaum.

10. Williams, J. W., Barrett, O, T., & Franke, E. (2000). Treatment of dysthymic and minor depression in primary care. Journal of American Medical Association, 27, 284, 1519- 29.

11. Sparacino, j., Ronchi, D., Brenner, M., Kuhn, J. W., & Flesch, A.L. (1982). Psychological correlates of blood Pressure: A closer examination of hostility, anxiety and engagement. Nursing research, 31, 143-149.

می‌سازد [۸]. تکنیک‌های این روش درمانی به جای چالش مستقیم با محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی مورد توجه قرار می‌گیرد، بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف‌پذیر در مورد نگرانی‌ها و فرااورها تاکید دارد. به نظر می‌رسد اصلاح مولفه‌های فراشناختی به صورت غیرمستقیم راه را برای اصلاح باورهای ناکارآمد هموار ساخته است. تبیین دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که تکنیک‌های آموزش داده شده در این شیوه درمانی موجب تعدیل سبک‌های انعطاف‌ناپذیر توجه و اصلاح عوامل زیربنایی تولید کننده باورهای غلط می‌گردند و به این ترتیب بر باورها تاثیر می‌گذارند.

استمرار و پیگیری تمرینات در ۲ ماه پس از اتمام جلسات باعث ثبات کاهش فشارخون در آنها شده است. بیماری فشارخون متأثر از عوامل ارثی و زیستی، روانی و اجتماعی است. بیماران نمی‌توانند عوامل ارثی و زیستی را از بین ببرند ولی با انجام تمرینات و تکنیک‌ها می‌توانند فشارخون خود را کنترل کنند و از افزایش ناگهانی آن جلوگیری نمایند.

لازم به ذکر است چون این پژوهش بر روی زنان انجام گرفته است بهتر است پژوهشی هم بر روی مردان انجام گیرد. هم چنین شرکت کنندگان حاضر در این پژوهش همگی دارای تحصیلات دیپلم بودند که بهتر است برای مشخص نمودن میزان تاثیر تحصیلات بر نتایج تحقیقات بیشتری انجام گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن، درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مبتلا به فشار خون به کار گرفته شود.

#### منابع

۱. دیویسون، جرالده. سی، نیل، جان. ام، کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی. ترجمه مهدی دهستانی. جلد اول. چاپ چهارم. تهران: نشر ویرایش.



۲۲. رئیس، ح. سعیدی، م. بشتام، م و ربیعی، ک. (۱۳۸۲). تاثیر یک دوره بازتوانی قلبی بر استرس‌های سایکولوژیک در یک جمعیت ایرانی. مجله پژوهش در علوم پزشکی، سال هشتم، ۳، ۹۷-۹۴.
۲۳. فیروز آبادی، عباس. علی قنبری هاشم آبادی، بهرام و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. مجله اصول بهداشت روانی. ۱، ۴، ۳۰۱-۲۹۲.
24. Vakili, Yaghoob & Fata, Ladan. (2006). The effectiveness of the metacognitive model in treating a case of post – traumatic stress disorder. *Iran J Psychiatry*, 4, 169 – 171.
۲۵. کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا؛ شفیع آبادی، عبدا... (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. مجله تازه‌های علوم شناختی. ۱۰، ۴، ۴۸-۳۹.
۲۶. آذرگون، حسن. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
۲۷. سجادیان، ایلناز. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس اجبار در زنان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.
۲۸. افشاری، معصومه. نشاط دوست، حمیدطاهر. بهرامی، فاطمه. افشار، حمید. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۱، ۱۳، ۱۶-۹.
12. Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation- induced- anxiety: An attentional training approach to treatment. *behavior Therapy*, 21, 273- 280.
13. Schalling, D., & Svensson, J. (1984). Blood pressure and personality. *Personality and individual Differences*, 5, 41- 51.
14. Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive- compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour research and therapy*, 43, 821- 829.
15. Wells, A., & Sembi, S. (2004a). *Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual*. *Cognitive and behavioral Practice*, 11, 365- 377.
16. Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357- 370.
17. Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, C. (2008). Mindfulness – based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder*, 4, 716 – 721.
18. Schneiderman, R. H., Staggers, F., Alexander, C. N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., Smith, S., & King, C. G. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*, 26, 820- 7.
19. Glasgow, M. S., Engel, B. T., & Lugoff, B. C. (1989). A cotrolled study of a standardized behavioral stepped treatment for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 51, 10- 26.
20. Chesney, M. A. (1987). Relaxation training at the worksite: The untreated mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 49, 250- 273.
21. Jorgensen, R., Houston, B., & Zurawski, R. (1981). Anxiety managment training in the treatment of essential hypertension. *Behavioral Research and therapy*, 19, 467- 474.

۲۹. کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶، ۲، ۱۴۰-۱۲۶.
۳۱. ولز، آدرین. (۱۳۸۵). اختلالات هیجانی و فراشناخت (بدعت در درمان‌های شناختی). ترجمه فاطمه بهرامی و شیوا رضوان. اصفهان: انتشارات مانی.
32. Valk, J. M. (1975). Blood pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 134-146.
30. Beevers, G., Lip, G. Y. H., & Obrien, E. (2001). *ABC of hypertension*. 4th ed. London: Penguin.

# پیش‌بینی سانحه‌پذیری از خطاهای توجه در رانندگان

نویسنده: حمیدرضا عریضی<sup>۱\*</sup>، هاجر براتی<sup>۲</sup> و جهان‌شاه محمدزاده<sup>۳</sup>.

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه ایلام

\* Email: sahel3362@yahoo.com

## چکیده

هدف: در جامعه این تصور وجود دارد که برخی مردم بیشتر تصادف می‌کنند یعنی سانحه‌پذیرترند. معمولاً ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با سانحه‌پذیری در پیشینه پژوهش‌ها بررسی شده است؛ اما، در پژوهش حاضر اثر یک عامل انسانی یعنی توجه در وقوع رفتارهای خطر ساز مورد بررسی قرار گرفته است. روشها: نمونه پژوهش شامل ۱۴۰ راننده از یک شرکت حمل و نقل بود که بر اساس تعداد زیاد سوانح انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش در دو مرحله آزمایش (ارائه ارقام نامرتب به گوش شرکت‌کننده و تکرار آنها توسط او در مرحله اول و گزارش سه رقمی که حداقل از پیام‌ها مرتبط یک رقم در آن گنجانیده شده است توسط شرکت‌کننده در مرحله دوم) شرکت نمودند. یافته‌ها: ابزار پژوهش، عبارت از ۴۸ زوج پیام‌های متفاوت شامل ارقام و کلمات نامرتب با یکدیگر بود که به طور همزمان به دو گوش شرکت‌کننده ارسال می‌گردید. ابزار مورد استفاده از روان‌شناسی آزمایشگاهی برای سنجش توجه با داده‌های آرشویی تعداد سوانح رابطه نشان داد ( $p < 0.05$ ). میزان رابطه برای خطای حذف و خطای مداخله در مرحله اول به ترتیب برابر ۰/۳۱، ۰/۳۴ و خطای تغییر توجه در مرحله دوم ۰/۳۶ ( $p < 0.01$ ) بود. همچنین خطای مرحله دوم حادثه‌پذیری را پیش‌بینی می‌کرد. نتیجه‌گیری: نخست، بر اساس نتایج این پژوهش، ویژگی‌های شخصیتی و توجه، نقشی اساسی در ایجاد سوانح دارند. دوم، ماهیت خطاها در هر مرحله از توجه متفاوت است.

**کلیدواژه‌ها:** توجه، حادثه‌پذیری، حوادث رانندگی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رفتار

• دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱۸

• پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۶

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

واکنش و تحمل خستگی در شخصیت های سانحه پذیر با فراوانی کمتری دیده می شود [۷]. چون توجه، هدف اصلی مقاله حاضر است بر پیشینه پژوهش ها در این مورد متمرکز می شویم. از ویژگی های افراد سانحه پذیر لغزش در توجه است [۱۵ و ۱۶]. توجه محدود و تمایل به نادیده گرفتن محرک های ایجاد کننده حواسپرتی و رفتارهای کاهنده توجه مانند استفاده از تلفن همراه منجر به افزایش سانحه خواهد شد [۱۷].

توجه یکی از مهمترین عوامل رانندگی ایمن است و مهمترین عامل شناختی مرتبط با توانایی رانندگی می باشد [۱۸، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹]. توجه به جزئیات و تمرکز بر آنها همواره از ویژگی های یک راننده شایسته بوده است [۲۳] و هنگام رانندگی، لازم است که رانندگان به اهداف چندگانه برای غلبه بر مشکلات ترافیک در رانندگی توجه کنند و بتوانند به موقع تمرکز توجه خود را از یک هدف به هدف دیگر تغییر دهند [۲۴]. ۲۵ - ۵۰ درصد سوانح رانندگی مربوط به بی توجهی رانندگان است [۲۵]. در پژوهش لارسن و کینس [۲۶] خطاهای توجه مهمترین عامل در بروز تصادفات گزارش شده است و همین طور احتمال بیشتری دارد که رانندگان به هنگام توجه همزمان به یک تکلیف دیگر علاوه بر توجه به رانندگی با یکدیگر برخورد داشته باشند [۲۷]. تکالیف توجه در آزمایشگاه [۲۸] و تکالیف تغییر توجه [۲۹] نشان داده که کاستی توجه از پیش بین های سوانح ترافیکی است. نقصان توجه در افراد مسن تر به سوانح بیشتری می انجامد [۳۰، ۳۱] و شاید به این علت که قدرت تصمیم گیری را کاهش می دهد [۳۳] و شاید به این علت که منجر به عدم هوشیاری و نقص آگاهی نسبت به موقعیت می گردد [۳۴]. آگاهی نسبت به موقعیت یعنی ادراک عناصر محیطی در محدوده ای از زمان و مکان، درک معنا و جایگاه آنها در مدت زمان اندک [۳۵]. توجه و آگاهی نسبت به موقعیت سبب می شود راننده فعال بوده تا در موارد لزوم توجه خود را به سرعت از یک موضوع به موضوعی دیگر تغییر دهد. در واقع توجه یکی از ابعاد مهم آگاهی نسبت به موقعیت است [۳۶]. آگاهی نسبت به موقعیت منجر به

علت اصلی بخش عظیمی از مرگ و میرها در ایران و کلیه جوامع انسانی حوادث رانندگی است. اما حوادث رانندگی ایران، در جهان رتبه اول را داراست که اهمیت بررسی آن را دوچندان ساخته است. افزایش سرعت زندگی و اهمیت زمان، سبب رانندگی پرسرعت می شود که احتمال حوادث رانندگی را افزایش می دهد. از طرف دیگر حوادث رانندگی یکی از عوامل مهم آسیب‌ها، معلولیت ها و مرگ محسوب می شود. به گزارش ایسنا سالانه ۲۷ هزار نفر در حوادث رانندگی ایران کشته و ۲۵۰ هزار نفر مجروح می شوند و همچنین ایران، نسبت به میزان جمعیت و خودرو با ۷۲ کشته در شبانه روز از این حیث مقام اول جهانی را داراست [۱]. با وجود اینکه عوامل گوناگونی در حوادث رانندگی موثرند، در ۹۰ تا ۹۵ درصد این حوادث عوامل انسانی دخیل هستند [۲]. ویژگی های فردی از قبیل روان رنجورخویی [۱]، هیجان طلبی، مسئولیت ناپذیری، اضطراب، خشم و ناتوانی در در نظر گیری تبعات آتی [۳]، حواسپرتی، عدم دقت و فقدان هماهنگی حرکتی [۴]، کاستی هایی در فرآیند شناخت و شناخت [۵] و پرخاشگری [۶] با میزان حوادث و سوانح رانندگی رابطه دارد.

الگوهای اولیه سوانح رانندگی بر ویژگی های شخصیتی تمرکز داشته است [۷]. مارب [۸] معتقد بود که سوانح ناشی از عوامل ذاتی هستند و ردینگ و همکاران [۹] در سال ۲۰۰۸، نشان دادند تفاوت های فردی، احتمال رخداد سوانح، را افزایش می دهند. این متغیرها حتی به تدوین یک الگوی ریاضی مساعدت نموده است [۱۰].

سانحه پذیری یعنی فرد دارای رفتاری است که به حوادث می انجامد و این رفتار را می توان نوعی از ویژگی های فردی محسوب کرد [۱۱]. فراتحلیل ها روی این ویژگی بر وجود سانحه پذیری صحه گذاشته است [۱۲ و ۱۳]. سانحه پذیری با ناهشیار فرد و رفتارهای خودیروانگر مرتبط است [۱۴]. ویژگی های مثبت از قبیل توجه مندی<sup>۱</sup>، توانایی اتخاذ تصمیم های مناسب، سرعت

1. attentiveness

خدمات اعمال شده بود داشتن بیش از ده سال تجربه رانندگی بود). بنابراین توزیع سنوات تجربه دارای شکل منفی با حداقل ده سال سابقه (در شرکت فعلی و قبلی در مجموع) بود که میانگین سالهای تجربه رانندگی ۱۱/۷۶ بود. شرکتهای پیمانکاری خدمات رانندگی آرشیو کاملی از سابقه سوانح رانندگان در اختیار داشتند. محاسبه حجم نمونه با استفاده از فرمول  $n = \frac{t^2 s^2}{d^2} + t^2 s^2$  انجام گرفت [۳۹] که  $t = 1/96$  و  $s$  ماکزیمم انحراف معیار خطاها در نمونه پایائی سنجی و برابر  $7/62$  برای خطای حذف در مرحله اول بود و  $d = 0/75$  در نظر گرفته شد که حجم نمونه برابر ۲۸۵ بدست می آید.

### روش اجرای پژوهش

از آنجایی که اطلاعات میدانی نمایانگر میزان تصادفات رانندگی، محرمانه تلقی می شود و نگرانی از کاربرد نادرست آنها در شرکت ها وجود دارد به رانندگان اطمینان داده شد که این اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. از آنجا که بسیاری از این شرکت ها (بخصوص شرکت های معتبر) وسایل نقلیه گران قیمت تهیه کرده و رانندگان را استخدام می کردند به آنها گفته شد که استفاده از این ابزار و نتایج آن و همچنین انتقال دانش فنی مرتبط با آن را در آینده و برای استخدامهای جدید در اختیار آنها قرار خواهد گرفت اما اطلاعات مربوط به نمونه پژوهش نه به صورت انفرادی بلکه به صورت گروهی و با حفظ محرمانه ماندن اطلاعات عرضه خواهد شد.

متغیرهای پژوهش: متغیرهای پژوهش شامل سه نوع خطا است که توسط طراحان ابزاری که این خطاها توسط آنها انجام می گیرد یعنی گوفر و کاهنمان [۴۰] به ترتیب خطای حذف<sup>۱</sup>، خطای مداخله<sup>۲</sup> و خطای مرحله دوم نامیده شده است.

خطای حذف: خطای حذف به طور ساده موقعی رخ می دهد که هر چند شرکت کنندگان در تحقیق ارقام تنها

حفظ کنترل ایمن می گردد و حادثه را کاهش می دهد [۳۷]. همانگونه که نتایج تحقیقات ارائه شده در فوق نشان داد توجه یک عامل ادراکی و شناختی بسیار موثر در رانندگی بدون سانحه است. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر عدم توجه و ناتوانی در تغییر به موقع آن به منظور واکنش مناسب نسبت به تقاضاهای رانندگی، بر سوانح رانندگی در افراد سانحه پذیر است. اگرچه سنجش خطاهای رانندگی مربوط به عدم توجه دشوار می نماید، این خطاها با روش های علمی سنجیده شده و میزان رابطه آن با سوانح رانندگی بررسی گردیده است.

### روش

#### • طرح تحقیق:

این تحقیق از نوع پژوهش های رابطه ای بود [۴۰]. گال و همکاران با ذکر طرح پژوهش رابطه ای از واژه طرح همبستگی که بیشتر یک اصطلاح آماری است پرهیز می کنند و دو نوع پژوهش پس از وقوع و پژوهشهای رگرسیونی را در این مجموعه گنجانیده اند.

#### • آزمودنی:

جامعه این پژوهش شامل ۹۰۰ راننده با حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۴۴ و میانگین سنی ۳۳/۶۲ سال می شد که یا رانندگان شرکت های خصوصی بودند و یا مرتبط به شرکت های حمل و نقل جاده ای و شرکت هایی می شدند که خدمات ترابری در اختیار صنایع آهن و فولاد یا پالایشگاه اصفهان قرار می دادند. ملاک انتخاب این شرکت ها به خصوص این بود که اطلاعات مربوط به سوانح رانندگان خود را در داخل شرکت ثبت کرده یعنی آرشیو سوانح را در اختیار داشته باشند. از بین این رانندگان، ۲۸۴ راننده، متوسط خطای تصادفی از ۳/۸۴ تصادف منجر به خسارت به طول ۱۰ سال داشتند. از بین این گروه ۱۴۰ نفر انتخاب گردید که میانگین سنی آنها ۲۸/۱۹ با انحراف معیار ۳/۴۱ بود. همگی این رانندگان بیش از ده سال سابقه رانندگی داشتند (شرط ورود به شرکت های پیمانی که توسط شرکتهای واگذار کننده

1. elimination  
2. intervention

پیامهای مرتبط توسط شرکت کنندگان در پژوهش است. زیرا وظیفه آنها تکرار بلافاصله ارقام در تن صداهای هماهنگ است.

خطا در بخش دوم: خطا در بخش دوم مربوط به تغییر جهت توجه است. در واقع در بسیاری از مواقع رانندگان باید از محرک های ارائه شده قبلی به محرک های جدیدی توجه کنند که مشخصه تغییر سریع محیط و دستورالعملهای متناسب با آن است. در اینجا یادگیری قبلی و کلیشه های دستورالعملهای قبلی ممکن است سبب شود افراد نتوانند تکالیف را به خوبی انجام دهند. مثلا وظیفه شرکت کننده در این مرحله گزارش سه رقمی است که حداقل از پیام نا مرتبط یک رقم گنجانیده شده است. به عبارت دیگر شرکت کننده از دستورالعمل قبلی که به این محرک (چون مربوط به پیام نا مرتبط بوده است) نباید توجه کند باید به دستورالعمل جدیدی بگردد که اینک باید به این محرک توجه کند و این سبب بروز خطا می شود. طبق دستورالعمل آزمون ترکیب هر دو نوع خطای حذف و مداخله به عنوان خطای این مرحله محاسبه می شود. هرچند تعداد خطاها در این مرحله باید افزایش یابد اما در عمل تا حدی خطاها کاهش یافتند. شاید دلیل آن هدف گذاری دشوارتر است که انگیزه بیشتری را برای شرکت کنندگان ایجاد کرده است.

سانحه پذیری: سنجش سانحه پذیری شرکت کنندگان عبارت بود از میزان سوانح آنها در طول ده سال گذشته که از داده های آرشویی بدست آمد و بنابراین دارای یک مبنای عینی بود. منظور از سانحه پذیری این باور است که برخی از افراد نسبت به دیگران بیشتر دچار سانحه می شوند و دارای دو بخش ذهنی (ادراک شده) و عینی است. با توجه به در دسترس بودن داده های عینی از این اندازه استفاده گردید. هرگونه سانحه منجر به خسارت (جانی یا مالی) به عنوان سانحه ثبت گردید. بدیهی است که سنجش عینی سانحه پذیری دارای دو شاخص بسامدی<sup>۳</sup> و شدت است که در اینجا فقط جنبه بسامدی آن (یعنی دفعات وقوع) مورد سنجش قرار گرفته است. پایان این بخش بر طبق قانون مارب، همبستگی بین دو دوره زمانی برابر است که هر یک از این دوره ها در

صداهای مرتبط را به درستی مورد توجه قرار می دهند اما برخی از این ارقام را حذف می کنند. ممکن است این خطا یک نوع توجه انتخابی به سوی ارقام حذف نشده باشد که با توجه و دستورالعمل آزمون که شرکت کننده باید به همه ارقام در تن صداهای مرتبط توجه کند در تعارض است و نشان دهنده آن است که شرکت کننده ممکن است به برخی از متغیرهای محیط (هرچند مرتبط) توجه نکند که موجب سانحه می شود. خطای حذف به عامل ترصد<sup>۱</sup> شباهت بسیار دارد که عامل بسیاری از سوانح هوایی در عدم توجه به پیام های برج کنترل است که معمولا با عامل شخصیتی برونگرائی ارتباط دارد.

خطای مداخله: ابزار پژوهش از ۴۸ زوج پیام همزمان تشکیل شده که همزمان به دو گوش فرد ارسال می شود و وظیفه فرد توجه دقیق به این پیامها است. هرگاه دقت فرد در توجه به این پیامها ضعیف باشد خطاهای توجه پیش خواهد آمد که از نظر سازندگان ابزار مشابه عدم توجه به پیام هایی است که در حین رانندگی احتمالا سبب سوانح می گردد. ارقام ارائه شده به هر گوش، ارقام و کلمات نا مرتبط به یکدیگر می باشد. میزان ارائه ارقام که به صورت دقیق اعمال می شود دو کلمه در هر ثانیه در هر گوش است. در دوره آموزشی با آزمودنی ها با نمونه ای از این ارقام کار می شود و آنها باید به تن صدا توجه کنند. برای آنکه با ارسال پیام به صورت همزمان به دو گوش، خطای توجه به خودی خود ایجاد نشود و عامل نوفه<sup>۲</sup> (خطاهای غیر نظامدار) کاهش یابد یکی از گوشها پیامهای مرتبط و دیگری پیامهای نا مرتبط را دریافت می کند. مرتبط بودن یا نا مرتبط بودن با توجه به تن صدا مشخص می شود (زیری، زیری یا بمی صدا). بنابراین در یکی از دو گوش پیام های مرتبط و در گوش دیگر پیامهای نا مرتبط عرضه می شود. خطای مداخله عبارت از تداخل ارقام گوشهای مرتبط و نا مرتبط یعنی ارقام در گوش که تن ها در آن به صورت هماهنگ عرضه می شود با گوش که در آن تن صداها به صورت نا هماهنگ است می باشد. این خطا پس از تکرار ارقام

1. vigilance

2. noise

3. frequency

پژوهش حاضر ۵ سال در نظر گرفته شد.

### • شیوه تحلیل داده‌ها:

از روشهای رگرسیون گام به گام و سلسله مراتبی و سلسله مراتبی تعدیلی و نیز ضریب همبستگی درونی متغیرهای پژوهش استفاده گردید. از شیوه های روان سنجی مانند اصلاح ضرائب همبستگی ساده با توجه به ضرایب پایایی استفاده گردید.

در پژوهش حاضر همبستگی داده های عملکرد شرکت کننده ها در این آزمون با میزان تصادفات آنها که از داده های آرشیوی (ثبت شده) گرفته شده بود مورد سنجش قرار گرفت.

رویه اجرای پژوهش : اجرای پژوهش در دو مرحله آموزش و آزمایش برای سنجش خطاها در نظر گرفته شد. منظور از آزمایش عبارت از سنجش خطاهاست و منظور تحقیق آزمایشی نمی باشد. در مرحله آموزش دستورالعمل ها تفهیم شده و در مرحله آزمایش سنجش خطاها انجام می گرفت. در بخش اول ارائه هر پیام ۸ ثانیه به طول می انجامید که طول آن دو یا چهار رقم هدف به گوش مرتبط ارسال می شود. تن دوم با تن صدای اول در یک گوش هماهنگ ارائه می شد که گوش مرتبط شناسائی می شد. گوش دوم در نیمی از موارد در هر دو بخش مرتبط و در نیمی دیگر از موارد گوش مقابل بود که دو گوش از این نظر موازنه متقابل می شدند. در بخش اول وظیفه آزمودنی تکرار بلافاصله ارقام در گوش مرتبط است. در جهت گیری مجدد، توجه فرد پس از تفسیر یک یا دو قلم نا مرتبط باید تغییر در جهت به صورتی که توضیح داده شد صورت گیرد و وظیفه آزمودنی پس از ارائه سه زوج رقم به طور همزمان و متناوب شناسائی ارقام در گوش مرتبط (مانند بخش اول) اما با ارقامی است که بعضا در گوش نا مرتبط شنیده شده است.

### نتایج

یافته های حاصل از پژوهش در جداول زیر آورده شده است. جدول ۱ آماره های توصیفی حاصل از متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می گردد خطای حذف در مرحله اول دارای بیشترین میانگین و انحراف معیار است و خطای مداخله در مرحله اول دارای کمترین میانگین است و خطا در مرحله دوم کمترین انحراف معیار را دارد.

در همین جدول ضریب پایانی بر اساس KR-20 محاسبه شده است و همچنین پایایی بازآزمایی در دونوبت اجرا مشخص گردیده است. برای پایانی میزان سوانح به روش بازآزمایی میزان همبستگی سوانح در طی دو دوره پنج ساله محاسبه گردیده است (روش مارب). نمونه پایایی، مستقل از نمونه اصلی پژوهش و به تعداد ۴۰ نفر انتخاب و دوباره آزمایشها بر روی آنها اجرا گردید. همین نمونه برای محاسبه پایایی باز آرمایی متغیر ملاک بکار رفت.

جدول ۱ آماره های توصیفی حاصل از متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ضریب پایایی	خطای معیار اندازه گیری	پایایی بازآزمایی
خطای حذف در مرحله اول	۱۴/۳۹	۱۱/۷۵	۰/۹۲	۳/۳۲	۰/۸۷
خطای مداخله در مرحله اول	۶/۵۷	۷/۰۹	۰/۹۱	۲/۱۳	۰/۸۴
خطا در مرحله دوم	۹/۹۱	۶/۶۷	۰/۸۶	۲/۴۹	۰/۸۸
میزان سوانح آرشیوی (در طی ده ساله)	۳/۸۴	۲/۹۶	-	-	۰/۶۹
سن	۳۳/۶۲	۱۲/۲۷	-	-	-
میزان تجزیه (شرکت فعلی و قبلی)	۱۱/۷۶	۱/۶۵	-	-	-

جدول ۳ ضرایب همبستگی درونی تصحیح شده را نشان می‌دهد. تصحیح برای کاهش همبستگی با توجه به ضراب پایایی (متغیر پیش بین و ملاک) با استفاده از فرمول  $r_{22} = r_{12} \sqrt{r_{11}}$  انجام شده است [۴۱]. تصحیح بر اساس مقادیر KR-20 انجام گرفته است. جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون سانحه پذیری بر خطاها را نشان می‌دهد.

جدول ۳- ضرایب همبستگی درونی تصحیح شده

متغیرها	ملاک تصادف	خطای حذف در مرحله اول	خطای مداخله در مرحله اول
خطای حذف در مرحله اول	** ۰/۳۹		
خطای مداخله در مرحله اول	** ۰/۴۳	** ۰/۵۲	
خطا در مرحله دوم	** ۰/۴۷	** ۰/۴۹	** ۰/۵۵

\*\* p<0.01

مشاهده می‌شود ضرایب پایایی در حد مطلوبی هستند. جدول ۲ ضرایب همبستگی درونی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌گردد که ضرایب همبستگی معنادار است و خطای حذف و خطای مداخله در مرحله اول همچنین خطا در مرحله دوم با ملاک تصادف رابطه مثبت معنی دار دارد. بیشترین همبستگی به خطای مداخله در مرحله اول و خطا در مرحله دوم مربوط است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی درونی متغیرهای پژوهش

متغیرها	ملاک تصادف	خطای حذف در مرحله اول	خطای مداخله در مرحله اول
خطای حذف در مرحله اول	** ۰/۳۱		
خطای مداخله در مرحله اول	** ۰/۳۴	** ۰/۴۷	
خطا در مرحله دوم	** ۰/۳۶	** ۰/۴۳	** ۰/۴۹

\*\* p<0.01

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون سانحه پذیری بر خطاها

t	SEb	β	b	ΔR2	R2	R2	آماره خطا
۴/۶۲**	۰/۱۸۶	۰/۱۵۴	۰/۸۶۳	-	۰/۱۵۲	۰/۳۹	خطای حذف در مرحله اول
۴/۷۵**	۰/۲۰۷	۰/۱۷۶	۰/۹۸۴	۰/۰۲۴	۰/۱۷۶	۰/۴۲	خطای مداخله در مرحله اول
۴/۸۳**	۰/۳۴۲	۰/۱۹۹	۱/۶۵۲	۰/۰۲۶	۰/۲۰۲	۰/۴۵	خطا در مرحله دوم

\*\* p<0.01

برای بررسی تاثیر متغیرهای سن و تجزیه به عنوان متغیر تاثیر گذار در سانحه پذیری از رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی استفاده شد. برای کنترل تاثیر متغیرهای سن و تجربه (متغیرهای دموگرافیک معنی دار در سانحه پذیری) ابتدا این دو متغیر و سپس مجموع خطا در متغیرهای حذف، مداخله و مرحله دوم وارد شدند و برای بررسی نقش تعدیلی سن و تجربه از روش تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی استفاده شد.

در این جدول افزودن هر خطای اندازه گیری شده در سانحه پذیری و ضرایب غیر استاندارد و استاندارد و خطای معیار اندازه گیری گزارش شده است. چنانچه مشاهده می‌شود مجموع سه خطا بر روی هم ۲۰ درصد واریانس سانحه پذیری را تبیین می‌کند و قدرت پیش بینی خطا در مرحله دوم تا حدی است که یک واحد افزودن این خطا، سبب ۰/۱۹۹ واحد سانحه پذیری می‌شود.



جدول ۵- تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی در پیش بینی سانحه پذیری

رگرسیون اثرات تعدیلی			رگرسیون نوع اثر	رگرسیون اثر اصلی		متغیر	رگرسیون نوع اثر
$\Delta R^2$	R2 تجمعی			$\Delta R^2$	R2 تجمعی		
۰/۰۰	۰/۲۰	سن × خطا	اثرات تعاملی	-	٪۴	سن	اثر اصلی
۰/۰۰	۰/۲۰	تجربه × خطا		٪۱	٪۵	تجزیه	
۰/۰۰	۰/۲۰	سن × تجربه × خطا		٪۱۵	٪۲۰	خطا	

رانندگی بررسی شد. همانطور که جدول ۲ نشان داد خطاهایی که ناشی از تغییرات در توجه است همبستگی مثبت و قوی با سوانح رانندگی دارد. در مرحله اول آزمایش خطاهای حذف و مداخله نشان داد که کاهش توجه به علت حذف محرک های مناسب در رابطه با رانندگی و یا مداخله محرک ها و اطلاعات نامرتبط می تواند منجر به احتمال سانحه بیشتر گردد. به عبارت دیگر بین عدم توجه و حوادث رانندگی لغزش های توجه بیشترین تاثیر را دارد که هم راستا با یافته های پژوهش کاس، بید و وودنویچ [۴۳] است. مشکلات توجه، توانایی های شناختی لازم برای رانندگی از قبیل تجزیه و تحلیل اطلاعات و علایم و همچنین یادآوری حرکات لازم برای رانندگی ایمن را کاهش می دهد و منجر به رخداد سانحه می شود [۴۴]. ناتوانی در تخصیص توجه به فعالیت های رانندگی از طرف رانندگان در فرایندهای روانی حرکتی آنان اخلاص ایجاد می کند و با کاهش هماهنگی حرکتی از سرعت واکنش می کاهد [۴۵]. نتایج در مرحله دوم آزمایش نشان داد که خطا در این مرحله نیز با سوانح رانندگی رابطه مثبت و معنادار دارد. در واقع توانایی تغییر جهت توجه به محرک مرتبط برای رانندگان در جاده بسیار اهمیت دارد. سرعت اثربخشی تغییر جهت توجه به مجرای مرتبط پس از علامت جهت گیری در بخش دوم سنجیده شد. تحقیقات نشان داده است که عدم توجه و ناتوانی در تغییر آن متناسب با رانندگی منجر به خطاهای بیشتری می شود [۴۶]. از طرف دیگر تغییر مناسب توجه منجر به افزایش سرعت واکنش راننده می

به طور کلی دو روش برای بررسی نقش متغیر تعدیلی وجود دارد که اولی تحلیل زیر گروهها و دومی روش تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی [۴۲] است و در حالی که در تحلیل زیر گروهها با تفکیک به گروههای با سن و تجربه بالا و پایین (در مجموع چهار زیر گروه) می توان به مقایسه روابط در هر یک از زیر گروهها (با تبدیل به z فیشر) پرداخت؛ در تحلیل رگرسیون تعدیل اثر اصلی و دو اثر تعاملی دو راهه و سه راهه بررسی می گردد و اگر افزودن جملات تعاملی در رگرسیون با تغییر معنی دار نسبت به جملات اصلی همراه بود، اثر تعاملی قابل بررسی است. در پژوهش حاضر هیچ یک از اندازه های تغییر در اثرات تعامل معنی دار نمی باشد (در تفکیک خطاها به سه دسته خطای حذف، خطای مداخله و خطای مرحله دوم نیز هیچ اثر تعاملی معنی داری بدست نمی آید). بنابراین سن و تجربه در این نوع خطاها تاثیری نداشته و این خطاها مستقل از سن و تجربه است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر تغییر توجه بر سانحه پذیری رانندگان است که متغیر اول از طریق پژوهش آزمایشگاهی و متغیر دوم از داده های آرشیوی حاصل گردید. پژوهش ها تحقیقات نشان داده اند که تفاوت های فردی در تغییر توجه وجود دارد و با افزایش ریسک در رانندگی همراه است. اما ارتباط آن به صورت آزمایشگاهی با سانحه پذیری انجام نشده بود. در پژوهش حاضر این تغییر توجه اندازه گیری و رابطه آن با سوانح

محركی ناگهانی در یک زمان کوتاه نیز مهم است. آیه قرآنی «ان ربک لبالمصد» از تشابهات قرآنی است که به زیبایی مرصاد را به «بزنگاه» یا «کمینگاه» تشبیه نموده است. متغیر دوم خطای مربوط به مداخله است که نشان دهنده مشکل افراد در تمیز محرک های مربوط و نامربوط است. به عبارت دیگر افراد دارای این ویژگی ممکن است گاهی محرک های نامربوط را مربوط تشخیص داده و دچار خطا شوند. متغیر سوم بر نوعی مهارت خاص در تغیر جهت توجه به هنگام ضرورت تاکید دارد مانند ناخدایی که با توجه به اطلاعات جدید باید مسیر جدیدی را برای طی طریق انتخاب کند و در صورت تاثیر کلیشه ای محرک های فبلی، سازگاری با محرک جدید بازداري می شود.

در پژوهش حاضر سن و تجربه به عنوان متغیرهای تعدیلی در رابطه بین متغیرهای توجه و سانه پذیری نقشی نداشتند. در حالی که برخی پژوهش ها بر نقش تعدیل کننده سن و یا تجربه تاکید داشته اند (مانند اشیماتسو و همکاران [۲۳]). به عبارت دیگر مهارتهای توجه که مورد نظر این پژوهش بودند، بیش از آنکه بر اثر تمرین، ممارست یا رسش حاصل شوند؛ ذاتی و درونزاد می باشند و بنابراین در هنگام استخدام افراد باید این مهارت ها را در نظر داشت و از آنها برای گزینش رانندگان بهره برد. شاید یکی از دلایل معنی دار نشدن این متغیرها اثر محدودیت دامنه باشد زیرا رانندگان در محدوده سنی معینی بوده و پراکنش سن و تجربه در آنها اندک بوده است. زیرا عامل تجربه با ملاک ورود ده سال سابقه رانندگی خودبه خود محدود شده و سن نیز بین دو گروه سانه پذیر و غیر سانه پذیر رابطه معنی دار نشان نداد. با توجه به اهمیت حفظ سلامت و طول عمر که می تواند با سوانح رانندگی به خطر بیافتد؛ توجه به این متغیرها اهمیت زیادی دارد. آیزنک [۴۹] نشان داده بود که بسیاری از خطاهای مربوط به سوانح هوایی به دلیل ویژگی های ذاتی و درونزاد از قبیل شخصیت کارکنان برج کنترل بوده است که توانسته بودند علایم

گردد و احتمال رخداد حوادث را پایین می آورد. کمبود توجه منجر به عدم هوشیاری و نقص آگاهی نسبت به موقعیت می گردد. آگاهی نسبی می تواند راننده را فعال نگه دارد تا در موارد لزوم توجه خود را به خوبی از یک موضوع به موضوعی دیگر تغییر دهد. آگاهی نسبت به موقعیت منجر به حفظ کنترل ایمن می گردد و حادثه را کاهش می دهد [۳۷]. این یافته ها با نتایج پژوهشی که نشان داد تغییر توجه و زمان واکنش سریع منجر به کاهش نرخ حوادث در رانندگی می گردد [۴۷] همراستا است. این شیوه سنجش توجه دارای مشابهت با توجه در حین رانندگی است و مصداق فقدان توجه منجر به تصادفات می باشد. به عبارت دیگر دارای وفاداری<sup>۱</sup> به تکلیف رانندگی است. توانایی تغییر جهت توجه به محرک مرتبط برای رانندگان در جاده بسیار اهمیت دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خطای حذف بیش از دو خطای دیگر سانه را پیش بینی می کند بنابراین احتمال دارد که افرادی که دارای پیچیدگی شناختی کمتری هستند و یا دارای نوعی خست شناختی هستند به برخی از محرک ها توجه کمتری نشان داده و از این طریق متغیرهای شناختی را کاهش می دهند یکی از نکات قوت این پژوهش تغییر دیدگاه ها در مورد سانه پذیری از ویژگی های شخصیتی به عامل توجه است. با این حال ممکن است ویژگی هایی از شخصیت که با توجه مرتبط هستند سبب سانه پذیری شوند و مثلاً نه برونگرایی (برونگرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی) بلکه ویژگی های مربوط به عامل توجه و مرتبط با شخصیت سانه پذیر منجر به حوادث رانندگی شود. مثلاً در افراد برونگرا ترصد یا توجه به محرک در زمان بسیار کوتاه ضعیف تر است [۴۸]. هرچند ترصد ضعیف در افراد برونگرا بیشتر دیده می شود اما ممکن است فردی با شخصیت درونگرا نیز ترصد ضعیفی داشته باشد. ترصد از واژه رصد برگرفته شده که به خصوص به هنگام رصد یک محرک در زمان بسیار کوتاه بر صفحه رایانه شهرت یافته است. اما در زندگی واقعی و مثلاً رانندگی توجه به

1. fidelity

که عملکرد افراد نوعی<sup>۳</sup> می باشد، کمتر در معرض وانمودسازی<sup>۴</sup> یا سبک های پاسخ دهی از قبیل مطلوبیت اجتماعی است و کمتر پیش می آید که فردی پاسخ صحیح را دانسته و عمدا خطا کند [۵۱]. در صورتی که در پاسخ های مرتبط با مقیاس های شخصیتی ممکن است فرد پاسخ را تحریف کند تا به ایده آل خود مثلا استخدام دست یابد. بنابراین ابزار معرفی شده علاوه بر اینکه رابطه معنی داری با سانحه پذیری نشان داد می تواند در تصمیم گیری هایی از قبیل استخدام به عنوان یک ابزار کارا و موثر و بدون نگرانی از فرایندهایی از قبیل وانمودسازی مورد استفاده قرار گیرد.

در مورد پژوهش حاضر اشاره به چند نکته الزامی است: نتایج حاصل از این پژوهش اهمیت عوامل انسانی در سوانح به ویژه سوانح رانندگی را بیش از پیش نشان داد و در این حیطه نیز اهمیت عاملی را آشکار ساخت که هر چند واضح می نمود ولی به علت دشوار بودن سنجش آن مورد غفلت قرار گرفته بود.

دوم اینکه، ابزاری نوین و فنی برای اندازه گیری توجه و خطاهای آن در رابطه با سوانح رانندگی مورد استفاده قرار گرفت. استفاده از این ابزار و نتایج آن راهی تازه پیش روی پژوهشگران این حیطه می گذارد و همچنین انتقال دانش فنی مرتبط با آن را در آینده افزایش می دهد.

سوم، یافته های حاصل از پژوهش و ابزارهای مورد استفاده در آن می تواند برای استخدام رانندگان جدید در اختیار سازمان های حمل و نقل قرار گیرد و از وقوع سوانح مرتبط با مشکلات توجه، پیشگیری کند.

از طرف دیگر استفاده از این ابزارها علاوه بر آزمون های مربوط به مهارت رانندگی و دانش رانندگی در استخدام نمونه های جدید راه را در جهت پژوهش های طولی آینده نگر برای تحقیق گسترده بعدی می گشاید و از این طریق بر دانش موجود در این حیطه می افزاید.

خاصی را به دلیل ضعف در ترصد شناسایی کنند. هرچند سانحه پذیری در مقاله ها معمولا اشاره به نوعی ویژگی شخصیتی دارد اما در پژوهش حاضر این متغیر به صورت عینی و با توجه به تعداد سوانح مورد سنجش قرار گرفت. عریضی و همکاران [۴] نشان داده بودند که دو نوع متغیر نرم و سخت<sup>۱</sup> می توانند سانحه پذیری در محیط کار را پیش بینی کنند. پژوهش حاضر را می توان در ادامه مسیر قبلی در توجه به متغیرهای نرم دانست.

پیشنهاد می شود که این ابزار در محیط های صنعتی و نیز در حیطه های دیگر ترابری از قبیل هوایی مورد استفاده قرار گیرد و همچنین به جای متغیر عینی تعداد سوانح از سنجش های شخصیتی سانحه پذیری استفاده کرد و رابطه آن با ابعاد مختلف خطاها در حین رانندگی مشخص شود.

از محدودیت های این پژوهش این است که در تعیین تعداد سوانح، به نفس افراد و میزان تقصیر آنها در وقوع سانحه وزنی داده نشده است. با این حال می توان تصور کرد که حتی اگر فرد در بروز یک حادثه مقصر نباشد، کارایی او در توجه و مثلا تغییر آن می تواند عاملی بازدارنده برای سوانح باشد. در واقع این محدودیت ذاتی پژوهش های مربوط به سوانح می باشد زیرا تفسیر علت رویداد سوانح گاهی به قوانین باز می گردد. مثلا راننده ای که به دلیل ترمز ناگهانی اتومبیل جلویی به دلیل عدم رعایت فاصله قانونی مقصر شناخته می شود. حال آنکه ممکن است در عمل چنین نباشد. از طرف دیگر سوانح رانندگی تا حد زیادی در تفسیر علت رویداد به سوگیری خود خدمت کن<sup>۲</sup> [۵۰] ارتباط می یابند زیرا هیچ کس در عمل خود را مقصر نمی داند. این محدودیت اصلی توسط پژوهشگران قابل رفع نبود.

ابزار به کار رفته در پژوهش حاضر نسبت به مقیاس های شخصیتی و یا ابزارهایی از این قبیل دارای این برتری قابل توجه است که در آن افراد ناگزیر به بیان حداکثر عملکرد خود هستند و بر خلاف سایر مقیاس ها

3. typical  
4. facking

1. soft and hard  
2. self-serving bias

10. Haight, F.A. (2000), Accident proneness: when mathematics meets psychology. In: Proceedings of the International Conference on Traffic and Transport Psychology. Bern, Switzerland,
11. Farmer, E., Chambers, E.G. (1929). A study of personal qualities in accident proneness and proficiency. Report no. 55. Industrial Health Research Board Report H.M.S.O., London.
12. Visser E., Pijl Y J., Stolk R P., Neeleman J. and Rosmalen J.G.M. (2007). Accident proneness, does it exist? A review and meta-analysis. *Accident Analysis & Prevention*, (3), 556-564.
13. Haight F.A. (2001). Accident Proneness: The History of an Idea, UCI-ITS-WP-01-4, Institute of Transportation Studies, University of California, Irvine,
14. Marusic A. (2001), Musek J. and Gudjonsson G. Injury proneness and personality, *Nord. J. Psychiatry*, 55 (3), 157-161.
15. Lock J. (1974). Number test reveals accident-prone workers. *International Management*, 29(1); pg. 4.
16. Wensen A., Birnbaum H.G., Hamadi R.B., Greenberg P., Cremieux P. and Secnik K. (2004). Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients, *J. Adolescent. Health*, 35 (4), 346.e1-346.e9.
17. Hen Y-L. (2007). Driver personality characteristics related to self-reported accident involvement and mobile phone use while driving. *Safety Science*, 45(8), 823-831.
18. Arbas, N.R. and Wilde E.A. (2001). Competency issues in dementia: Medical decision making, driving, and independent living. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14, 199-212.
19. McKnight A.J. and McKnight A.S. (1993). The effect of cell phone use upon driver attention, *Accident Analysis and Prevention* 25, 259-265.
20. Kahneman D, Ben-Ishai R and Lotan M. (1973). Relation of a test of attention to road accidents. *Journal of Applied psychology*, 58:113-115.
21. Owsley C, Ball K, Sloane ME, Roenker DL and Bruni JR. (1991). Visual/cognitive correlates of vehicle accidents in older drivers. *Psycho Ageing*, 6:403-415.

## منابع

۱. حق شناس، حسن؛ حسینی، ماریه؛ جمشیدی، معصومه. و عزیزی، حمیدرضا. (۱۳۸۴). رابطه بین ویژگی های شخصیتی و رفتار رانندگی در شهر شیراز. حکیم. ۱۱، ۱۳۸۴، (۳)، ۴۷-۵۴.
۲. یعقوبی، حمید. (۱۳۷۹). بررسی نقش عوامل انسانی در بروز تصادفات رانندگی در ایران. ۶، (۱)، ۶۷-۶۰.
۳. عریضی، حمیدرضا و براتی، هاجر. (۱۳۸۹). پیش بینی خطاها، لغزش ها و انحرافات رانندگی با استفاده از ویژگی های شخصیتی و WRBTV. تحت داوری.
۴. عریضی، حمیدرضا؛ براتی، هاجر. و اشجع، آرزو. (۱۳۸۶). بررسی اثر متغیرهای روانشناختی نرم و سخت بر سوانح در یکی از کارخانه های صنعتی شهر تهران. *مجله روانشناسی*. ۱۳ (۱ پیاپی ۴۹)، ۹۸-۱۱۵.
۵. براتی، هاجر. و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۸۹). مقایسه بین نارسایی های شناختی و مولفه های فراشناخت با توجه به متغیر تعدیلی میزان سوانح شغلی. *مجله علوم رفتاری*؛ ۴ (۲): ۱۱۵-۱۲۱.
۶. حقایق، عباس. و عریضی حمیدرضا. (۱۳۸۸). رابطه تیپ های پرخاشگری بر اساس نظریه کارن هورنای با رفتارهای منفی و مثبت رانندگی و وقوع سوانح. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*؛ ۱۵ (۱ پیاپی ۵۶): ۸۱-۸۵.
7. Heikkila, V.M. (2008). Evaluation of driving ability of the disabled persons in the context of the psychological activity theory. Department of Psychology, University of Helsinki, Finland.
8. Marbe K. (1921). *Praktische Psychologie der Unfall und Betriebsschaden*. Munchen-Berlin.
9. Reading R., Jones A., Haynes R., Daras K., Emond A. (2008). Individual factors explain neighbourhood variations in accidents to children under 5 years of age. *Social Science & Medicine*, 67(6); pg. 915.

33. Shanmugaratnam S. , Kass S J. and Arruda J E.(2010). Age differences in cognitive and psychomotor abilities and simulated driving. *Accident Analysis & Prevention*. 42(3), 802-808 .
- 34.Kass S. J. , Cole K. S. and Stanny C. J.(2007). Effects of distraction and experience on situation awareness and simulated driving . *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*. 10((4), 321-329.
- 35.Endlsey MR.(1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic-systems. *Hum. Factors*. 1995,37:32-64.
- 36.Strayer D.L. and Johnston W. (2001). Driven to distraction: Dual-task studies of simulated driving and conversing on a cellular phone, *Psychological Science* 12, pp. 462-466.
- 37.Stanton NA, Chambers PRG and Piggott J. (2001).Situational awareness and safety. *Safety Science*, 39:189-204.
۳۸. گال، مردیت، بورگ، والتر، گال، جويس.(۱۳۸۴). روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. جلد اول. تهران. انتشارات سمت و دانشگاه شهید بهشتی.
۳۹. سرایی. حسن (۱۳۸۹). مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق. تهران. انتشارات سمت .
- 40.Gopher, D. & Kahenman, D.(1971).Individual differences in attention and the prediction of flight criteria. *Perceptual & Motor Skills*. 33,1335-1342.
۴۱. کاپلان، روبرت، م و ساکوزو، دنیس، پ (۱۳۸۶) روان آزمایی. ترجمه دلاور، ع، درتاج، ف، فرخی، ن، انتشارات ارسباران . تهران.
- 42.Cohen ,J,& Cohen, P.(1983).Applied regression/correlation analysis for the behavioral sciences (2nd.ed).Hillsdale, N.j: Erlbaum.
- 43.Kass S J. , Beede K E. and Vodanovich S J. (2010).Self-report measures of distractibility as correlates of simulated driving performance. *Accident Analysis & Prevention*, 42(3), 874-880.
- 44.Amado S. and Ulupinar P. (2005).The effects of conversation on attention and peripheral detection: Is talking with a passenger and talking on the cell phone different? *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 8(6), 383-395.
- 22.Barkana Y. Zadok D. Morad Y. and Avni I.(2004), Visual field attention is reduced by concomitant hands-free conversation on a cell telephone, *American Journal of Ophthalmology* ,138, 347-353.
- 23.Ishimatsu K., Miura T. and Shionhara K.(2010). Age influences visual attention characteristics among accident-free and accident-involved drivers. *Japanese Psychological Research*. 52(3), 186-200.
- 24.Veillette P R.(2006). Accident-Prone Pilots. *Business & Commercial Aviation*. 99( 3); pg. 48.
- 25.Rosenbloom T.(2006). Driving performance while using cell phones: an observational study. *Journal of Safety Research*. 37( 2), 207-212 .
- 26.Larsen L. and Kines P.(2002). Multidisciplinary in-depth investigations of head-on and left-turn road collision, *Accident Analysis and Prevention*, 34, 367-380.
- 27.Langham M., Hole G., Edwards J. and O'Neil C.(2002). An analysis of 'looked but failed to see' accidents involving parked police cars, *Ergonomics*, 34 , 367-380.
- 28.Amado S., Koyuncu M. and Kaçarog˘lu G.(2004). Evaluation of factors affecting safe driving: demographic factors, experience, personality and psycho-technical evaluation, *Turkish Journal of Psychology*, 19, 23-43.
- 29.Elander J., West R. and French D.(1993).Behavioral correlates of individual differences road-traffic crash risk an examination of methods and findings, *Psychological Bulletin* , 113, 279-294.
- 30.Cox D J., Merkel L., Penberthy J. K., Kovatchev B., & Hankin C S.(2004). Impact of methylphenidate delivery profiles on driving performance of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study.*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43( 3); pg. 269.
- 31.Caird, J.K., Edwards,C. J.,Creaser, J. I.,& Horrey,W.J. (2005). Older driver failures of attention at intersections:Using change blindness methods to assess turn decision accuracy.*Human Factors*, 47,235-249.
- 32.Hoffman,L., McDowd, J. M.,Atchley, P.,& Dubinsky,R. (2005). The role of visual attention in predicting driving impairment in older adults. *Psychology and Aging*, 20, 610-622.

۴۹. آیزنک، هانس. ج. (۱۳۶۵). واقعیت و خیال در روانشناسی. ترجمه محمدنقی براهنی، نسیان قولیان. - تهران: روز، .
۵۰. بارون. رابرت، بیرن. دان و برنسکامب. نایلا. (۱۳۸۸). روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه یوسف کریمی. چاپ دوم. تهران. نشر روان
۵۱. عریضی. حمیدرضا و فراهانی. حجت‌الله. (۱۳۸۶). روش‌های پژوهش در روان‌شناسی بالینی و مشاوره، تهران، نشر دانژه.
45. Strayer D.L., Drews F.A. and Johnston W.A. (2003). Cell phone-induced failures of visual attention during simulated driving, *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 9, 23-32.
46. Hole G. (2007). *The Psychology of Driving*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
47. Sumer N. (2003). Personality and behavioral predictors of traffic accidents: testing a contextual mediated model. *Accident Analysis & Prevention*, 35( 6), 949-964.
۴۸. مریم قربانی. (۱۳۸۸). تأثیر خلق مثبت و منفی در جریان فعالیت قشر مغز در آزمونهای خلاقیت و ارتباط آن با برونگری پسیکوزگرای. رساله دکتری رشته روان‌شناسی. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی.

# آزمون اثر غیرمستقیم تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی - یک الگوی چند میانجیگر

نویسندگان: محمدحسین مشرعی<sup>۱\*</sup>، عبدالکاظم نیسی<sup>۲</sup> و نسرین ارشدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی صنعتی و سازمانی
۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

\* Email: parsianbehrooz@gmail.com

## چکیده

هدف تحقیق حاضر، آزمون اثر غیرمستقیم تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی پرستاران (۳۴۰ نفر) بیمارستان های شهر شیراز از طریق آزمون یک الگوی چند میانجیگر بود، در این تحقیق سعی شد با استفاده از یک رویکرد الگوی چندمیانجیگری، اثر غیرمستقیم تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی از طریق دو میانجیگر خشنودی شغلی و خشنودی خانواده به صورت همزمان مورد آزمون قرار گیرد.

در این مطالعه سعی بر این بود که دو اندیشه کلی روشن گردد: اول اینکه تعارض کار-خانواده به صورت غیرمستقیم می تواند میزان کیفیت کلی زندگی فرد را متأثر سازد و دوم اینکه چگونگی کیفیت کلی خشنودی زندگی بستگی به خشنودی فرد از دو جنبه عمده زندگی (کار و خانواده) دارد.

با استفاده از آزمون الگوی چندمیانجیگر پرپچر و هایز (۲۰۰۸)، میزان اثرات مستقیم و غیر مستقیم الگوی حاضر و معنی داری آماری آنها مورد ارزیابی قرار گرفت. تحقیق حاضر در نهایت دو اندیشه کلی مطرح شده را تأیید کرد، ضمن آنکه اثرات غیرمستقیم خاص از طریق هر یک از دو متغیر میانجیگر الگوی مورد نظر را نیز مشخص کرد.

**کلیدواژه ها:** تعارض کار-خانواده، خشنودی خانواده، خشنودی زندگی و خشنودی شغلی.

## روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
وختار

• دریافت مقاله: ۹۰/۲/۲۷

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

خانواده این گونه تعریف شده است: "نوعی تعارض بین نقشی است که در آن فشار نقشی حاصل از برخی جنبه‌های کار و خانواده به صورت دوجانبه ناسازگار می‌شوند. به این صورت که مشارکت در نقش کاری (یا خانوادگی) دشواری‌هایی را در مشارکت مناسب در نقش خانوادگی (یا کاری) موجب می‌شود" [۳]. به اعتقاد کریئر<sup>۴</sup> تعارض کار-خانواده دانش شناخت نیروهای سابق متعارض بین حوزه‌های کار و خانواده است [۴]. لاپیر و همکاران<sup>۵</sup> به این نکته اشاره می‌کنند که در دوران اخیر، توجه روانشناسان از دیدگاه سلامت فراتر رفته و به کمال و شادکامی و بهزیستی فردی به عنوان ملاک غایی تلاش‌های خود می‌نگرند که در قالب سازه‌های خوشنودی زندگی کلی یا کیفیت زندگی فرد، تعریف می‌شود. خوشنودی فرد از کل زندگی در گرو خوشنودی جنبه‌های مختلف زندگی او است [۵]. فریش<sup>۶</sup>، بیان می‌دارد که الگوی CASIO یک الگوی ترکیب خطی از خوشنودی زندگی است که از کار کمپیل، کانورس و رودگرز به دست آمده است. فرض آنها بر این بود که خوشنودی یک فرد از زندگی حاصل جمع خوشنودی‌های او از حیطة‌ها یا دامنه‌های خاصی از زندگی اوست که فرد آن را مهم می‌پندارد [۶]. این حیطة‌ها باید با اهداف فردی رابطه تنگاتنگی داشته باشند که معمولاً برای فرد بسیار مهم هستند [۷]. به خوشنودی شغلی به عنوان برون‌داد کاری تعارض کار-خانواده نگرینسته می‌شود، خوشنودی خانواده به عنوان برون‌داد خانوادگی و خوشنودی زندگی نیز به عنوان برون‌داد فردی تعارض کار-خانواده می‌باشند [۸]. طی سالها تعاریف آشکار و ضمنی بسیاری از خوشنودی شغلی ارائه گردیده است. تعریفی که بیشترین تأثیر را در این حیطة گذاشته است، تعریف لاک از خوشنودی شغلی می‌باشد. "خوشنودی شغلی، واکنشی عاطفی است نشأت گرفته از این ادراک کارکن که شغل وی تا چه حد ارزش‌های شغلی مهم وی را کامروا می‌سازد و این ارزشها تا چه اندازه با نیازهای شخص هماهنگ هستند. توضیح این

امروزه کمتر کسی می‌تواند ادعا کند که بین نقش شغلی و خانوادگی اش هیچگونه تعارضی را تجربه نکرده است. تعارض کار-خانواده<sup>۱</sup> به عنوان موضوعی عمده که کارکنان و کارفرمایان را متأثر می‌سازد شناخته شده است. تعارض کار-خانواده از شایع‌ترین شکایات کارکنان هر سازمانی است. مارچز، بسشم و ریان<sup>۲</sup>، اظهار می‌دارند که به علت ورود هرچه بیشتر زنان به بازار کار، شیوع تعارض کار-خانواده در بین جوامع صنعتی رشد چشم‌گیری داشته است [۱]. علاوه بر این، تعارض کار-خانواده تحت تأثیر افزایش خانواده‌هایی که از کودکان و سالمندان نگهداری می‌کنند نیز رشد فزاینده‌ای دارد. این پدیده از نوع تعارض بین نقشی بوده که در آن فرد بین خواسته‌های نقش کاری خود و تقاضاهای نقش خانوادگی احساس تعارض کرده که منجر به فشار روانی می‌گردد. در نهایت، فشار روانی منفی شغلی زیاد منجر به افت چشم‌گیر ملاک‌های سلامتی فردی و سازمانی می‌شود. بنابراین، لزوم تحقیق در زمینه تعارض کار-خانواده به اهمیت اثرات کاهش میزان این عامل فشارزا در افزایش بهزیستی افراد و سازمان برمی‌گردد. غفلت از این پدیده مهم موجب می‌شود همواره اثرات مخرب تعارض کار-خانواده به قوت خود پابرجا باشد و به صورت نهان به کاهش مولفه‌های سلامت و بهزیستی فردی و سازمانی منجر شود. محققین در صدد فهم اهمیت مطالعه در زمینه تداخل موجود بین نقش‌های کاری و غیر کاری یا به عبارت دیگر، چیزی که تحت عنوان تعارض کار-خانواده در جهان شناخته شده است برآمدند. مولودزی<sup>۳</sup> بیان می‌دارد که این سازه بر حسب تعریف اش به صورت پرکاربرد استفاده شده است [۲]. به هر حال، به نظر می‌رسد تعریف رایج و مقبول این سازه ریشه در کارهای اصیل کان دارد که کراوس (Krause) به آن اشاره کرده است. بر این اساس، تعارض کار-

4 . Kreiner  
5 . Lapierre, et al.  
6 . Frisch

1 . work-family conflict  
2 . Marchese, Bassham & Ryan  
3 . Mulaudzi



میزان، درجه یا سطح "بهترین شیوه ممکن زندگی" یا "زندگی خوب" حاصل شده که می‌توان آن را از زیاد به کم یا خوب به بد درجه‌بندی کرد. طبق اظهارات دینر و همکارانش، خشنودی زندگی، فرایند قضاوتی شناختی وابسته به مقایسه مقتضیات و شرایط موجود فرد با استاندارد مطلوب مورد نظر اوست. به زبان ساده، بر اساس این رویکرد هرچه هماهنگی ادراک شده بین آرمان‌ها و دستاوردهای فرد بیشتر باشد، میزان خشنودی او از زندگی نیز بیشتر است [۱۲]. فرض بر این است که خشنودی یک فرد از زندگی حاصل جمع خشنودی‌های او از حیطه‌ها یا دامنه‌های خاصی از زندگی اوست که فرد آن را مهم می‌پندارد (این حیطه‌ها باید با اهداف فردی رابطه تنگاتنگی داشته باشند که معمولاً برای فرد بسیار مهم هستند). این فرض تجمعی توسط مطالعات و مرورهای زیادی مورد تأیید قرار گرفته است [۶] و [۱۳]. شغل و خانواده دو دنیای تأثیرگذار در کل زندگی فرد را می‌سازند. بنابراین، کیفیت این دو یعنی خشنودی خانواده و خشنودی شغلی، کیفیت کل زندگی فرد، یعنی خشنودی زندگی را متأثر می‌سازد. بنابراین، رایس و همکاران<sup>۱</sup> یافتند که بین خشنودی شغلی و خشنودی زندگی رابطه مثبت وجود دارد و همچنین بین خشنودی خانواده و خشنودی زندگی نیز رابطه مثبت وجود دارد [۱۴]. با استناد به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که وجود تعارض کار-خانواده می‌تواند به ناخشنودی زندگی منجر شود. به عبارت دیگر، بین تعارض کار-خانواده و خشنودی زندگی رابطه منفی وجود دارد. طبق یافته‌های کاپلمن و همکاران، تعارض در حیطه‌های کاری و خانوادگی منجر به سطوح بالای تعارض کار-خانواده می‌گردد و این تعارض نیز به نوبه خود خشنودی زندگی را کاهش می‌دهد. بنابراین، می‌توان از طریق کاهش میزان تعارضی که کارکنان در حیطه‌های زندگی کاری و خانوادگی خود احساس می‌کنند، خشنودی آنها از شغل، خانواده و در نهایت از کل زندگی‌شان را افزایش داد [۱۵]. در مطالعه حاضر سعی بر این است تا به تعارض کار-خانواده از

نکته ضرورت دارد که اگرچه خشنودی یک نگرش است اما تعریف لاک از آن تحت عنوان یک واکنش عاطفی یاد می‌کند. لاک در ارتباط با عواطف خاص گمانه زنی نمی‌کند. او فرض می‌کند که خشنودی شغلی حاصل تعامل شناخت و احساس یا اندیشه‌ها و احساسات فرد است [۹]. تعارض کار-خانواده در زیرمجموعه عوامل موقعیتی یا محیطی خشنودی شغلی قرار دارد [۲]. برای مثال، هنگامی که کارکنان بواسطه تقاضاهای نقش کاریشان تحت فشار باشند و نتوانند برای انجام کارهای منزل و خانواده زمان و وقت لازم و کافی را تخصیص دهند، به این صورت آنها احساس ناتوانی و گناه کرده و از منبع این ناکامی یعنی شغلشان ناخشنود می‌شوند [۵]. بنابراین، بین تعارض کار-خانواده و خشنودی شغلی رابطه منفی وجود دارد [۱۰]. خشنودی خانواده به واسطه شکاف بین انتظارات خانواده‌ها از کیفیت خدمات و ادراکات آنها از سطح کیفیت این خدمات تعیین می‌شود. خشنودی زندگی خانوادگی، این باور است که فرد به هنگام نیاز می‌تواند از خانواده خود کمک دریافت کند، نشان دهنده سطح روابط بین اعضای خانواده است، رضایتمندی فرد از حمایت‌هایی است که از اعضای خانواده دریافت می‌کند، نشان از رضایتمندی فرد از سطح مهر و محبت بین اعضای خانواده دارد و همچنین به معنی رضایتمندی از شیوه وقت‌گذرانی اعضای خانواده با یکدیگر است [۱۰]. به استناد یافته محققین، هنگامی که کارکنان بواسطه تقاضاهای نقش زندگی خانوادگی‌شان - مثلاً مراقبت از والدین سالمند یا افراد بیمار و فرزندان‌شان - تحت فشار باشند و نتوانند برای انجام تکالیف نقش شغلشان زمان و وقت لازم و کافی را تخصیص دهند، به این صورت آنها احساس ناتوانی و گناه کرده و از منبع این ناکامی یعنی خانواده‌شان ناخشنود می‌شوند. بنابراین، بین تعارض کار-خانواده و خشنودی خانواده رابطه منفی وجود دارد [۱۱]. خشنودی زندگی یا کیفیت زندگی به میزان عالی بودن زندگی نسبت به برخی استانداردهای ابراز شده یا ضمنی فرد در مقایسه با اکثر مردم یک جامعه خاص اشاره دارد [۶]. خشنودی زندگی عبارت است از

1 . Rice, et al.

انتخاب تصادفی ساده مورد آزمون قرار گرفتند.

#### • ابزارهای تحقیق:

#### الف: پرسشنامه تعارض کار-خانواده

برای سنجش تعارض کار-خانواده از پرسشنامه هجده ماده ای سنجح چند بعدی تعارض کار-خانواده، کارلسون و همکاران<sup>۲</sup>، استفاده شده است. دامنه پاسخ ها از گزینه یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) با استفاده از مقیاس لیکرتی ترتیب یافته است. نمره بالاتر در این آزمون، نشان دهنده تعارض کار-خانواده بیشتر خواهد بود. کارلسون و همکارانش، برای این آزمون میزان ضریب پایایی با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ را گزارش کردند [۱۶]. همچنین در مطالعه واتای و همکاران<sup>۳</sup> روایی و پایایی ابزار فوق در ۶ خرده مقیاس بین ۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۷]. در مطالعه رسولی (۱۳۸۸)، پس از ترجمه پرسشنامه به فارسی و تطبیق آن با شرایط فرهنگی ایران، پرسشنامه ترجمه شده همراه با متن اصلی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و علوم بهزیستی و توانبخشی قرار گرفت. روایی محتوای پرسشنامه پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی تأیید گردید. جهت تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان های شهرستان همدان تکمیل شد و دو هفته بعد آزمون مجدد صورت گرفت و ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های آن بین ۶۶ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. انسجام درونی ابزار به طور کلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد [۱۸]. در مطالعه حاضر، برای پرسشنامه تعارض کار-خانواده کارلسون و همکاران (۲۰۰۰)، مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱۱ و ضریب تنصیف ۰/۹۲۴ بدست آمد.

#### ب) پرسشنامه های خشنودی

خشنودی شغلی در این مطالعه به وسیله ۳ ماده خرده‌مقیاس خشنودی شغلی از پرسشنامه ارزیابی

دیدگاه روانشناختی نگریسته‌شود و رابطه غیرمستقیم بین تعارض کار- خانواده با خشنودی زندگی، با نقش چند میانجیگری خشنودی خانواده و خشنودی شغلی در قالب یک مدل نظری بررسی‌شود. هدف از این مطالعه تعیین اثر غیر مستقیم تعارض کار- خانواده (از طریق خشنودی شغلی و خشنودی خانوادگی) بر خشنودی زندگی است. نتایج مطالعه حاضر، تلویحات موثری را برای مدیران دارد که از طریق کاهش میزان تعارض کار- خانواده، وضعیت خشنودی کارکنان را بهبود دهند.

#### روش

#### • آزمودنی:

هیمل و همکاران<sup>۱</sup> متذکر می‌شوند که جهت مقایسه‌پذیری یافته‌ها با داده‌های جهانی، باید شرکت‌هایی برای مطالعه انتخاب‌شوند که دارای تکنولوژی هفت روز کاری در هفته و ۲۴ ساعت در شبانه‌روز برای انجام کار باشند [۸]. بنابراین، جمعیت پرستاران کل بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز که در فصل پاییز سال ۱۳۸۹ مشغول به کار بودند با احتساب جمیع شرایط، به‌عنوان جامعه آماری مناسب جهت اجرای این مطالعه انتخاب‌شد که شامل تمامی کارکنان کادر پرستاری زیر مجموعه جامعه آماری می‌باشد. نمونه آماری جهت آزمون فرضیه‌ها شامل انتخاب تصادفی مرحله‌ای نسبی هشت بیمارستان از میان کل سیزده بیمارستان دولتی شهر شیراز بود که در آنها ۳۴۰ نفر از کارکنان پرستاری با توجه به توزیع نسبی آنها در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز، به صورت تصادفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری، با استفاده از نمونه‌گیری مرحله‌ای نسبی از بین بیمارستان‌های دولتی سیزده گانه شهر شیراز است. در این روش، در لیست اسامی بیمارستان‌ها یک کد عددی به صورت تصادفی به هر بیمارستان تعلق گرفت سپس با استفاده از انتخاب اعداد تصادفی، از بین بیمارستان‌های موجود، تعداد هشت بیمارستان به‌عنوان نمونه انتخاب‌شدند و در نهایت، پرستاران بیمارستان‌های انتخاب‌شده، به‌صورت

2. Carlson, et al.

3. Watai, et al.

1. Hill, et al.

با استفاده از سامانه الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ([www.SUMS.ac.ir](http://www.SUMS.ac.ir))، بر اساس اطلاعاتی در مورد تعداد و محل مراکز بیمارستانی دولتی شهر شیراز که کل جامعه آماری این تحقیق را تشکیل می دادند، مراحل نمونه گیری تصادفی مرحله ای نسبی انجام شد؛ به این صورت که از بین بیمارستان های دولتی شهر شیراز، هشت بیمارستان انتخاب شدند. سپس مجموعه پرسشنامه های خود گزارشی با مراجعه حضوری در بیمارستان های انتخاب شده در دسترس اعضای نمونه که در هر بیمارستان براساس نسبت فراوانی هر بخش به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، قرار گرفت و بعد از برگزاری آزمون در محل، پرسشنامه های تکمیل شده جمع آوری شد. در نهایت، داده های حاصل از بررسی پرسشنامه ها جهت تحلیل های آماری وارد نرم افزار SPSS ویراست ۱۶ شد، سپس با استفاده از نسخه های اسکریپت و سینتکس<sup>۳</sup> آزمون الگوی چندمیانجیگر تهیه شده مورد تحلیل قرار گرفت. به عقیده پریچر و هایز<sup>۴</sup> طرحی که تاکنون توجه کاربردی و نظری کمی در پیشینه به خود معطوف داشته است، طرح میانجی همزمان با متغیر خای چندگانه، یا طرح چند متغیری می باشد که در آن، محققین برای رابطه ساده بین متغیر پیش بین و ملاک، چندین متغیر میانجی گر را همزمان در ذهن می پروراندند که باید محاسبه شوند [۲۲]. قبل از صحبت از روابط واسطه ای وجود شرایطی الزامی می باشد. بارون و کنی و جاد و کنی، چهار گام را برای بررسی اثرات میانجی گری مطرح کردند؛ گام اول: نشان دادن اینکه متغیر نخستین با متغیر برون داد، همبستگی دارد. این گام، نمایانگر وجود اثری است که ممکن است عامل (یا عوامل) میانجی گر در آن دخیل باشد. گام دوم: نشان دادن اینکه متغیر نخستین با متغیر (های) میانجی گر، همبستگی دارد. در این گام، متغیر (های) میانجی گر در نقش برون داد قرار می گیرد. گام سوم: نشان دادن اینکه متغیر (های) میانجی گر بر متغیر برون داد، اثراتی دارد. در این گام، صرفاً

سازمانی میشیگان، کامن، فیشرمن، ژنکینز و کلش، مورد ارزیابی قرار می گیرد. گزینه ها در این آزمون با استفاده از مقیاس لیکرتی از یک (بسیار زیاد مخالف) تا شش (بسیار زیاد موافق) ترتیب یافته اند. لاپیر و همکاران، برای این آزمون میزان ضریب پایایی با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۵ را گزارش کردند [۵]. در مطالعه حاضر، برای پرسشنامه خشنودی شغلی کامن و همکاران (۱۹۷۹)، مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶۹ و ضریب تنصیف ۰/۷۵۳ بدست آمد. خشنودی خانوادگی به وسیله مقیاس ۳ ماده ای ادواردز و روئبارد<sup>۱</sup>، مورد سنجش قرار گرفت. ترتیب گزینه ها نیز مشابه مقیاس خشنودی شغلی است که ذکر آن رفت. ادواردز و روئبارد مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس گزارش کردند [۱۹]. در مطالعه حاضر، برای پرسشنامه خشنودی خانوادگی ادواردز و روئبارد، مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۵۳ و ضریب تنصیف ۰/۸۴۲ بدست آمد. خشنودی زندگی، با استفاده از مقیاس پنج ماده ای خشنودی زندگی دینر و همکاران<sup>۲</sup>، مورد ارزیابی قرار می گیرد. گزینه ها در این آزمون به صورت لیکرتی از یک (کاملاً مخالف) تا هفت (کاملاً موافق) ترتیب یافته اند. دینر و همکارانش، مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای این مقیاس گزارش کردند و پی بردند که این مقیاس همبستگی خوبی با دیگ سنجه های بهزیستی روانی دارد [۲۰]. همچنین به نقل از رحیمی، طی یک بازآزمایی پس از دو ماه، ضریب بازآزمایی برابر ۰/۸۲ گزارش شده است و همچنین، سامانی و همکاران برای این آزمون مقدار آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی برابر ۰/۸۴ را در نمونه ای از جامعه ایرانی گزارش کردند [۲۱]. برای تمامی این مقیاس ها نمره بالاتر شاخص سطوح بالاتر خشنودی است. در مطالعه حاضر، برای پرسشنامه خشنودی زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵)، مقدار ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷۰ و ضریب تنصیف ۰/۸۴۶ بدست آمد.

3 . script & syntax  
4 . Preacher & Hayes

1 . Edwards & Rothbard  
2 . Diener

اظهار می‌دارند که روش بوت استرایپینگ را می‌توان جهت ورود میانجی گره‌های چندگانه گسترش داد [۲۴]. جهت برآورد اثرات غیر مستقیم کلی و خاص، تعداد K نمونه را با اندازه n آزمودنی، با جانشینی اعضا از نمونه اصلی انتخاب می‌کنیم - تعداد k ترجیحاً حداقل ۱۰۰۰ مرتبه است. به عبارت دیگر، یک آزمودنی معین می‌تواند نه فقط یک بار، بلکه دو، یا حتی چندین بار به عنوان عضوی از نمونه‌های جدید انتخاب شود. با استفاده از این نمونه‌های جدید با اندازه n، تمامی ارزش مسیرهای غیر مستقیم کلی و خاص دوباره برآورد می‌گردد و معنی داری آنها محاسبه می‌شود. توزیع‌های این k برآورد به صورت تقریب‌های ناپارامتری و تجربی توزیع‌های نمونه‌گیری اثرات غیرمستقیم مورد نظر عمل می‌کند. در نهایت، فاصله اطمینان<sup>۵</sup> بوت استرایپ برای این مجموعه‌ی اثرهای غیر مستقیم خاص و کلی به دست می‌آید [۲۳]. مک کینون، فایرچیلد و فریتز<sup>۶</sup>، در مبحث الگوهای چند میانجی‌گری، عملکرد روش‌های مختلف را به لحاظ داشتن توان و خطای نوع یک سنجیدند. آنها استفاده از روش بوت استرایپینگ را به جای آزمون سو بل پیشنهاد کردند. روش بوت استرایپینگ دارای توان بیشتری می‌باشد حال آنکه میزان کنترل معقولی را بر نرخ خطای نوع یک نگه می‌دارد [۲۵]. نمودار (۱) نشان‌دهنده الگوی چندمیانجیگر در مطالعه حاضر با تعداد ۲ میانجی‌گر است.

در نمودار (۱)، الگوی (A) مسیر اثر متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی است. الگوی (B) مسیر غیرمستقیم اثر متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی از طریق میانجی گره‌های خشنودی شغلی و خشنودی خانواده می‌باشد. الگوی (A)، بیانگر اثر کلی<sup>۷</sup> متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی است (مسیر c). الگوی (B)، هم شامل اثر مستقیم<sup>۸</sup> متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی است (مسیر c') و هم شامل اثرات غیرمستقیم متغیر تعارض کار-خانواده بر

همبستگی بین متغیرهای میانجی گر و برون داد کفایت نمی‌کند، زیرا همه آنها معلول متغیر نخستین می‌باشند. بنابراین، متغیر نخستین باید در مسیر اثر میانجی گر به متغیر برون داد کنترل شود. گام چهارم: جهت اثبات اینکه متغیر (های) میانجی گر به صورت کامل رابطه بین متغیر نخستین به برون داد را میانجی‌گری می‌کند، تأثیر متغیر نخستین بر برون داد در صورت کنترل کردن متغیر (های) میانجی گر، باید صفر گردد [۲۳]. در شرایطی که اثر مستقیم به صفر نرسید باید نشان دهیم وقتی متغیرهای میانجی گر و مستقل را همزمان برای پیش بینی متغیر وابسته به کار می‌بریم، ضریب مسیر بین متغیرهای مستقل و وابسته که پیش از این معنی دار بود کاهش یافته باشد گرچه هنوز معنی دار باشد [۹]. اثرات در هر دو گام سوم و چهارم در معادله مشابهی ارزیابی می‌شوند. اگر تمامی چهار گام مذکور برآورده شد، نشان از تأیید فرضیه میانجی‌گری دارد و اگر سه گام اول تأیید شد ولی گام چهارم برآورده نشد، به معنی وجود میانجی‌گری نیمه تفکیکی<sup>۱</sup> است [۲۳]. پریچر و هایز، برای تعیین معنی داری در چنین موقعیتی به توصیف روشی می‌پردازند که تحت عنوان "استراتژی بوت استرایپینگ"<sup>۲</sup> در برآورد اثرات غیرمستقیم در الگوهای چند میانجی‌گری شهرت یافته است. یکی از مفروضات اساسی برای به کار گیری آزمون‌های آماری در بسط چند متغیری، بهنجاری چند متغیری<sup>۳</sup> می‌باشد. نه تنها تمامی مسیرهایی که در اثرات غیر مستقیم دخیل هستند باید دارای توزیع بهنجار چند متغیری باشند، بلکه فرض بر این است که توزیعات نمونه‌گیری اثرات غیر مستقیم کلی و خاص نیز بهنجار باشند. از این جهت تصور سو بل این بود که برای این منظور باید نمونه‌ای بسیار بزرگ داشت تا منطقاً توزیع نمونه‌گیری در آن تقریباً بهنجار در آید. به هر حال، در نمونه‌های با اندازه محدود، اثر غیرمستقیم کلی ندرتاً بهنجار می‌گردد [۲۲]. برای رفع این مشکل، شروت و بولگر<sup>۴</sup>

5. Confidence Interval

6. MacKinnon, Fairchild & Fritz

7. total effect

8. direct effect

1. partial mediation

2. Bootstrapping

3. multivariate normality

4. Shrout & Bolger

طریق میانجیگری خشنودی شغلی و خشنودی خانوادگی پرستاران) به متغیر خشنودی زندگی است. این اثر غیر مستقیم با توجه به شرایط اساسی بارون و کنی آزموده شد. از آزمون بوت استرپینگ پریچر و هایز نیز برای تعیین معنی داری مسیر واسطه ای متغیر تعارض کار-خانواده بر متغیر خشنودی زندگی از طریق میانجی گری خشنودی شغلی و خشنودی خانوادگی استفاده گردید. شرایط اساسی بارون و کنی می توانند با توجه به ضرایب مسیر غیراستاندارد مستقیم میان متغیرها مورد آزمون قرار گیرند. جدول ۱ ضرایب مسیر غیراستاندارد مستقیم بین متغیرهای الگوی نظری را نشان می دهد.

جدول ۱ ضرایب مسیرهای مستقیم غیراستاندارد الگوی چند میانجی گر را با استفاده از روش پریچر و هایز نشان می دهد. با توجه به این جدول، در مسیرهای a، میزان اثر مستقیم غیراستاندارد از متغیر تعارض کار-خانواده به خشنودی شغلی برابر است با ۰/۱۳- و از متغیر تعارض کار-خانواده به خشنودی خانواده برابر است با ۰/۰۸- . در مسیرهای b، میزان اثر مستقیم غیراستاندارد از متغیر خشنودی شغلی به خشنودی زندگی برابر است با ۰/۲۷ و از متغیر خشنودی خانواده به خشنودی زندگی برابر است با ۰/۰۶. در مسیر c، میزان اثر کلی مستقیم غیراستاندارد از متغیر تعارض کار-خانواده به خشنودی زندگی برابر است با ۰/۲۷- . در مسیر c'، میزان اثر مستقیم غیراستاندارد از متغیر تعارض کار-خانواده به خشنودی زندگی برابر است با ۰/۱۴- (مطابق با روش دلتا یا c-c'). تمامی ضرایب غیر استاندارد به لحاظ آماری معنی دار می باشند. این روابط پیش نیازهای اساسی مورد نظر بارون و کنی را برآورده می سازند. همانگونه که مندرجات جدول ۱ نشان می دهند، وقتی متغیرهای خشنودی خانواده و خشنودی شغلی به عنوان پیش بین های دوم و سوم به متغیر تعارض کار-خانواده (پیش بین اول) اضافه می گردد مقدار ضریب مسیر متغیر تعارض کار-خانواده به خشنودی زندگی کاهش می یابد (مسیر c') با وجود این که هنوز معنی دار است. این حالت اثر واسطه ای متغیرهای

خشنودی زندگی از طریق میانجی گریهای خشنودی شغلی و خشنودی خانواده می باشد. اثر غیرمستقیم خاص<sup>۱</sup> متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی به واسطه یک میانجی گر (مثلاً، خشنودی شغلی یا خشنودی خانواده) برابر است با محصول دو مسیر غیر استاندارد که متغیر تعارض کار-خانواده را از طریق آن میانجی گر به متغیر خشنودی زندگی متصل می سازند [۲۳]. برای مثال، با توجه به شکل مربوطه اثر غیر مستقیم خاص متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی به واسطه میانجی گر خشنودی شغلی به عنوان a<sub>1</sub>b<sub>1</sub> درج شده است. اثر غیرمستقیم کلی<sup>۲</sup> متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی (مسیرهای ab) حاصل جمع اثرهای غیر مستقیم خاص (طبق معادله ۱)، و اثر کلی متغیر تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی حاصل جمع اثر مستقیم و همه ۲ اثر غیر مستقیم خاص می باشد (طبق معادله ۲). بنابر این، اثر غیر مستقیم کلی برابر است با حاصل تفریق C - C' (روش تفریق یا دلتا).

$$\sum_i (a_i b_i), i = 1 \text{ تا } j \quad (1)$$

$$c = c' + \sum_i (a_i b_i), i = 1 \text{ تا } j \quad (2)$$

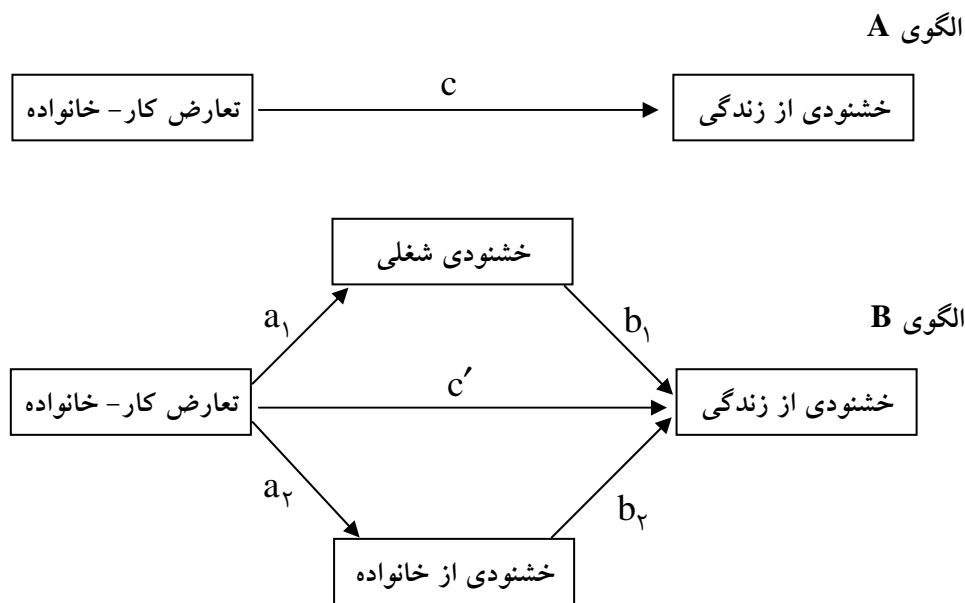
آزمودن الگوی چند میانجی گری در مطالعه حاضر باید دارای دو بخش باشد: ۱) کشف اثر غیرمستقیم کلی، یا اینکه آیا مجموعه میانجی گرهای اثر متغیر تعارض کار-خانواده را به متغیر خشنودی زندگی انتقال میدهد؛ و ۲) آزمودن اثر غیرمستقیم خاص مربوط به هر میانجی گر مفروض در بافت الگوی چند میانجی گر. دست یافتن به یک اثر غیرمستقیم کلی معنی دار (بخش ۱) پیش نیازی برای آزمودن اثرات غیرمستقیم خاص (بخش ۲) نمی باشد. کاملاً امکان دارد که اثرات غیرمستقیم خاص با وجود اثر غیر مستقیم کلی غیر معنی دار نیز معنی دار شوند.

## نتایج

فرضیه زیربنایی الگوی نظری حاضر، وجود مسیر غیرمستقیم و واسطه ای از متغیر تعارض کار-خانواده (از

1 . specific indirect effect

2 . total indirect effect



نمودار (۱) الگوی چندمیانجی گر در مطالعه حاضر

برآورد شد. جدول ۲ نشان‌دهنده ارزش‌های مربوط به این مسیرها می‌باشد.

جدول ۲ نتایج حاصل از استراتژی بوت استراپینگ پریچر و هایز می‌باشد که اثرات غیرمستقیم تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی با میانجی‌گری خشنودی خانواده و خشنودی شغلی (مسیرهای ab) را نشان می‌دهد.

خشنودی خانواده و خشنودی شغلی را در الگو تأیید می‌نماید. بارون و کنی اظهار می‌دارند، در شرایطی که ضریب مسیر c با وجود کاهش هنوز معنی دار باشد، یک طریق برای آزمودن رابطه واسطه‌ای، تعیین معنی‌داری این رابطه است. با استفاده از استراتژی بوت استراپینگ بر مبنای نرم افزار SPSS-16 ارزش مسیرهای غیرمستقیم

جدول ۱ ضرایب مسیر غیراستاندارد مستقیم الگوی چند میانجی گر

معنی داری	T	SE	B	مسیر	
***	-۷/۵۰	۰/۰۱۷	-۰/۱۳	تعارض کار- خانواده ← خشنودی شغلی	A
***	-۵/۰۲	۰/۰۱۷	-۰/۰۸	تعارض کار- خانواده ← خشنودی خانواده	
۰/۰۰۰۷	۳/۴۳	۰/۰۸	۰/۲۷	خشنودی شغلی ← خشنودی زندگی	B
***	۱۲/۸۸	۰/۰۸	۱/۰۶	خشنودی خانواده ← خشنودی زندگی	
***	-۸/۶۲	۰/۰۳	-۰/۲۷	تعارض کار- خانواده ← خشنودی زندگی	C
***	-۵/۲۳	۰/۰۲	-۰/۱۴	تعارض کار- خانواده ← خشنودی زندگی	c'

\*\*\* P<۰/۰۰۱

جدول ۲: اثرات غیرمستقیم تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی با میانجی‌گری خشنودی خانواده و خشنودی شغلی (مسیرهای ab).

مسیر	Data	boot	سوگیری	SE	حد بالا	حد پایین
$\sum ab$	-۰/۱۳	-۰/۱۲۷	۰/۰۰۰۸	۰/۰۲۲	-۰/۰۸۱۶	-۰/۱۸۶۱
a1b1	-۰/۰۳	-۰/۰۳۷	۰/۰۰۰۹	۰/۰۱۲	-۰/۰۱۵۴	-۰/۰۷۰۰
a2b2	-۰/۰۹	-۰/۰۹۰	۰/۰۰۰۰	۰/۰۱	-۰/۰۴۸۷	-۰/۱۳۷۲

در این آزمون، تعداد نمونه‌گیری‌های مجدد بوت استراپ (k) برابر با ۱۰۰۰ و سطح اطمینان برای فواصل اطمینان ۹۵ می‌باشد. بر اساس داده‌های این جدول، مقدار اثر غیرمستقیم کلی تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی ( $\sum ab$ ) برابر با -۰/۱۳ می‌باشد و در فاصله اطمینان اصلاح شده و تسریع شده<sup>۱</sup> (پایین) -۰/۱۸۶۱ تا (بالا) -۰/۰۸۱۶ معنی‌دار است. همچنین، مقدار اثر غیرمستقیم خاص تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی با میانجی‌گری خشنودی شغلی ( $a_1b_1$ ) در فاصله اطمینان اصلاح شده و تسریع شده (پایین) -۰/۰۷۰ تا (بالا) -۰/۰۱۵۴ برابر با -۰/۰۳ و مقدار اثر غیرمستقیم خاص تعارض کار-خانواده بر خشنودی زندگی با میانجی‌گری خشنودی خانواده ( $a_2b_2$ ) در فاصله اطمینان اصلاح شده و تسریع شده (پایین) -۰/۱۳۷۲ تا (بالا) -۰/۰۴۸۷ برابر با -۰/۰۹ است که به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر یافت شد که تعارض کار-خانواده، با میانجی‌گری متغیرهای خشنودی شغلی و خشنودی خانواده، بر متغیر خشنودی زندگی اثر منفی غیرمستقیم دارد. به صورت خلاصه، مطالعات بسیاری نشان‌دادند که خشنودی زندگی یا کیفیت زندگی فردی، فرایند قضاوتی شناختی وابسته به مقایسه مقتضیات و شرایط موجود فرد با استاندارد مطلوب مورد نظر اوست و به زبان ساده،

هرچه هماهنگی ادراک شده بین آرمان‌ها و دستاوردهای فرد در حیطه‌های مهم زندگی او بیشتر باشد، میزان خشنودی او از زندگی نیز بیشتر است. از میان این حیطه‌ها، کار و زندگی خانوادگی، دو حیطه بسیار مهم در تعیین کیفیت زندگی کلی فرد هستند. همچنین، هم‌راستا با نتایج سایر مطالعات در این زمینه، این مطالعه نیز نشان‌داد که تعارض کار-خانواده بر خشنودی شغلی و خشنودی خانوادگی اثرات مخربی دارد. باتوجه به این که، فرد کدام‌یک از حیطه‌های کاری یا خانوادگی خود را در ایجاد تعارض کار-خانواده مقصر بداند، از آن حیطه یا از هر دوی آن‌ها ناخشنود می‌گردد. بنابر اظهارات روجلبرگ<sup>۲</sup>، یکی از مهمترین برون‌دادهای فردی خشنودی شغلی، خشنودی زندگی یا کیفیت زندگانی و سلامت است. البته باید این نکته را مدنظر داشت که خشنودی زندگی هم عامل پیشبین و هم همبسته با خشنودی شغلی است. یعنی کارکنانی که از کل زندگی خود رضایتمند هستند به احتمال بیشتری در کار خود موفق می‌شوند و خشنودی شغلی دارند [۲۶]. همچنین، خشنودی خانواده یکی از منابع اصلی بهزیستی خشنودی زندگی می‌باشد. بنابراین، شغل و خانواده دو دنیای تأثیرگذار در کل زندگی فرد را می‌سازند. پس، کیفیت این دو، یعنی خشنودی خانواده و خشنودی شغلی، کیفیت کل زندگی فرد، یعنی خشنودی زندگی را متأثر می‌سازد. فرضیه سرریزشدگی مطرح می‌کند که احساسات از یک حیطه زندگی به سایر حیطه‌های زندگی سرریزی شوند.

2 . Rogelberg

1 . Corrected and Accelerated Confidence Interval

فرد داشته و در نتیجه منبع مهمی در ناخشنودی زندگی خواهد بود. تعارض کار- خانواده، به واسطه نقشی که در کاهش میزان خشنودی کاری و خانوادگی بازی می‌کنند، رابطه منفی با خشنودی زندگی دارد. با استناد به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که وجود تعارض کار- خانواده می‌تواند با میانجی‌گری ناخشنودی شغلی و ناخشنودی خانواده به ناخشنودی زندگی منجر شود.

### تقدیر و تشکر

با تقدیر از همه کارکنان پرستاری بیمارستان های دولتی شیراز و پروفسور پاول ای. اسپکتور از دانشگاه فلوریدای جنوبی که ما را در انجام این مطالعه همراهی کردند.

به عبارت دیگر طبق این فرض، همبستگی مثبتی بین خشنودی حیطه‌های مختلف زندگی وجود دارد و عواطف و نگرش‌ها بین شغل و خانواده همواره در تبادل هستند. بنابراین، خشنودی خانواده و خشنودی شغلی، کیفیت کل زندگی فرد، یعنی خشنودی زندگی را متأثر می‌سازد. با استناد به الگوی CASIO، در نظریه کیفیت زندگی، خشنودی زندگی اشاره به ارزیابی ذهنی فرد از میزان تحقق مهمترین نیازها، اهداف و آرزوهایش دارد. بنابراین، ادراک شکاف بین آنچه دارد و آنچه می‌خواسته در حوزه‌های ارزشمند زندگی خود داشته باشد، سطح خشنودی یا ناخشنودی او از زندگی را تعیین می‌کند. از آنجایی که کار و خانواده نقش‌های مهمی را در زندگی فرد بازی می‌کنند، ناتوانی در برقراری توازن بین الزامات و خواسته‌های این دو حیطه تأثیر مخربی بر کیفیت زندگی



## منابع

۹. ارشدی، نسرین (۱۳۸۶). طراحی و آزمودن الگویی از پیشایندها و پیامدهای مهم انگیزش شغلی در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت خیز جنوب- منطقه اهواز، پایان نامه دکتری، روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
10. Ahmad, A., (1996), A study of married female secretaries. Associations of Work-Family Conflict, Job Satisfaction, Family Satisfaction and Life Satisfaction:, *Pertanika J. Soc. Sci. & Hum.* 4(2): 101-108.
11. Aryee, S., (1992), 'Antecedents and outcomes of work-family conflict among married professional women: Evidence from Singapore', *Human relations* 45, 813-837.
12. Frey, B. S., & Stutzer, A. (2001). *Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-being.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
13. Diener, E., & Oishi, S. (2003). Are Scandinavians happier than Asians? Issues in comparing nations on subjective wellbeing. In E. Columbus (Ed.), *Politics and economics of Asia.* Hauppauge, NY: Nova Science.
14. Rice, R. W., Frone, M. R., & McFarlin, D. B. (1992). Work-nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 155-168.
15. Eby, L.T., Casper, W., Lockwood, B. A., Bordeaux, A. C. & Brinleya, A., (2005), Work and family research in IO/OB: Monograph, Content analysis and review of the literature (1980-2002)q., *Journal of Vocational Behavior* 66 124-197.
16. Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 249-276.
17. Watai I, Nishikido N, Murashima S. (2006), Development of a Japanese Version of the Work-Family Conflict Scale (WFCS), and examination of its validity and reliability. *Sangyo Eiseigaku Zasshi.* May; 48(3): 71-81.
1. Marchese M. C., Bassham, G. & Ryan, J. (2002); work-family conflict: A virtue ethics analysis *Journal of Business Ethics*; 40: 145-154.
2. Mulaudzi ,T. (2005), Work – family conflict, sense of coherence, coping resources and job satisfaction amongst women general practitioners, A dissertation Masters of Arts in Clinical Psychology, Johannesburg, August.
3. Krause, A.E. (2003). Work-family balance: The relationship between employment type, work-family conflict and life satisfaction in women. Unpublished Masters Dissertation in the Faculty of Arts. University of Witwatersrand: Johannesburg.
4. Kreiner G. E. (2006) Consequences of work-home segmentation or integration: a person-environment fit perspective, *Journal of organizational behaviour* ,J. *Organiz. Behav.* 27, 485-507 (2006) ,Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/job.386
5. Lapiere L. M., Spector P. E., Allen T. D., Poelmans S., Cooper C. L., O'Driscoll M. P., Sanchez J. I., Brough P. & Kinnunen U., (2008). Family-supportive organizational perceptions, multiple dimensions of work-family conflict, and employee satisfaction: A test of model across five samples; *journal of vocational behaviour*, 73, 92-106.
6. Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy, Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy,* Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.
7. Diener, E., Diener, M., Tamir, M., Kim-Prieto, C., & Scollon, C. (2003). A time-sequential model of subjective well-being. Unpublished paper. Champaign, IL.
8. Hill, E. J., Yang, C., Hawkins, A., Ferris, M., (2004), A Cross-Cultural Test of the Work-Family Interface in 48 Countries, *Journal of Marriage and Family* 66 (December 2004): 1300-1316.

22. Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
۲۳. متشرعی، محمدحسین (۱۳۸۹). آزمون الگویی نظری از تعارض کار-خانواده در پرستاران بیمارستان های دولتی شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
24. Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445.
25. MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58,, 593-614.
26. Rogelberg, S. G., (2007), *Encyclopaedia of organizational psychology*, Copyright © by SAGE Publications, Inc. www.SUMS.ac.ir, 2009/08/20.
۱۸. رسولی پریسا، خانکه حمیدرضا، فلاحی خشکتاب مسعود و رهگذر مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مدیریت زمان بر تعارض کار - زندگی در پرستاران، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۳۸۸، ۱۱-۵.
19. Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (1999). Work and family stress and well-being: An examination of person-environment fit in the work and family domains. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 77, 85-129.
20. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R., & Griffen, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
۲۱. رحیمی پردنجانی، طیبه (۱۳۸۸). بررسی متغیرهای جمعیت شناختی شخصیتی و موقعیتی به عنوان پیش بین های تحمل نوبت کاری در یک شرکت صنعتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

# رابطه عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی در زنان متأهل

نویسندگان: مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۱\*</sup>، لیلا حیدری نسب<sup>۲</sup> و شیرین کیقبادی<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی پیام نور

\* Email: aliakbaridehkordi@gmail.com

## چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی زنان متأهل بود. وجود رابطه جنسی رضایتبخش مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود نقش بسیار مهم و اساسی در احساس خوشبختی، موفقیت و پایداری خانواده دارد. به دلیل وجود برخی محدودیت‌های فرهنگی و موانع موجود در جامعه، در اکثر موارد زوجین نه تنها برای برطرف کردن اختلالات و مشکلات جنسی به متخصصان و مراکز مشاوره مراجعه نمی‌کنند، بلکه از طرح این موضوع در بین خودشان نیز خودداری می‌ورزند و این امتناع می‌تواند گاهی منشاء اختلافات شدید خانوادگی و در نهایت جدایی‌های عاطفی و یا طلاق شود. این در حالی است که رضایت جنسی و در نهایت رضایت زناشویی در سازگاری زوجین تأثیر به‌سزایی دارد.

مواد و روشها: ۲۰۰ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به انستیتو روانپزشکی و روانشناسی تهران با دامنه سنی ۵۰-۱۸ سال به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات لازم به وسیله پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) روزن ۲۰۰۰ و پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر ۱۹۷۶ جمع‌آوری شد. دو آزمون مذکور از اعتبار و روایی بالایی برخوردارند. اطلاعات به دست آمده به وسیله آزمون‌های آماری همبستگی و رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

یافته‌ها: بین کنش وری جنسی و سازگاری زناشویی در زنان رابطه معناداری وجود داشت و مولفه‌های میل جنسی و رضایت جنسی ۳۰ درصد واریانس سازگاری زناشویی را تبیین می‌کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش که نشان می‌دهد عملکرد جنسی در پیش‌بینی سازگاری زناشویی نقش دارد به نظر می‌رسد توجه به درمان اختلالات جنسی و افزایش اطلاعات صحیح و آموزشهای لازم در این خصوص به افزایش رضایت جنسی زنان و در نهایت تداوم زندگی و رضایت زناشویی می‌انجامد.

**کلیدواژه‌ها:** زنان متأهل، سازگاری زناشویی، عملکرد جنسی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
و دستاو

• دریافت مقاله: ۸۹/۸/۵

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۵

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیستم - دوره جدید  
شماره ۸  
بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

بستر ازدواج یکی از مهمترین زمینه‌هایی است که عملکرد و اثر صمیمیت و روابط اجتماعی رشد یافته در آن متجلی می‌شود. هدف از ازدواج برطرف شدن نیازهای زوجین است و اگر نیازهای آنها برطرف نشود و زن و مرد به راه حل مثبتی جهت دستیابی به نیازهایشان نرسند، استرس، ناکامی، سرخوردگی، خشم و در نهایت دل‌زدگی بروز پیدا می‌کند [۱].

برای بیشتر بزرگسالان، شادمانی در زندگی بیشتر به ازدواجی موفق و روابط زناشویی توأم با رضایت وابسته است تا سایر مولفه‌های یک زندگی. سازگاری زناشویی می‌تواند به طور کامل بر کیفیت زندگی تأثیر گذارد و تحقیقات انجام شده، اهمیت تأثیر آن را بر انواع نتایج گستره‌های بالینی مانند بهداشت روانی [۲] بهداشت جسمانی و رضایتمندی از شغل [۳] و حتی طول عمر تأیید نموده‌اند [۴]. همچنین رضایت زناشویی در زندگی می‌تواند با رضایت کلی از زندگی رابطه داشته باشد [۵]. رضایتمندی زناشویی تعاریف متعددی را دربرمی‌گیرد. بر اساس نظر مولفان کیفیت ازدواج و توانایی سازگاری دوطرفه و توانایی انطباق و در عین حال لذت بردن از رابطه می‌تواند نمایانگر رضایتمندی از ازدواج باشد. اسپانیر ۱۹۷۶ کیفیت زناشویی را تعیین کننده موفقیت یک ازدواج دانسته است [۶].

بنابراین مولفان عملکرد جنسی یکی از منابع تاثیر گذار مهم بر رضایتمندی زناشویی است [۷] در یک ازدواج سالم وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد.

از زمانی که الیس<sup>۱</sup>، کینزی<sup>۲</sup> و بعد از آن مسترز و جانسون به مطالعه نظام‌مند رفتارهای جنسی انسان پرداختند، این مسئله تصریح گردید که مشکلات و اختلالات جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌گردید [۸]. بسیاری از مسائل جنسی نظیر کمبود

تمایلات جنسی، ناتوانی، انزال زودرس که به خاطر ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه مخفی مانده و بیان نمی‌شوند در بسیاری از مواقع این مشکلات ابراز نشده ممکن است خود را با علائم و عوارض دیگری مثل ناراحتی‌های جسمانی، افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و طلاق پیش‌روند. این در حالی است که به عقیده بسیاری از محققان اگر مشکلات جنسی به موقع تشخیص داده شوند، روش‌های پیشگیری و درمانی مؤثری برای بسیاری از آنها وجود خواهد داشت. از این رو آموزش مسائل جنسی به زوجین از یک طرف و حساسیت تیم بهداشتی - درمانی به شناخت اختلالات جنسی و تشخیص به موقع آنها از طرف دیگر می‌تواند راهگشای درمان و پیشگیری از عوارض آن باشد [۹].

به دلیل وجود برخی محدودیت‌های فرهنگی و موانع موجود در جامعه، در اکثر موارد زوجین نه تنها برای برطرف کردن اختلالات و مشکلات جنسی به متخصصان و مراکز مشاوره مراجعه نمی‌کنند، بلکه از طرح این موضوع در بین خودشان نیز خودداری می‌کنند و گاهی منشاء اختلافات شدید خانوادگی و در نهایت جدایی‌های عاطفی و یا طلاق می‌شود. این در حالی است که رضایت زناشویی و در نهایت رضایت از زندگی در سلامت روانی زوجین و فرزندان تأثیر به‌سزایی دارد. تحقیقات تامپسون<sup>۳</sup> و همکاران [۱۰] نشان داد که عدم رضایت زناشویی باعث بروز علائم افسردگی می‌شود، همچنین پوینر دل و ونو<sup>۴</sup> و کوب<sup>۵</sup> [۱۱] و الکرناوی<sup>۶</sup> [۱۲]. نشان دادند که ناسازگاری زناشویی بیشتر، با افسردگی بیشتر و رضایت از زندگی کمتر و عزت نفس پایین‌تر ارتباط دارد. افسردگی ناشی از عدم رضایتمندی از ازدواج می‌تواند همه وهله‌های زندگی نظیر شغل و روابط با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد.

کاپلان علاوه بر اینکه ۳ مؤلفه عملکرد جنسی را بیان

3. Thompson, J.M  
4. Poyner Del Vento, P  
5. Cobb, R.J  
6. AL- krenawi, A

1. Ellis, A  
2. Kinsey, A.C

پاشا و حاج‌احمدی [۱۹] که نشان‌دادند ۶/۵۹ درصد کاهش میل جنسی و ۱/۷۲ درصد کاهش مقاربت جنسی در زمان بارداری در زنان دیده‌می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر امینی و همکاران [۲۰] دریافتند که شیوع ازدواج وصال نایافته بیش از آن است که به‌نظر می‌رسد و بیش از ۰/۶۰ زوجین مورد مطالعه در تلاش‌های اولیه برای وصال ناموفق بوده‌اند. براساس یافته‌های آنان ترس از آسیب‌دیدگی و وخامت تصویری آن نظیر ترس از پاره‌گی شدید و نیز عوامل مرتبط با استرس‌های جشن ازدواج با این عدم موفقیت ارتباط داشته است. رحمانی و همکاران [۲۱]: حمیدی و همکاران [۲۲]: فخرایی و همکاران [۲۳] شیورانی و همکاران [۲۴]: خواجه‌الدین و همکاران [۲۵] و رازقی و همکاران [۲۶] تحقیقات مرتبطی را در این گستره و رضایتمندی زناشویی در سال‌های اخیر انجام داده‌اند.

برای برنامه‌ریزی دقیق به منظور ارائه خدمات بیشتر در زمینه بالابردن سازگاری و رضایت زناشویی بیشتر در زوجین و همچنین سلامت روانی در جامعه، نیاز به اطلاعات پایه و بررسی وضعیت عملکرد جنسی افراد جامعه است، تا با استفاده از نتایج این‌گونه مطالعات بتوان ضمن ارزیابی نیاز مردم، حجم مشکل را دریافت و خدمات مطلوب و مناسب را به آنها ارائه داد و به رضایت از زندگی زوجین کمک کرد.

از این رو، این پژوهش به بررسی چگونگی عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به انستیتوی روانپزشکی و روانشناسی و ارتباط عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن با سازگاری زناشویی پرداخته است.

### روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع همبستگی و پس‌رویدادی می‌باشد.

### نمونه تحقیق

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش زنان متأهل ۱۸ تا ۵۰ ساله بودند که به مرکز کلینیک روان‌پزشکی و روان‌شناسی تهران در یک دوره زمانی ۳ ماهه مراجعه نموده بودند. از بین آنها نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. ملاک ورود در تحقیق برای این افراد عبارت

می‌کند معتقد است که اختلالات جنسی در زنان شایع‌تر از مردان است. همچنین برخی از پژوهشها نشان‌داده‌اند که چگونگی عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن در زنان با سازگاری زناشویی آنان رابطه دارد [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵]. یکی از جدیدترین نظریه‌های عملکرد جنسی مربوط به روزن و همکاران<sup>۱</sup> [۱۴] می‌باشد که آنها ۶ مؤلفه درمورد عملکرد جنسی زنان تعیین کرده‌اند: ۱- مؤلفه میل جنسی، یعنی تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی؛ ۲- برانگیختگی جنسی<sup>۲</sup>، یعنی برانگیخته‌شدن پاسخ‌های فیزیولوژیک در اندام‌های جنسی که شامل متورم شدن لبیا، لوبرکاسیون واژینال و پرخونی عروقی می‌باشد. ۳- لغزنده‌سازی<sup>۳</sup> یا رطوبت که به دنبال تحریک جنسی ترشحات واژن موجب لغزنده‌شدن آن می‌شود ۴- ارگاسم یا اوج لذت جنسی با انقباضات ریتمیک عضلانی رحم خارجی واژن، اسفنکتر مقعدی و دیگر عضلات درگیر مشخص می‌گردد. ۵- رضایت، مقصود از رضایت جنسی، میزان نزدیکی با همسر، رضایت از روابط جنسی و رضایت از سراسر زندگی جنسی می‌باشد. ۶- درد<sup>۴</sup>، منظور دفعات و میزان درد واژینال در حین مقاربت و پس از آن می‌باشد. لامن<sup>۵</sup> و همکاران [۱۶] در مورد چگونگی وضعیت مؤلفه‌های عملکرد جنسی در زنان نشان‌دادند که یک سوم آنان میل پایین جنسی، یک چهارم آنان مشکل ارگاسم و یک پنجم آنان مشکل مربوط به رطوبت (لغزنده‌سازی) و یک پنجم آنان مشکل مربوط به رضایت جنسی دارند. همچنین، فرانک<sup>۶</sup> و همکاران [۱۷] نشان‌دادند که ۴۳ درصد زنان تنها دارای شکایات جنسی و ۳۹ درصد آنان مشکل در فعالیت جنسی دارند. در پژوهش بیسون [۱۸] نشان‌داده شد که ۳۵-۳۰ درصد زنان دچار مشکل عدم میل جنسی هستند.

در داخل ایران پژوهش‌های متعدد در مورد چگونگی وضعیت عملکرد جنسی زنان انجام شده‌است؛ از جمله،

1. Rosen,R
2. sexual arousal
3. lubrication
5. dysparenia
- 5 . Laumann,E
6. Frank,J.E

واریماکس برازش مناسب آن گزارش گردید و با استفاده از روش تحلیل عامل تائیدی ۶ عامل آن تائید گردید. همچنین در مطالعه ای که قسامی [۲۷] انجام داد با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ۴ عامل پاسخ جنسی، درد، میل و رضایت جنسی را در فرم ایرانی متمایز کرده و همسانی درونی و ضریب آلفا را بین ۰/۸۲-۰/۹۵ گزارش نمود. همچنین اعتبار همگرا و واگرا پرسشنامه مطلوب شناخته شد. همچنین پایایی و روایی این ابزار در تحقیقی که توسط محمدی در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه شاهد انجام گردید، تأیید شده است، که ضریب پایایی کلی آزمون با دو روش تنصیف و بازآزمایی (۰/۷۸) و (۰/۷۵) و برای خرده آزمونها با روش تنصیف بین (۰/۶۳ تا ۰/۷۵) و با روش بازآزمایی بین (۰/۷۰ تا ۰/۸۱) گزارش شده است. همچنین بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران [۲۸] بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه زنان دارای اختلال عملکرد جنسی و زنان بدون اختلال تفاوت معنی دار وجود داشت و از این رو این ابزار دارای اعتبار تفکیکی مناسب است. بیشترین تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه، در حوزه‌های تهییج جنسی و ارگاسم گزارش گردید و در مقابل کمترین تفاوت میانگین مربوط به میل جنسی بود.

۲- پرسشنامه دوم مقیاس سازگاری دو نفره (زن و شوهر) اسپاینر<sup>۱</sup> است که شامل ۳۲ سوال بوده و میزان سازگاری و ناسازگاری زوجین را می‌سنجد. اسپاینر قابلیت اعتماد مقیاس را در سطح نمرات کلی، ۰/۹۶ مشخص نمود. شارپلی و کراس، اسپاینر، اسپاینر تامپسون<sup>۲</sup> در ۱۹۸۲ و کازاک<sup>۳</sup> و همکاران در ۱۹۸۸ قابلیت اعتماد نمره کلی آزمون را تأیید نمودند. اسپاینر اعتبار همزمان مقیاس را بر اساس همبستگی آن با پرسشنامه سازگاری زناشویی لوک و والاس ۱۹۵۹ به دست آورده است گزارش نموده است [۲۹]. این همبستگی در مطالعه او ۰/۸۶ گزارش گردیده است. در ایران، خدایپناهی برای تعیین پایایی و اعتبار از روش

بود از: گستره سنی ۱۸-۵۰ سال، داشتن همسر، گذشت حداقل ۲ سال از ازدواج، نداشتن نارسایی زودرس تخمدان و یائسگی، نداشتن بیماری روانی حاد و ناتوان کننده و نداشتن اختلال هویت جنسی. بر این اساس ۲۰۰ نفر از زنان متأهل در این تحقیق شرکت نمودند و تحقیق حاضر بر روی آنها صورت گرفت. به علت مخدوش بودن برخی از اطلاعات مربوط به پاره ای از پرسشنامه‌ها ۲۰ مورد حذف شد و اطلاعات مربوط به ۱۸۰ نفر تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی زنان مورد بررسی ۳۵/۱۰ و انحراف معیار ۶/۳۵ بود همچنین کمترین آنها ۱۹ ساله و بیشترین آنها ۵۰ سال بود. ۴۰٪ از زنان شاغل و ۶۰٪ خانه‌دار بودند. همچنین ۱۷/۲۳ درصد آنها زیردپلم، ۰/۳۵ درصد دیپلم و ۴۷/۷۷ درصد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. میانگین مدت ازدواج ۱۰/۲۳ سال (گستره ۲۷-۳ سال) بود.

#### ابزار اندازه‌گیری

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسشنامه بوده است که به شرح زیر بوده است:

۱- پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) روزن و همکاران ۲۰۰۰ که شامل ۱۹ سوال جهت بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌باشد. نمره‌دهی سوالات بر اساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا پنج است و با جمع نمرات سوالهای هر بعد نمره آن بعد به دست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوبتر است. بنابراین، ۶ نمره در اینجا خواهیم داشت. این پرسشنامه یک پرسشنامه عمومی استاندارد می‌باشد که پایایی و روایی آن توسط روزن و همکارانش در سال ۲۰۰۰ طی تحقیقی که به همین منظور انجام شد، مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی و روایی آن در تحقیقات متعددی مورد واری قرار گرفته است. فخرایی و همکاران [۲۳] این ابزار را پس از ترجمه و بازترجمه توسط متخصصین زبان انگلیسی و فارسی مورد واری‌های روانسنجی قرار دادند. ضرائب پایایی در مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲-۰/۹۰ گزارش گردید. با استفاده از چرخش

1. Spinner,B  
2. Thompson,G  
3. Kazak

جدول ۱- شاخص های توصیفی مربوط به عملکرد جنسی و مؤلفه های آن

متغیرها / شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
میانگین عملکرد جنسی	۲۰/۹	۵/۵۰	۵	۳۵/۸۱
میل جنسی	۵/۳۸	۱/۵۸	۲	۸
تحریک جنسی	۱۱/۲۵	۴/۶۸	۰	۲۰
لغزنده سازی	۹/۱۷	۳/۶۵	۰	۱۸
ارگاسم	۷/۸۹	۲/۸۸	۰	۱۱
رضایت جنسی	۹/۹۴	۳/۶۸	۲	۱۵
درد	۸/۱۷	۲/۵۲	۱	۱۳

جدول ۲- فراوانی مربوط به سازگاری و ناسازگاری زناشویی نمونه مورد پژوهش

زنان	فراوانی	درصد
سازگاری زناشویی	۸۷	۴۸/۳۴
ناسازگاری زناشویی	۹۳	۵۱/۶۶

پژوهش مبنی بر رابطه بین عملکرد جنسی و مؤلفه های آن با سازگاری زناشویی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

همانگونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود، سازگاری زناشویی با عملکرد جنسی و مؤلفه های آن میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی، ارگاسم جنسی و رضایت جنسی همبستگی مثبت معنی ( $p < 0/01$ ) دارد؛ اما با مؤلفه درد همبستگی ندارد.

جهت بررسی رابطه بین مؤلفه های عملکرد جنسی با یکدیگر در زنان پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بازآزمایی با اجرای در فاصله زمانی سی و هفت روز بر روی ۹۲ نفر اجرای همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه سازگاری زناشویی لوکه و والاس استفاده کرد که نمایانگر پایایی و اعتبار بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی بود [۳۰]. نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۵۱ متغیر است هر چه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد بیانگر سازگاری بیشتر است. در این مقیاس کسب نمرات بیشتر یا برابر ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنای وجود مشکل در روابط زناشویی و ناسازگاری و تفاهم خانوادگی است.

### روش جمع آوری اطلاعات

قبل از ارائه پرسشنامه ها با افراد شرکت کننده یک مصاحبه توسط روانشناس بالینی در مورد هدف پژوهش و نحوه پاسخ دهی به سوالات و نیز ارزیابی ملاک های مورد نظر برای حضور در تحقیق (عدم ابتلا به بیماری وخیم روانی و اختلال هویت جنسی) انجام می پذیرفت و سپس پرسشنامه ها به آنها داده می شد و پس از تکمیل جمع آوری می گردید.

### روش تحلیل داده ها

اطلاعات به دست آمده در نرم افزار SPSS وارد شده و از روش های ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین رابطه بین عملکرد جنسی و مؤلفه های آن با سازگاری زناشویی زنان و از رگرسیون گام به گام برای پیش بینی سازگاری زناشویی با استفاده از مؤلفه های عملکرد جنسی استفاده گردید.

### نتایج

#### الف- یافته های توصیفی

در این قسمت شاخص های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و کمینه و بیشینه نمرات) متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

#### ب- یافته های استنباطی

جهت آزمون فرضیه اصلی و فرضیه های فرعی این

جدول ۳ - ضرایب همبستگی بین عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن با سازگاری زناشویی

سازگاری	عملکرد جنسی
سازگاری زناشویی	عملکرد جنسی
	عملکرد جنسی
	میل جنسی
	تحریک جنسی
	لغزنده سازی جنسی
	ارگاسم جنسی
	رضایت جنسی
	درد جنسی

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، مؤلفه میل با مؤلفه‌های برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم و رضایت جنسی همبستگی مثبت معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) دارد؛ اما با مؤلفه درد همبستگی ندارد. همچنین، مؤلفه‌های دیگر یعنی برانگیختگی، لغزنده سازی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد همگی با یکدیگر همبستگی مثبت معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) دارند. بنابراین، به غیر از مؤلفه درد و میل همه مؤلفه‌های عملکرد جنسی با یکدیگر همبستگی مثبت معنی‌دار دارند. همچنین جهت بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های عملکرد جنسی زنان در سازگاری زناشویی از رگرسیون گام به گام استفاده شد و در هر گام یکی از مؤلفه‌ها براساس نظریه روزن وارد تحلیل شد. از آنجایی که در رگرسیون گام به گام با توجه به اهمیت متغیرها،

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های عملکرد جنسی با یکدیگر

متغیر	میل	تحریک	لغزنده سازی	ارگاسم	رضایت
میل	۱				
تحریک	۰/۶۲**	۱			
لغزنده سازی	۰/۳۱**	۰/۷۴**	۱		
ارگاسم	۰/۴۶**	۰/۷۲**	۰/۶۲**	۱	
رضایت	۰/۲۴**	۰/۶۰**	۰/۶۱**	۰/۷۷۵(***)	۱
درد	۰/۱۳۸	۰/۵۸**	۰/۶۰**	۰/۴۰**	۰/۳۷**

همین ۵ عامل را به ترتیب از یکدیگر تفکیک نمایند. خلاصه نتایج رگرسیون در جدول شماره ۵ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، تقریباً مؤلفه‌های عملکرد جنسی ۳۰ درصد از واریانس سازگاری زناشویی ( $F=6/93$ ) در زنان را تبیین می‌کنند. علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های عملکرد جنسی، مؤلفه‌های رضایت جنسی و میل جنسی به طور معناداری قادر به پیش‌بینی سازگاری زناشویی در زنان می‌باشند.

به ترتیب در هر گام یک متغیر وارد معادله می‌شود، در این پژوهش نیز بر اساس ترتیب مؤلفه‌های عملکرد جنسی در هر مرحله بر اساس نظریه و مقیاس روزن ۲۰۰۰، مؤلفه‌ها وارد معادله شدند یعنی در گام اول میل جنسی، در گام دوم تحریک جنسی، در گام سوم لغزنده‌سازی، در گام چهارم ارگاسم یا اوج جنسی و گام پنجم رضایت جنسی و بعد با توجه به نقشی که این مؤلفه‌ها در هر گام در تبیین سازگاری زناشویی داشتند مدل ارائه شده بدست آمد. ویگل<sup>۱</sup> و همکاران (۳۱) بر اساس تحلیل عاملی توانستند

1. Wiegel, M



جدول شماره ۵: خلاصه نتایج رگرسیون گام به گام مولفه های عملکرد جنسی در سازگاری زناشویی

الگو	متغیر پیش بین	B	بتا	سطح معنی داری	R	مربع R
۱	رضایت جنسی	۴/۴۹	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۳
	میل جنسی	۳/۸۵	۰/۲۱	۰/۰۱		

## بحث و نتیجه گیری

در این قسمت در ابتدا در مورد نتایج بدست آمده از پژوهش سخن گفته می شود، پس از آن در مورد نتایج بدست آمده به بحث می پردازیم.

نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که میانگین عملکرد جنسی زنان مراجعه کننده به انستیتوی روانپزشکی و روانشناسی تهران ۲۰/۲۹ می باشد. روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ [۱۴] در مطالعه خود بر روی دو گروه از زنان بهنجار و زنان مبتلا به اختلال برانگیختگی جنسی دو میانگین متفاوت گزارش نموده اند. در زنان بهنجار این میانگین ۳۰/۵ با انحراف معیار ۵/۲۹ و در زنان مبتلا به اختلال جنسی میانگین ۱۹/۲ و انحراف معیار ۶/۶۳ می باشد. بنابراین در مقایسه با داده های روزن و همکاران نمونه این تحقیق عملکرد جنسی پائین تری را نشان داده اند که بر اساس مقیاس نمرات کمتر نمایانگر عملکرد نامناسب جنسی است. گرچه ویگل و همکاران [۳۱] در بررسی دو گروه از زنان دارای اختلال جنسی و زنان بهنجار و با استفاده از روش CART<sup>۱</sup> نمره برش ۲۶،۵ را به عنوان نمره افتراق اختلال عملکرد جنسی و بهنجاری تعیین نمودند که با نمره برش محمدی و همکاران [۲۸] که ۲۷/۵ گزارش گردیده است نزدیکی دارد. بهرحال بر اساس هر دو نقطه برش نمونه فعلی پائین تر قرار دارند و بنابراین دارای اختلال عملکرد جنسی می باشند. همچنین، این پژوهش در مورد ابعاد جنسی نتایج نشان داد که دو مؤلفه میل جنسی و ارگاسم پایین ترین میانگین ها و تحریک جنسی و رضایت جنسی بالاترین میانگین ها را به خود اختصاص داده اند. در حالی که در مطالعه روزن در گروه بهنجار بالاترین میانگین مربوط به لیزشدگی و

تحریک و پائین ترین مربوط به میل و رضایت می باشد و در گروه بیمار کمترین مربوط به میل و ارگاسم و بیشترین مربوط به لیز شدگی و درد می باشد. که یافته های این تحقیق در کمترین مولفه شبیه به یافته های اوست و نیز تحقیق فعلی شباهت هایی را با گروه بهنجار روزن در مولفه تحریک داشته است. بهرحال تفاوت های مشاهده شده می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی و تفاوت در گروه نمونه باشد و گرچه رفتار جنسی می تواند بشدت تحت تاثیر مولفه های فرهنگی قرار بگیرد اما از آنجا که بر اساس معیارهای جامع بین المللی اختلال عملکرد جنسی قابل کدگذاری در کشورهای مختلف می باشد بنابراین می توان با تصریح تاثیرات فرهنگی و با ملاحظه احتیاط در این گستره، نتایج این مطالعه را با نمونه های مشابه خارج از کشور از جمله مطالعه روزن [۱۴] و ویگل و همکاران [۳۱] مقایسه نمود و چنین الگویی در سایر مقایسه های بین فرهنگی در گستره بالینی مسئله ای قابل قبول و پذیرفته شده می باشد و اصولاً یکی از اهداف چنین مطالعاتی درک تفاوت های بین فرهنگی در مولفه ها و ابزارهای مورد مطالعه و ایجاد چالش ها و سوال های جدید در گستره تحقیقات می باشد.

در ایران محمدی و همکاران [۲۸] در مطالعه ای که بر روی زنان گروه بالینی انجام دادند میانگین عملکرد جنسی آنان را ۲۱ گزارش کرده اند. و از این رو مطالعه کنونی با نتایج محمدی نزدیک است و البته بخاطر داشته باشیم که نمونه هر دو مطالعه از بین مراجعه کنندگان به کلینیک های مشاوره بوده است. بهرحال انتظار می رود که زنان بهنجار سلامت جنسی بیشتری را گزارش نمایند و با توجه به این که نمونه این تحقیق بهرحال از بین زنان مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی بوده است و گرچه آنان اختلالات وخیم روانی نداشته اند اما حضور در این

1. Classification and Regression Trees

تحقیقی که توسط کورسینی<sup>۷</sup> [۴۱] انجام شده این طور نتیجه‌گیری می‌شود که روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات زوجین از همدیگر است که تداوم بخش ازدواج است. همچنین یافته‌های وی نشان داد که رضایت زناشویی می‌تواند به هم‌نواپی و یا تطابق زوجین در روابط جنسی‌شان وابسته باشد. همچنین، بیرز [۳۴] که در پژوهش‌های خود به دنبال یک ارتباط علت و معلولی بین ارتباط جنسی و ارتباط زناشویی بود به این نتیجه رسید یک ارتباط متقابل دو طرفه بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی وجود دارد.

در ایران همچنین نبی‌پور [۳۹] و علی‌اکبری [۴۰] و حمیدی پور و همکاران [۲۲] و رحمانی و همکاران [۲۱] و خواجه‌الدین و همکاران [۲۵] در مطالعات خویش نشان دادند که آموزش مهارت‌های جنسی، می‌تواند باعث احساسات مثبت، نزدیکی و صمیمیت به همسر، بخشش و افزایش ارتباط زناشویی و در نتیجه تداوم آن، و افزایش توان حل تعارض زوجین و رضایت زناشویی بشود.

همان طور که گفته شد یکی از نتایج این پژوهش بین مولفه درد جنسی و سازگاری زناشویی رابطه‌ای بدست نیاورد.

این نتیجه با برخی یافته‌های قبلی از جمله روزن و همکاران [۱۴] و محمدی و همکاران [۲۸] هماهنگ است. در یافته‌های این پژوهشگران نشان داده شد که کمترین ارتباط بین مولفه درد جنسی با سایر مولفه‌های عملکرد جنسی وجود دارد. بر اساس یافته‌های دووتی<sup>۸</sup> و همکاران [۴۲] مولفه درد که می‌تواند فوراً در اختلال دیسپارونی یا اختلال درد جنسی مشاهده کرد به دلایل انگیزی و روانشناختی رابطه کمتری با عملکرد جنسی بطور کلی و نیز رضایتمندی زناشویی دارد. ابراز درد به علت دخول گر چه می‌تواند در کوتاه مدت توجه همسر و شریک را به همراه داشته باشد و موجب همدلی عاطفی او گردد اما قطع رابطه جنسی باعث کاهش صمیمیت، و رابطه عاطفی بین زوجین می‌گردد و بسیاری از زنان

مراکز می‌تواند نمایانگر مشکلاتی در سلامت جنسی و رضایتمندی آنان باشد [۲۸] نتایج بدست آمده در مورد پایین بودن میل جنسی و ارگاسم در زنان و بالا بودن رضایت جنسی در زنان نیز با یافته‌های پژوهش‌های قبلی هماهنگ می‌باشد. از جمله بیسون<sup>۱</sup> [۱۸] نشان داد که ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان در میل جنسی مشکل دارند.

همچنین نتایج پژوهش نیکلسون<sup>۲</sup> در سال [۳۲] در مورد میل جنسی و ارگاسم زنان نشان داد که اغلب آنان راجع به رسیدن به ارگاسم کمتر مطمئن بودند بر اساس یافته‌های او دانش در مورد تمایلات جنسی و ارگاسم در زنان چه از نظر بنیان‌های فیزیولوژیکی و چه از نظر باورهای مردم بسیار متنوع و گاه متضاد می‌باشد و بسیاری از زنان در مورد تجربه ارگاسم اطمینان کافی ندارند. همچنین به نظر وی احساس لذتبخش جنسی گر چه می‌تواند ناشی از حس آلت مردانه داخل واژن و دخول باشد و باعث ارگاسم و رضایتمندی در زنان شود ولی برای تجربه ارگاسم دخول الزامی نیست.

نتایج این تحقیق نشان داد که عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن به جز درد با سازگاری زناشویی همبستگی مثبت و معنی‌داری دارند همچنین مولفه‌های عملکرد جنسی (میل و رضایت جنسی) به طور معنی‌داری واریانس سازگاری زناشویی را تبیین می‌کنند.

این نتایج با یافته‌های دیگر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله گریتمیر<sup>۳</sup> [۱۵]، کاپلان و سادوک [۳۳]، بیرز<sup>۴</sup> و همکاران [۳۴ و ۳۵]، اسپرچر [۵]، ترودل<sup>۵</sup> [۳۶] و سانتیلا و همکاران<sup>۱</sup> [۳۷] در خارج از ایران و منصوریان [۳۸] و نبی‌پور [۳۹]، علی‌اکبری [۴۰] و عباسی [۴] در ایران نیز همسویی دارد.

بیرز و وانگ [۳۵] نشان دادند که بین عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی ارتباط متقابل مثبت وجود دارد. از

7. Corsini,R  
8. Dewitte,M

1. Basson,R  
2. Nicolson,p  
3. Greitmeyer,T  
4. Byers,E.S  
5. Trudel,G  
6. Santtila,P

زناشویی تاثیر گذار باشند (از جمله سن، طول مدت ازدواج، تحصیلات و شغل) محدودیت دیگر این پژوهش می باشد. بهر حال گرچه مراحل رفتار جنسی بر اساس الگوهای ارائه شده مسئله ای جهانی است اما این متغیر تحت تاثیر مولفه های فرهنگی - اجتماعی قرار می گیرد و بر این اساس کنترل آماری این متغیرهای مداخله گر (از جمله سن، طول مدت ازدواج، تحصیلات، نوع شغل و وضعیت تحصیلی و اقتصادی و فرهنگی) در پژوهشهای بعدی توصیه می گردد.

در پایان با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش و سایر پژوهشهای انجام شده در رابطه با عملکرد جنسی پیشنهاد می شود، که آموزش مسائل جنسی به افرادی که در صدد ازدواج هستند به عنوان یک برنامه قطعی در نظر گرفته شود. بدیهی است برای پرداختن به این آموزش ها همکاری مسئولان در سطوح رسانه ای و دانشگاهی ضروری است.

#### منابع

1. ادیب راد، نسرین؛ مهدوی، اسماعیل؛ ادیب راد، مجتبی و دهشیری، غلامرضا (۱۳۸۴). مقایسه باورهای ارتباطی زنان مراجعه کننده به مراکز قضایی و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران. فصلنامه خانواده پژوهی. سال اول/ شماره ۲ (۱)
2. Timm, Tinna. M.; Keiley, Margaret K. (2011). The Effects of Differentiation of Self, Adult Attachment, and Sexual Communication on Sexual and Marital Satisfaction: A Path Analysis. Journal of Sex & Marital Therapy. p:206-223
3. Sandberg, Jonathan G; Yorgason, Jeremy B; Miller, Richard B; Hill, Jeffrey. E (2011) "Family-to-Work Spillover in Singapore: Marital Distress, Physical and Mental Health, and Work Satisfaction" Family Relations. VOL:61 pages. 1-15
4. عباسی، فاطمه. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عملکرد جنسی و سلامت روانی با رضایتمندی زنان متأهل قزوین. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

بخاطر از دست ندادن این رابطه عاطفی و یا برای اجتناب از خشم همسرشان و یا برای کاهش احساس گناه خویش و از دست ندادن حمایت همسر علیرغم درد جنسی به رابطه جنسی ادامه می دهند و از این رو رضایت جنسی اینها و نیز همسرانشان کمتر مخدوش می گردد. بنابراین مولفه درد جنسی از نظر همراهی با باورها و شناخت هایی که می توانند منجر به تجربه عدم صمیمیت گردند و نیز بخاطر اهمیت حفظ روابط عاطفی با شریکی که برای فرد مطلوب و دوست داشتنی می باشد، می تواند رابطه کمتری با رضایت زناشویی داشته باشد.

همان گونه که قبلا گفته شد، بر اساس تحلیل رگرسیون گام به گام حدود ۳۰ درصد واریانس سازگاری زناشویی را مولفه های عملکرد جنسی (میل جنسی و رضایت جنسی) تبیین می کرد. این یافته نمایانگر موثر بخش بودن روشهای درمانی و تاثیر آموزش مهارت های جنسی در بهبود رضایتمندی از ازدواج می باشد. مونتسی<sup>۱</sup> و همکاران [۴۳] در مطالعه خود یافته ای مشابه با نتایج کنونی ما بدست آوردند. آنان در تحقیق خود مهارت های باز جنسی را در دوام رابطه ای رضایتبخش موثر دانستند. پژوهشگران [۷] دریافتند که آموزش مهارت های حل تعارض و حل مسئله در همه حوزه های زناشویی می تواند به بهبود رضایتمندی از ازدواج بیانجامد. مونیر<sup>۲</sup> و بیکر<sup>۳</sup> [۴۴] و اوکلنی<sup>۴</sup> [۴۵] توانست با ارائه برنامه ای برای زوجین ناشاد، میزان شادکامی و رضایتمندی از ازدواج را در همه ابعاد عاطفی و جنسی بهبود ببخشند.

تحقیق فعلی دارای محدودیت هایی بود، از جمله نمونه آماری این پژوهش که زنان متأهل مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی و روان شناسی تهران بوده اند می باشد. از این رو تعمیم یافته ها بایستی با احتیاط تحقق پذیرد. همچنین به دلیل محدودیت در وقت و امکانات پژوهش، عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله گری که می تواند در نتایج و رابطه بین عملکرد جنسی و سازگاری

1. Montesi, J.L  
2. Meunier, V  
3. Baker, W  
4. Okanli, A

14. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino, R. (2000). Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208
15. Greitmeyer, T. (2001). what do men and women want in a partner? *Journal of Abnormal and Social Psychology* Volume 22, Issue 3, May 1956
16. Laumann, E., Farrer, G. & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Sex Behaviour*, 36, 5-20
17. Frank, J.E., Mistretta, M. & Will, J. (2003). Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction, *American Family Physician*, 77, No 5, 636-642
18. Basson, R. (2005). Women sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Syntese*, 172, No 10, 1327-1333.
۱۹. پاشا، هاجر و حاج احمدی، محمود. (۱۳۸۵). بررسی رفتارهای جنسی در زنان باردار و برخی عوامل مرتبط با آن. *مجله پزشکی هرمزگان*، سال دهم، شماره ۴، ص ۳۴۳-۳۴۸ (۲)
۲۰. امینی، معصومه؛ ازگلی، گیتی؛ آذر، ماهیار؛ علوی مجد، حمید (۱۳۸۸) بررسی زمان وصال یافتگی و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۸۸. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*. ۱۶. شماره ۲. صفحات ۷۸-۷۳
۲۱. رحمانی، اعظم؛ مرقاتی خویی، عفت السادات؛ صادقی، نرجس؛ الله قلی، لیلیا (۱۳۹۰). ارتباط رضایت جنسی و رضایت از زندگی زناشویی. *دو ماهنامه پرستاری ایران*. شماره ۷۰. ص ۸۲
۲۲. حمیدی پور، رحیم؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ نظری، علی محمد؛ تقی فراهانی، محمد (۱۳۸۹). بررسی تاثیر زوج درمانی گروهی مبتنی بر بخشش بر رضایت زناشویی. *فصلنامه مطالعات زنان*، شماره ۲۶، ص ۴۹
5. Sprecher, S. (2001). Equity and social exchange in dating couples: Associations with satisfaction, commitment, and stability. *Journal of Marriage and the Family*, 63(3), 599-613.
6. Askari, Mahin (2012). Comparison the Effects of Communication and Conflict Resolution Skills Training on Marital Satisfaction. *International Journal of Psychological Studies* Vol. 4, No. 1; March 2012.
7. Cleary Bradley, Renay P; Friend, Daniel J; Gottman, John M (2011). Supporting Healthy Relationships in Low-Income, Violent Couples: Reducing Conflict and Strengthening Relationship Skills and Satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. vol : 10, iss: 2, pages 97-116.
8. McCabe, Marita P ; Goldhammer ; Denisa L (2012). Demographic and Psychological Factors Related to Sexual Desire among Heterosexual Women in a Relationship. *Journal of Sex Research*. p:78-87.
9. Masters & Johnson. (1966). Human Sexuality Respons. U.S.A. *The American journal of family Therapy* 19,66-67.
10. Thompson, J. M., Wiffen, V. E., & Blain, M. D. (1995). Depressive symptoms, sex, and perceptions of intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 49-66.
11. Poyner-Del Vento, Patrick W and Cobb, Rebecca J (2011). Chronic Stress as a Moderator of the Association between Depressive Symptoms and Marital Satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology: Vol. 30, No. 9, pp. 905-936*
12. AL-krenawi, Alean (2012). A study of psychological symptoms, family function, marital and life satisfactions of polygamous and monogamous women: The Palestinian case. *International journal of social psychiatry*. vol: 58. p :79- 86
13. Read, Simon; King, Michael ; Watson, James (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health Medicine* Vol. 19, No. 4, pp. 387-39.

31. Wiegel, M, Meston, C ; Rosen, R (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex Marital Therapy* . Jan-Feb; 31(1):1-20
32. Nicolson, P. (2003). What Is Normal about Women Sexual Desire And Orgasm. *Social Science And Medicine* ,57, 1735 -1745
33. کاپلان، هارولد. ای؛ سادوک، بنیامین. جی. رفیعی، عباس (۱۳۷۸). خلاصه روانپزشکی و علوم روانپزشکی بالینی. ویراست هشتم ۱۹۹۸. (ترجمه)، نشر سالمی.
34. Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118.
35. Byers, E. S., & Wang, A. (2004). Understanding sexuality in close relationship from the social exchange perspective In J.H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds), *Handbook of sexuality in close relationships* (pp. 203-234). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum
36. Trudel, G. (2002). Sexuality and marital Life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 229-249.
37. Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Varjonen, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 31-44.
۳۸. منصوریان، علی اکبر. (۱۳۸۵). بررسی اختلالات جنسی در زنان و مردان ۴۹-۱۸ ساله شهرستان دامغان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی سمنان.
۳۹. نبی پور، افسانه. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر افزایش رضایت زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد رودهن.
۴۰. علی اکبری دهکردی، مهناز و کیقبادی، شیرین. (۱۳۸۸). رابطه عملکرد جنسی با سلامت روان و سازگاری زناشویی زنان مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران. خلاصه مقالات چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی آبان ماه ۱۳۸۸.
۲۳. فخرایی، احمد؛ محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی آقا، امیر؛ مرشدی، هادی؛ محمد جعفری، راضیه؛ قلمبر دزفولی، فاطمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، شماره ۷۳، ۱۳۹۰ ص ۳۴۵.
۲۴. شیورانی، منا؛ آزاد فلاح، پرویز؛ اللهیاری، عباسعلی (۱۳۹۰). رابطه نستوهی و رضامندی زناشویی در زوج های جوان ایرانی. فصلنامه خانواده پژوهی. شماره ۲۷. ص ۲۸۱
۲۵. خواجه الدین، نیلوفر؛ ریاحی، فروغ؛ ایزدی، سکینه (۱۳۹۰). بررسی رابطه مهارت های ارتباطی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان رشته های روان شناسی و مشاوره. فصلنامه جنتا شاپیر، سال دوم، شماره ۲، ص ۵۵
۲۶. رازقی، نرگس؛ نیکی جو، معصومه؛ موجهباری، آدیس کراسکیان؛ ظهرابی مسیحی، آرینه (۱۳۹۰). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی، شماره ۲۷ ص ۲۶۹
۲۷. قسامی، مریم (۱۳۸۹). بررسی مقدماتی ویژگی های روان سنجی مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI) و فرم تجدید نظر شده مقیاس پریشانی جنسی زنان (FSDS). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شاهد
۲۸. محمدی، خدیجه، حیدری، معصومه و فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس راهنمای عملکرد جنسی زنان. فصلنامه پایش، سال هفتم، شماره ۲، ص ۲۶۸-۲۶۹.
29. Locke, H. J., & Wallace, K M. (1959). Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 329-343
۳۰. خداپناهی، محمد کریم. (۱۳۷۴). انگیزش و هیجان، چاپ اول، تهران: انتشارات سمت.

44. Meunier, vagdevi and Baker, wayne(2012). Couple Relationships: The Evidence for Long-Lasting Relationship Satisfaction and Happiness. positive relationships. Vol : 73-89
45. Okanli, A , Avci, I. , Karabulutlu, E & Bilgili, N (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy, European Journal of Oncology Nursing, 13, (2009), 299–303.
41. Corsini, R. (1953). Understanding and Similarity in Marriage, Journal of Abnormal and Social Psychology, Volume 52, Issue 3
42. Dewitte, Marieke; Lankveld, Jacques Van; Crombez, Geert ( 2010 ). Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. pain. 10.051
43. Montesi , Jennifer L; Fauber , , Robert L ; Gordon , Elizabeth A ; Heimberg, Richard G(2011) .The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. Journal of Social and Personal Relationships 2011 28: 591.

# طراحی و آزمون الگوی علی رابطه بین سبک‌های مقابله و عاطفه مثبت و منفی با بخشش در دانشجویان

نویسندگان: سودابه بساک نژاد<sup>۱\*</sup>، فاطمه امینی<sup>۲</sup> و اسماعیل هاشمی شیخ شبانی<sup>۳</sup>.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز
۳. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

\* Email: Soodabeh\_bassak@yahoo.com

## چکیده

این مطالعه با هدف ارائه الگوی علی رابطه بین سبک‌های مقابله و عاطفه مثبت و منفی با بخشش در دانشجویان دانشگاه صورت گرفته است. در این مطالعه علی-همبستگی، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهیدچمران می باشند که به روش تصادفی مرحله-ای، ۳۵۱ نفر (۲۰۸ دختر و ۱۴۳ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در این پژوهش به سه مقیاس گرایش به بخشش هارتلند (HFS)، پرسشنامه سبک‌های مقابله (CSQ) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS) پاسخ دادند. ارزیابی الگوهای پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری (SEM) بر اساس نرم افزار AMOS-16 انجام گرفت. تحلیل‌های الگویابی معادلات ساختاری نشان دادند که الگوی پیشنهادی پیشایندها برازنده داده‌ها نمی‌باشد و به اصلاح نیاز دارد. در نتیجه، با حذف مسیرهای غیر معنی‌دار برآزش الگوی نهایی پیشایندها با داده‌ها نیز با RMSEA ۰/۰۶ تأیید گردید. استفاده از آزمون تفاوت مجذور کای نیز روند بهبود الگوی نهایی را مورد تأیید قرار داد. بر اساس نتایج مدل، راهبردهای مقابله از طریق عاطفه مثبت انطباقی اثر غیر مستقیم معنا داری بر بخشش دارد و از میان راهبردهای مقابله غیر انطباقی، مقابله هیجانی بر بخشش اثر غیر مستقیم معناداری از طریق عاطفه منفی داشت اما برای مقابله اجتنابی چنین رابطه غیر مستقیم معناداری با بخشش از طریق عاطفه منفی گزارش نشد.

کلیدواژه‌ها: بخشش، سبک‌های مقابله، عاطفه مثبت و عاطفه منفی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور  
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۰/۸/۸

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۴

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیستم - دوره جدید  
شماره ۸  
بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

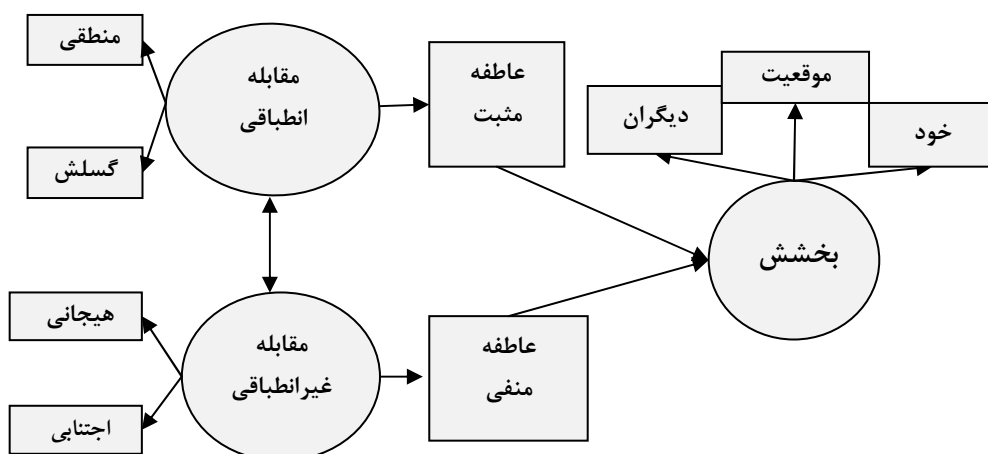
وپیشانی همراه با رویدادهای منفی زندگی را کاهش دهند. یافته‌های والروند-اسکینر [۸] نشان می‌دهد که بخشش می‌تواند تصنعی و عجولانه (فقط برای نجات و رهایی از یک مشکل بزرگ)، مشروط (یعنی به شرط عدم تکرار خطا و عذر خواهی فرد خطا کار) و با اصالت (رفتار نوع دوستانه و پذیرش شناختی و احساسی خطا) باشد. بخشش با عوامل شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای و عواطف رابطه دارد. هموند، بنکز و متیس [۹] معتقدند که بخشش با عواطف، شناخت‌ها و رفتارهای مثبت بروز می‌کند. وقتی فردی تصمیم می‌گیرد تا رفتارهای فرد خطا کار را ببخشد یک تغییر در تجربه عاطفی خود احساس می‌کند. یافته‌های تحقیقی مختلف [۱۰ و ۱۱] نشان می‌دهند که عاطفه مثبت و بخشش رابطه مثبت معنی‌داری با هم دارند. بنابر این عاطفه مثبت منجر به رضایت مندی و بخشش بیش‌تر در قبال حوادث منفی می‌گردد. یافته‌های لاولررو و پیفری [۱۲] در سربازان مبتلا به اختلال فشارروانی پس‌آسیبی نشان می‌دهد که عواطف مثبت منجر به احساس رضایت از زندگی، شکرگزاری و بخشش خواهد شد. مطالعه روی جمعیت‌های مختلف از جمله افسران ویژه ارجاعی به مراکز مشاوره [۱۳] و افراد مطلقه [۱۴] نشان می‌دهد که بخشش بین فردی رابطه معکوسی با عاطفه منفی دارد. برای بخشش نیاز است تا فرد آسیب‌دیده از پاسخ‌های عاطفی و هیجانی منفی رهایی یابد و پاسخ‌های هیجانی مثبت را در خود تقویت کند [۱۵]. در این میان، مک کولوگ [۱۶] توصیف می‌کند افرادی که تجربه هیجان‌ات منفی در باره حوادث مختلف دارند میل به بخشیدن در آن‌ها کاهش می‌یابد زیرا قادر به پذیرش عواطف مثبت و حذف احساسات منفی خود نیستند. سبک‌های مقابله‌ای یکی دیگر از سازه‌های روانشناختی است که با بخشش رابطه دارد. سبک‌های مقابله‌تلاشی برای حل تنیدگی و افزایش راه‌حل‌های موثر و عملی برای چالش با موقعیت‌های فشارزای زندگی می‌باشد. استرلان و کوویک [۱۷] بخشش را نوعی مقابله عاطفی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌دانند که فرد را وادار می‌کند تا با احساسات و عواطف

بخشش یکی از سازه‌های روانشناختی مثبت‌نگر می‌باشد که می‌توان آن را در متن خطایی که هر فرد آن را ادراک می‌کند، تفسیر کرد [۱]. خطایی که هدف بخشیده شدن قرار می‌گیرد می‌تواند از سوی فرد خطا کار، گروهی از افراد خاطی یا موقعیتی غیر قابل کنترل مثل رویارویی با یک بیماری صعب‌العلاج، مواجه شدن با مرگ عزیزان طی یک حادثه بروز کند. تامپسون، اسنایدر، هافمن، مایکل، راسموسن، بیلینگ و همکاران [۲] توصیف می‌کنند وقتی افراد، خطا و خطاکار را می‌بخشند، آن‌ها به پردازش شناختی، عاطفی و رفتاری خطا می‌پردازند و پاسخی مثبت در جهت بخشیدن خطا بروز می‌دهند. بخشیدن دیگری به معنای چشم‌پوشی از خطای ادراک شده نیست بلکه بخشش یک فرایند دیالکتیکی است که از طریق آن افراد مفروضات قبلی‌شان را در هم می‌آمیزند و منجر به درک جدیدی از خطا، فرد خطاکار و پیامدهای خطا می‌شوند. یافته‌های توسانت و ویلیام، موسیک و اورسان [۳] اورپیلی و ورسینگتون [۴] نشان می‌دهد که بخشیدن به معنای بازنگری شناختی مجدد خطای فرد خاطی است که به موجب آن مفاهیم خطا به شیوه جدیدی مورد توجه قرار می‌گیرند و فرد بخشنده می‌تواند فرد خاطی را ببخشد. گروهی از محققین معتقدند که [۵ و ۶] بخشش یک فرایند درون فردی و آشتی کردن را باید یک فرایند بین فردی تلقی کرد. همان‌طور که فرد بخشنده خطا را تعبیر مجدد (reframe) می‌کند، رفتارهایش نیز نسبت به فرد خاطی تغییر می‌کند. کسی که می‌بخشد دلبستگی به حوادث منفی گذشته را به حوادث مثبت تغییر می‌دهد. هر فردی در طول زندگی با خطاهایی مواجه می‌شود که در آن احساس بی‌عدالتی، صدمه، رنج روانشناختی و پیشانی می‌کند و این احساسات با پیش‌فرض‌های او در مورد خود، دیگران و جهان ناهماهنگ است و مجبور است تا راه‌هایی را برای کاهش رنجش خود انتخاب کند [۷]. بخشش یکی از انواع روش‌های پاسخ‌دهی به خطاهای ادراک شده است که به موجب آن افراد می‌توانند پاسخ‌های منفی‌شان را تغییر دهند و ناهماهنگی



ورسینگتون و شرر [ر.ک: ۱۹] و مالتبی، دی و باربر [ر.ک: ۲۰] مدلی از پیش‌بین‌های بخشش طراحی و با استفاده از روش تحلیل مسیر بررسی شد. مدل‌ها لزوماً از یک نظریه خاص استنتاج نمی‌شوند. مدل‌ها بر اساس سه منبع یعنی نظریه‌ها، تحقیقات انجام شده، منطق و استدلال پژوهشگر می‌توانند شکل بگیرند. اگرچه تحلیل مدل‌ها عمدتاً برای نظریه آزمایشی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، ولی چنانچه پژوهشگر در صدد بررسی فرضیه‌هایی با روابط میانجی باشد نیز می‌تواند مدل تدوین کند یا می‌تواند با ترکیب چند فرضیه یا نظریه از قبل موجود، مدلی جدید را تدوین و آن را آزمون کند [۲۲]. بر این اساس در این پژوهش این سوال مطرح می‌شود که آیا مدل پیشنهادی مربوط به پیش‌بین‌های بخشش (سبک‌های مقابله انطباقی و غیر انطباقی و عاطفه مثبت و منفی) برازنده داده‌ها می‌باشند؟

خود به حل تعارضات پردازند. یافته‌های ماچین و هور [۱۸] نشان می‌دهند که راهبردهای مقابله انطباقی رانندگان پیش‌بینی کننده عاطفه مثبت می‌باشد و زمانی که افراد در قبال فشارهای روانی انطباقی برخورد می‌کنند، بخشش بیشتری از خود نشان می‌دهند و سلامت روان بالاتری بهره‌مند می‌گردند. یافته‌های ورسینگتون و شرر [۱۹] نشان می‌دهند که بخشش با ارزیابی مثبت از موقعیت همراه است و بخشش سبک مقابله‌ای است که مقاومت روانشناختی افراد را افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهشی مالتبی، دی و باربر [۲۰] [اوکاستام، هولمز و لوین [۲۱] نشان می‌دهند که بخشش با نوعی احساس همدردی همراه است که می‌تواند توان مقابله با شرایط مختلف را برای فرد بخشنده آسان‌تر کند. با توجه به مجموعه ادبیات پژوهشی



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پیش‌بین‌های بخشش

## روش

### جامعه آماری و نمونه تحقیق

میان ۱۰ دانشکده، ۵ دانشکده به صورت تصادفی انتخاب و از میان هر دانشکده ۵ کلاس به طور تصادفی و از میان کلاس‌ها، نیمی از دانشجویان به طور تصادفی مورد آزمون قرار گرفتند. سپس از بین ۳۷۰ نفر، ۳۵۱ نفر (۲۰۸ دختر و ۱۴۳ پسر) به طور کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۱/۴۶ و ۳/۰۸ سال است. هم‌چنین ۷۴/۷ درصد دانشجویان کارشناسی، ۱۸/۸ درصد کارشناسی ارشد و ۶/۵ درصد دکتری بودند.

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشند که در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ مشغول به تحصیل بودند (حدود ۱۵۰۰۰ نفر). بر اساس جدول کرجسی و مورگان، برای اجرای پژوهش به نمونه‌ای به حجم ۳۷۰ نفر احتیاج داشتیم. بنابراین با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از میان دانشکده‌های مختلف دانشگاه شهید چمران اهواز، ابتدا از

## ابزار های تحقیق

در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

### ۱) مقیاس گرایش به بخشش هارتلند (Heartland Forgiveness Scale HFS)

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی، مداد-کاغذی است که توسط تامپسون و همکاران [۲] ساخته و دارای ۱۸ گویه است که از سه خرده مقیاس بخشش خود (forgiveness of Self) گویه‌های ۱ تا ۶، بخشش دیگران (forgiveness of Others) گویه‌های ۷ تا ۱۲ و بخشش موقعیت (forgiveness of Situation) گویه‌های ۱۳ تا ۱۸ تشکیل شده است. این گویه‌ها روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از ۱ (تقریباً همیشه غلط) تا ۷ (تقریباً همیشه صحیح) از سوی آزمودنی‌ها رتبه‌بندی می‌شوند. مقیاس بخشش کلی نیز از مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌ها محاسبه می‌شود. ۹ گویه از این ۱۸ گویه (۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵ و ۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در تحقیقات اولیه تامپسون و همکاران، پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای مقیاس گرایش به بخشش کلی ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های خود، دیگران و موقعیت به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ گزارش می‌کنند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس بخشش کلی ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های بخشش خود، دیگران و موقعیت به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ به دست آمد. هم چنین روایی مقیاس گرایش به بخشش هارتلند به دو روش روایی سازه (از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین کل آزمون با خرده مقیاس‌های آزمون که نتایج بیانگر همبستگی مقیاس گرایش به بخشش هارتلند با سه خرده مقیاس بخشش خود، دیگران و موقعیت به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد همگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار هستند) و روایی همگرا (از طریق همبسته کردن این مقیاس با خرده مقیاس‌های رضایت از زندگی و خوش بینی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی [۲۳]) بود. نتایج روایی همگرا بیانگر ضریب همبستگی نمره کلی گرایش به

بخشش و سه خرده مقیاس بخشش خود، دیگران و موقعیت با خرده مقیاس رضایت از زندگی به ترتیب برابر با ۰/۴۴، ۰/۳۲، ۰/۳۵ و ۰/۳۶ و با خرده مقیاس شادی و خوش بینی به ترتیب برابر با ۰/۵۵، ۰/۳۹، ۰/۴۱ و ۰/۴۸ می‌باشد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار هستند.

### ۲) پرسشنامه سبک‌های مقابله

این مقیاس توسط راجر، جارویس و نجاریان [۲۴] ساخته شد و دارای ۶۰ گویه است که متشکل از سبک مقابله انطباقی با ۲ خرده مقیاس (منطقی ۱۶ گویه)، (گسلش ۱۵ گویه) و سبک مقابله غیرانطباقی با ۲ خرده مقیاس (هیجانی ۱۶ گویه) و (اجتنابی ۱۳ گویه) می‌باشد. گویه‌ها روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) از سوی آزمودنی‌ها رتبه‌بندی می‌شوند. در پژوهش اولیه راجر و همکاران ضریب پایایی این مقیاس برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۶۶، ۰/۷۱ و ۰/۶۱ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر روایی ملاکی نیز از طریق همبستگی خرده مقیاس‌های آن با پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا [۲۵] محاسبه شد. همبستگی بین خرده مقیاس مقابله اجتنابی (CISS) و مقابله اجتنابی (CSQ) ۰/۴۳ بود که در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد، همبستگی بین خرده مقیاس مقابله تفکر مدار (CISS) و سبک مقابله هیجانی و منطقی (CSQ) به ترتیب برابر ۰/۳۸- و ۰/۶۶- که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود و همبستگی بین خرده مقیاس مقابله هیجان مدار (CISS) و مقابله هیجانی و منطقی (CSQ) به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۲- که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد.

### ۳) مقیاس عاطفه مثبت و منفی

این مقیاس یک ابزار خودسنجی است و دارای ۲۰ گویه است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است. این مقیاس توسط بخشی پور و دژکام [۲۶] به منظور سنجش عاطفه مثبت و

## نتایج

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد بخشش کلی با سبک مقابله‌ی انطباقی و عاطفه مثبت، بالاترین ضریب همبستگی را نشان می‌دهد. در این پژوهش به منظور بررسی عوامل مؤثر بر بخشش با توجه به مجموعه ادبیات تحقیق، الگویی از پیشایندهای بخشش (راهبردهای مقابله انطباقی و غیر انطباقی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی) طراحی و تدوین شد. هدف نهایی پژوهش پس از طراحی و تدوین الگوی پیشنهادی، برازش دادن الگویی ساختاری از روابط بین متغیرها در جمعیت دانشجویی بوده است. برآورد حداکثر درست‌نمایی ۲ برای برآورد پارامترهای به دست آمده از روابط بین متغیرهای پیش‌بین به کار گرفته شد و نتایج در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. قبل از بررسی ضرایب مسیر، برازندگی الگوی اصلی بررسی شد. برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد. شاخص‌های مذکور نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی محققین نیاز به اصلاح دارد. لذا، ابعاد سبک مقابله غیر انطباقی (هیجانی و اجتنابی) به صورت دو متغیر مشاهده شده وارد مدل شدند و در متغیر مکنون سبک مقابله غیر انطباقی قرار نگرفتند و سبک مقابله اجتنابی نیز از مدل حذف شد.

همان‌گونه که در جدول ۳ آمده است، مقدار مجذور کای نسبی ( $\chi^2 / df$ ) برابر با ۱/۹۵ است که حاکی از برازش خوب مدل می‌باشد. شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی افزایشی (CFI) و شاخص برازندگی مقایسه‌ای (IFI) شاخص‌هایی هستند که برازش یک مدل معین را با مدل پایه نشان می‌دهند. هر چه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. بر اساس مندرجات جدول ۳ مقدار شاخص برازندگی افزایشی (CFI) برابر با ۰/۹۸، و شاخص برازندگی مقایسه‌ای (IFI) برابر با ۰/۹۸ و شاخص‌های

منفی ترجمه و جهت اجرا آماده گردید. این مقیاس دو خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و منفی دارد و هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد. گویه‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) از سوی آزمودنی‌ها رتبه‌بندی می‌شوند و دامنه‌ی نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. تحقیقات اولیه گزارش می‌کنند که ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت برابر ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی برابر ۰/۸۷ است. ضریب پایایی خرده‌مقیاس عاطفه مثبت در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین روایی ملاکی آن نیز از طریق همبستگی خرده‌مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۰/۵۸ و همبستگی خرده‌مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه ۰/۳۶- و نیز همبستگی خرده‌مقیاس عاطفه منفی با خرده‌مقیاس اضطراب آشکار پرسشنامه اضطراب آشکار- پنهان کتل ۰/۵۱ و همبستگی خرده‌مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۳۵- گزارش شده [۲۶].

## شیوه تحلیل داده‌ها

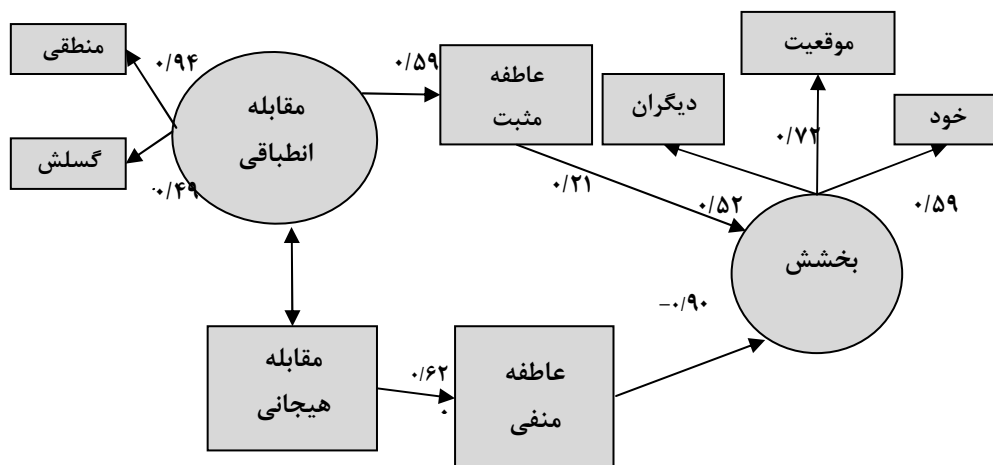
پژوهش حاضر، طرح همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> است که یک روش همبستگی چند متغیری می‌باشد. لذا، پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این سؤال که آیا الگوی فرضی پیشنهاد شده برای بخشش برازنده داده‌ها می‌باشد. پژوهشگر با استفاده از تکنیک‌های تحلیل مسیر، تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم را در الگوی مفروض شده، بررسی می‌کند. این الگو به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا روابط میان این مجموعه از متغیرها را تعیین و اثر علی متغیرها را بر یکدیگر فرض نموده و هم‌چنین برازندگی الگوی مفروض را بررسی نماید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از دو نرم‌افزار PSS-16 و AMOS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

2. Maximum likelihood estimation

1. Structural Equation Modeling

قابل تعمیم به جامعه تحقیق می باشد. همان گونه که در مدل نهایی مشاهده می شود، سبک مقابله انطباقی به صورت غیر مستقیم از طریق عاطفه مثبت با بخشش رابطه دارد. هم چنین، سبک مقابله هیجانی به صورت غیر مستقیم از طریق عاطفه منفی با بخشش رابطه دارد. عاطفه مثبت به طور مستقیم موجب افزایش بخشش می شود.

نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۸ است که حاکی از برازش خوب مدل پژوهش حاضر می باشد. شاخص ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب (RMSEA) یکی دیگر از شاخص های برازندگی است که این مقدار ۰/۰۵ است و بیانگر برازش خوب مدل است. به عبارت دیگر، مدل اصلاح شده مذکور با پذیرش احتمال خطای ۰/۰۵



شکل ۲

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد
مقابله انطباقی		۷۶/۵۹	۱۰/۱۶
منطقی		۴۵/۳۵	۶/۹۷
گسلش		۳۱/۲۴	۴/۸۷
مقابله غیر انطباقی		۶۶/۲۹	۷/۹۱
اجتنابی		۳۴/۳۳	۵/۵۶
هیجانی		۳۱/۹۶	۴/۴۶
عاطفه مثبت		۳۷/۳۴	۵/۴۷
عاطفه منفی		۲۷/۰۴	۶/۷۱
نمره کلی بخشش		۸۴/۲۴	۱۳/۷۶
بخشش خود		۲۷/۳۵	۶/۵۰
بخشش دیگران		۲۹/۴۹	۶/۷۹
بخشش موقعیت		۲۷/۴۰	۴/۷۴

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	مقابله انطباقی	مقابله غیر انطباقی	عاطفه مثبت	عاطفه منفی	بخشش کلی
۱-مقابله انطباقی	۱				
۲-مقابله غیر انطباقی	**۰/۱۹	۱			
۳-عاطفه مثبت	**۰/۵۲	۰/۰۳	۱		
۴-عاطفه منفی	**۰/۲۷	**۰/۵۰	**۰/۱۸	۱	
۵-بخشش کلی	**۰/۴۳	**۰/۲۴	**۰/۴۶	**۰/۳۲	۱

\*\*p<۰/۰۱

جدول ۳. برازش دو الگوی پیشنهادی و اصلاح شده با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص	2χ	df	$\chi^2/df$	GFI	IFI	CFI	RAMSEA
الگوی پیشنهادی	۲۲۲/۰۶	۲۴	۹/۲۵	۰/۸۹	۰/۷۸	۰/۷۷	۰/۱۵
الگوی اصلاح شده	۳۱/۲۴	۱۶	۱/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۵

## بحث و نتیجه گیری

مقابله‌ی هیجانی ادغام می‌شوند و از طریق ایجاد عاطفه منفی با بخشش رابطه منفی برقرار می‌کند. نتایج ارزیابی مدل تحلیل مسیر درباره اثر مستقیم بین عاطفه مثبت و بخشش با یافته‌های دیگران [۱۰، ۱۲ و ۱۳] همسو است. وقتی بتوان با فشار روانی کنارآمد، احساسات مثبت عاطفی زمینه را برای بروز بخشیدن ایجاد می‌کند. راهبردهای مقابله انطباقی منجر به تجارب هیجانی خوشایندی می‌گردد که مولد عاطفه مثبت هستند. عواطف مثبت نیز در افراد باعث احساس رضایت از زندگی، شکرگزاری و بخشش خواهد شد. درباره‌ی ارزیابی مدل اثر غیرمستقیم مقابله هیجانی نیز می‌توان چنین استدلال کرد، مقابله هیجان‌مدار، مقابله‌ای منفعلانه و شیوه‌ای نامناسب برای رویارویی با مشکلات است و افراد دارای سلامت روان کمتر، از این راهبرد استفاده می‌کنند این افراد نسبت به تجربه هیجانات منفی آسیب پذیرند، این آسیب‌پذیری ممکن است ظرفیت آن‌ها را برای چشم‌پوشی از عواطف منفی مسدود کرده و مانع از تلاششان برای

پژوهشگران در پی پاسخگویی به این پرسش هستند که آیا مدل سبک‌های مقابله انطباقی و غیرانطباقی و عاطفه مثبت و منفی مدلی گویا برای پیش‌بینی بخشش محسوب می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر با هدف آزمودن الگویی از پیش‌بین‌های بخشش در جمعیت دانشجویی مدلی طراحی شد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که سبک‌های مقابله انطباقی منجر به بروز بخشش می‌گردد [۱۹ و ۲۰]. ارزیابی مدل تحلیل مسیر در پژوهش کنونی اثر مقابله انطباقی بر عاطفه مثبت را تایید می‌کند و نتایج همسو با سایر تحقیقات است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد با سبک‌های مقابله‌ی انطباقی قادرند از فشارهای روانی بکاهند و خودکارآمدی را در خود افزایش دهند و تجارب هیجانی خوشایند و مثبتی را تجربه کنند که یکی از مهم‌ترین پیامد آن عاطفه مثبت است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در تحلیل این مدل دو سبک مقابله‌ی هیجانی و اجتنابی در یک سبک

گذشته وجود داشت [ر.ک: ۱۷] که بخشش نوعی سبک مقابله هیجانی محسوب می‌شود ولی علت زیربنایی آن چندان با مفاهیم ساده روانشناختی مشخص نبود. مدل اصلاحی کنونی نشان می‌دهد که در هر حالت سبک مقابله انطباقی از طریق حل منطقی موقعیت خطا می‌تواند نوعی احساس مثبت را شکل داده و منجر به بخشش گردد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی سایر سازه‌های روانشناختی هم‌چون همدردی و همدلی با بخشش در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی در یک مدل جامع‌تر طراحی و برازش گردد.

پذیرش عواطف مثبت گردد و به این ترتیب میل به بخشش را در آن‌ها کاهش داده و یا آن را به تأخیر می‌اندازد. پژوهش کنونی نشان می‌دهد که مدل اصلاح شده از برازش خوبی برخوردار است به طوری که مقابله انطباقی از طریق عاطفه مثبت و پذیرش و حل خطای فرد خطاکار منجر به بخشش می‌گردد. از سوی دیگر سبک مقابله هیجانی نیز از طریق عاطفه منفی یعنی بخشش بدون چشم‌پوشی از خطا و فقط در جهت مقابله با موقعیت از طریق عاطفه منفی منجر به بخشش می‌شود. این ابهام در پاره‌ای از تحقیقات

## منابع

10. Ong, A.D, Bargeman, C.S, Biscotti, T.L. Wallace, K.A. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91,pp: 730-749.
11. Orcutt, H.K.( 2006).The prospective relationship of interpersonal forgiveness and psychological distress symptoms among college women. *Journal of Counseling Psychology*,53,pp:350-361.
12. Lawler-Row, K.A. & Piferi, R.L.( 2006). The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences* , 41,pp:1009-1020.
13. Koustos, P, Wertheim, E , Kornblum, J. (2008). Paths to interpersonal forgiveness: The roles of personality, disposition to forgive and contextual factors in predicting forgiveness following a specific offense. *Personality and Individual Differences*, 44, pp:337-348.
14. Ahadi, B. & Ariapooran, S.( 2009 ). Role of Self and Other Forgiveness in predicting Depression and Suicide Ideation of Divorces, *Journal of Applied Sciences*, 9, pp: 3598-3601.
15. Mauger, P.A., Perry, J.E., Freeman,T., Grove, D.C., McBride, A.G., and Mckinney, K.E.( 1992).The measurement of forgiveness: Preliminary research, *Journal of Psychological Christianity*, 11,pp: 170-180.
- 16.McCullough, M.E., Fincham, F.D., and Tsang, T.( 2003). Forgiveness, forbearance and time: The temporal unfolding of transgression-related interpersonal motivations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8,pp: 540-557.
- 17.Sterlan, P, and Covic, T (2006). A review of forgiveness process models and a coping frame work to guide future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25,pp:1059-1085.
18. Machin , M.A. & Hoare, P.N. (2008)The role of workload and driver coping styles in predicting bus drivers' need for recovery, positive and negative affect, and physical symptoms. *Journal of Anxiety*, 21, pp:359-375.
1. Keyes, C.L.M.( 2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health Social Behavior*, 43, PP. 207-222.
- 2.Thompson, L.Y, Snyder, C.R, Hoffman, L., Michael, S.T, Rasmussen, H.N, Billings, L.S, et al.( 2005). Dispositional forgiveness of self, other, and situations. *Journal of Personality*, 73, PP: 316-360.
3. Toussaint, L.L, Williams, D.R, Musick, M.A, & Everson, S.A.( 2001). Forgiveness and health: Age differences in a U.S. probability sample. *Journal of Adult Development*, 8, pp: 249-257.
4. Ripley, J. & Worthington, E.L.J .( 2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marriage enrichment. *Journal of Counseling and Development*,80, pp:452-464.
5. McCullough, M.E., & Hoyt, W.T.( 2002). Transgression-related motivational dispositions: Personality substrates of forgiveness and their links to the big five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28,pp: 1556-1573.
- 6.Harris, A, Luskin, F, Norman, S, Standard, S, Bruning, J, Evans, S. & Thoresen, C.( 2006).Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal of Clinical Psychology*, 62, pp:715-733.
7. Miller, A. J., Worthington, E.L, & McDaniel, M.A, ( 2008). Gender and forgiveness: A meta-analytic review and research agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology*; 6, pp: 234-340.
8. Walrond-Skinner, S.( 1998). The function & Role of Forgiveness in working with Couples and families: Clearing the ground. *Journal of family therapy*, 20, pp:3-19.
9. Hammond, W.P., Banks, K.H. Mattis, J.S.( 2006). Masculinity Ideology and Forgiveness of Racial Discrimination among African American Men: Direct and Interactive Relationships. *Journal of Sex Roles*, 55,pp: 679-692.

24. Roger, D., Jarvis, G., Najarian, B. (1993). Detachment and Coping: The Construction and Validation of a New Scale for Measuring Coping Strategies. *Personality Individual Differences*, 15, pp: 619-626.
۲۵. شکر، امید؛ تقی‌لو، صادق؛ گراوند، فریبرز؛ پاییزی، مریم؛ مولایی، محمد؛ آزاد عبدالله‌پور، محمد و اکبری، هادی (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا. تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۰، شماره ۳ صص ۲۲-۳۳.
۲۶. بخشی‌پور رودسری، عباس و دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله‌ی روانشناسی، سال نهم، شماره ۴ (پیاپی ۳۶)، صص ۳۵۱-۳۶۵.
19. Worthington, E.L.J, & Scherer, M.( 2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Journal of Psychology and Health*, 19, pp: 385-405.
20. Maltby, J. Day, L. Barber, L. (2004). Forgiveness and mental health variables: Interpreting the relationship using an adaptation-continuum model of personality and coping. *Personality and Individual Differences*, 37, pp: 1629-1641.
21. Konstam, V., Holmes, W. , Levine , B.(2003). Empathy, selfism and coping as elements of the psychology of forgiveness: A preliminary study. *Counseling and Values* 47. pp: 172-183.
22. Tepper, B.J., Duffy, M.K., Henle, C.A, and Lambert, L.S.,( 2006). Procedural injustice, victim precipitation, and abusive supervision. *Personnel Psychology*. 59, pp: 101-123.
۲۳. زنجانی طبسی، رضا. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی آزمون بهزیستی روان‌شناختی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران.



# بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی (MEQ)

نویسندگان: آرش رهافر<sup>۱\*</sup>، میثم صادقی جوجیلی<sup>۲</sup>، آتوسا صادق پور<sup>۳</sup>  
و شهاب میرزائی<sup>۴</sup>.

۱. کارشناس ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی
۲. دانشجوی دکتری روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه
۴. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

\* Email: ar.ra.rhythm@gmail.com

## چکیده

مشخص شده است که ریخت‌های شبانه‌روزی (صبحگاهی، معتدل، شامگاهی) با بسیاری از متغیرهای فیزیولوژیک، شناختی، و رفتاری مرتبطند و از این رو نیاز به پرسشنامه‌ای به زبان فارسی برای سنجش این ترجیحات ساعت بدنی احساس می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی (هورن و استبرگ، ۱۹۷۶) انجام گرفت. این پژوهش بر روی ۲۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علامه طباطبایی و علوم و تحقیقات تهران صورت گرفت و در آن برای بررسی اعتبار سازه (همگرا، واگرا، و عاملی)، چهار پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی، افسردگی بک، شادکامی آکسفورد، و سلامت عمومی به کار رفت. با توجه به همبستگی‌های بدست آمده بین پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی و سه پرسشنامه دیگر و همچنین، تحلیل عاملی پرسشنامه اصلی، اعتبار سازه نسخه فارسی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. بعلاوه، ضریب آلفای کرونباخ مناسبی ( $0.79$ ) نیز برای آن حاصل شد. با توجه به تحلیل‌های آماری مناسب و نتایج حاصله، به نظر می‌آید که نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی از اعتبار و پایایی مناسبی برای سنجش ریخت‌های شبانه‌روزی برخوردار باشد و ابزاری کارآمد در این زمینه محسوب شود.

**کلیدواژه‌ها:** پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی، ریخت‌های شبانه‌روزی، چرخه شبانه‌روزی، اعتبار و پایایی.

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رفتار

• دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۳

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۸

بهار و تابستان ۱۳۹۲

## مقدمه

به وضوح مشخص شده است که درگاه زیست‌شناسی<sup>۱</sup> - دانش مطالعه سازمان‌دهی زمانی موجودات زنده - از آنجا که چرخه‌های شبانه‌روزی یا ترجیحات روزانه، در تنظیم خواب، اشتها، کارکردهای شناختی، و بسیاری از موارد دیگر مداخله می‌کنند، نقش مهمی در کارکرد تمامی گونه‌ها دارند. درگاه روان‌شناسی<sup>۲</sup> - زمینه‌ای در روان‌شناسی که چرخه‌های متغیرهای روان‌شناختی را در انسان مطالعه می‌کند - این اصل به طور گسترده‌ای مورد تأیید قرار گرفته‌است که چرخه‌های شبانه‌روزی بر بسیاری از ابعاد فیزیولوژیک، روان‌شناختی، و اجتماعی حیات ما تأثیر دارند [۱]. چرخه محیطی روز و شب یکی از گسترده‌ترین تأثیرات را بر رفتار انسان دارد، زیرا نواخت ۲۴ ساعته‌ای از خواب و بیداری را بوجود می‌آورد که نواختگی شبانه‌روزی<sup>۳</sup> نامیده می‌شود. ما بطور معمول زندگی روزانه خود را در قالب دوره‌هایی از فعالیت و استراحت سازمان می‌دهیم و بسیاری از فرایندهای فیزیولوژیک در انسان با تغییراتی در مواجهه با چرخه تاریکی - روشنایی پیرامون ما همراه می‌شوند. بواقع، نظام شبانه‌روزی نه تنها بر چرخه خواب و بیداری ما تأثیر دارد، بلکه بر چندین حیطة دیگر از کارکرد فردی مثل نواخت غدد درون‌ریز، نواخت انتظار غذا، و نواخت دمای بدن، اثر گذار است. متعاقباً، این نواخت بر سطوح پایه و پاسخدهی دستگاه‌های فیزیولوژیکی متفاوت در طول زمان‌های متفاوتی از روز موثر است. از این رو، نواختگی شبانه‌روزی، این توانایی را به ما می‌دهد که تغییرات محیطی مان را پیش‌بینی کنیم، و بوسیله سازماندهی فرایندهای فیزیولوژیک و رفتاری خود برای عمل در زمانی از روز که از نظر زیست‌شناختی برایمان منفعت‌بخش است، به کاراترین شکل ممکن با محیط پیرامونی خود سازگاری پیدا کنیم [۲].

انسان‌ها در چرخه شبانه‌روزی خود دارای تفاوت‌های

فردی متمایزی هستند. در این میان یکی از مهمترین تفاوت‌های فردی ترجیحات صبحگاهی - شامگاهی<sup>۴</sup> یا ریخت‌های شبانه‌روزی<sup>۵</sup> است [۳]. ترجیحات زمان بیداری و خواب و همچنین ترجیحات ساعت روز برای فعالیت‌های بدنی یا ذهنی این را می‌رساند که افراد در طول پیوستاری از ترجیحات شبانه‌روزی قرار دارند، که در دامنه‌ای از افراد صبحگاهی<sup>۶</sup> که «چکاوک صفت»<sup>۷</sup> نامیده می‌شوند و افراد شامگاهی که «بوف صفت»<sup>۸</sup> نامیده می‌شوند، در نوسان‌اند. در یک سو، افراد صبحگاهی زود از خواب بر می‌خیزند، در نیمه اول روز بیشترین سطح هشیاری را دارند، فعالیت‌های روزانه را ترجیح می‌دهند، و دشواری زیادی در خوابیدن دیروقت دارند. در سوی دیگر، افراد شامگاهی<sup>۹</sup> قادر هستند که تا ساعات پایانی صبح بخواهند، بیشترین سطح هوشیاری را در ساعات غروب دارند، فعالیت‌های شبانه را ترجیح می‌دهند، و مدت زمان زیادی طول می‌کشد تا در نیمه شب به خواب روند [۱]. دسته سوم هم معتدل<sup>۱۰</sup>‌ها هستند که در میانه دو کرانه شامگاهی و صبحگاهی قرار دارند [۳].

در مورد ارتباط ریخت‌های شبانه‌روزی و متغیرهای شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیک تاکنون پژوهش‌های گسترده‌ای صورت گرفته‌است. در باب ارتباط ریخت‌های شبانه‌روزی و پردازش‌های شناختی کوکین و روبرتسن<sup>۱۱</sup> در پژوهشی نشان دادند که تغییر در چرخه شبانه‌روزی سالمندان می‌تواند تفاوت‌های هرچند اندکی در کارکردهای شناختی آنها ایجاد کند [۴]. در پژوهشی دیگر صبحگاهی‌ها در صبح و شامگاهی‌ها در ساعات شب عملکرد بهتری در آزمون حافظه نشان دادند [۵]. در دیگر پژوهش انجام گرفته در استرالیا که بر روی ۴۲۰ نفر صورت گرفت، برخلاف تصور عمومی افراد شامگاهی نمره بیشتری در بهره هوشی کسب کردند [۶]. در باب

5 . Morningness - Eveningness  
6 . Circadian Typology  
7 . Morning-like  
8 . Lark  
9 . Owl  
10 . Evening-like  
11 . Moderate  
12 . Cochrane & Robertson

1 . Chronobiology  
2 . Chronopsychology  
3 . Circadian Rhythmicity  
4 . Food Anticipatory Rhythms

صبحگاهی نسبت به افراد شامگاهی تمایل بیشتری به پیش‌بینی و تغییر موقعیت به نفع خود پیش از رخداد واقعه دارند [۱۲]. وی همچنین در پژوهشی دیگر دریافت که بین رضایت از زندگی و صبحگاهی بودن رابطه مثبت وجود دارد [۱۳]. در دو پژوهش دیگر نشان داده شد که میان شامگاهی بودن با مشکلات رفتاری، بیش‌فعالی و مصرف دخانیات رابطه مثبتی وجود دارد و در سوی مخالف صبحگاهی‌ها رفتارهای مطلوب اجتماعی بیشتری گزارش کردند [۱۴ و ۱۵]. بعلاوه در یک سلسله از پژوهش‌ها مشخص شد که میان شامگاهی بودن و رفتار غیرانطباقی، رفتار ضداجتماعی، و مشکلات سازگاری رابطه مثبت وجود دارد [۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. در پژوهش دیگر که توسط خالق<sup>۵</sup> بر روی کارگران شیفت کار انجام شد مشخص گردید که کارگران شیفت شب از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به همکاران خود برخوردار بودند [۱۹]. همچنین در پژوهش دیاز-مورالس و سانچز-لوپز<sup>۶</sup> این نتیجه بدست آمد که بین صبحگاهی بودن و میزان اضطراب در زنان رابطه منفی وجود دارد [۲۰]. از سوی دیگر در یک سری از پژوهش‌های مشابه بین شامگاهی بودن و اختلالات خلقی رابطه مثبت یافت شد [۲۱، ۲۲، ۲۳]. برای نمونه نیمگینکار<sup>۷</sup> و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۹۰ بیمار دوقطبی و ۱۲۸ نفر گروه کنترل به این نتیجه رسیدند که افراد دوقطبی گرایش بیشتری به ریخت شامگاهی داشتند و این حالت حداقل برای دو سال ادامه داشت [۲۴]. در دو پژوهش مشابه دیگر که اولی در ژاپن و دومی در آمریکا صورت گرفت بین افسردگی و شامگاهی بودن ارتباط مثبت مشاهده شد [۲۵ و ۲۶].

اولین پرسشنامه خودارزیابی مرتبط با ریخت‌های شبانه‌روزی (صبحگاهی - شامگاهی) به دهه هفتاد میلادی برمی‌گردد. علیرغم ابزارهای زیادی که بعد از آن پدید آمد، پراستفاده‌ترین ابزار در تحقیقات گاهزیست‌شناسی و

ارتباط ریخت‌های شبانه‌روزی با وجوه متفاوت رفتاری و شخصیتی هم می‌توان به نمونه‌هایی از پژوهش‌های رخ داده اشاره کرد. کاکي، روبرت، و بویر<sup>۱</sup> به این نتیجه رسیدند که صبحگاهی بودن با اضطراب، تکانش‌گری، و افراط‌گری رابطه منفی دارد ولی بین صبحگاهی بودن و یکپارچگی روانی رابطه مثبت یافت شد [۷]. از سویی در فراتحلیلی که با بررسی ۳۵ مقاله صورت گرفت مشخص شد که وظیفه‌شناسی (وجدان‌مندی) مهمترین ویژگی ریخت صبحگاهی است و در درجه بعدی سازگاری با آن رابطه مثبت دارد. از سویی بین ریخت صبحگاهی با تجربه‌پذیری، برون‌گرایی، و روان‌رنجورخویی همبستگی منفی برقرار بود [۱]. ریخت‌های شبانه‌روزی اساساً متغیرهایی فیزیولوژیک هستند و از این رو بوریسنکوف<sup>۲</sup> در پژوهشی دریافت که ساکنان مناطق شمالی‌تر کره زمین نسبت به مناطق دارای عرض جغرافیایی پایین‌تر شامگاهی‌ترند و این ریخت شبانه‌روزی منجر به ناهمگامی‌سازی<sup>۳</sup> بیشتر و افزایش خطر بیماری‌های مرتبط با سن در این مناطق می‌شود [۸]. در زمینه ارتباط ریخت‌های شبانه‌روزی با متغیرهای فیزیولوژیک پژوهش‌های بیشتری نیز صورت گرفته است که می‌توان به [۹ و ۱۰] اشاره کرد.

تاکنون در پژوهش‌های زیادی به اثبات رسیده است که شامگاهی بودن بیشتر با حالات منفی و بدکارکردی‌های روانی و جسمانی و صبحگاهی بودن بالعکس با حالات مثبت و بهزیستی روانی - جسمانی همراه است. برای مثال در پژوهشی یافت شد که افراد شامگاهی نسبت به صبحگاهی‌ها بدکارکردی‌های بیشتر و شدیدتری را گزارش کردند و مشکلات بیشتری را در مواجهه با محیط و خواست‌های اجتماعی نشان دادند [۱۱]. مساله رابطه ریخت‌های شبانه‌روزی و کیفیت زندگی مورد توجه پژوهش‌های چندی بوده است. در تحقیقی که رندلر<sup>۴</sup> بر روی ۳۶۷ دانشجو انجام داد دریافت که افراد

5. Khaleque  
6. Díaz-Morales & Sánchez-López  
7. Nimgainkar

1. Caci, Robert, & Boyer  
2. Borisenkov  
3. desynchronization  
4. Randler

حالات مثبت و منفی روانی در ارتباطند از جمله پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، و پرسشنامه سلامت عمومی، و همچنین با روش‌های دقیق‌تر و جامع‌تری مورد آزمون قرار دهیم.

## روش

### آزمودنی

جامعه این پژوهش را دانشجویان دو دانشگاه علامه طباطبایی و دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران تشکیل می‌دهند. نمونه ما شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان می‌شدند که پس از بررسی نهایی و کنار گذاشتن افرادی که دچار یکی از اختلالات خواب و یا مشغول به کاری شیفتی بودند، در نهایت ۲۷۰ نفر انتخاب شدند. از این میان، ۱۴۲ نفر دانشجوی دانشگاه علامه طباطبایی و ۱۲۸ نفر دانشجوی دانشگاه علوم و تحقیقات بودند که ۶۲٪ (۱۶۷ نفر) را زن‌ها و ۳۸٪ (۱۰۱ نفر) را مردها شکل می‌دادند که به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را پر کردند.

### ابزارهای تحقیق

#### ۱- پرسشنامه صبحگاهی- شامگاهی (MEQ)

MEQ یک پرسشنامه خودارزیابی ۱۹ سوالی است که به منظور مشخص کردن ریخت شبانه‌روزی افراد توسط هورن و استبرگ تدوین شده است. سوالات پرسشنامه دارای تعداد گزینه‌های متفاوت و نمره‌گذاری اختصاصی است و با پرسش از ساعات خواب و بیداری و ترجیحات ساعات بدنی برای کارهای بدنی و ذهنی، ریخت شبانه‌روزی فرد را تعیین می‌کند. گزینه‌های پرسشنامه دارای ارزش‌های مساوی نیستند و بر اساس تحلیل‌های اولیه سازندگان آن به گزینه‌های برخی از سوالات ارزشهای متفاوتی از سایر سوالات داده شده است. دامنه نمرات از ۱۶ تا ۸۶ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده صبحگاهی بودن بیشتر است و نمره پایین‌تر نشانه شامگاهی بودن بیشتر است. نسخه اصلی MEQ افراد را در ۵ طبقه برحسب نمره‌شان دسته‌بندی می‌کند: ۸۶-۷۰

گاهروان‌شناسی، پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی<sup>۱</sup> یا MEQ است. MEQ یک مقیاس ۱۹ سوالی با تعداد گزینه‌های متفاوت است که توسط هورن و استبرگ<sup>۲</sup> ساخته شده است که در آن از آزمودنی خواسته می‌شود که ضرباهنگ و عادات زندگی و ساعات خواب و بیداری‌اش را مشخص کند تا بدین وسیله ریخت شبانه‌روزی او مشخص شود. هورن و استبرگ در نخستین تلاش برای بررسی اعتبار بیرونی ابزار خود از سنجش دمای دهانی آزمودنی‌ها در یک دوره سه هفته‌ای در فاصله‌های نیم‌ساعته از شروع بیداری تا زمان به بستر رفتن استفاده کردند. نتایج نشان داد که افراد صبحگاهی زمان برانگیختگی زودتری نسبت به شامگاهی‌ها داشتند و تمایل به حفظ دمای بالای بدنشان در طول روز داشتند. در مقابل، هرچند که تفاوتی میان طول خواب افراد مشاهده نشد ولی افراد صبحگاهی زودتر برانگیخته می‌شدند و زودتر نیز افت می‌کردند [۲۷]. پایایی<sup>۳</sup> و اعتبار<sup>۴</sup> آزمون در تحقیقات بسیاری اثبات شده است که از آن جمله می‌توان به [۲۷، ۲۸، و ۲۹] اشاره کرد. در ایران نیز تنها یک پژوهش در این باره وجود دارد که با محوریت بررسی رابطه نمرات تیپ شبانه‌روزی و زمان واکنش می‌باشد [۳۰]. در این پژوهش، برای بررسی برازندگی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی تنها به گزارش میزان آلفای کرونباخ و اعتبار صوری حاصل از نظر ارزیابان اشاره شده است که ملاک‌های حداکثری اعتباریابی را برآورده نمی‌کند. با توجه به وجود شواهد گسترده برای ارتباط ریخت‌های شبانه‌روزی با انواع متغیرهای فیزیولوژیکی، شناختی، و شخصیتی، وجود رابطه مکرر بین ریخت صبحگاهی و صفات مثبت روانی و همچنین پیوند ریخت شامگاهی با حالات منفی شخصیتی، و خلاء موجود در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این آزمون، ما بر آن شدیم تا ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را با استفاده از ابزارهایی که با

1. Morningness - Eveningness Questionnaire
2. Horne & Ostberg
3. Reliability
4. Validity

و پایایی مناسبی برخوردار است. بک، استیر، و براون<sup>۵</sup> ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه افسردگی بک بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود [۳۲].

### ۳- پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire)

OHQ یک پرسشنامه ۲۹ سوالی است که توسط هیلز و آرگایل<sup>۶</sup> در یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای توسعه یافته است و سازه‌های روانشناختی زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: پاداش‌دهندگی زندگی، آمادگی روانی، رضایت از خود، احساس زیبایی شناختی، رضایت از زندگی، سازماندهی زمانی، جستجوی جذابیت، و خاطرات شاد. پایایی نسخه فارسی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود. اعتبار صوری و عاملی آزمون نیز در همان پژوهش به اثبات رسید. دامنه نمرات پرسشنامه از ۲۹ تا ۱۷۴ است و نمره بالاتر به منزله شادکامی بیشتر است [۳۳].

### ۴- پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (General Health Questionnaire-12)

پرسشنامه سلامت عمومی نخستین بار توسط گلدبرگ<sup>۷</sup> ساخته شده است و در نسخه‌های گوناگونی امروز موجود است. این پرسشنامه یک ابزار جهت غربالگری کلی است و با توجه به طول کوتاه، این نسخه بسیار مورد توجه است. برای اعتبارسنجی نسخه ۱۲ سوالی آن در ایران، عبادی و همکاران میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۷ گزارش کردند و اعتبار آزمون نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی تخمین زده شد. برای نمره گذاری در

کاملاً صبحگاهی، ۶۹-۵۹ نسبتاً صبحگاهی، ۵۸-۴۲ معتدل، ۴۱-۳۱ نسبتاً شامگاهی، و ۳۰-۱۶ کاملاً شامگاهی [۳۱]. برای اعتباریابی نسخه فارسی این آزمون ابتدا آزمون از زبان انگلیسی توسط یک فرد متخصص به فارسی برگردانده شد. سپس نسخه ترجمه شده به فرد متخصص دیگری سپرده شد که به هر دو زبان تسلط داشت و خواسته شد تا پرسشنامه را به زبان انگلیسی ترجمه کند. در نهایت هر دو فرد متخصص با بررسی نقاط افتراقی ترجمه‌های همدیگر و بحث و بررسی بر سر تک‌تک سوالات و گزینه‌ها، بر سر شکل نهایی این پرسشنامه به توافق رسیدند. در بسیاری از تحقیقات گزارش شده است که این پرسشنامه از هماهنگی درونی کافی برخوردار است. همبستگی درونی سوال‌ها بین ۰/۰۲- تا ۰/۶۱+ با میانگین ۰/۲+ بدست آمده است. چلمینسکی<sup>۱</sup> و همکاران آلفای آزمون را ۰/۷۸ و اندرسون<sup>۲</sup> و همکاران ضریب پایایی اندازه‌گیری مکرر آزمون را ۰/۷۷ گزارش کردند [به نقل از ۳۰]. در دیگر پژوهش کاکي، دشاكس، آدان، و ناتاله<sup>۳</sup> میزان کلی آلفای آزمون را ۰/۸۲ اعلام کردند و با تحلیل عاملی به ۴ عامل نهایی رسیدند [۲۹]. در ایران نیز ضیایی، امیری، و مولوی اعتبار صوری پرسشنامه را تایید کردند و میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۷ گزارش کردند [۳۰]. همان‌طور که در مقدمه نیز ذکر شد، این آزمون در تحقیقات متعدد دارای اعتبار بالایی بوده و مطرح‌ترین آزمون در این حیطه می‌باشد.

### ۲- پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم (Beck - II Depression Inventory)

پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم<sup>۴</sup> شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و نمره کل پرسشنامه دارای دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ است که نمره بالاتر نمایانگر افسردگی بیشتر است. مطالعات روانسنجی انجام شده نشان می‌دهد که این ابزار از اعتبار

5 . Beck & Steer & Brown  
6 . Hills & Argyle  
7 . Goldberg

1 . Chelminski  
2 . Anderson  
3 . Caci, Deschaux, Adan, Natale  
4 . BDI-II

وریمکس (Varimax) استفاده شد. جدول ۱ اطلاعات مربوط به عامل‌های استخراج شده را در بر دارد.

جدول ۱. ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین شده براساس عوامل استخراج شده درمقیاس MEQ

آماره	عامل				
	۱	۲	۳	۴	۵
ارزش ویژه	۳/۱۷	۲/۱۱	۲/۰۵	۱/۷۴	۱/۳۰
درصد واریانس تبیین شده	۱۶/۷۱	۱۱/۱۲	۱۰/۸۰	۹/۱۶	۶/۸۲
درصد واریانس تراکمی	۱۶/۷۱	۲۷/۸۳	۳۸/۶۳	۴۷/۷۹	۵۴/۶۵

پژوهش حاضر ۵ عامل را شناسایی کرد که در مجموع ۵۴/۶۵ درصد متغیر ریخت‌های شبانه‌روزی را پیش بینی می‌کنند اما بر اساس آزمون سنگریزه (Scree) کتل و نیز تعداد کم سوالات دو عامل آخر، در نهایت ۳ عامل قابل استخراج هستند که ۳۸/۶۳ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. نتایج حاصل از بارهای عاملی ۳ عامل یا بعد بر روی ۱۵ سوال در جدول ۲ ارائه شده است.

با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۴۵ به‌عنوان حداقل بار عاملی قابل قبول بین هر سوال و عامل استخراج شده، در جدول ۲ بارهای عاملی ۱۵ سوال بر روی سه بعد گزارش شده است. سوالات ۵-۱-۷-۴-۹-۱۷ و ۱۴ عامل اول را تشکیل می‌دهند که با توجه به نوع سوالات این عامل ترجیح بیداری نامگذاری شد. سوالات ۱۰-۲-۱۲ و ۱۶ عامل ۲ را ساخته اند که ترجیح خواب نام گرفت. عامل سوم را ماده های ۱۱-۱۵-۱۹ و ۱۸ تشکیل می‌دهند و ترجیح عملکرد بهینه نامگذاری شد.

به منظور بررسی شواهد همگرا و واگرا برای متغیر ریخت‌های شبانه‌روزی از سه پرسشنامه معتبر افسردگی بک، سلامت عمومی، و شادکامی آکسفورد استفاده شد. ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۳ گزارش شده است.

پژوهش ما از روش صفر و یک استفاده شد؛ بطوری که انتخاب دو گزینه اول نمره‌ای برابر با صفر و انتخاب دو گزینه دوم که در جهت قوی تر اختلال بود نمره‌ای برابر با یک داشت. از این رو دامنه نمرات از صفر تا ۱۲ متغیر بود و نمره بیشتر برابر با ناسلامتی فزون تر بود. در نهایت، در پژوهش آن‌ها مشخص شد که نسخه فارسی ۱۲ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی ابزاری پایا و معتبر جهت اندازه گیری میزان وضعیت سلامت بهداشت و روان جوانان ایرانی است [۳۴].

### • شیوه تحلیل داده‌ها

تحقیق پیش رو از نوع توصیفی و همبستگی می باشد که برای بررسی پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) و برای بررسی اعتبار آزمون، روش اعتبار سازه (همگرا، واگرا، و عاملی) به کار رفت. از آنجا که در بیشتر تحقیقات صفات و حالات مثبت روانی با صبحگاهی بودن و صفات و حالات منفی روانی با شامگاهی بودن مرتبط بود، تصمیم بر آن شد که از سه متغیر افسردگی، شادکامی، و سلامت عمومی برای بررسی اعتبار همگرا و واگرای آزمون استفاده شود. در نهایت نیز پس از جمع آوری نمونه لازم و حذف اطلاعات مخدوش، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

### نتایج

به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه در این پژوهش از دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و شواهد همگرا و واگرا استفاده شد. ابتدا در مورد قابلیت ۱۹ ماده پرسشنامه صبحگاهی- شامگاهی برای تحلیل عاملی، از آزمون KMO<sup>۱</sup> استفاده شد که ضریب به‌دست آمده رضایت بخش بود (KMO = ۰/۸۴۸). همچنین نتیجه آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> در سطح  $P < ۰/۰۰۰۱$  معنی‌دار بود (۱۲۳۸/۳۱ =  $\chi^2$  دو). برای تحلیل عاملی از روش مؤلفه‌های اصلی، با استفاده از چرخش متعامد از نوع

1. Kaiser- Meyer-Olkin  
 2. Bartlett's test of Sphericity

جدول ۲. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش وریمکس و بارهای عاملی برای ۱۵ سؤال MEQ

عوامل			سوالات
۳	۲	۱	بدلیل طولانی بودن سوالات تنها محتوای آنها ذکر شده است.
۰/۱۷	-۰/۱۲	۰/۶۸	۵) میزان حواس جمعی در طول نیم ساعت اول بیداری)
۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۶۷	۱) (بهترین زمان مورد انتظار برای بیداری)
۰/۱۹	۰/۰۵	۰/۶۲	۷) (میزان خستگی در طول نیم ساعت اول بیداری)
۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۵۸	۴) (میزان راحتی بیدار شدن در صبح)
۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۵۶	۹) (عملکرد فعالیت جسمانی در ساعت ۷ تا ۸ صبح)
۰/۴۳	۰/۰۴	۰/۵۱	۱۷) (زمان ترجیحی برای ۵ ساعت کاری پیوسته در روز)
-۰/۱۴	۰/۴۴	۰/۴۵	۱۴) (عمل ترجیحی برای نگهداری از ساعت ۴ تا ۶ صبح)
۰/۱۵	۰/۷۱	۰/۰۳	۱۰) (زمان خستگی و نیاز به خواب در شب)
-۰/۰۱	۰/۶۵	۰/۱۸	۲) (بهترین زمان مورد انتظار برای خوابیدن)
۰/۱۱	۰/۵۹	-۰/۲۱	۱۲) (میزان خستگی احساس شده در ساعت ۱۱ شب)
۰/۰۲	۰/۵۸	۰/۰۱	۱۶) (عملکرد فعالیت جسمانی در ساعت ۱۰ تا ۱۱ شب)
۰/۷۶	۰/۰۳	۰/۱۸	۱۱) (بهترین زمان ترجیحی برای ۲ ساعت آزمون ذهنی در روز)
۰/۶۳	۰/۰۶	۰/۱۷	۱۵) (بهترین زمان ترجیحی برای ۲ ساعت کار بدنی در روز)
۰/۵۸	۰/۲۸	۰/۴۳	۱۹) (خود را جزو کدام ریخت شبانه روزی محسوب می کنید)
۰/۴۵	۰/۳۶	۰/۳۵	۱۸) (زمانی از روز که بهترین احساس را دارید)

جدول ۴. شاخص پایایی همسانی درونی ابعاد و کل مقیاس‌های پژوهش

آلفای کرونباخ	مقیاس/ابعاد
۰/۹۵	شادکامی آکسفورد
۰/۹۱	افسردگی بک
۰/۹۲	سلامت عمومی -۱۲
۰/۷۳	ترجیح بیداری
۰/۵۸	ترجیح خواب
۰/۷۰	ترجیح عملکرد بینه
۰/۷۹	صبحگاهی - شامگاهی

\*P<0/01

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین مقیاس MEQ و BDI-II

مقیاس	۱	۲	۳	۴
۱- صبحی غروبی	۱			
۲- افسردگی	*-۰/۴۵	۱		
۳- سلامت عمومی	*-۰/۴۵	*۰/۷۶	۱	
۴- شادکامی	*۰/۵۱	*-۰/۸۰	*-۰/۷۴	۱

\*P<0/01\*

بسیاری از پژوهش‌ها [برای نمونه، ۲۸ و ۲۹] پراستفاده‌ترین ابزار در این حیطه است، شروع به ترجمه و اجرای آن بر روی ۲۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی و دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران نمودیم. دربارهٔ حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع تحلیل عاملی نظرات گوناگون وجود دارد ولی همه بر این موضوع توافق دارند که تحلیل عاملی از فنون آماری است که با نمونهٔ بزرگ قابل اجرا می‌باشد. کومری و لی بیان می‌دارند که حجم نمونه ۵۰ بسیار ضعیف، ۱۰۰ ضعیف، ۲۰۰ متوسط، ۳۰۰ خوب، ۵۰۰ خیلی خوب و ۱۰۰۰ و بیشتر عالی است. به عنوان یک قاعده به ازای هر متغیر بایستی حداقل ده مشاهده وجود داشته باشد تا بتوان از مشکلات محاسباتی اجتناب کرد [۳۵]. همچنین با توجه به یافته‌های پیشین [برای نمونه، ۱۱، ۱۷، و ۱۹] دال بر وجود ارتباط قوی بین صبحگاهی بودن و حالات و صفات روانی مثبت و شامگاهی بودن و حالات و صفات روانی منفی، از پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد، افسردگی بک، و سلامت عمومی (۱۲ سوالی) به عنوان متغیرهای همگرا و

واگرا برای بررسی اعتبار سازه MEQ استفاده کردیم. نتایج حاکی از آن بود که نسخه فارسی MEQ از اعتبار سازه مناسبی برخوردار است. در وهله اول، همبستگی بین مقیاس‌ها در جهت ادعای MEQ و تایید یافته‌های قبلی بود؛ بدین نحو که میان MEQ و GHQ و BDI همبستگی منفی و بین MEQ و OHQ همبستگی مثبت بدست آمد که همگی نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. این یافته‌ها با یافته‌های پیشین مبنی بر ارتباط ریخت صبحگاهی با حالات روانی مثبت و رفتارهای مطلوب اجتماعی و همبستگی ریخت شامگاهی با ویژگی‌های منفی و رفتارهای آسیب‌زا همسو بود [برای نمونه ۱، ۷، ۱۴، ۱۵]. در وهله دوم، تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش وریمکس انجام شد. هدف از چرخش عامل‌ها رسیدن به یک ساختار عاملی ساده است. چرخش عامل‌ها به دو صورت متعامد (ناهمبسته) و مایل (همبسته) صورت می‌گیرد. در چرخش متعامد عامل‌های به دست آمده با هم

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر همبستگی حالات و صفات روانی منفی با شامگاهی بودن و حالات و صفات روانی مثبت با صبحگاهی بودن، یافته‌های ما نیز همان نتایج قبلی را تکرار کردند. نمره بالاتر در پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی به منزله صبحگاهی‌تر بودن است و از این رو با پرسشنامه‌های افسردگی بک و سلامت عمومی که نمره بالایشان بیانگر افسردگی و ناسلامتی عمومی بیشتر است، همبستگی منفی داشت. همچنین بین صبحگاهی بودن و شادکامی بیشتر رابطه مثبت معنادار یافت شد.

به منظور بررسی پایایی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی، روش همسانی‌درونی (آلفای کرونباخ) به کار گرفته شد. برای هر یک از پرسشنامه‌ها و ابعاد MEQ نتایج در جدول ۴ گزارش شده است. همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود ضرایب پایایی پرسشنامه در کل مقیاس و ابعاد آن (بجز عامل ترجیح خواب) رضایت‌بخش است ( $\alpha > 0.7$ ).

## بحث و نتیجه گیری

آنچه که بدیهی است این است که کنش انسان در بستر زمان جریان می‌یابد و از این رو، ترجیحات زمانی هر فرد برای خواب و بیداری و انجام فعالیت‌های روزمره به مفهوم سازی ریخت‌های شبانه‌روزی و بررسی تاثیر این ترجیحات بر کارکردهای شناختی، فیزیولوژیک، و رفتاری انجامیده است. افراد صبحگاهی در صبح احساس بهتری دارند، زود بیدار می‌شوند و زود هم می‌خوابند. در مقابل شامگاهی‌ها فعالیت‌های شبانه را ترجیح می‌دهند، دیر می‌خوابند و دیر بر می‌خیزند. معتدل‌ها نیز بین این دو حد قرار می‌گیرند. ما با توجه به اثرات معین این گونه ترجیحات بر وجوه مختلف انسان، بر آن شدیم که با هدف سنجش این ریخت‌ها، دست به اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی بزنیم.

بدین روی، با مطالعه ادبیات پژوهشی پیشین به متغیرهای موثر و مرتبط در این میان آگاهی پیدا کردیم و با انتخاب پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی که به گواه



دریافت که ما نیز در پژوهش جاری به همین عوامل رسیده‌ایم. درحقیقت با توجه بیشتر به سوالات تشکیل‌دهنده هر عامل درمی‌یابیم که در پژوهش ما عامل ترجیح بهینه برابر با عامل زمان اوج، عامل ترجیح بیداری برابر با عامل احساس صبحگاهی، و عامل ترجیح خواب برابر با عامل استراحت در پژوهش محققان فرانسوی است. عامل چهارم نیز که برخاستن نام گرفته است تنها دو سوال را دربرمی‌گیرد که در پژوهش ما نیز عامل ۴ و ۵ به دلیل کمی سوالات حذف‌شده‌اند و این عامل درواقع یکی از همان دو عامل حذف‌شده می‌باشد. در نسخه چینی این پرسشنامه نیز دو عامل کلی بدست آمده‌است که یکی وجوه خواب (یعنی همان خواب و بیداری) و دیگری زمان بیشترین اثربخشی نام‌گرفته‌است که با سه عامل بدست‌آمده در پژوهش ما همسو است [۳۷].

از آنجا که نمونه انتخابی ما در این پژوهش به شیوه در دسترس و غیرنظام‌مند انتخاب شده بودند و طبقه‌های مشخصی برای نمونه‌گیری وجود نداشت که بتوان دست به محاسبه پایایی آزمون - باز آزمون زد، ناگزیر به بررسی پایایی آزمون به شیوه همسانی درونی بودیم که یافت شد آلفای کرونباخ کل مقیاس و عوامل مناسب است (بجز عامل ترجیح خواب که کمی از سایرین پایین‌تر است  $\alpha = .58$ ). در پژوهشی [۲۹] آلفای کل آزمون  $0.82$  و در پژوهش دیگر [۲۸]  $0.78$  گزارش شده و سایر پژوهش‌ها نیز همسانی درونی بالای این آزمون را تایید می‌کنند [برای نمونه ۳، ۱۱، ۱۳].

همان‌طور که پیش‌تر مشاهده شد، چرخه شبانه‌روزی با گستره وسیعی از متغیرهای بدنی، شناختی، و رفتاری مرتبط است و سنجش دقیق آن منجر به ایجاد بینش بیشتر در مورد همسازی و برهم‌کنش متغیرهای زیستی و روانی می‌شود. با عنایت به اینکه MEQ در کشورهای بسیاری از جمله ایتالیا، اسپانیا، ژاپن، ترکیه و... ترجمه و به کار گرفته شده‌است، خلاء آزمون در این حیطه سنجشی در کشور احساس می‌شد و حال که نسخه فارسی این آزمون از ویژگی‌های روانسنجی مناسبی برخوردار است، توصیه می‌شود که پژوهشگران با انجام پژوهش‌های گسترده‌تر خلاء پژوهشی موجود در این حیطه را نیز مرتفع نمایند.

همبستگی ندارند، در حالی که در چرخش مایل عامل‌ها با هم همبستگی دارند [۳۶]. از آنجا که در پژوهش‌های مشابه خارجی عوامل مجزایی برای این آزمون گزارش شده بود و این نخستین باری بود که سعی بر بررسی دقیق ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در جامعه ایرانی شده بود و از رابطه بین عوامل احتمالی اطلاعی در دست نبود، تصمیم گرفته شد تا از روش چرخش متعامد استفاده شود.

پس از تحلیل‌های نهایی مشخص شد که سه عامل بر روی ۱۵ سوال از ۱۹ سوال MEQ بار می‌دهند. بدین ترتیب عامل اول که سوال‌هایی با محتوای ترجیح زمانی بیداری از خواب (مانند سوال یک: اگر در برنامه‌ریزی برای روزتان کاملاً مختار بودید، حدوداً چه ساعتی از خواب بیدار می‌شدید؟) را در بر می‌گرفت عامل ترجیح بیداری نامگذاری شد. عامل دوم با سوال‌هایی مرتبط بود که بیشتر حول محور زمان ترجیحی برای به بستر رفتن قرار داشتند (مانند سوال دو: اگر در برنامه‌ریزی برای بعدازظهرتان کاملاً مختار بودید، حدوداً چه ساعتی برای خواب به بستر می‌رفتید؟) و ترجیح خواب نام گرفت. سوالات عامل سوم نیز بیشتر حول و حوش زمان انتخابی برای انجام فعالیت بدنی یا ذهنی بود (مانند سوال پانزده: دو ساعت کار بدنی سخت در پیش دارید. از سویی در برنامه‌ریزی برای روزتان کاملاً مختار هستید. منحصرأ با توجه به ساعت درونی‌تان، کدامیک از زمان‌های زیر را برای انجام آن کار انتخاب می‌کنید؟) و ترجیح عملکرد بهینه عنوان گرفت. در پژوهشی که توسط کاکي، دوشاکس، آدان، و ناتاله در فرانسه صورت گرفت برای نسخه فرانسوی MEQ چهار عامل گزارش شد که به ترتیب زمان اوج<sup>۱</sup> (سوال‌های ۱، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷، و ۱۸)، احساس صبحگاهی<sup>۲</sup> (سوال‌های ۴، ۵، و ۷)، استراحت<sup>۳</sup> (سوال‌های ۲، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۶، و ۱۹)، و برخاستن<sup>۴</sup> (سوال‌های ۳ و ۱۳) نام گرفتند [۲۹]. با کمی دقت می‌توان

- 1 . peak time
- 2 . morning affect
- 3 . retiring
- 4 . rising

منابع

12. Randler, C. (2009). Proactive People Are Morning People. *Journal of Applied Social Psychology*, 39, 12, 2787–2797.
13. Randler, C. (2008). Morningness–Eveningness and Satisfaction with Life. *Social Indicators Research*, 86, 297–302.
14. Lange, L., Randler, C. (2011). Morningness–eveningness and behavioural problems in adolescents. *Sleep and Biological Rhythms*, 9, 12–18.
15. Negriff, S., Dorn, L. D., Pabst, S. R., Susman, E.J. (2011) Morningness/eveningness, pubertal timing, and substance use in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 185, 408–413 .
16. Goldstein, D., Hahn, C. S., Hasher, L., Wiprzycka, U. J., Zelazo, P. D. (2007). Time of day, intellectual performance, and behavioral problems in Morning versus Evening type adolescents: Is there a synchrony effect?. *Personality and Individual Differences*, 42, 431–440.
17. Randler, C. (2008). Differences between smokers and nonsmokers in morningness–eveningness. *Social behavior and personality*, 36(5), 673–680.
18. Hidalgo, M. P., Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurol Sci.*, 23, 35–39.
19. Khaleque, A. (1999). SLEEP DEFICIENCY AND QUALITY OF LIFE OF SHIFT WORKERS. *Social Indicators Research*, 46, 181–189.
20. Díaz-Morales, J. A., Sánchez-lópez, M. P. (2008). Morningness–eveningness and anxiety among adults: A matter of sex/gender?. *Personality and Individual Differences*, 44, 1391–1401.
21. Takeuchi, H., Morisane, H., Iwanaga, A., Hino, N., Matsuoka, A., Harada, T. (2002). Morningness–eveningness preference and mood in Japanese junior high school students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 227–228.
22. Natale, V., Adan, A., Scapellato, P. (2005). Are seasonality of mood and eveningness closely associated?. *Psychiatry Research*, 136, 51– 60.
1. Tsaousis, I. (2010). Circadian Preferences and Personality Traits: A Meta-Analysis. *European Journal of Personality*, 24, 356–373.
2. Andershed, A. K. (2005). In sync with adolescence: the role of morningness–eveningness in development. Springer, p. 2.
3. Beşoluk, S. (2011). Morningness–eveningness preferences and university entrance examination scores of high school students. *Personality and Individual Differences*, 50, 248–252.
4. Cochrane, A., Robertson, I. H. (2012). Association between circadian rhythms, sleep and cognitive impairment in healthy older adults: an actigraphic study. *J Neural Transm.*
5. Matchock, R. L., Mordkoff, J. T. (2009). Chronotype and time-of-day influences on the alerting, orienting, and executive components of attention. *Exp Brain Res*, 192, 189–198.
6. Roberts, R. D., Kyllonen, P. C. (1999). Morningness–eveningness and intelligence: early to bed, early to rise will likely make you anything but wise. *Personality and Individual Differences*, 27, 1123–1133.
7. Cavallera, G. M., Giudici, S. (2008). Morningness and eveningness personality: A survey in literature from 1995 up till 2006. *Personality and Individual Differences*, 44, 3–21.
8. Borisenkov, M. F. (2010). Human Chronotypes in the North. *Human Physiology*, 36, 3, 348–352.
9. HARADA, T., TANOUE, A., TAKEUCHI, H. Epidemiological studies on dreams, sleep habits and mental symptoms in Japanese junior high students aged 12–15 years (2). *Sleep and Biological Rhythms*, 4: 282–285.
10. Kang, J. H., Chen, S. C. (2009). Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, 9, 248, 1–6.
11. Mecacci, L., Rocchetti, G. (1998). Morning and evening types: stress-related personality aspects. *Personality and Individual Differences*, 25, 537–542.

31. Ferraro, F. R., Chelminski, I., Petros, T., Plaud, J. J. (2000). Psychometric properties of the reduced Horne and Ostberg questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 469-478.
۳۲. داستانی، محبوبه؛ صومعلو، سمانه؛ دائمی، فاطمه؛ محمدصالحی، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه افسردگی با التزام عملی به اعتقادات اسلامی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران
۳۳. هادی نژاد، حسن؛ زارعی، فاطمه. (۱۳۸۸). پایایی، اعتبار، و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۲، شماره های ۱ و ۲، صص ۶۲-۷۷
۳۴. عبادی، مهدی؛ حریرچی، امیرمحمود؛ شریعتی، محمد؛ گرمارودی، غلامرضا؛ فاتح، ابوالفضل؛ منتظری، علی (۱۳۸۱). ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ-12). فصلنامه پایش، سال اول، شماره سوم، صص ۸-۱
35. Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). A first course in factor analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
۳۶. کلاین، پل (۱۳۸۰). راهنمای آسان تحلیل عاملی. ترجمه صدرالسادات، جلال؛ مینایی، اصغر. سمت، تهران
37. LI, Su - Xia; LI, Qian - qian; Wang, Xin - Fu; LIU, Li - Jing; LIU, Yu; Zhang, Li - Xia; Zhang, Bin; LU, Lin. (2011). Preliminary test for the Chinese version of the Morningness-Eveningness Questionnaire. *Sleep and Biological Rhythms*, 9.
23. Rybak, Y. E., McNeely, H. E., Mackenzie, B. E., Jain, U. R., Levitan, R. D. (2007). Seasonality and circadian preference in adult attention-deficit/ hyperactivity disorder: clinical and neuropsychological correlates *Comprehensive Psychiatry*, 48, 562-571.
24. Nimgainkar, V. L., Wood, J., Birmaher, B., Axelson, D., Ehmann, M., Kalas, C., Monk, K., Turkin, S., Kupfer, D. J., Brent, D., Monk, T. H. (2009). Replicable differences in preferred circadian phase between bipolar disorder patients and control individuals. *Psychiatry Research*, 166, 201-209.
25. Lee, J. Y., Kim, S. J., Lee, Y. J., Kim, H., Cho, I. H., Cho, S. J. (2010). Age as a moderator of the association between depressive symptoms and morningness-eveningness. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 159-164.
26. Hasler, B. P., Allen, J. J. B., Sbarra, D. A., Bootzin, R. R., Bernert, R. A. (2010). Morningness-eveningness and depression: Preliminary evidence for the role of the behavioral activation system and positive affect. *Psychiatry Research*, 176, 166-173.
27. Horne, J. A., & Ostberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
28. Ferraro, F. R., Chelminski, I., Petros, T., Plaud, J. J. (1997) Horne and Ostberg Questionnaire: A score Distribution in a large sample of young adults. *Personality and Individual Differences*, 23, 4, 647-652.
29. Caci, H., Deschaux, O., Adan, A., Natale, V. (2009). Comparing three morningness scales: Age and gender effects, structure and cut-off criteria. *Sleep Medicine*, 10, 240-245.
۳۰. ضیایی، مریم؛ امیری، شعله؛ مولوی حسین (۱۳۸۶). رابطه نمرات تیپ شبانه روزی و زمان واکنش دانشجویان در دو نوبت صبح و عصر. تازه های علوم شناختی، ۹، صص ۵۳-۴۷

### پیوست الف - نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی

توجه: برای اجرای پرسشنامه از نسخه‌ای استفاده کنید که امتیازات گزینه سوال‌ها در کنار آنها نوشته نشده باشد و بجای امتیازات حروف الفبا را جایگزین نمایید.

لطفاً برای هر سوال، گزینه ای را که به بهترین شکل، شما را توصیف می کند و نشان می دهد که در هفته های اخیر چه احساسی داشته اید، با ضربدر در پاسخنامه مشخص کنید. ضمناً از درج هر گونه علامت یا پاسخ در پرسشنامه خودداری کنید.

۱- اگر در برنامه ریزی برای روزتان کاملاً مختار بودید، حدوداً چه ساعتی از خواب بیدار می شدید؟

- (۵) ساعت ۵ تا ۶:۳۰ صبح  
(۴) ساعت ۶:۳۰ تا ۷:۴۵ صبح  
(۳) ساعت ۷:۴۵ تا ۹:۴۵ صبح  
(۲) ساعت ۹:۴۵ تا ۱۱ صبح  
(۱) ساعت ۱۱ صبح تا ۱۲ ظهر

۲- اگر در برنامه ریزی برای بعدازظهرتان کاملاً مختار بودید، حدوداً چه ساعتی برای خواب به بستر می رفتید؟

- (۵) ساعت ۸ تا ۹ شب  
(۴) ساعت ۹ تا ۱۰:۱۵ شب  
(۳) ساعت ۱۰:۱۵ تا ۱۲:۳۰ شب  
(۲) ساعت ۱۲:۳۰ تا ۱:۴۵ شب  
(۱) ساعت ۱:۴۵ تا ۳ شب

۳- اگر معمولاً مجبورید که در یک ساعت معین در صبح بیدار شوید، تا چه میزان برای بیدار شدن به ساعت زنگ دار وابسته اید؟

- (۴) اصلاً  
(۳) کمی  
(۲) تا حدی  
(۱) خیلی زیاد

۴- بیدار شدن در صبح تا چه میزان برایتان آسان است؟ (هنگامی که به طور غیر منتظره بیدار نشده باشید).

- (۱) خیلی سخت است  
(۲) تا حدی سخت است  
(۳) نسبتاً آسان است  
(۴) خیلی آسان است

۵- در طول نیم ساعت اولی که در صبح از خواب بیدار می شوید، تا چه میزان حواس جمع هستید؟

- (۱) اصلاً حواسم جمع نیست  
(۲) کمی حواسم جمع است  
(۳) تا حدی حواسم جمع است  
(۴) خیلی حواسم جمع است

۶- در طول نیم ساعت اولی که از خواب بیدار می شوید، تا چه میزان احساس گرسنگی می کنید؟

- (۱) اصلاً احساس گرسنگی نمی کنم  
(۲) احساس گرسنگی خفیفی می کنم  
(۳) تا حدی احساس گرسنگی می کنم  
(۴) احساس گرسنگی زیادی می کنم

۷- در طول نیم ساعت اولی که در صبح از خواب بیدار می شوید، چه احساسی دارید؟

- (۱) احساس خستگی زیاد  
(۲) احساس خستگی متوسط  
(۳) احساس شادابی متوسط  
(۴) احساس شادابی زیاد

- ۸- اگر برای روز بعد کاری نداشته باشید، در مقایسه با زمان به بستر رفتن معمولتان، چه زمانی به بستر می‌روید؟  
(۴) به ندرت دیرتر یا اصلاً دیرتر (۳) کمتر از یک ساعت دیرتر  
(۲) ۱ تا ۲ ساعت دیرتر (۱) بیشتر از ۲ ساعت دیرتر
- ۹- تصمیم به ورزش کردن گرفته‌اید. دوستی پیشنهاد می‌دهد که ورزش را دوبار در هفته و هر دفعه به مدت یک ساعت انجام دهید و بهترین زمان برای او بین ۷ تا ۸ صبح است. بدون در نظر گرفتن هیچ چیز جز ساعت درونی خودتان، فکر می‌کنید که در آن ساعت ورزش را چگونه انجام دهید؟  
(۴) به بهترین شکل (۳) به شکلی قابل قبول (۲) به سختی (۱) خیلی سخت
- ۱۰- حدوداً چه زمانی در شب احساس خستگی و نیاز به خواب می‌کنید؟  
(۵) ساعت ۸ تا ۹ شب (۴) ساعت ۹ تا ۱۰:۱۵ شب (۳) ساعت ۱۰:۱۵ تا ۱۲:۴۵ شب  
(۲) ساعت ۱۲:۴۵ تا ۲ شب (۱) ساعت ۲ تا ۳ شب
- ۱۱- قصد دارید که بهترین عملکرد را در آزمونی داشته باشید و می‌دانید که آن آزمون از نظر روحی خسته‌کننده خواهد بود و ۲ ساعت به طول خواهد انجامید. فرض کنید که در برنامه ریزی برای روزتان کاملاً مختار هستید. منحصر با توجه به ساعت درونی‌تان، کدامیک از چهار زمان زیر را برای آزمون انتخاب می‌کنید؟  
(۶) ۸ تا ۱۰ صبح (۴) ۱۱ صبح تا ۱ ظهر (۲) ۳ تا ۵ بعد از ظهر (۱) ۷ تا ۹ شب
- ۱۲- اگر ساعت ۱۱ شب به بستر بروید، تا چه میزان احساس خستگی می‌کنید؟  
(۰) به هیچ وجه (۲) کمی (۳) تا حدی (۵) خیلی
- ۱۳- به دلایلی چند ساعت دیرتر از معمول به بستر رفته‌اید و از سویی هیچ احتیاجی به بیدار شدن در ساعتی معین در صبح فردا نیست. احتمال انجام کدام یکی از گزینه‌های زیر از جانب شما بیشتر است؟  
(۴) در زمان معمول بیدار خواهید شد و دوباره نخواهید خوابید  
(۳) در زمان معمول بیدار خواهید شد ولی پس از آن چرت خواهید زد  
(۲) در زمان معمول بیدار خواهید شد ولی دوباره می‌خوابید  
(۱) دیرتر از زمان معمول بیدار خواهید شد
- ۱۴- شبی مجبور هستید تا با هدف نگهداری در شب از ساعت ۴ تا ۶ صبح بیدار بمانید. از سویی روز بعد هیچ کاری ندارید. کدامیک از گزینه‌های زیر با شما تناسب دارد؟  
(۱) به بستر نمی‌روید تا زمان نگهداری تمام شود  
(۲) قبل از شروع نگهداری چرت می‌زنید و بعدش هم می‌خوابید  
(۳) قبل از شروع نگهداری خوب می‌خوابید و بعدش هم چرت می‌زنید  
(۴) فقط، قبل از نگهداری می‌خوابید

۱۵- دو ساعت کار بدنی سخت در پیش دارید. از سویی در برنامه ریزی برای روزتان کاملاً مختار هستید. منحصر با توجه به ساعت درونی تان، کدامیک از زمان های زیر را برای انجام آن کار انتخاب می کنید؟

- (۴) ۸ تا ۱۰ صبح (۳) ۱۱ صبح تا ۱ ظهر (۲) ۳ تا ۵ بعد از ظهر (۱) ۷ تا ۹ شب

۱۶- تصمیم به ورزش کردن گرفته اید. دوستی پیشنهاد می دهد که ورزش را دوبار در هفته و هر دفعه به مدت یک ساعت انجام دهید و بهترین زمان برای او بین ۱۰ تا ۱۱ شب است. بدون در نظر گرفتن هیچ چیز جز ساعت درونی خودتان، فکر می کنید که در آن ساعت ورزش را چگونه انجام دهید؟

- (۱) به بهترین شکل (۲) به شکلی قابل قبول (۳) به سختی (۴) خیلی سخت

۱۷- فرض کنید که می توانید ساعت کاری خودتان را انتخاب کنید. تصور کنید که ساعت کاری تان پنج ساعت است (با احتساب زمان استراحت). کارتان دلچسب است و بر حسب عملکردتان حقوق می گیرید. حدوداً چه زمانی را برای شروع ساعت کاری تان انتخاب می کنید؟

(۵) ۵ ساعتی که شروعش بین ساعت ۴ تا ۸ صبح باشد

(۴) ۵ ساعتی که شروعش بین ساعت ۸ تا ۹ صبح باشد

(۳) ۵ ساعتی که شروعش بین ساعت ۹ صبح تا ۲ بعدازظهر باشد

(۲) ۵ ساعتی که شروعش بین ساعت ۲ تا ۵ بعدازظهر باشد

(۱) ۵ ساعتی که شروعش بین ساعت ۵ بعدازظهر تا ۴ صبح باشد

۱۸- حدوداً در چه زمانی از روز بهترین احساس را دارید؟

(۵) ۵ تا ۸ صبح (۴) ۸ تا ۱۰ صبح (۳) ۱۰ صبح تا ۵ بعدازظهر (۲) ۵ بعدازظهر تا ۱۰ شب

(۱) ۱۰ شب تا ۵ صبح

۱۹- فردی که در صبح احساس و عملکرد بهتری دارد و زود بیدار می شود «صبحگاهی» و کسانی که در غروب احساس و عملکرد بهتری دارند «شامگاهی» نامیده می شوند. شما خود را جزو کدامیک از این دسته ها می دانید؟

(۶) کاملاً یک فرد صبحگاهی

(۴) بیشتر یک فرد صبحگاهی تا یک فرد شامگاهی

(۲) بیشتر یک فرد شامگاهی تا یک فرد صبحگاهی

(۱) کاملاً یک فرد شامگاهی

# «مقیاس تصویر خودمنفی» (NSPS): ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی

نویسندگان: مهدیه عطری فرد<sup>۱\*</sup>، سیدکاظم رسول زاده طباطبائی<sup>۲</sup>، محمدرضا  
شعیری<sup>۳</sup>، پرویز آزادفلاح<sup>۲</sup>، مسعود جان بزرگی<sup>۴</sup>، محمدعلی اصغری مقدم<sup>۵</sup>، سوده  
اسمعیلی الموتی<sup>۶</sup>، زهرا قنبری<sup>۶</sup>.

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیت مدرس

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

۵. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

۶. کارشناس ارشد روانشناسی

\* Email: Atri58@yahoo.com

## چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS) است، لذا پس از آماده سازی مقیاس مذکور و انجام مراحل مقدماتی و رفع مشکلات احتمالی، NSPS بر روی ۵۷۴ دانشجوی کارشناسی دانشگاه شاهد که به شیوه نمونه برداری خوشه ای انتخاب شده بودند، اجرا گردید و ساخت عاملی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل‌ها بیانگر ساختار ۴ عاملی NSPS است که به ترتیب عبارتند از: «نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی»، «نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)»، «نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)» و «نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کنترل علائم اضطراب». جهت بررسی پایایی NSPS و عوامل آن، ضرایب همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی محاسبه شدند که نتایج بیانگر پایایی قابل قبول NSPS و عوامل آن است. بررسی اعتبار سازه NSPS و عوامل آن با ۶ مقیاس (LSAS-SR, SPIN SPS, SIAS) و مقیاس‌های دیگر معنادار هستند و تنها همبستگی‌های آن با LSAS-SR از همه کمتر یا غیرمعنادار بودند که به تبیین آن‌ها پرداخته خواهد شد. در مجموع، نتایج این مطالعه شواهدی برای صحت ساخت عاملی و پایایی و اعتبار قابل قبول عامل‌های NSPS را ارائه می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** مقیاس تصویر خود منفی، اضطراب اجتماعی، ساخت عاملی، اعتبار سازه، پایایی.

## مقدمه

در دهه‌های اخیر، مفهوم‌سازی‌های متفاوتی از «خود»<sup>۱</sup> در بین مدل‌های شناختی و بین فردی معاصر از «اختلال اضطراب اجتماعی» (SAD)<sup>۲</sup> مطرح شده است [۲، ۱، ۶، ۵، ۴، ۳]؛ تا آنجا که SAD، در یک سطح اساسی، به عنوان اختلالی مطرح می‌شود که دربرگیرنده دیدگاه منفی و تحریف شده‌ای از «خود» است [به طور مثال ۴، ۵، ۶، ۷، ۸].

مدل‌های شناختی و شناختی رفتاری از SAD، بر نقش اساسی «خود ادراکی منفی» در تحول و حفظ نشانه‌های اضطراب تأکید می‌کنند [۱، ۲، ۴، ۵]. آنچه با در نظر گرفتن این مدل‌ها می‌توان اظهار داشت، این است که همه آن‌ها با عناوین متفاوتی بر «خود»، به عنوان یک مؤلفه مشترک به طور ضمنی یا صریح تأکید می‌کنند. به طور مثال، کلارک و ولز [۴] در مدلشان از «خود به عنوان یک موضوع اجتماعی» یاد می‌کنند، رابی و هیمبرگ [۵] «بازنمایی ذهنی از خود، همانطور که توسط جمعیت دیده می‌شود» را مطرح می‌نمایند، هافمن [۲]، «خود ادراکی منفی» را در نظر می‌گیرد و بالاخره موسکویچ [۱] از «خود» به عنوان «محرکی که از آن ترسیده می‌شود»، یاد می‌کند. بنابراین تفاوت مدل‌های مذکور در نوع تأکید بر «خود» و جایگاه و نقشی است که به آن می‌دهند که به تبع آن، انتظار می‌رود این تفاوت، در سطح راهبردهای ارزیابی و درمانی SAD نیز مشهود باشد.

همانطور که ذکر گردید، در مدل‌هایی مثل مدل کلارک و ولز [۴] و رابی و هیمبرگ [۵]، «خود» به عنوان بخشی از مدل مطرح می‌شود ولی تأکیدی بر اصلاح بازنمایی ذهنی بیمار از «خود ادراک شده» نیست؛ یعنی مواجهه با موقعیت مطرح است تا مواجهه با خودی که به طور منفی ادراک شده است. در مدل هافمن [۲]، «خود»، نقش بارزتری نسبت به مدل‌های پیشین دارد تا جاییکه علاوه بر تکنیک‌های مواجهه با موقعیت، از تکنیک‌های خاص مواجهه با «خود» نیز استفاده می‌شود که بیشتر بر

ابعاد ظاهری «خود» (مثل ژست بدنی، مهارت‌های گفتگو و بلندی صدا) متمرکز است. در راستای فرآیند تحول مدل‌های خاص SAD و در ادامه مسیر هافمن [۲]، موسکویچ [۱] برای اولین بار اصطلاح «خود به عنوان محرکی که از آن ترسیده می‌شود» را مطرح می‌کند و ریشه این اختلال را در ارزیابی‌های مسئله دار فرد از «خود» و نه ناشی از ارزیابی‌های وی از موقعیت می‌داند، لذا بر اصلاح این ارزیابی‌ها در فرد تأکید دارد. این تأکید بر «خود»، تا حدی است که مواجهه با موقعیت در قلب مواجهه با «خود» صورت می‌گیرد؛ یعنی در مدل موسکویچ [۱] در مقایسه با مدل‌های دیگر، این «خود» و ابعاد آن است که تعیین می‌کند کدام موقعیت، برانگیزاننده اضطراب باشد، در حالیکه در مدل‌های دیگر، این موقعیت اجتماعی است که تعیین می‌کند که کدامیک از ابعاد «خود» تحریک شود. حتی تفاوت صریح مدل موسکویچ با مدل هافمن این است که علاوه بر ابعاد ظاهری، ابعاد عمیق تر «خود» که استوپا [۹] با عنوان «خود درونی» از آن یاد می‌کند (از جمله ویژگی‌های شخصیتی) هم مدنظر است. این تأکید در حدی است که استوپا [۹] ارائه ریخت‌شناسی ۴ بعدی موسکویچ را نقطه قوتی برای طراحی نوعی تفکر واضح درباره «خود» و گسترش مدل‌های موجود می‌داند [۹].<sup>۳</sup>

در ارتباط با این ریخت‌شناسی ۴ بعدی، موسکویچ [۱] پیشنهاد می‌کند که نگرانی‌های تصویر خود ممکن است در ۴ بعد غیر عمودی<sup>۴</sup> قرار گیرد: (۱) نگرانی درباره

۳. با در نظر گرفتن اینکه از یکسو شواهد از این عقیده حمایت می‌کند که راهبردهای مداخله‌ای خاص SAD می‌تواند منجر به نتایج بالینی پیشرفته در این حوزه شود [۲] و با توجه به اینکه مطابق نظر پرسونس [۱۰]، درمانگرانی که درمان شناختی رفتاری را به شیوه مؤثری به کار می‌برند، رویکردی را برای درمان انتخاب می‌کنند که مطابق نیازها و رویارویی با نیمرخ نشانه‌های منحصر به فرد هر بیمار باشد، لذا در جریان فرآیند تحول مدل‌های خاص SAD، مدل موسکویچ [۱]، بیشتر از سایر مدل‌های موجود در این زمینه، با نیمرخ نشانه‌های هر بیمار به طور خاص و منحصر به فرد، سازگار می‌شود.

4. Nonorthogonal

1. Self  
2. Social Anxiety Disorder



خودگزارش‌دهی اضطراب اجتماعی لیوویتز» (LSAS-SR)<sup>۲</sup> [۱۸] برای اندازه‌گیری شدت اضطراب و اجتناب در موقعیت‌های اجتماعی؛ «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN)<sup>۳</sup> [۱۹] برای اندازه‌گیری ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های اجتماعی؛ «پرسشنامه هراس و اضطراب اجتماعی» (SPAI)<sup>۴</sup> [۲۰] برای سنجیدن شناخت‌ها، رفتارهای اجتنابی، و احساس‌های جسمانی؛ «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS)<sup>۵</sup> و «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS)<sup>۶</sup> [۲۱]، سطح یا نوع نشانه‌هایی را در SAD می‌سنجند که افراد ممکن است در موقعیت‌های تعاملی یا عملکردی اجتماعی متفاوت تجربه کنند. بدین خاطر آن‌ها [۱۷] «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS) را طراحی نموده‌اند و هدف این طراحی را اضافه کردن پرسشنامه دیگری به این لیست نمی‌دانند بلکه ابداع مقیاس جدیدی در جهت سنجش ابعاد مشخص خود و نگرانی‌های مرتبط با آن لحاظ می‌کنند که موسکویچ [۱] در الگوی پیشنهادی خود مطرح کرده است.

NSPS پرسشنامه جدیدی است که نگرانی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ این نگرانی، مرتبط با برملاشدن ویژگی‌هایی است که افراد، آن‌ها را در خود ناقص می‌بینند و نگرانند که این ویژگی‌ها در موقعیت‌های اجتماعی تحت مذاقه و ارزیابی دیگرانی که برای فرد مهم هستند، قرار گیرند [۱۷].

با وجود اینکه موسکویچ [۱] با توجه به ریختار ۴ بعدی، به تصویر خود پرداخته است، اما نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (EFA)<sup>۷</sup> و تحلیل عاملی تأییدی (CFA)<sup>۸</sup> موسکویچ و هایدر [۱۷] بر روی جمعیت غیر بالینی دانشجویی، برای بررسی ساختار عاملی NSPS، از یک ساختار ۳ عاملی حمایت می‌کند که عبارتند از: (۱)

مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی؛ (۲) نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب؛ (۳) نگرانی درباره ظاهر فیزیکی؛ و (۴) نگرانی درباره شخصیت. درحالی‌که پژوهش بر روی SAD به طور تاریخی بر نگرانی‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی درباره مهارت‌ها/ رفتارها و علائم اضطراب تمرکز کرده است [۱]، پژوهشگران اخیراً شروع به بررسی رابطه بین اضطراب اجتماعی و نگرانی‌های فزاینده درباره ظاهر فیزیکی [۱۱، ۱۲، ۱۳] و شخصیت [۱۴، ۱۵] کرده‌اند. به هر حال، نشان داده شده است که این نگرانی‌ها درباره نقائص ویژگی‌های خود، مجموعه‌ای از نشانه‌های اضطراب اجتماعی-پیشانی ذهنی، اجتناب، پنهان کردن خود- را به راه می‌اندازد که با سطوح بالای اختلال کارکردی در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و روابط بین فردی افراد مبتلا مرتبط است [۱۶]. موسکویچ و هایدر [۱۷] اظهار می‌دارند که توانایی شناسایی و سنجش مستقیم چنین نگرانی‌هایی ممکن است احتمالاً هم درک درمانگران از ناهمگونی نشانه‌ها در افراد مبتلا و هم هدایت فرمولبندی<sup>۱</sup> از SAD در کار بالینی را افزایش دهد. در این ارتباط، آن‌ها معتقدند که چنین چیزی، ارائه درمان شناختی رفتاری را به طور اختصاصی‌تر و مطابق با مسائل اساسی منحصر به فرد بیماران تسهیل می‌کند که از این طریق احتمال افزایش نتایج درمان شناختی رفتاری برای SAD وجود دارد. پس برای مفهوم‌سازی و درمان بیماران دارای این اختلال، این ابعاد می‌توانند به عنوان راهنمای سودمندی برای درمانگران به منظور به تصویر کشیدن نیمرخ منحصر به فردی از ترس‌های هر بیمار دارای SAD استفاده شود، پس ارزیابی آنان سودمند و ضروری است [۱].

در این راستا، موسکویچ و هایدر [۱۷] اشاره می‌کنند که اگرچه، مقیاس‌های معتبر زیادی در حوزه SAD، موجودند ولی هیچکدام به طور اختصاصی، نگرانی‌های تصویر خود را در ابعاد پیشنهاد شده نمی‌سنجند. بسیاری از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی اضطراب اجتماعی مشهور که در حال حاضر منتشر شده‌اند؛ از جمله «مقیاس

2. Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report  
3. Social Phobia Inventory  
4. Social Phobia and Anxiety Inventory  
5. Social Phobia Scale  
6. Social Interaction Anxiety Scale  
7. Exploratory Factor Analysis  
8. Confirmatory Factor Analysis

1. Case formulation

مقیاس‌های آن در دو گروه، بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ است. پایایی بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز  $r = 0.75$  گزارش شده است. در بررسی اعتبار همگرا<sup>۵</sup>، همبستگی NSPS و عوامل آن، با LSAS-SR، SPS و SIAS در دو گروه مورد مطالعه،  $r = 0.73 - 0.63$  بوده است. در واریسی اعتبار افتراقی<sup>۶</sup>، مشخص شد که همبستگی NSPS و عوامل آن، با مقیاس‌های اضطراب اجتماعی مثل LSAS-SR، SPS و SIAS در دو گروه مورد مطالعه، به طور معناداری بالاتر از  $r = 0.73 - 0.63 = r$  همبستگی با مقیاس‌هایی بود که از لحاظ نظری، سازه‌های متفاوتی را می‌سنجیدند مثل نسخه کوتاه پرسشنامه سواس اجبار (OCI-SV)<sup>۷</sup> [ $r = 0.47 - 0.40$ ]، در حالیکه چنین چیزی در ارتباط با BDI-II مشاهده نشد. موسکویچ و هایدن [۱۷]، یک دلیل احتمالی را این می‌دانند که NSPS و «نسخه بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک» (BDI-II)<sup>۸</sup> [۲۳]، مؤلفه‌های مشترکی را از سبک شناختی خود انتقادی<sup>۹</sup> به تصویر می‌کشند که مشخصه هر دو نشانگان است و ممکن است به عنوان توارث شناختی مشترک زیربنایی هر دو عمل کنند؛ و احتمال دیگر را این می‌دانند که NSPS ممکن است با بعضی از مقیاس‌ها مثل OCI-SV اعتبار افتراقی خوبی داشته باشد و با بعضی دیگر مثل BDI-II اعتبار افتراقی ضعیفی داشته باشد که نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه است. در واریسی اعتبار سازه<sup>۱۰</sup>، نیز، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی<sup>۱۱</sup> نمرات پرسشنامه رفتارهای خودپنهانی (SCBI)<sup>۱۲</sup> [۱۷] بر نمره مقیاس‌های NSPS، SPS، SIAS و BDI-II در چهار مرحله (نمره SIAS در گام اول، نمره SPS در گام دوم، نمره BDI-II در گام سوم و نمره NSPS در گام چهارم وارد شدند)، نشان داد که اضافه کردن NSPS به تحلیل رگرسیون در

نگرانی درباره «کفایت اجتماعی»<sup>۱</sup>؛ (۲) نگرانی درباره «ظاهر فیزیکی»<sup>۲</sup>؛ و (۳) نگرانی درباره «علائم اضطراب»<sup>۳</sup> است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در NSPS، آیت‌های نگرانی درباره مهارت‌های اجتماعی و نگرانی درباره شخصیت، روی یک عامل دارای بار هستند و بدین خاطر، نام آن را نگرانی درباره کفایت اجتماعی برگزیده اند. در تبیین این نکته، آن‌ها اظهار می‌دارند که با وجود تمایز بین «مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی» و «شخصیت» از طرف روانشناسان، احتمالاً پاسخ دهندگان به NSPS در این مطالعه، صرفاً رفتارها/مهارت‌های اجتماعی را شاخص‌های قابل مشاهده شخصیت در نظر گرفته‌اند. بنابراین، ممکن است که پاسخ دهندگان نشان دهند که نگرانی درباره آشکار شدن «دست و پا چلفتی بودن از لحاظ اجتماعی» یا «صحبت کردن نامنسجم» (که هر دو در اصل آیت‌های مهارت‌ها/رفتارهای اجتماعی هستند)، همان تأثیر اجتماعی منفی را دارد که آشکار شدن «سرد بودن» یا «خسته کننده بودن» (هر دو در اصل آیت‌های شخصیت هستند) دارد. به عبارت دیگر، نشان دادن نقائص مهارت‌ها/رفتارهای اجتماعی، یا نقائص شخصیت، اساساً منجر به یک نگرانی می‌شود؛ یعنی آشکار شدن بی کفایتی اجتماعی. ضمناً در مطالعه آن‌ها، در کنار نگرانی درباره کفایت اجتماعی و در حمایت از نظریه موسکویچ [۱]، نگرانی درباره علائم اضطرابی و نگرانی درباره ظاهر فیزیکی، به عنوان عوامل غیرعمودی و مجزایی در EFA ظاهر شدند و نکته ارزشمند اینکه این مدل ۳ عاملی با «مدل برازش یافته»<sup>۴</sup> در CFA بعدی مرتبط است [۱۷].

لازم به ذکر است که در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷]، تحلیل‌های عاملی بر روی دو گروه نمونه ۲۲۵ (برای بررسی EFA) و ۳۱۶ نفری (برای بررسی CFA)، انجام شد و نتایج بررسی‌های دیگر هم بر روی دو گروه گزارش شد. آلفای کرونباخ کل این مقیاس و خرده

5. Convergent Validity  
6. Discriminant Validity  
7. Obsessive Compulsive Inventory- Short Version  
8. Beck Depression Inventory  
9. Self-critical  
10. Construct Validity  
11. Hierarchical multiple regression analysis  
12. Self-Concealment Behaviors Inventory

1. Social Competency  
2. Physical Appearance  
3. Signs of Anxiety  
4. Good model fit

و هایدن [۱۷]، مجموعه ۲۷ سئوالی را به دست داد که در آن، عبارت "Blushing" با ترجمه "سرخ شدن" بر روی دو عامل (نگرانی درباره کفایت اجتماعی و نگرانی درباره نشان دادن علائم اضطراب) دارای بار شد که موسکویچ و هایدن [۱۷] گزارش می کنند که این شبیه نتایج مطالعه شولتز و همکاران [۲۵] است و مطرح می کنند که به خاطر ارتباط بالینی "سرخ شدن" با جمعیت دارای اضطراب اجتماعی، آن ها در مطالعه شان [۱۷] آن را حفظ کرده اند. از سوی دیگر، موسکویچ و هایدن [۱۷] در تحلیل عاملی تأییدی (CFA)، به منظور واریانس اینک که آیا ممکن است "Blushing" یک عامل مجزای چهارم را بازنمایی کند، سه آیتم جدید مربوط به "Blushing" را ساختند. یعنی؛ سرخ شدن صورت<sup>۳</sup>، داغ شدن صورت<sup>۴</sup> و برافروخته شدن<sup>۵</sup> و به NSPS اضافه کردند که در نتیجه یک مقیاس ۳۰ سئوالی به دست آمد. نتایج CFA، سه عامل حاصل از EFA، همراه با عامل چهارمی را نشان داد که همان ۴ آیتم سرخ شدن را دربرمی گرفت. اما موسکویچ و هایدن [۱۷] اظهار داشتند که به علت همبستگی بالای این آیتم ها باهم (۰/۷۸ - ۰/۸۸)، به نظر می رسد که این آیتم ها تکراری هستند، پس تنها، عبارت "Blushing" با ترجمه "سرخ شدن" را بر روی عامل "نگرانی درباره نشان دادن علائم اضطراب" حفظ کردند. با توجه به این امر، ما در تعامل با موسکویچ و براساس توضیح زیر NSPS ۳۰ سئوالی را برای بررسی ویژگی های روانسنجی به کار بردیم.

و اما در فرآیند آماده سازی و ترجمه NSPS، این مقیاس به سه متخصص روانشناس و یک متخصص زبان انگلیسی برای ترجمه از فارسی به انگلیسی داده شد، سپس با نظر روانشناس اول، ترجمه های فارسی تلفیق و یک ترجمه واحد از آن ها استخراج شد، این ترجمه نهایی به یک متخصص زبان انگلیسی (مجزا از متخصص زبان انگلیسی مرحله قبل) داده شد تا آن را از فارسی به انگلیسی برگرداند. در فرآیند ترجمه و باز ترجمه، تفاوت

گام چهارم در دو گروه مورد مطالعه، نسبت مهمی از واریانس نمره SCBI (۵٪ - ۲/۴٪) را تبیین می کند [۱۷]. با توجه به آنچه ذکر شد و اهمیت مقیاس مذکور در حوزه بالینی و پژوهشی و با توجه به پیشنهاد موسکویچ و هایدن [۱۷] مبنی بر اهمیت بررسی های بین فرهنگی NSPS برای گسترش کاربرد ابزار یاد شده، هدف پژوهش حاضر، تعیین ساختار عاملی NSPS در نمونه غیر بالینی ایرانی و مشخص نمودن اعتبار و پایایی ساختار عاملی مورد نظر می باشد.

## روش

پس از ترجمه و آماده سازی NSPS که در زیر توضیح داده خواهد شد، آزمون در یک نمونه ۳۰ نفری از جمعیت عمومی جامعه اجرا گردید، اشکالات برطرف و سپس مقیاس در یک نمونه ۵۷۴ نفری به اجرا درآمد. در این مطالعه به منظور بررسی ساختار عاملی، از CFA و EFA استفاده شد. برای واریانس اعتبار سازه، در همین جمعیت، به هر گروه ۷۰ نفری از آزمودنی ها، مقیاس اصلی به اضافه یکی از مقیاس های «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS)، «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS)، «مقیاس خودگزارش دهی اضطراب اجتماعی لیوویتز» (LSAS-SR)، «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN)، «نسخه بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک» (BDI-II)<sup>۱</sup> و «مقیاس ۲۱ سئوالی افسردگی، اضطراب، استرس» (DASS-21)<sup>۲</sup> ارائه و ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون محاسبه شد؛ همچنین به منظور محاسبه پایایی از روش بازآزمایی، مقیاس NSPS، ۶۱ نفر از افراد جمعیت عمومی جامعه با فاصله ۲ هفته، NSPS را تکمیل نمودند و برای واریانس پایایی از روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ محاسبه گردید.

## ترجمه و آماده سازی NSPS

در این فرآیند، اقدامات زیر صورت گرفت:

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) مطالعه موسکویچ

3. becoming red in the face  
4. becoming hot in the face  
5. becoming flushed

1. Beck Depression Inventory  
2. Depression Anxiety Stress Scale- 21

نگرانم" (۵) - بدهند. نمره گذاری هیچ آیتمی معکوس نیست. نمره کل، حاصل جمع نمره تمامی آیتم هاست. ضمناً نمرات بالاتر، نگرانی های تصویر خود بالاتر را نشان می دهند. همانطور که ذکر شد، نتایج تحلیل های عاملی موسکویچ و هایدر [۱۷] بیانگر وجود سه خرده مقیاس نگرانی درباره (۱) کفایت اجتماعی؛ (۲) ظاهر فیزیکی؛ و (۳) علائم اضطراب است. آلفای کروناخ کل این مقیاس و خرده مقیاس های آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ است. پایایی بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز  $r = 0.75$  گزارش شده است. بررسی اعتبار همگرایی NSPS با SIAS، SPS، LSAS-SR بیانگر همبستگی بین ۰/۷۳ - ۰/۶۳ بوده است. در واری اعتبار افتراقی، مشخص شد که همبستگی NSPS با مقیاس های اضطراب اجتماعی به طور معناداری بالاتر از (۰/۷۳ -  $r = 0.63$ ) همبستگی با مقیاس های بود که از لحاظ نظری، سازه های متفاوتی را می سنجدند مثل اختلال وسواس اجبار<sup>۴</sup> ( $r = 0.40 - 0.47$ ). در واری اعتبار سازه نیز، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نمرات پرسشنامه رفتارهای خودپنهانی (SCBI) بر نمره مقیاس های NSPS، SPS، SIAS و BDI-II نشان داد که اضافه کردن NSPS به تحلیل رگرسیون در گام چهارم، سهم مهمی از واریانس نمره SCBI (۰/۵ - ۰/۲/۴) را تبیین می کند [۱۷].

ب) «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS) و «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS) [۲۱]: این مقیاس ها به ترتیب، ترس های مربوط به تعامل اجتماعی و ترس از مورد مذاقه قرار گرفتن طی فعالیت های روزمره (خوردن، نوشیدن، نوشتن و غیره) را می سنجدند [۲۱]. هر دو، از نوع ابزارهای خودگزارش دهی بوده و ارزنده ترین مقیاس ها برای ارزیابی هراس اجتماعی هستند [۲۶] و در مطالعات، غالباً در کنار هم و به صورت گسترده ای به کار رفته اند. هر دو شامل ۲۰ عبارت هستند، و پاسخدهی به آن در قالب مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای - اصلاً مشخصه من نیست (۰) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۴) -

معنای چشمگیری دیده نشد، بلکه تفاوت از لحاظ فرهنگی بین معنای عبارت "Blushing" در فرهنگ های انگلیسی زبان و فارسی زبان بود که ترجمه متخصصین هر دو مرحله ترجمه و بازترجمه به "خجالت زده ام" اشاره داشت. در مجموع، با توجه به نظر متخصصین روانشناس در ارتباط با شیوع پدیده "خجالتی بودن" در اضطراب اجتماعی، و با توجه به اینکه سه عبارت مربوط به "سرخ شدن"؛ یعنی "سرخ شدن صورت"، "داغ شدن صورت" و "برافروخته شدن" به طور جداگانه در مقیاس، لذا ترجمه "خجالت زده ام" مورد استفاده قرار گرفت.

## آزمودنی

### الف) جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر دربرگیرنده تمامی دانشجویان کارشناسی شاغل به تحصیل در دانشگاه شاهد بوده است.

### ب) نمونه

شیوه نمونه گیری مطالعه حاضر، به صورت خوشه ای و از دانشکده های مختلف دانشگاه بوده است. در این مطالعه، ۵۷۴ نفر شرکت کردند که ۲۱۴ دانشجوی پسر و ۳۵۵ دانشجوی دختر و ۵ نفر با جنسیت نامشخص بودند که میانگین و انحراف معیار سن آن ها به ترتیب برابر ۲۱/۴۱ و ۲/۴۲ بوده است. لازم به ذکر است که ۴۹۳ نفر نیز مجرد، ۵۲ نفر متأهل و ۲۹ نفر نیز وضعیت تأهلشان مشخص نبود.

### ابزارهای تحقیق

الف) «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS) [۱۷]: این ابزار، مقیاسی شامل ۳۰ عبارت است که در آن از پاسخ دهندگان خواسته می شود که به هر آیتم، پاسخی در دامنه ۱ تا ۵ - "اصلاً نگران نیستم" (۱)، "کمی نگرانم" (۲)، "نسبتاً نگرانم" (۳)، "خیلی نگرانم" (۴)، و "خیلی زیاد

1. becoming red in the face
2. becoming hot in the face
3. becoming flushed

4. Obsessive Compulsive Disorder

«مقیاس خودگزارش‌دهی اضطراب اجتماعی لیبویتز» (LSAS-SR) در مطالعه عطری فرد و همکاران [۳۱] در نمونه ایرانی نشان می‌دهد که پایایی بازآزمایی LSAS-SR و خرده مقیاس‌های آن در دامنه  $r=0.76-0.84$  قرار دارد و ثبات درونی (آلفای کرونباخ) آن‌ها نیز در دامنه  $0.73$  تا  $0.93$  گزارش شده و اعتبار همگرایی LSAS-SR با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نیز در حد قابل قبولی است ( $r=0.46-0.94$ ) است [۳۱].

د) «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) [۱۹]: این پرسشنامه نخستین بار توسط کونور<sup>۳</sup> و همکاران [۱۹] به منظور ارزیابی هراس اجتماعی ابداع شد و درباره سه نشانه بالینی با اهمیت ترس، اجتناب، علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. SPIN براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به هیچ وجه (۰)، کم (۱)، در حد متوسط (۲)، زیاد (۳)، و خیلی زیاد (۴) - درجه بندی می‌شود. نمره کلی آن در دامنه ۰ تا ۶۸ قرار دارد. همچنین این پرسشنامه قادر بوده است گروه دارای اختلال اضطراب اجتماعی را از گروهی که مبتلا به اختلال یادشده نبودند متمایز کند. لازم به ذکر است که ویژگی‌های روانسنجی مناسبی را از این پرسشنامه در جمعیت آمریکایی گزارش کرده‌اند. ضریب بازآزمایی آن طی ۲ هفته، بین  $0.78$  و  $0.89$  و همسانی درونی آن بوسیله آلفای کرونباخ  $0.82-0.94$  گزارش شده است [۱۹]. در ایران نیز، در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران [۳۲]، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین  $0.74$  تا  $0.89$  و ضریب بازآزمایی آن،  $0.68$  و روایی خرده مقیاس‌های آن با مقیاس‌های مورد استفاده، بین  $0.64$  تا  $0.78$  می‌باشد [۳۲].

ه) «نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک» (BDI-II) [۳۳]: پرسشنامه افسردگی بک، شاید شناخته شده ترین مقیاس خودگزارش‌دهی افسردگی است که به

می‌باشد. لازم به ذکر است که در «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS)، نمرات بعضی از عبارات معکوس شده و سپس نمره کل، از حاصل جمع نمره تمام عبارات به دست می‌آید و در «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS)، نمره مقیاس، حاصل جمع نمره تمام عبارات است. نتایج مطالعات نشان داده اند که هر دو مقیاس، پایایی بازآزمایی قابل قبول ( $r=0.93-0.91$ ) و اعتبار همگرایی خوبی ( $r=0.59-0.77$ ) با سایر مقیاس‌های دیگر اضطراب اجتماعی و سطوح بالای ثبات درونی (شاخص آلفای کرونباخ از  $0.90$  و  $0.91$ ) دارند و بین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و افراد بدون آن، تمایز قائل می‌شوند [۲۱، ۲۷، ۲۸]. نتایج مطالعه عطری فرد و همکاران [۲۹] در ارتباط با بررسی ویژگی‌های روانسنجی «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS) و «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS) در جمعیت ایرانی نشان می‌دهد که ثبات درونی (آلفای کرونباخ) SIAS،  $0.86$  و SPS،  $0.91$  است. پایایی بازآزمایی SIAS برابر  $0.89$  و SPS برابر  $0.90$  گزارش شده و اعتبار همگرایی SIAS و SPS با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در حد قابل قبول و معنادار است ( $r=0.50-0.93$ ) است [۲۹].

ج) «مقیاس خودگزارش‌دهی اضطراب اجتماعی لیبویتز» (LSAS-SR) [۱۸]: یک نسخه خودگزارش‌دهی ۲۴ آیتمی از ابزاری است که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود (هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۹) و ترس و اجتناب از تعدادی از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی را در زیرمقیاس‌های جداگانه (۶ زیرمقیاس) می‌سنجد. برای زیرمقیاس ترس<sup>۱</sup>، هر آیتم از ۰ (هیچ) تا ۳ (شدید) درجه بندی می‌شود و برای زیرمقیاس اجتناب<sup>۲</sup>، هر آیتم از ۰ (هرگز) تا ۳ (معمولاً) درجه بندی می‌شود. مثل نسخه‌ای که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود، LSAS-SR پایایی بازآزمایی ( $r=0.83$ )، ثبات درونی (آلفای کرونباخ  $0.95$ )، اعتبار همگرا و افتراقی خوبی دارد [۱۸، ۳۰]. بررسی ویژگی‌های روانسنجی

3 . Connor, K. M.

4 . Beck Depression Inventory

1 . LSAS-Fear

2 . LSAS-Avoidance

دریافتند که تشخیص کنونی و مادام‌العمر هراس اجتماعی به طور معناداری با خطر فزاینده اختلال افسردگی عمده<sup>۴</sup> و افسرده خویی<sup>۵</sup> مرتبط است.

و) «مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس ۲۱ سئوالی» (DASS-21): «مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس»، یک ابزار خودگزارش‌دهی است که نسخه اولیه آن دارای ۴۲ عبارت بوده است که هر کدام در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه ای از ۰ (اصلاً در مورد من صادق نبوده است) تا ۳ (خیلی زیاد در مورد من صادق بوده است) درجه بندی می‌شود. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است [۵۰]. این سه مقیاس برای برآورد کردن ابعاد طبقات تشخیصی زیر در نظر گرفته می‌شوند: مقیاس افسردگی برای اختلالات خلقی، مقیاس اضطراب برای اختلالات وحشتزدگی، و مقیاس استرس برای اختلالات اضطراب‌تعمیم یافته [۵۱]. DASS-21، نسخه کوتاه شده DASS-42 است که در آن هفت عبارت از هر سه زیرمقیاس DASS-42 بیرون کشیده شده است. اعتبار و پایایی آن در نمونه بالینی [۵۲] و نمونه غیربالینی [۵۳] و بیماران بخش مراقبت اولیه [۵۴] تأیید شده است. ضمناً DASS-21 امتیازهایی را نسبت به DASS-42 دارد، از جمله عبارات کمتر، ساختار عاملی مشخص‌تر و همبستگی بین عاملی کوچکتر [۵۲]. مطالعه اصغری<sup>۶</sup> و همکاران [۲۴] در ارتباط با بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در نمونه غیربالینی ایرانی نشان می‌دهد که ساختار سه عاملی این ابزار در این جمعیت حمایت شده است، ضمناً در این مطالعه اعتبار همگرایی این ابزار بیانگر همبستگی‌های مثبت معناداری (۰/۹۰- $r=0/41$ ) بین DASS-21 و ابزارهای مرتبط بوده است. نتایج پایایی نیز نشان می‌دهد که DASS-21 و خرده مقیاس آن دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی (۰/۸۹- $r=0/77$ ) می‌باشند [۲۴].

طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است [۳۴، ۳۵، ۳۶]. این ابزار، ابتدا توسط بک و همکاران در اوایل دهه ۱۹۶۰ ابداع شد [۳۷]، و به زودی در موقعیت‌های بالینی و غیربالینی به طور وسیعی استفاده شد. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش، نسخه دوم این ابزار را منتشر کردند که در آن، بعضی از آیتم‌ها مطابق معیارهای افسردگی اساسی در «چهارمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV)»<sup>۱</sup> [۳۸] تجدیدنظر شدند. مثل نسخه اول، BDI-II یک ابزار خودگزارش‌دهی است که مشابه با نسخه انگلیسی، نسخه فارسی هم ۲۱ آیت دارد [۳۹]. در اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود که هر ۴ عبارت ذکر شده برای هر یک از علائم افسردگی را به دقت مطالعه کرده و از میان آن‌ها عبارتی را که به بهترین وجه معرف وضعیت او «در طول هفته گذشته از جمله امروز» است، انتخاب کند. گفته شده است در حالیکه فرم اولیه آزمون بک وضعیت خلقی فعلی فرد را می‌سنجید، فرم بازنگری شده آزمون، ارزیابی پایاتری از خلق فرد را به دست می‌دهد [۴۰]. به هنگام نمره‌گذاری به هر یک از علائم و ویژگی‌های افسردگی، نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد و نمره کل این پرسشنامه بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند که نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است. نتایج مطالعه قاسم زاده و همکاران [۳۹] نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ BDI-II در نمونه ایرانی، ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی آن  $r=0/73$  گزارش شده است. اعتبار همگرایی آن با فرم فارسی پرسشنامه افکار اتوماتیک<sup>۲</sup> [۴۱، ۴۲] نیز ۰/۷۷ گزارش شده است.

لازم به ذکر است که دلیل استفاده از ابزار مذکور در بررسی اعتبار سازه، ارتباط اضطراب اجتماعی با افسردگی است که در مطالعات مختلف بدان اشاره گردیده است [۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸]. در این راستا، براون<sup>۳</sup> و همکاران [۴۹] نیز در مصاحبه‌های ۱۱۲۷ بیمار سرپایی،

4. Major Depression Disorder  
5. Dysthymia  
6. Asghari, A.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th revision  
2. the Automatic Thoughts Questionnaire: ATQ- (Persian) Persian language version of  
3. Brown, T. A.

جدول ۱- همبستگی بین عامل های NSPS

عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	عوامل
—	—	—	—	عامل ۱) نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی
—	—	—	۰/۶۳	عامل ۲) نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)
—	—	۰/۶۱	۰/۶۱	عامل ۳) نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)
—	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۴۴	عامل ۴) نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کنترل علائم اضطراب

آزمون معناداری را محاسبه می کند. چرخش مناسب با توجه به توصیه تباچینک<sup>۲</sup> و فیدل<sup>۳</sup> [۵۸] یک چرخش متمایل<sup>۴</sup> است زیرا ضرایب همبستگی بین عامل ها بالاتر از ۰/۴۴ است که از میزان توصیه شده توسط تباچینگ و فیدل (یعنی ۰/۳۳) بیشتر است. (در این روش از همبستگی پولیکوریک استفاده شده است که فراوانی ها را در نظر می گیرد) چرخش متمایل دو نوع است متمایل مستقیم<sup>۵</sup> و پروماکس<sup>۶</sup> که در این تحلیل از چرخش متمایل پروماکس استفاده شد. البته لازم به ذکر است که چرخش پروماکس بین ابلیمین و وریمکس قرار دارد. سپس تحلیل عاملی تائیدی ساختار عاملی اکتشافی بوسیله نرم افزار AMOS-16 [۵۹] انجام شد. جدول همبستگی بین عامل های به دست آمده در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی از روش اعتبار متقابل<sup>۷</sup> استفاده شد. یکی از شیوه های ارزیابی یافته های حاصل از پرسشنامه تقسیم داده ها به دو نیمه تصادفی و بررسی این است که آیا الگوی اکتشافی در هر دو نیمه مورد تائید قرار می گیرد یا خیر [۶۰]. برای اجرای این منظور مجموعه کل ۵۷۴ نفر داده های افراد نمونه تکمیل کننده پرسشنامه NSPS، به صورت تصادفی و با استفاده از نرم افزار SPSS به دو گروه ۲۸۷ نفری تقسیم شد. مقایسه خصوصیات جمعیتی این دو گروه نمونه بر اساس سن ( $P = ۰/۱۱$ ،  $t = ۱/۵۷$ ،  $s = ۲/۳۴$ ،  $M2 = ۲۱/۲۴$ ؛

از نکات قابل ذکر در دلیل استفاده از این ابزار در بررسی اعتبار سازه NSPS، آن است که مطالعات نشان می دهند که در حدود ۸۰-۵۰٪ افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، حداقل یک اختلال روانی دیگر هم دارند که یکی از رایج ترین آن ها، نوعاً اختلالات اضطرابی دیگر است [۵۵]. البته لازم به ذکر است که بعضی از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تمایل به نشان دادن پاسخ اضطراب را دارند (وضوح اضطراب)، در حالیکه دیگران تمایل دارند که به تهدید اجتماعی، بیشتر پاسخ ترس (وضوح استرس) را نشان دهند [۵۶].

### شیوه تحلیل داده ها

در این تحقیق علاوه بر استفاده از همبستگی، از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی استفاده شده است.

### نتایج

ساختار عاملی NSPS از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی مورد بررسی قرار گرفت. در تحلیل عاملی اکتشافی جهت استخراج عوامل از روش تحلیل پیشینه احتمال<sup>۱</sup> استفاده شده است که موسکوویچ و هایدن [۱۷] نیز از این روش استفاده کرده اند. این روش بر این فرض استوار است که آزمودنی ها به گونه تصادفی نمونه برداری شده اند، اما متغیرهای جامعه کل متغیرهای مطالعه را تشکیل می دهند. بنابراین از لحاظ نظری، استنباط یا تعمیم به سایر اعضای جامعه آزمودنی ها امکان پذیر است [۵۷]. همچنین این روش برای تعداد عامل های مشخص شده

2. Tabachnick B.G  
3. Fidell L.S.  
4. oblique  
5. direct oblique  
6. promax  
7. Cross Validation

1. Maximum Likelihood

محتوای این عامل با محتوای عامل دوم با همین نام در مطالعه موسکویچ و هایدر [۱۷] مطابقت دارد. عامل دوم نیز، با مقدار ارزش ویژه ۴/۱۴، میزان ۱۳/۸ درصد از واریانس را پوشش می‌دهد و عامل سوم هم با ارزش ویژه ۱/۱۱ به میزان ۳/۷۲ درصد از واریانس را اندازه‌گیری می‌کند. لازم به ذکر است که محتوای عامل دوم و سوم در این مطالعه ترکیبی از محتوای عوامل اول "نگرانی درباره ویژگی‌های مرتبط با کفایت اجتماعی" و سوم "نگرانی از درباره علائم اضطراب" در تحلیل عاملی موسکویچ و هایدر [۱۷] است. لذا نام عامل دوم و سوم در مطالعه حاضر به ترتیب، "نگرانی درباره آشکارشدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)" و "نگرانی درباره آشکارشدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)" است. در نهایت عامل چهارم به عنوان "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کنترل علائم اضطراب" با ارزش ویژه ۱/۰۴ به میزان ۳/۴۶ درصد از واریانس "تصویر خود منفی" در اضطراب اجتماعی را تشکیل می‌دهد که محتوای آن مشابه با محتوای عامل سوم در مطالعه موسکویچ و هایدر [۱۷] است. در مجموع، عوامل مذکور، ۵۲/۸۹ درصد واریانس را در نمرات NSPS تبیین می‌کنند. پس از آنکه براساس تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار چهارعاملی برای NSPS مشخص شد و عبارات‌ها در عامل‌های چهارگانه مشخص شدند، برای اطمینان از صحت این ساختار، CFA با داده‌های ۵۰ درصد دوم انجام شد. یافته‌های این تحلیل آشکارکرد که شاخص‌های نیکویی برازش در حد مطلوب نیستند. بنابراین، براساس پیشنهاد شاخص تغییرات<sup>۲</sup> که از خروجی نرم‌افزار پیشنهاد شده بود، عبارت شماره ۲۹ به عامل «نگرانی از آشکارشدن علائم اضطراب» اضافه و خطاهای کوواریانس عبارت شماره ۱۳، ۵، ۲۱، ۲۲، ۱۷ و ۱۶ آزاد شدند. با اجرای این پیشنهادات که مبتنی بر تئوری پژوهش بود، وضعیت شاخص‌های نیکویی برازش مطلوب شد. این شاخص‌ها در جدول ۳ ارائه شده‌اند که بعد از جدول ۳ به توضیح مطلوبیت آن‌ها پرداخته خواهد شد.

( $\chi^2=۰/۰۴$ ،  $P=۰/۸۳$ )، جنسیت ( $M1=۲۱/۵۷$ ،  $S=۲/۵۷$ ) و وضعیت تأهل ( $\chi^2=۰/۷۹$ ،  $P=۰/۳۷$ ) با هم تفاوت معنی داری نداشته و همگن بودند.

### ساخت عاملی

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در جدول ۱ گزارش شده است. براساس یافته‌ها مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری برابر با ( $KMO=۰/۸۵$ ) می‌باشد که نزدیک به ۱ است و بیانگر کفایت تعداد گروه نمونه برای انجام دادن تحلیل عاملی می‌باشد. آزمون برقراری شرط کرویت بارتلت ( $\chi^2=۶۳۱۴/۹۳$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) نیز معنادار و بیانگر برقراری این شرط برای استفاده از روش تحلیل عاملی است. بر اساس نتایج تحلیل عاملی و نیز ملاک کایزر گاتمن<sup>۱</sup> که مطابق آن عامل‌های بالای ۱ انتخاب می‌شود منجر به استخراج چهار عامل با ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ شد.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌کنیم عامل اول دارای ۸ عبارت، عامل دوم دارای ۶ عبارت، عامل سوم دارای ۷ عبارت و عامل چهارم نیز دارای ۴ عبارت است. سؤال‌های ۱ (به لکنت می‌افتم)، ۳ (کسل کننده‌ام) و ۶ (کنترلی بر هیجانانتم ندارم)، به دلیل بار عاملی کوچکتر از ۰/۳ [۵۷] و سؤال ۱۲ (شخصیت ندارم) به دلیل بار عاملی بسیار نزدیک به هم روی عامل اول و سوم و سؤال ۱۵ (نمی‌توانم خودم را نشان‌دهم) به دلیل ناهماهنگی محتوایی با عامل ۴، حذف شدند. لازم به ذکر است که در مواردی که یک سؤال بر روی دو عامل دارای بار عاملی است، حداقل میزان قابل قبول برای تفاوت بین بار عاملی‌ها به منظور انتخاب آن سؤال در یکی از عامل‌ها، ۰/۱ است [۵۷] که در مورد سؤال ۱۲ از ۰/۱ کمتر بود. بنابراین ۲۵ عبارت در یک ساختار چهارگانه برای سنجش هراس اجتماعی مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به محتوای عبارات هر عامل، عامل اول "نگرانی درباره آشکارشدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی" نام می‌گیرد که با مقدار ارزش ویژه ۹/۵۷، ۳۱/۹ درصد از واریانس هراس اجتماعی را تبیین می‌کند که



جدول ۲: بار عاملی بیشینه احتمال NSPS با استفاده از چرخش متمایل پروماکس

عبارات پرسشنامه	عامل ۱: نگرانی از آشکار شدن ویژگی‌های ظاهر فیزیکی	عامل ۲: نگرانی از آشکار شدن ویژگی‌های مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)	عامل ۳: نگرانی از آشکار شدن ویژگی‌های مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)	عامل ۴: نگرانی از آشکار شدن علائم اضطراب
۱۳. چاقم	۰/۷۶۲			
۳۰. زشتم	۰/۶۵۸			
۲۳. موهایم خوب به نظر نمی‌رسد	۰/۶۵۳			
۵. از لحاظ فیزیکی جذاب نیستم	۰/۶۰۶	۰/۳۰۲		
۲۸. مطابق مد روز نیستم	۰/۶۰۵			
۱۲. شخصیت ندارم	۰/۵۸۷	-۰/۳۲۲	۰/۵۵۱	
۱۱. غیرعادی به نظر می‌رسم	۰/۵۵۲			
۹. عیب یا نقصی دارم (مثلاً در ظاهرم).	۰/۵۱۷			
۲. لباس مناسب نیست	۰/۴۴۸			
۷. خجالت زده می‌شوم		۰/۸۱۹		
۱۰. در روابط با دیگران بی‌عرضه‌ام		۰/۶۲۹		
۲۰. گوشه گیرم		۰/۶۰۱		
۲۶. فاقد مهارت‌های اجتماعی‌ام		۰/۶۰۱	۰/۴۲۰	
۸. هنگام صحبت کردن، صدایم می‌لرزد.		۰/۵۳۲		۰/۳۳۷
۱۹. آدم نجوشی‌ام		۰/۵۳۰		
۲۱. کودنم			۱/۰۶۹	
۲۲. از لحاظ اجتماعی، خجالت آورم.		۰/۳۷۳	۰/۵۶۰	
۱۶. عضلات صورتم می‌پرد			۰/۵۰۳	
۲۵. منسجم صحبت نمی‌کنم.		۰/۳۱۰	۰/۴۶۸	
۱۸. بی‌مزه‌ام			۰/۴۶۲	
۱۷. خشکم زده است			۰/۴۰۲	
۲۹. برافروخته می‌شوم			۰/۳۶۴	
۲۷. بی‌قرارم.			۰/۳۳۴	
۱۴. صورتم سرخ می‌شود.				۰/۷۵۵
۲۴. صورتم داغ می‌شود.				۰/۷۲۹
۴. عرق می‌کنم.				۰/۵۰۸
ارزش ویژه	۹/۵۷	۴/۱۴	۱/۱۲	۱/۰۴
درصد تبیین	۳۱/۹۱	۱۳/۸۰	۳/۷۲	۳/۴۶

جدول ۳: جدول تحلیل عامل نائیدی پرسشنامه NSPS

AGFI	GFI	CFI	RMSEA (90% CI)	RMR	NFI	$\chi^2/df$	Df	$\chi^2$	شاخص مدل
۰/۷۷	۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۰۸۳ -۰/۰۹۰ ۰/۰۷۷	۰/۰۹	۰/۷۵	۲/۹۹	۲۶۹	۸۰۴/۴	مدل ۱ الگوی ۴ عاملی
۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۸۵	۰/۰۷۵ -۰/۰۸۲ ۰/۰۶۸	۰/۰۸	۰/۷۸	۲/۶۱	۲۶۶	۶۹۵/۳	مدل ۲ الگوی ۴ عاملی

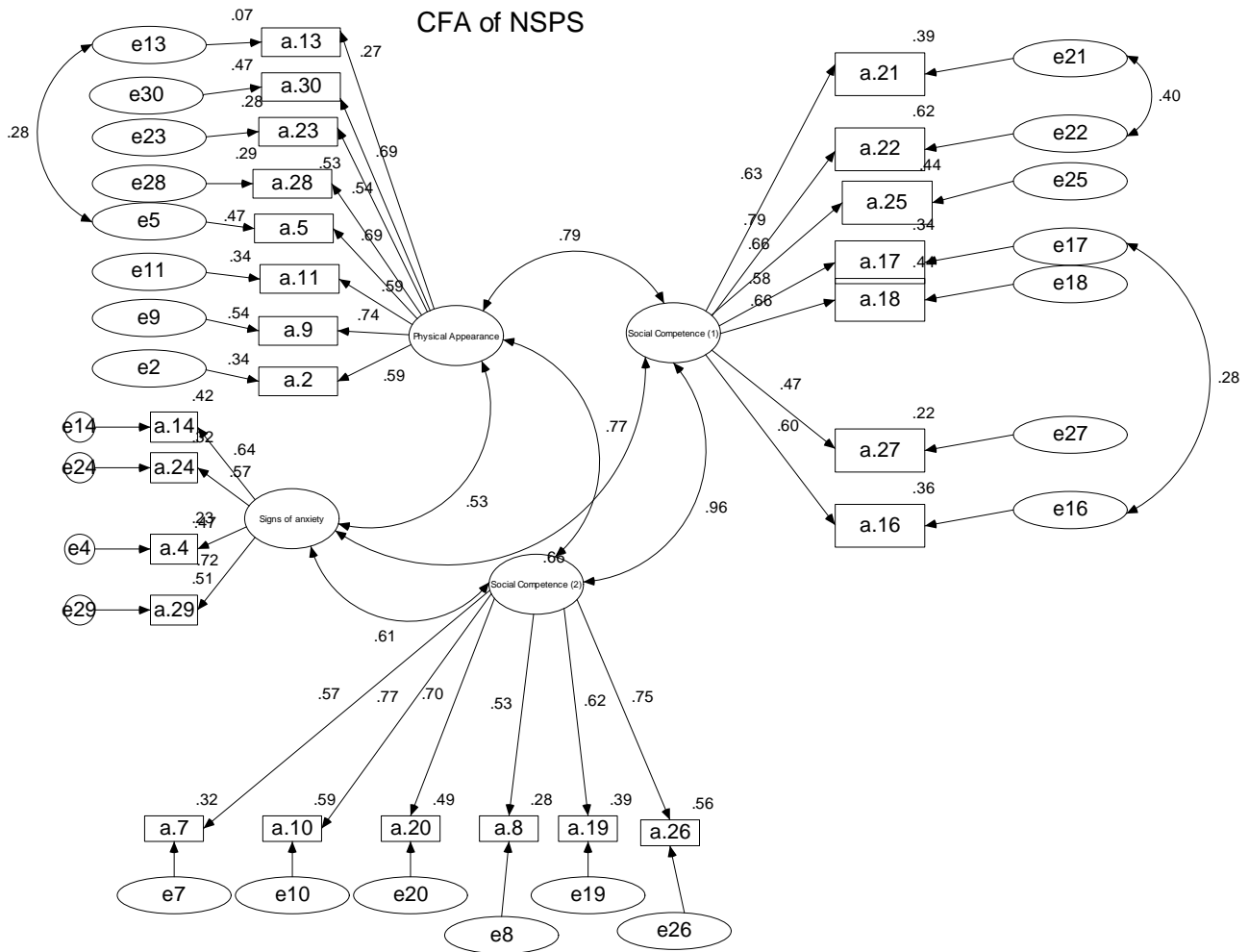
درجه آزادی است، کمتر تحت تاثیر حجم نمونه است و از این نظر، این شاخص، بیشتر مورد توجه است [۶۵]. براون<sup>۵</sup> و کادک<sup>۶</sup> [۶۶] برای مدل های خوب مقدار کمتر از ۰/۰۵، برای مدل های متوسط مقادیر بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ و برای مدل های ضعیف مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را توصیه کرده اند که همانطور که در جدول ۳، مشاهده می گردد، این شاخص در مدل ۲ مطلوب تر شده است. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)<sup>۷</sup> که برازندگی مدل موجود را با مدل صفر که در آن فرض می شود متغیرهای مکنون موجود در مدل با یکدیگر همبستگی ندارند، مورد بررسی قرار می دهد، باید دست کم ۰/۹۰ باشد تا مدل مورد نظر پذیرفته شود [۶۵، ۶۶] که البته در این دو مدل، به حد قابل قبول نرسیده ولی در مدل ۲ (۰/۸۴) افزایش یافته است و به ۰/۹ نزدیک تر شده است. مقادیر شاخص خوبی برازش (GFI)<sup>۸</sup> (نسبت مجموع مجذورات تفاوت ها به واریانس های مشاهده شده) و شاخص خوبی برازش تعدیل شده یا اصلاح شده (AGFI)<sup>۹</sup> (تعدیل شاخص خوبی برازش با توجه به درجه آزادی)، نیز بین صفر تا یک تغییر می کنند و هر قدر که مقدار این شاخص ها به عدد یک نزدیک تر باشد برازندگی بهتر است و مدل بهتر با داده ها برازش دارد [۶۵] که هر دو در مدل ۲ (۰/۸۴) و (۰/۸۰)، نسبت به مدل ۱ (۰/۸۱ و ۰/۷۷)، به عدد یک

از آنجا که یافتن یک مدل با برازش خوب نمی رساند که آن مدل تنها مدل، یا برای داده ها، مدل بهینه است، شاخص های متعددی برای برازندگی مدل وجود دارد و برازش باید همزمان از منظر مشخصه های چندگانه برازندگی ارزشیابی شود. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، مجذور خی نرم شده<sup>۱</sup> که از تقسیم مجذور خی بر درجه آزادی بدست می آید، در مدل اول، ۲/۹۹ است که البته با توجه به اینکه مقادیر کوچکتر از ۳ نشان دهنده برازش مناسب است [۶۱]، این مقدار، قابل قبول است ولی در مدل ۲، این شاخص با توجه به معیار مذکور، مطلوب تر شده است. شاخص دیگر، شاخص نرم شده برازندگی (NFI)<sup>۲</sup> است که مقادیر بالاتر از ۰/۸۰ نشان دهنده برازش نسبتاً خوب یا متوسط مدل و مقادیر بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ بسیار عالی است [۶۲ و ۶۳] که در اینجا در مدل دوم به ۰/۸۰ نزدیکتر پس مطلوب تر شده است. ریشه میانگین مجذور باقی مانده ها (RMR)<sup>۳</sup> نیز شاخص دیگری است که ریشه دوم میانگین مجذورات تفاوت های همبستگی های ضمنی و مشاهده شده است و مقادیر ۰/۰۸ یا کوچکتر نشان دهنده برازش مطلوب مدل است [۶۴] که در اینجا در مدل ۲، ۰/۰۸ شده است و به حد قابل قبول رسیده است. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)<sup>۴</sup> که آزمون انحراف هر

5. Browne, M.W  
 6. Cudeck, R.  
 7. Comparative Fit Index  
 8. Goodness of Fit Index  
 9. Adjusted Goodness of Fit Index

1. Normed Chi Square  
 2. Normed Fit Index  
 3. Root Mean Square Residual  
 4. Root Mean Square Error of Approximation

شکل ۱: تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه NSPS



جدول ۴: ضرایب همسانی درونی پرسشنامه NSPS و خرده مقیاس های آن

ضریب باز آزمایی	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد عبارات	آلفای کرونباخ	NSPS و عوامل آن
$r=0/80, p<0/0001$	6/26	14/83	8	0/82	عامل ۱: نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی
$r=0/72, p<0/0001$	5/42	12/05	6	0/82	عامل ۲: نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)
$r=0/75, p<0/0001$	5/62	12/07	7	0/85	عامل ۳: نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)
$r=0/72, p<0/0001$	3/54	7/71	4	0/71	عامل ۴: نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کنترل علائم اضطراب
$r=0/80, p<0/0001$	17/51	46/22	25	0/94	کل

پس از آزاد کردن پارامترهای مذکور همراه با ضرایب مسیر استاندارد شده در بخش بعدی ارائه خواهد شد.

### پایایی

جهت بررسی پایایی NSPS و عوامل آن از دو روش محاسبه ضرایب بازآزمایی و محاسبه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شده است. نتایج این تحلیل در جدول ۴ منعکس شده است.

همسانی درونی کل عبارات پرسشنامه NSPS و نیز چهار خرده مقیاس آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ

نزدیک‌تر شده‌اند. در مجموع، با توجه به آنچه گفته شد، بررسی شاخص‌های نیکویی برازش منعکس شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از آزاد کردن ۳ خطای کوواریانس و انتقال عبارت ۲۹ از عامل دوم به عامل چهارم ساختار چهار عاملی NSPS با داده‌ها برازش مطلوبی پیدا می‌کند و شاخص‌های برازش مدل در مدل ۲ نسبت به مدل ۱، به مطلوبیت نزدیک‌تر شده‌اند. با توجه به موارد فوق تصمیم بر این شد که ساختار چهار عاملی برای پرسشنامه مذکور به عنوان ساختار عاملی نهایی پذیرفته شود. نمودار مسیر تحلیل عاملی تأییدی

جدول ۵- همبستگی گشتاوری پیرسون بین NSPS با (SIAS)، (SPS)، (LSAS-SR)، (SPIN)، (BDI-II)، (DASS-21)

مقیاس	NSPS					
	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	کل	
«مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS)	۰/۳۳**	۰/۴۶**	۰/۲۷**	۰/۲۵*	۰/۳۹**	
«مقیاس هراس اجتماعی» (SPS)	۰/۳۰**	۰/۳۰**	۰/۱۵	۰/۳۶**	۰/۳۳**	
«مقیاس خود گزارش‌دهی اضطراب اجتماعی لیبویتز» (LSAS-SR)	ترس از موقعیت عملکردی	۰/۳۰**	۰/۳۱**	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۲۹*
	ترس از موقعیت اجتماعی	۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۱۵
	اجتناب از موقعیت عملکردی	۰/۲۸*	۰/۲۴*	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۲۵*
	اجتناب از موقعیت اجتماعی	۰/۱۷	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۱۷
	نمره کلی ترس	۰/۲۴*	۰/۲۸*	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۲۴*
	نمره کلی اجتناب	۰/۲۵*	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۱۷	۰/۲۱
	نمره کل	۰/۲۵*	۰/۲۶*	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۲۳*
«پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN)	ترس	۰/۳۷**	۰/۳۴*	۰/۲۶	۰/۲۲	۰/۳۵**
	اجتناب	۰/۳۴*	۰/۳۸**	۰/۲۵	۰/۳۲	۰/۳۷**
	علائم فیزیولوژیکی	۰/۲۷*	۰/۲۸*	۰/۳۱*	۰/۴۱**	۰/۳۶**
	نمره کل	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۳۱*	۰/۳۵**	۰/۴۱**
«نسخه بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک» (BDI-II)	۰/۵۱**	۰/۴۱**	۰/۲۹*	۰/۲۷*	۰/۴۴**	
«مقیاس ۲۱ سئوالی افسردگی، اضطراب، استرس» (DASS-21)	افسردگی	۰/۴۹**	۰/۱۹	۰/۲۹*	۰/۰۱	۰/۳۴*
	اضطراب	۰/۵۰**	۰/۲۸*	۰/۵۶**	۰/۴**	۰/۵۵**
	استرس	۰/۶۱**	۰/۳۶**	۰/۵۳**	۰/۲۲	۰/۵۷**

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

۱۱، ۱۳، ۲۳، ۲۸، ۳۰) و چهارم "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کنترل علائم اضطراب" (۴، ۱۴، ۲۴، ۲۹) با محتوای عامل‌های دوم و سوم در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] همخوانی دارند که عبارتند از "نگرانی درباره ظاهر فیزیکی" و "نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب". محتوای عامل دوم (۷، ۸، ۱۰، ۱۹، ۲۰، ۲۶) هم شامل عباراتی است که همه به جز یکی (عبارت ۸: صدایم می‌لرزد)، با عبارات عامل "نگرانی درباره کفایت اجتماعی" در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] مطابقت دارند که البته با وجود آنکه عبارت ۸ در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] در عامل سوم (نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب) قرار دارد، ولی به نظر می‌رسد با محتوای سایر عبارات عامل دوم در مطالعه حاضر تطابق داشته باشد که همه ویژگی‌هایی هستند که به نوعی در تعامل بین فردی آشکار می‌شوند. محتوای عامل سوم نیز (۱۶؛ ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۷)، ترکیبی از محتوای عامل‌های دوم "نگرانی درباره کفایت اجتماعی" و بعضی از آیتم‌های عامل سوم "نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب" در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] است. با وجود اینکه در این عامل، عبارات ۱۷ (خشکم زده است) و ۲۷ (بی‌قرارم) متعلق به عامل "نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب" هستند ولی با محتوای عبارات عامل ۴ در مطالعه حاضر، این تفاوت را دارند که عبارات عامل ۴، به لحاظ جسمی مشهودند و فرد به طور جسمانی آن‌ها را احساس می‌کند، ولی این دو عبارت بیشتر به لحاظ روانی قابل درکند و از سوی دیگر در کنار عباراتی از عامل "نگرانی درباره کفایت اجتماعی" قرار گرفته‌اند که درک آن‌ها از سوی خود فرد، مستلزم قرار گرفتن در رابطه بین فردی نیست و فرد آن‌ها را به عنوان یک ویژگی شخصیتی جدا از یک رابطه خاص می‌بیند؛ همچنانکه منسجم صحبت کردن، به عنوان یک کفایت کلی در نظر گرفته می‌شود، کودنی، بی‌مزیگی و دست‌پا چلفتی بودن، نیز به عنوان بی‌کفایتی‌های اجتماعی، جدا از یک رابطه خاص، مطرح می‌شوند. در ارتباط با

محاسبه شد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به این که ضرایب همسانی درونی کل پرسشنامه و دو خرده‌مقیاس آن از حداقل میزان توصیه شده (۰/۷۰) به وسیله نونالی و برنشتاین [۶۷] بالاتر است، می‌توان اذعان داشت که ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن، در حد قابل قبولی است. همبستگی گشتاوری پیرسون بین ارزیابی‌های زمان اول و دوم (با فاصله ۱۵ روز) برای ۴ عامل و نمره کل نیز محاسبه شد و همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد این ضرایب معنادار می‌باشند.

### اعتبار سازه

لازم به ذکر است که در بررسی اعتبار سازه، از ۶ مقیاس (BDI-II, LSAS-SR, SPIN, SPS, SIAS) DASS-21 استفاده شده است. جدول ۵، نتایج مربوط به محاسبه ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون را بین NSPS و عوامل آن با مقیاس‌های دیگر خلاصه می‌کند. همانطور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در بین مقیاس‌های مذکور، میزان و معناداری ضرایب همبستگی بین NSPS و عوامل آن با LSAS-SR از همه کمتر است که به تبیین آن در بخش بحث و نتیجه‌گیری پرداخته می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پی مطرح شدن وجود ابعاد ترس‌آور در ویژگی‌های فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی به عنوان کانون اساسی ترس در این اختلال [۱]، لزوم بررسی دقیق‌نیمرخ نشانه‌ای اضطراب در هر بیمار، عنوان می‌گردد. لذا در این مطالعه به بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزاری در این خصوص (NSPS)، در جمعیت غیربالینی ایرانی پرداخته‌ایم که در زیر نتایج بدست آمده، به بحث کشیده خواهد شد. نتایج پژوهش حاضر در ارتباط با EFA و CFA بیانگر آن است که NSPS دارای ساختار ۴ عاملی است و این در حالی است که موسکویچ و هایدن [۱۷] به یک ساختار ۳ عاملی دست یافتند. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، محتوای دو عامل اول "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی" (عبارات ۲، ۵، ۹،

در ارتباط با پایایی پرسشنامه NSPS و خرده مقیاس‌های آن نیز از دو روش محاسبه ضرایب بازآزمایی و محاسبه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده گردید که همانطور که نتایج نشان می‌دهد، ضرایب همسانی درونی کل پرسشنامه و دو خرده‌مقیاس آن قابل قبول و همبستگی گشتاوری پیرسون بین ارزیابی‌های زمان اول و دوم برای ۴ عامل و نمره کل معنادار می‌باشند.

در ارتباط با اعتبار سازه نیز لازم به ذکر است که رایج ترین روش تعیین اعتبار سازه، مطالعه ارتباط (که غالباً به شکل ضریب همبستگی بیان می‌شود) بین سنجش‌های انجام شده به وسیله مقیاس جدید (مورد مطالعه) و سایر مقیاس‌هایی است که در مطالعات قبلی اعتبار آنها را نشان داده شده است [۶۸]. در این مطالعه نیز، به این منظور از ۶ مقیاس BDI-II, SPIN, LSAS-SR, SPS, SIAS, DASS-21 استفاده شده است. که همبستگی‌ها با مقیاس‌های BDI-II, DASS-21, SPIN, SPS, SIAS در دامنه

۰/۲۵ تا ۰/۶۱ معنادار می‌باشند. و با LSAS-SR همبستگی‌ها جزئی و یا غیرمعنادار است. در این ارتباط به دو نکته باید اشاره شود: اول اینکه، در واریسی اعتبار سازه، در صورت مشاهده ضرایب همبستگی معنی دار بین اندازه‌گیری‌های انجام شده به وسیله مقیاس جدید (مورد مطالعه) و مقیاس‌هایی که اعتبار آنها در مطالعات قبلی نشان داده شده است پژوهشگر نتیجه می‌گیرد که ابزار جدید تقریباً همان سازه‌ای را می‌سنجد که ابزارهای از قبل موجود آن را می‌سنجیده‌اند. در اینجا ذکر یک نکته اساسی است؛ بر خلاف همبستگی‌هایی که بر مبنای آن اعتبار ملاک تعیین می‌شد (و همبستگی‌های بسیار قوی ترجیح داده می‌شد) همبستگی‌های مشاهده شده در اعتبار سازه نباید خیلی قوی (بالا) باشد؛ در این حالت همبستگی‌های متوسط، ترجیح داده می‌شود. وجود همبستگی‌های بسیار قوی بین نمره‌های آزمون جدید و نمره‌های آزمون‌های قبلی حاکی از آن است که آزمون جدید اطلاعات تازه‌ای علاوه بر آنچه آزمون‌های قبلی برای ما فراهم می‌آورد، فراهم نمی‌کند؛ لذا دلیلی برای بکارگیری آزمون جدید وجود ندارد مگر آنکه آزمون

عبارت ۱۶ (عضلات صورتم می‌پرد) نیز، می‌توان این عبارت را به عنوان یک ویژگی در نظر گرفت که با وجود آنکه در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] در قالب عامل "نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب" طبقه بندی می‌گردد، ولی وضوح آن مثل سایر عبارات عامل مذکور (عامل ۴) در مطالعه حاضر نیست. چه، عبارات عامل "نگرانی درباره علائم قابل مشاهده اضطراب"، به طور خاص بر نشانه‌های ملموس اضطراب اشاره دارد، و به نظر می‌رسد پاسخ دهندگان در مطالعه حاضر، آن را به عنوان نقصی می‌بینند که نه مانند سایر عبارات عامل ۱، به ظاهر کلی آن‌ها به طور خاص، نه همانند عبارات عامل ۲، به یک ناتوانی در روابط بین فردی و نه چون عبارات عامل ۴، به ناتوانی در کنترل نشانه‌های خاص و ملموس اضطراب مرتبط است. با توجه به آنچه گفته شد، عنوان عامل ۲ و ۳، "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۱)" و "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با کفایت اجتماعی (۲)" نامگذاری شده‌اند. دلیل این نامگذاری مشابه در این است که محتوای هر دو عامل، دربرگیرنده عبارات مربوط به کفایت اجتماعی در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷] است با این تفاوت که عامل ۲، شامل توانش‌هایی است که بیشتر در رابطه بین فردی مشهودند و عامل ۳، شامل کفایت‌هایی است که بیشتر جنبه درونی دارند و نزد فرد محفوظ می‌گردند. ضمناً لازم به ذکر است که مقایسه نتایج تحلیل عاملی در مطالعه کنونی و مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷]، نشان می‌دهد که در مطالعه حاضر، عامل "نگرانی درباره آشکار شدن نقائص مرتبط با ظاهر فیزیکی" به عنوان اولین عامل و در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷]، به عنوان عامل ۲ بارز می‌شود، در حالیکه در مطالعه موسکویچ و هایدن [۱۷]، عامل "نگرانی درباره کفایت اجتماعی"، عامل اول مطرح می‌گردد. این امر می‌تواند بیانگر اهمیت ابعاد ظاهری شخصیتی در فرهنگ ایرانی و نقش کم‌رنگ‌تر آن در فرهنگ غربی باشد؛ چیزی که ممکن است نمود آن در فراوانی جراحی‌های زیبایی در ایران نسبت به کشورهای غربی، دیده می‌شود.

4. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
5. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
6. Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94–112). New York: Guilford Press.
7. Alden, L. E., Mellings, T. M. B., & Ryder, A. G. (2001). Social anxiety, social phobia, and the self. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 304–320). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
8. Hook, J. N., & Valentiner, D. P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379–395.
9. Stopa, L. (2009). Reconceptualizing the Self. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 142–148.
10. Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107–118.
11. Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., Fresco, D. M., Holle, C., & Heimberg, R. G. (2008). Development and examination of the Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment*, 15, 48–59.
12. Izgiç, F., Akyüz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 630–634.
13. Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2006). Mental representation of observable attributes in people with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 113–126.

جدید نسبت به آزمون قبلی کوتاه تر باشد یا اجرای آن ساده تر باشد [۶۹]. دوم اینکه، در تبیین همبستگی‌های جزئی و غیرمعنادار NSPS با LSAS-SR می‌توان اظهار داشت که LSAS-SR و خرده مقیاس‌های آن، به طور واضح، ترس و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی و اجتنابی را می‌سنجد، در حالیکه NSPS میزان نگرانی از آشکار شدن نقائص «خود» را در موقعیت‌هایی که فرد در آن نگران است، می‌سنجد و این همبستگی جزئی، خود بیانگر تفاوت در نظریه‌هایی است که اساس ترس در اضطراب اجتماعی را تبیین می‌کنند، طوریکه، موسکویچ [۱]، اساس ترس را نقائصی در ویژگی‌های «خود» فرد می‌داند که از اینکه دیگران متوجه آن شوند، می‌هراسد، و راپی و همبرگ [۵]، اساس ترس را ابعادی از موقعیت می‌دانند که فرد از آن نگران است.

در مجموع، نتایج این مطالعه شواهدی برای صحت ساخت عاملی و پایایی و اعتبار قابل قبول عامل‌های NSPS را ارائه می‌دهد. البته با توجه به اینکه این مطالعه همانند مطالعه موسکویچ و هایدر [۱۷] بر روی نمونه غیربالینی انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی بر روی افراد دارای اضطراب اجتماعی، نتایج سودمندی را در اختیار متخصصان این حوزه قرار خواهند داد که امکان بکارگیری آن را هم در گستره‌های پژوهشی و هم بالینی فراهم خواهند ساخت.

## منابع

1. Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia?: A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123–134.
2. Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193–209.
3. Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857–882.

24. Asghari, A., Saed, F., & Dibajnia, P. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *International Journal of Psychology*, 2(2), 82-102.
25. Schultz, L. T., Heimberg, R. G., Rodebaugh, T. L., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., & Telch, M. J. (2006). The Appraisal of Social Concerns Scale: Psychometric validation with a clinical sample of patients with social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 37, 393-405.
26. Turk, C. L. (2002). Assessment of social phobia. In D. H. Barlow (Ed.) *cognitive behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.
27. Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A., & Chiros, C. E. (1998). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 249-264.
28. Peters, L. (2000). Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behaviour Research and Therapy*, 38, 943-950.
۲۹. عطری فرد، م؛ شعیری، م و همکاران (در دست چاپ). بررسی ویژگی های روانسنجی «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی» (SIAS) و «مقیاس هراس اجتماعی» (SPS) در جمعیت ایرانی در نمونه ایرانی.
30. Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
۳۱. عطری فرد، م؛ شعیری، م و همکاران (در دست چاپ). بررسی ویژگی های روانسنجی «مقیاس خودگزارش دهی اضطراب اجتماعی لیبویتز» (LSAS-SR) در نمونه ایرانی
14. Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2006). Self-concept certainty in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 113-136.
15. Mansell, W., & Clark, D. M. (1999). How do I appear to others? Social anxiety and processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 419-434.
16. Ledley, D. R., & Heimberg, R. G. (2005). Social anxiety disorder. In M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 38-76). New York: The Guilford Press.
17. Moscovitch, D. A. & Huyder, V. (2011). The Negative Self-Portrayal Scale: Development, Validation, and Application to Social Anxiety. *Behaviour Therapy*, 42, 183-196.
18. Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701-715.
19. Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000) Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
20. Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D.C., & Bond, L. (1989). Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221-234.
21. Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
22. Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langer, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
23. Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.



42. Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (in press) Psychometric properties of a Persian language version of the Automatic Thoughts Questionnaire: ATQ-Persian. *Int J Soc Psychiatry*.
43. Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271–292.
44. Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467–489.
45. Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332–339.
46. Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318–325.
47. Trau, G. O., & Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 9, 489–501.
48. Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326–331.
49. Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. I., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.
50. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
51. Brown, T. A., Chorpita, B. E., Korotitsch, W. & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79–89.
۳۲. حسنونند عموزاده، م؛ باقری، ا؛ و شعیری، م. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۲۳–۲۴ اردیبهشت ۱۳۸۹، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
33. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
34. Blackburn, I. M., (1987). *Coping with depression*. Edinburgh, Scotland: Chambers.
35. Rabkin, J., & Klein, D. (1987). The clinical measurement depressive disorders. In: Marsella A, Hirschfeld R, Katz M, editors. *The measurement of depression*. New York: Guilford Press. p 30–83.
36. Reinecke, M. A. (2000) *Suicide and depression*. In: Dattilio FM, Freeman A, editors. *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guilford Press. 84–125.
37. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) *An inventory for measuring depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561–571.
38. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th -text revision)*. Washington, DC: Author.
39. Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhan, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21, 185–192.
40. Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988) Psychometric proprieties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8:77–100.
41. Hollon, S. D., Kendall, P. C. (1980) Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cog Ther Res* 4:383–395.

61. Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S. & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*; 105: 430-445
62. Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of structural equation modeling (2nd ed)*. New York: Guilford Press.
63. MacCallum, R. C. & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*. 51: 201-226.
64. Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6: 1-55.
۶۵. کلاین، پل. (۱۳۸۱) راهنمای آسان تحلیل عاملی. ترجمه صدرالسادات، جلال و مینایی، اصغر. چاپ اول، تهران، انتشارات سمت.
66. Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. In Kenneth A.; Bollen B. and Scott Long J. (Eds). *Testing Structural Equation Models*. (PP: 136-62). Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
67. Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
۶۸. اصغری، ع. (درستنامه چاپ نشده). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه و شیوه‌های تعیین آن.
69. Anastasi A. (1990). *Psychological testing*, Sixth edition. New York: Macmillan Publishing Company.
52. Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety and Stress scales in clinical groups and community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
53. Henry, J. & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety stress scales (DASS-21). *The British Journal of clinical psychology*, 44, 227-239.
54. Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M. et al. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales -21 in older primary care population. *Journal of Affective Disorders*, 110:248-259.
55. Mörtberg, E. (2006). *Treatment of social phobia: Development of a method and comparison of treatments*. Stockholm, Sweden: Karolinska University Press.
56. Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769-797.
۵۷. هومن، حیدرعلی (۱۳۸۰) تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا.
58. Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics (3th ed)* New York, NY: Harper and Row.
59. Arbuckle, J. L. (2006). *Amos (Version 7.0) [Computer Program]*. Chicago: SPSS.
60. Giles, D.C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. London: Rutledge.

Received on: 12/26/2011

Accepted on: 04/30/2012

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## Factor Structure and Psychometric Features "Negative Self-picture Scale"

*Atrifard, M.*<sup>1\*</sup>, *Rasoolzadeh Tabatabaie, S.K.*<sup>2</sup>, *Shaieri, M.R.*<sup>3</sup>, *Azad Fallah, P.*<sup>2</sup>, *Jan Bozorgi, M.*<sup>4</sup>, *Asghari Moghaddam, M.A.*<sup>5</sup>, *Esmaili Alamuti, S.*<sup>6</sup> and *Ghanbari, Z.*<sup>6</sup>

1. Ph.D student of Psychology, Tarbiat Modarres University
2. Associate professor, Department of Psychology, Tarbiat Modarres University
3. Associate professor, Department of Psychology, Shahed University
4. Associate professor, Department of Psychology, University and Religion Science Research Center
5. Professor, Department of Psychology, Shahed university
6. Master of psychology

\* Email: Atri58@yahoo.com

### Abstract

The purpose of this study is determination of factor structure and psychometric features "negative self-picture scale" (NSPS). So, after preparation of mentioned scale and implementation of basic steps as well as omission of possible problems, NSPS was done on 574 Shahed University bachelor students, selected by cluster sampling and factor structure of this tool was surveyed by heuristic confirmatory factor analysis. Results of these analyses represents NSPS 4-factor structure which respectively include: "concerns on appearance of physical defects", "concerns on of social competency defects(1)", "concerns on of social competency defects(2)" concerns on defects and disabilities related to anxiety symptoms control". In order to study NSPS validity and its factors, internal consistency coefficients and retesting coefficients were calculated. Results represent NSPS acceptable validity and its factors. Validity study of NSPS structure and its factors with 6 scales (SIAS SPS, LSAS-SR, SPIN, DASS-21, BDI-II) shows that Pearson correlation coefficients between NSPS and other scales is meaningful and only its correlations with LSAS-SR is at least and non-meaningful which will be explained. Generally, this study provides evidences for accuracy of factor structure NSPS acceptable validity.

**Key Words:** Negative self-picture scale, Social anxiety, Factor structure, Structure validity, Validity.

Received on: 01/23/2012

Accepted on: 01/07/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## Surveying Psychometric Features of Persian Version of Morning-Eventide Questionnaire

*Rahafar, A.<sup>1\*</sup>, Sadeghi Jojeili, M.<sup>2</sup>, Sadeghpour, A.<sup>3</sup> and Mirzaie, Sh.<sup>4</sup>*

*1. Master of psychometrics, Allame Tabatabaie University*

*2. Ph.D student of psychometrics, Allame Tabatabaie University*

*3. M.A student of clinical psychology, Kermanshah  
Azad University of Science and Researches*

*4. Master of character psychology, , Tehran Azad University of Science and  
Researches*

\* Email: ar.ra.rhythm@gmail.com

### Abstract

It is recognized that day forms (morning, moderate, eventide) are related to many of meta-physiologic, cognitive and conductive variables and therefore there is need to Persian questionnaire for measurement of these body preferences. This research was done aimed at surveying psychometric features of morning-eventide questionnaire (Horne and Ostberg, 1976). This study was conducted on 270 students of Allame Tabatabaie University and Tehran University of Science and Researches and four questionnaires of morning-eventide, Beck depression, Oxford happiness, and general health were used for examination of structure validity (convergent, divergent, and factor structure). Considering the correlations achieved between morning-eventide questionnaire and other three questionnaires, and also main questionnaire factor analysis, structure validity of Persian version of this questionnaire was approved. In addition, appropriate Cronbach Alpha Coefficient (-0.79) was achieved. According to suitable statistical analyses and obtained results, it seems that Persian version of morning-eventide questionnaire has appropriate validity and reliability for measurement of day forms and could be effective tools for this.

**Key Words:** Morning-eventide questionnaire, Day forms, Day cycle, Validity and reliability.

Received on: 10/30/2011

Accepted on: 12/24/2012

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## Designing and Testing Causal Model of Relation between Confronting Styles and Positive and Negative Affection and Forgiveness in Students

*Bassaknejad, S.<sup>1\*</sup>, Amini, F.<sup>2</sup> and Hashemi Sheikh Shabani, E.<sup>3</sup>*

1. Assistant professor, Department of Psychology, Ahwaz Chamran University
2. Master of clinical psychology, Ahwaz Chamran University
3. Assistant professor of Psychology, Ahwaz Chamran University

\* Email: Soodabeh\_bassak@yahoo.com

### Abstract

This study was conducted aimed at designing and testing causal model of relation between confronting styles and positive and negative affection and forgiveness in students of university. In this causal-correlation study, statistical population was all students of Chamran University which 351 students (208 girls and 143 boys) were selected as the sample by step random method. Respondents answered to Hartland forgiveness scale (HFS), confronting style questionnaire (CSQ), and positive and negative affection scale (PANAS). Evaluation of proposed models was done using structure equation modeling (SEM) based on AMOS-16. Structure equation modeling analysis showed that proposed antecedents model are not graceful to the data and needs some requirements. Therefore, by omission of non-meaningful routes, fitting of final antecedents model with data was approved 0.06 by RMSEA. Application of Chi square test confirmed final model improvement procedure. Based on findings, strategies of confronting, through adaptive positive affection, has indirect meaningful effect on forgiveness while among non-adaptive confronting strategies, emotional confronting had indirect meaningful effect on forgiveness by negative affection. But for avoidance confronting, such indirect meaningful relation with forgiveness was not observed through negative affection.

**Key Words:** Forgiveness, Confronting styles, Positive and negative affection.

Received on: 10/27/2010

Accepted on: 12/25/2012

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## Surveying the Relation between Sexual Performance and Marital Compatibility in Married Women

*Aliakbari Dehkordi, M.<sup>1\*</sup>, Heidarinasab, L.<sup>2</sup> and Keyghobadi, Sh.<sup>3</sup>*

1. Associate professor, Department of Psychology, Payam Nour University

2. Assistant professor, Department of Psychology, Shahed University

3. Master of Psychology, Payam Nour University

\* Email: aliakbaridehkordi@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** The purpose was determination of relation between sexual functionality and marital compatibility in married women. Having satisfactory sexual relation providing satisfaction for both sides of family, has an important role in feelings of prosperity and success, and durability of family life. Due to some cultural limitations and obstacles available in our society, in most cases, not only couples do not refer to consultation centers and experts, but also avoid discussion on it with each other and this avoidance sometimes cause deep family conflicts which leads to emotional separations or divorces while sexual satisfaction and marital satisfaction has significant effects on couple compatibility.

**Material and Methods:** 200 married women referring to Tehran psychology and psychiatry institute with age range of 18-50 year were selected by available sampling method. The required data was obtained through Rosen Female sex functionality inventory (FSFI) (2000) and Spanier marital compatibility questionnaire (1976). The two mentioned tests have high validity and reliability. Obtained data were analyzed by step-by-step regression and correlation statistical tests.

**Findings:** there was meaningful relation between sexual activity and marital compatibility in women. Sexual desire and sexual satisfaction determined 30% of marital compatibility variance.

**Conclusion:** considering the results that show sexual functionality plays role in prediction of marital compatibility, it seems that attention to treatment of sexual disorders and obtain of correct information and education related to it leads to improvement of women's sexual satisfaction and finally continuance of family life and marital satisfaction.

**Key Words:** Married women, Marital satisfaction, Sexual functionality.

Received on: 05/17/2011

Accepted on: 01/07/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## **Testing of Indirect Effect of Work-Family Conflict on Life Satisfaction- A Multi-mediator Model**

*Motesharrei, M.H.*<sup>1\*</sup>, *Neisa, A.K.*<sup>2</sup> and *Arshadi, N.*<sup>3</sup>

1. Master of industrial and organizational psychology

2. Associate professor, Department of Psychology, Ahwaz Chamran University

3. Assistant professor, Department of Psychology, Ahwaz Chamran University

\* Email: parsianbehrooz@gmail.com

### **Abstract**

The purpose of this study was testing of indirect effect of work-family conflict on life satisfaction of Shiraz hospitals nurses (340 persons) through testing of a multi-mediator model. Using a multi-mediator approach, indirect effect of work-family conflict on life satisfaction was simultaneously tested through two mediators of job satisfaction and family satisfaction. In this research it was tried to clarify two general perceptions: First, work-family conflict can indirectly influence general quality of individual's life. Second, general quality of individual's life satisfaction is depended on two main aspects of his life (job and family). Using Preacher and Hayes' multi-mediator model, rate of direct and indirect effects of this model and their statistical meaningfulness was evaluated. Eventually, this research approved the two general perceptions. In addition, it determined special indirect effects of the mentioned mediator variables.

**Key Words:** Work-family conflict, Family satisfaction, Life satisfaction, Job satisfaction.

Received on: 01/08/2012

Accepted on: 05/26/2012

Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013

## **Prediction of Accident Vulnerability Caused by Drivers' Attention Errors**

*Arizi, H.R.<sup>1\*</sup>, Barati, H.<sup>2</sup> and Mohammadzadeh, J.<sup>3</sup>*

1. Associate professor, faculty of psychology, University of Isfahan

2. Ph.D student of psychology, University of Isfahan

3. Associate professor, Department of Psychology, University of Ilam

\* Email: sahel3362@yahoo.com

### **Abstract**

Purpose: there is idea in society that some people have more accidents because they are more accident vulnerable. Usually, characteristics related to accident vulnerability are surveyed in researches' backgrounds. But at this research influence of a human factor, attention in occurrence of dangerous behaviors, is studied. Methods: statistical population was 140 drivers of a transportation company, selected based on large number of accidents. Participants attended in two steps of tests (providing matters unrelated to participant's ear and their repetition by him in the first step, and three-digit report by participant in the second step which at least one digit from unrelated message is included in it). Findings: research tools were 48 different pair messages including digits and words unrelated to each other, sent to both ears of participants simultaneously. Tools used from laboratory psychology for measurement of attention showed relation with accidents' archived data ( $p < 0.05$ ). Relation rate for deletion error and interference error in the first step was respectively 0.31 and 0.34 and attention deviation error in the second step was 0.36 ( $p < 0.01$ ). Also, second step error could predict accident vulnerability. Conclusion: based on this research results, characteristics and attention have critical role in creation of accidents. Second, nature of errors in each steps of attention differs.

**Key Words:** Attention, Accident vulnerability, Driving accidents.



Received on: 06/09/2011

Accepted on: 02/05/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## **Effectiveness of Group Therapy Based on Detached Mindfulness Meta-cognitive Model on Hypertension-suffering Female Patients' Hypertension and Anxiety**

*Bakhtiari, A.<sup>1\*</sup>, Neshat Doost, H.T.<sup>2</sup>, Abedi, A.<sup>3</sup> and Sadeghi, M.<sup>4</sup>*

1. *Master of clinical psychology*
2. *Professor, faculty of psychology, University of Isfahan*
3. *Professor, faculty of psychology and education for mental retardation children, University of Isfahan*
4. *Associate professor, faculty of cardiology, Isfahan Medical Science University*

\* Email: bakhtiari\_azadeh@yahoo.com

### **Abstract**

The purpose of this research was surveying effectiveness of group therapy based on detached mindfulness meta-cognitive model on hypertension-suffering female patients' hypertension and anxiety. For this, 30 women suffering hypertension were selected by simple random sampling and were categorized in two test group (15 persons) and control group (15 persons). The methodology of research was testing. The applied tools were Beck anxiety questionnaire and mercury manometer. Test group attended in 8-session group therapy based on detached mindfulness meta-cognitive model. The resulted data were analyzed by covariance analysis test. Findings showed that group therapy based on detached mindfulness meta-cognitive model could reduce female patients' hypertension and anxiety.

**Key Words:** Anxiety, Hypertension, Group therapy, Detached mindfulness meta-cognitive model.

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

**Daneshvar**  
Raftar

Received on: 09/29/2010

Accepted on: 01/07/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## Relation between General Health and Procrastination

*Yaseminejad, P.<sup>1\*</sup>, Feizabadi Farahani, Z.<sup>2</sup>, Golmohammadian, M.<sup>3</sup> and Naderi, N.<sup>4</sup>*

1. Instructor, faculty of psychology, Payam Nour University

2. Master of clinical psychology, member of young researchers club, Roudehen Azad University

3. Instructor, faculty member of Dezfool Azad University

4. Assistant professor, entrepreneurship department, Razi University, Kermanshah

\* Email: pyasemi@yahoo.com

### Abstract

This research was conducted for recognizing the relation between procrastination and high school students' general health. Statistical population of the study was all students of girl high schools in Western Islam Abad. 116 students were selected through random cluster sampling. Research tools included Schmitz, Deihel, and Schwarzer procrastination questionnaire, and general health (GHQ-28). Pearson correlation coefficient, step-by-step regression, and single-way variance analysis were applied for data analysis. Analysis results showed that there is positive meaningful relation between general health and procrastination. It means that the more procrastination and delay is among students, the more general health problems they have. This relation was higher for sub-scales such as anxiety and depression but no meaningful correlation between other sub-scales and procrastination. Step-by-step regression results indicated that among general health variables, anxiety and depression are predictors of procrastination and totally 0.13 of variance can determine procrastination. Other findings showed that there is no meaningful difference between girl students in different academic majors on general health and procrastination. Current research findings are compatible with previous researches based on existence of positive relation between mental problems and procrastination.

**Key Words:** Procrastination, General health, Girl student.

**CLINICAL  
PSYCHOLOGY  
&  
PERSONALITY**

**Daneshvar**  
Raftar

*Received on: 01/26/2012*

*Accepted on: 06/17/2012*

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## **Life Skills Influence on Students' General Health**

*Rahimian Bugar, E.<sup>1</sup>, Mohammadifar, M.A.<sup>2</sup>, Najafi, M.<sup>3\*</sup> and Dehshiri, Gh.R.<sup>4</sup>*

*1. Assistant professor, Department of Psychology, Semnan University*

*2. Assistant professor, Department of Psychology, Semnan University*

*3. Assistant professor, Department of Psychology, Semnan University*

*4. Assistant professor, Azad University of Buin Zahra*

\* Email: rahimianis@gmail.com

### **Abstract**

The purpose of this study is determining the influence of life skills education on Semnan University students' general health. In a test plan having pretest and posttest with control group, 54 students were selected and categorized in test and control groups. Participants completed general health questionnaires in two steps. Test group attended in ten sessions on life skills education which was held once per week. Covariance analysis indicated that life skills education has meaningfully improved test group students' general health and has significantly reduced body symptoms, anxiety and insomnia, social performance disorder, and depression in test group in comparison with control group ( $P < 0.05$ ). As a result, it could be concluded that education of life skills is used as an effective strategy for improvement of students' general health.

**Key Words:** Life skills, General health, Students.

Received on: 10/16/2010

Accepted on: 05/21/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## **Marital Conflict, Marital Satisfaction, and Sexual Satisfaction: Comparison of Women with Relative Marriage and Women with Non-relative Marriage**

*Amrelahi, R.<sup>1</sup>, Roshan Chesly, R.<sup>2\*</sup>, Shairi, M.R.<sup>3</sup> and Nik Azin, A.<sup>4</sup>*

1. Master of family therapy psychology, University of Science and Culture
2. Associate professor, faculty of clinical psychology, Shahed University
3. Associate professor, faculty of clinical psychology, Shahed University
4. Master of clinical psychology, Shahed University

\* Email: RasolRoshan@yahoo.com

### **Abstract**

The purpose of this research is determination of differences in marital conflict, marital satisfaction, and sexual satisfaction between women with relative marriage and non-relative marriage. For this, 191 married women among nurses (100 people with non-relative marriage and 91 persons with relative marriage) employed in Tehran hospitals were selected by cluster sampling and Enrich marital satisfaction, marital conflicts, and sexual satisfaction questionnaires were conducted. Results of single- and multi-variable variance analysis showed meaningful differences between two groups in marital satisfaction variables and their aspects (except sexual relation), marital conflicts and their aspects, and sexual satisfaction. Comparison of means indicated that women with non-relative marriage have higher marital and sexual satisfaction and lower marital conflicts than women with relative marriage. In general, the research results showed that women with non-relative marriage have more satisfying relation in comparison with the ones with relative marriage.

**Key Words:** Marital conflict, Marital satisfaction, Sexual satisfaction, Relative marriage.

Received on: 06/20/2012

Accepted on: 07/08/2013

*Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer  
2013*

## **Effectiveness of Group Education of Marital Enrichment Program (Olson Style) on Improvement of Married Women's Satisfaction**

*Ghasemi Moghaddam, K.<sup>1</sup>, Bahmani, B.<sup>2\*</sup> and Asgari, A.<sup>3</sup>*

1. Master of consultation, Tehran district 13 Education Office.

2. Assistant professor, Department of Educational Psychology, Welfare and Rehabilitation Science University.

3. Assistant professor, Department of Educational Psychology, Kharazmi University.

\* Email: bbahmani43@yahoo.com

### **Abstract**

This is semi-test research with nonequivalent groups with control group, and pre-test and post-test was designed and conducted by generalization of surveying the effectiveness of group education of marital enrichment program (Olson Style) on improvement of married women's satisfaction whose husbands were not participating in marital relation improvement program. For this purpose, 40 women were selected by available sampling among statistical population of married women visiting one of Health Centers owned by Tehran District 6 municipality, having at least one child, not working as full-time and having no complaint or divorce request at time of research. These women were divided to test and control groups by non-random method. Test group attended in ten 90-minute sessions of marital relation improvement by Olson Method, while control group did not interfere as waiting list. In order to measure dependent variable, 40-question Enrich Scale Form (Bahmani & Asgari, 2006) was used. Data were analyzed through SPSS-16 for calculation of abundance, mean, variance analysis, Levin's statistical test, and covariance analysis. Results of multi-variable covariance analysis showed that total marital satisfaction mean for test group was more than control group and statistically differences were meaningful at level of 1% probability ( $p < 0.01$ ). Therefore, it could be concluded that marital relation enrichment program by Olson style improves women's total marital satisfaction even their husbands do not attend in this educational program.

**Keywords:** Women's marital satisfaction, Group education, Marital enrichment, Lack of husbands' participation in marital relation improvement program



## فهرست کتاب‌های چاپ شده در دانشگاه شاهد

ردیف	عنوان	نویسنده / مترجم	سال	قطع	نوبت چاپ	موضوع	قیمت (ریال)
۱	ماکس وبر	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۲	وزیری	اول	علوم انسانی	زیر چاپ
۲	مبانی آنالیز عددی	ابوالفضل تاری	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	زیر چاپ
۳	طراحی مدارهای مجتمع CMOS	ناصر محمدزاده	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۴	دین و دینداری و مردم‌سالاری دینی	ابوالفضل ذوالفقاری	۹۲	وزیری	اول	علوم انسانی	زیر چاپ
۵	بذر گیاهان دارویی و زراعی	حشمت امیدی و همکار	۹۲	وزیری	اول	کشاورزی	زیر چاپ
۶	نظریه معادلات دیفرانسیل، سیستم‌های دینامیکی و کاربردها	بهروز رئیسی	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	زیر چاپ
۷	مدل‌های آماری و نمودارهای کنترل برای فرایندهای با کیفیت بالا	امیرحسین امیری و همکار	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۸	سیستم‌های دینامیکی، مکانیک سماوی و مدارهای ماهواره‌ای	بهروز رئیسی	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	زیر چاپ
۹	الگوریتم ژنتیک در فضای تک و چندهدفه	مهدی بشیری	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	زیر چاپ
۱۰	بیوشیمی مرگ سلولی	طوبی غنصفری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	زیر چاپ
۱۱	سیستم‌های دینامیکی و نظریه آشوب	بهروز رئیسی	۹۲	وزیری	اول	علوم پایه	۹۸۰۰۰
۱۲	روبات‌های جوشکار	محمدحسین کاظمی	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۱۳	استراتژی جهانی برای پیشگیری و کنترل عفونت‌های منتقل شونده جنسی	معصومه حیدری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	پرستاری و ماما	۴۵۰۰۰
۱۴	آسیب‌شناسی عمومی مقایسه‌ای: توپلازی (جلد سوم)	رضا صداقت و همکار	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۱۲۸۰۰۰
۱۵	ده مورد در اخلاق پزشکی	گروهی از اعضاء هیئت علمی...	۹۲	وزیری	اول	پزشکی	۳۵۰۰۰
۱۶	کاربرد الگوریتم‌های ابتکاری و فراابتکاری در طراحی سیستم‌های صنعتی	مهدی بشیری و همکار	۹۲	وزیری	ویرایش دوم	فنی و مهندسی	۹۸۰۰۰
۱۷	طراحی برای شش سیگما	امیرحسین امیری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۸۸۰۰۰
۱۸	طراحی سیستم‌های صنعتی (۱)	مهدی بشیری و همکاران	۹۲	وزیری	سوم	فنی و مهندسی	۱۶۵۰۰۰
۱۹	Rhetorical Devices in English Literature	ابوالفضل خادمی	۹۱	وزیری	اول	ادبیات زبان انگلیسی	۵۲۰۰۰
۲۰	آناتومی سیستم اعصاب مرکزی	مرجان حشمتی و همکار	۹۱	وزیری	اول	پزشکی	۸۸۰۰۰
۲۱	نظریه آزادی و آموزش و پرورش آزاد	محمدحسن میرزامحمدی و همکاران	۹۱	وزیری	اول	علوم انسانی	۶۵۰۰۰
۲۲	جانورشناسی (۱) - بی‌مهرگان	منیژه کرمی	۹۱	وزیری	هشتم	علوم پایه	۹۸۰۰۰
۲۳	امواج فروصدا	اکبر رنجبر و همکار	۹۰	وزیری	اول	فنی و مهندسی	۶۲۰۰۰
۲۴	آشنایی با علم سنجی	عبدالرضا نوروزی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۸۵۰۰۰
۲۵	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۲)	غلامحسین قاندى	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۵۸۰۰۰
۲۶	آشنایی با GAMS در مقابل سایر نرم افزارهای بهینه سازی	مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۳۹۰۰۰
۲۷	طراحی سیستم‌های صنعتی (۲)	مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۸۵۰۰۰
۲۸	معماری بیگانگی	سید کمال الدین موسوی	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۵۰۰۰
۲۹	مدخلی بر تئوری بازی‌ها	حمیدرضا نوبدی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰۰
۳۰	مباحث نوین در تصمیم‌گیری چندمعیاره	مهدی بشیری	۹۰	وزیری	اول	فنی مهندسی	۶۲۰۰۰
۳۱	چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم؟	آریتا کیایی آسیاب	۹۰	وزیری	اول	پرستاری و ماما	۲۸۰۰۰
۳۲	کارآفرینی و مدیریت کسب و کار	سعید صفری	۹۰	جیبی	اول	علوم انسانی	۲۴۰۰۰
۳۳	آشنایی با هندسه منبسط	بهزاد نجفی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰۰
۳۴	گفت‌وگوهای و شهادت در انقلاب اسلامی	زاهد غفاری هاشجین	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۸۰۰۰
۳۵	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۱)	غلامحسین قاندى	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۷۵۰۰۰

# CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal  
of Shahed University  
Twentieth Year, No.8  
Spring & Summer 2013

Clinical Psychology and Personality 8

- **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): Jalal Jafariha
- **Managing Editor:** Mansoreh Toumari (B.SC.)
- **Printing Technician:** Masoumeh Rezaei Asmarud
- **Pagination:** Sima Edallatnia
- **ISSN:** 2345-2188

## Editorial Board

Afrooz G.A. Ph.D: Tehran Univ.

Asghari Moghaddam, M.A. Ph.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.

Shairi, 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: [cpap@shahed.ac.ir](mailto:cpap@shahed.ac.ir)  
website: <http://cpap.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

- ◆ **Effectiveness of Group Education of Marital Enrichment Program (Olson Style) on Improvement of Married Women's Satisfaction**  
*Ghasemi Moghaddam, K., Bahmani, B. and Asgari, A.* 1/۱۵۳
- ◆ **Marital Conflict, Marital Satisfaction, and Sexual Satisfaction: Comparison of Women with Relative Marriage and Women with Non-relative Marriage**  
*Amrelahi, R., Roshan Chesly, R., Shairi, M.R. and Nik Azin, A.* 2/۱۵۲
- ◆ **Life Skills Influence on Students' General Health**  
*Rahimian Bugar, E., Mohammadifar, M.A., Najafi, M. and Dehshiri, Gh.R.* 3/۱۵۱
- ◆ **Relation between General Health and Procrastination**  
*Yaseminejad, P., Feizabadi Farahani, Z., Golmohammadian, M., and Naderi, N.* 4/۱۵۰
- ◆ **Effectiveness of Group Therapy Based on Detached Mindfulness Meta-cognitive Model on Hypertension-suffering Female Patients' Hypertension and Anxiety**  
*Bakhtiari, A., Neshat Doost, H.T., Abedi, A. and Sadeghi, M.* 5/۱۴۹
- ◆ **Prediction of Accident Vulnerability Caused by Drivers' Attention Errors**  
*Arizi, H.R., Barati, H. and Mohammadzadeh, J.* 6/۱۴۸
- ◆ **Testing of Indirect Effect of Work-Family Conflict on Life Satisfaction- A Multi-mediator Model**  
*Motesharrie, M.H., Neisa, A.K. and Arshadi, N.* 7/۱۴۷
- ◆ **Surveying the Relation between Sexual Performance and Marital Compatibility in Married Women**  
*Aliakbari Dehkordi, M., Barati, H. and Mohammadzadeh, J.* 8/۱۴۶
- ◆ **Designing and Testing Causal Model of Relation between Confronting Styles and Positive and Negative Affection and Forgiveness in Students**  
*Bassaknejad, S., Amini, F. and Hashemi Sheikh Shabani, E.* 9/۱۴۵
- ◆ **Surveying Psychometric Features of Persian Version of Morning-Eventide Questionnaire**  
*Rahafar, A., Sadeghi Jojeili, M., Sadeghpour, A. and Mirzaie, Sh.* 10/۱۴۴
- ◆ **Factor Structure and Psychometric Features "Negative Self-picture Scale"**  
*Atrifard, M., Rasoolzadeh Tabatabaie, S.K., Shairi, M.R., Azad Fallah, P., Jan Bozorgi, M., Asghari Moghaddam, M.A., Esmaili Alamuti, S. and Ghanbari, Z.* 11/۱۴۳