



روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور و نشر)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید - شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲

روانشناسی بالینی و شخصیت ۹

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

- ◆ مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن
مسعود جان‌بزرگی، مژگان آگاه‌هریس، الهام موسوی، احمد علی‌پور، ندا گلچین و شهناز نوحی
۱-۱۲
- ◆ مقایسه ویژگی‌های شخصیت در دانش‌آموزان دختر محبوب و منزوی دبیرستانی
معصومه صداقت، هادی بهرامی، علیرضا کیامنش و زهرا لک
۱۳-۲۲
- ◆ رابطه هوش هیجانی، شیوه‌های مقابله با استرس و هوش عمومی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهرستان فیروزه سهریان آذر
۲۳-۳۲
- ◆ اثربخشی آموزش رویکرد شناختی- رفتاری عزت نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهر شهرکرد
روح‌الله کرمی بلداجی، غفار بهارلو، اقبال زارعی و ماجده ثابت‌زاده
۳۳-۴۲
- ◆ بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی علیرضا بخشایش و فهیمه دهقانی
۴۳-۵۲
- ◆ مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی
مهناز مهربانی زاده هنرمند، عسکر آتش‌افروز، منیجه شهینی بیلاق و شبنم رضایی
۵۳-۶۴
- ◆ اثر بخشی برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الوبز بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر زورگو
نسیم استکی‌آزاد، شعله امیری، منصوره مقتدائی و زهره لطیفی
۶۵-۷۴
- ◆ تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اقیاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار
مهری رحمانی
۷۵-۸۴
- ◆ رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی آن‌ها با سازگاری اجتماعی
عباس رحیمی‌نژاد، محمد خدایاری‌فرد، یاسمین عابدینی و محسن پاک‌نژاد
۸۵-۹۴
- ◆ آیا می‌توان از NEO-FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟
فاطمه دائمی، علی بخشی و محسن جوشن‌لو
۹۵-۱۰۶
- ◆ اعتباریابی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت (HISD)
ناصر یوسفی، ذبیح.. کاوه‌فارسانی، عباس شکیبا، سجاد همتی و جمیله نبوی حصار
۱۰۷-۱۱۸
- ◆ بررسی مقدماتی پایایی اعتبار مقیاس بنیستی شخصی (کیفیت زندگی)، نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)
محمدرضا نائینیان، زکیه گوهری، سکینه مطلبی‌نژاد و معصومه بلوچان
۱۱۹-۱۲۸
- ◆ Abstracts
۱۲۹-۱۴۰

- 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 عدالت‌نیا
- 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 شهیدبهشتی
- 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. & Redfem, 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: Phathophy siolo gy, 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 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).
- 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).
- ۳. 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).
- ۴. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه‌ها (حداکثر هفت کلمه) شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلید واژه)
- ۵. چکیده انگلیسی: شامل (مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و کلید واژه) مقدمه.
- ۶. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده‌ها).
- ۷. نتایج.
- ۸. بحث و نتیجه‌گیری.
- ۹. 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 مولف، 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	دکتر محمد علی	۱-
مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور	براتی سده	دکتر فرید	۲-
دانشگاه تهران	پورحسین	دکتر رضا	۳-
دانشگاه الزهرا	پیوسته‌گر	دکتر مهرانگیز	۴-
دانشگاه پیام نور	جوانمرد	دکتر غلامحسین	۵-
دانشگاه شاهد	حیدری نسب	دکتر لیلا	۶-
دانشگاه شهید بهشتی	دانش	دکتر عصمت	۷-
دانشگاه شهید چمران اهواز	داودی	دکتر ایران	۸-
دانشگاه شاهد	روشن چسلی	دکتر رسول	۹-
دانشگاه ارومیه	سپهریان	دکتر فیروز	۱۰-
دانشگاه پیام نور تهران	علی اکبری دهکردی	دکتر مهناز	۱۱-
دانشگاه اصفهان	کجباف	دکتر محمد باقر	۱۲-
دانشگاه شاهد	ناینیان	دکتر محمد رضا	۱۳-
دانشگاه آزاد اسلامی	وکیلی	دکتر پریش	۱۴-

مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دانشور
رفتار

نویسندگان: مسعود جان‌بزرگی^۱، مژگان آگاه‌هریس^۲، الهام موسوی^{۳*}، احمد علی‌پور^۴، ندا گلچین^۵ و شهناز نوحی^۶.

۱. دانشیار پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور گرمسار
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۴. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۶. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی

* Email: ehm.mousavi@gmail.com

چکیده

داشتن سبک زندگی ناکارآمد، عادات‌های نادرست غذایی، فعالیت بدنی کم و بدکارکردی محیط فرهنگی - اجتماعی از عوامل مؤثر در افزایش شیوع اضافه‌وزن و چاقی هستند. لذا این پژوهش بر آن است تا کارآمدی دو روش درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله و شناخت درمانگری مدیریت وزن را در کاهش شاخص توده بدنی (BMI) و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن (WEL) زنان دارای اضافه‌وزن و چاق مقایسه کند. بدین منظور ۳۴ آزمودنی با BMI > ۲۵ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله و شناخت درمانگری جایگزین شدند (هر گروه ۱۷ نفر). همه آزمودنی‌ها در شروع، پایان و ۱۲ هفته پس از پایان هر دوره درمانگری به گویه‌های پرسشنامه WEL پاسخ دادند و BMI آنها نیز اندازه‌گیری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه شانزدهم نرم‌افزار آماری SPSS و با به کارگیری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که دو مداخله به کاهش معنادار BMI آزمودنی‌ها منتهی شده‌اند ($P < 0/05$)، اما میان دو مداخله در این زمینه تفاوت معناداری وجود نداشت

($P > 0/05$). همچنین میان دو مداخله در بهبود سبک زندگی کارآمد وزن تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بواسطه به کارگیری روش‌های خاص هر مداخله نظیر خود-نظارت‌گری، تصحیح افکار مخرب، مهارت‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله با سرخ‌های محیطی و هیجانی به‌راه‌اندازنده خوردن، آزمودنی‌های دو گروه می‌توانند خود-مهارگری و مقاومت در برابر این محرک‌ها را افزایش داده و از این طریق به بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و کاهش وزن خود کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانگری، حل مسئله و مقابله، شاخص توده بدنی، سبک زندگی کارآمد وزن.

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

• دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۸

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۳۰

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ چاقی به میزان هشداردهنده‌ای هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است [۱]. داشتن اضافه‌وزن و چاقی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، پرفشاری خون، عروق کرونری قلب و انواع سرطان همراه است [۲،۳]. سبک زندگی ناکارآمد، عادات‌های نادرست غذایی، فعالیت بدنی کم و نارساکنش‌وری محیط فرهنگی- اجتماعی از عوامل مؤثر در شیوع اضافه‌وزن و چاقی هستند [۴]. از این رو تلاش‌های درمانگرانه و پیشگیرانه با تغییر و اصلاح موارد فوق به واسطه انجام فعالیت بدنی به طور روزانه و رعایت یک رژیم غذایی متعادل انجام می‌شوند [۵،۶]. اما کسب موفقیت با به کارگیری چنین برنامه‌هایی مستلزم ابقای وزن در طولانی‌مدت است [۷،۸] و نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آنند که رژیم غذایی و ورزش کردن به تنهایی قادر به حل مسئله ابقای کاهش وزن و جلوگیری از بازگشت وزن نیستند [۹،۱۰،۱۱،۱۲]. پژوهشگران در بررسی عوامل مشارکت‌کننده در چاقی عواملی نظیر فرایندهای شناختی، اختلال‌های خلقی، پرخوری، مشکلات مرتبط با حرمت خود، خودآثربخشی در غذا خوردن، اختلال تصویر بدنی و تلاش‌های رژیم گرفتن را شناسایی کرده‌اند که در افزایش مجدد وزن دخالت دارند [۶،۱۳،۸،۱۴]. از این رو، متخصصان به جای تمرکز صرف روی کاهش وزن، بیشتر روی ایجاد تغییرات روان‌شناختی مثبت با به کارگیری درمانگری‌های شناختی و شناختی- رفتاری تمرکز کرده‌اند [۱۵،۱۶،۱۷]. ثابت شده است که به کارگیری این نوع درمانگری‌های روان- شناختی در مقایسه با راهبردهای رادیکال کاهش وزن، اثربخشی بیشتری دارند [۱۵،۱۶] و می‌توانند به ابقای کاهش وزن بیانجامند [۱۸،۱۹].

همچنین این اعتقاد وجود دارد که درمانگری شناختی خطر بازگشت و عود اختلال‌های مزمن را کاهش می‌دهد

[۲۰]. از آنجا که ریپه^۲، کروسلی^۳ و رینگر^۴ چاقی را یک بیماری مزمن قلمداد می‌کنند که عوامل ژنتیکی، محیطی، متابولیکی، سبک زندگی و مؤلفه‌های رفتاری در آن دخالت دارند [۲۱]، به کارگیری درمانگری‌های شناختی در تداوم کاهش وزن و ابقای کاهش وزن نیز می‌تواند مؤثر واقع شود. در واقع برنامه‌های مداخله‌ای شناختی و شناختی- رفتاری جزء برنامه‌های اصلاح سبک زندگی تلقی می‌شوند که به منظور تغییر الگوهای تغذیه و فعالیت طراحی شده‌اند [۲۲،۲۳]. به اعتقاد فوریت^۵، پوستون^۶، مک‌اینیس^۷ و ریپه راهبردهای ابقای وزن شامل فعالیت بدنی، استفاده از رژیم غذایی کم‌چرب، مهارت‌های مقابله- ای، درمان گسترش‌یافته، حمایت اجتماعی، داشتن اهداف وزن مستدل و خودنظارت‌گری است [۲۴]. بک^۸ معتقد است ساختاربنندی مجدد شناختی روی تغییر خطاهای تفکر تمرکز دارد که در رفتارهای ناسازگار دخالت دارند [۲۵]. همچنین به عقیده بنت^۹ عوامل شناختی نقش حیاتی در تنظیم وزن دارند و تغییر دادن این شناخت‌های ناسازگار با کنترل غذا خوردن، سیری و موفقیت در رژیم گرفتن در ارتباط است [۲۶]. ماهونی و ماهونی^{۱۰} به توصیف شناخت‌های ناسازگارانه‌ای که به طور مکرر توسط رژیم‌گیرنده‌ها تجربه می‌شود پرداخته‌اند؛ به اعتقاد آنها شناسایی و اصلاح باورهای غیرمنطقی شایع به ارتقاء موفقیت در کاهش وزن و ابقای آن کمک می‌کند [۲۷]. بر این اساس جودیت بک به ارائه یک راه‌حل برای رژیم- غذایی بر اساس فنون درمانگری شناختی پرداخته است که شامل مواردی است که سایر برنامه‌های کاهش وزن فاقد آنند و به افراد کمک می‌کند با تغییر دادن نحوه فکر کردن خود، رفتار غذا خوردن‌شان را نه برای کوتاه‌مدت بلکه در کل دوران زندگی‌شان تغییر دهند [۲۸].

2. Rippe
3. Crossley
4. Ringer
5. Foreyt
6. Poston
7. McInnis
8. Beck
9. Bennett
10. Mahoney & Mahoney

1. world health organization

اثربخشی وزن می‌توان به کاهش وزن و ابقای آن دست یافت [۲۹].

توانایی افراد برای کنترل غذا خوردن در موقعیت‌های آسیب‌پذیر نظیر مواجه شدن با هیجان‌های منفی، فشارهای اجتماعی برای خوردن، به هنگام تجربه ناراحتی جسمانی، در دسترس بودن مواد غذایی و موقع انجام دادن فعالیت‌های مثبت (نظیر تمرکز روی یک پروژه ...) تحت عنوان سبک زندگی کارآمد وزن مفهوم‌سازی شده است [۳۰] که به نظر می‌رسد افزایش این توانایی‌ها نقش مؤثری در کاهش وزن و حفظ آن در افراد چاق و دارای اضافه وزن داشته باشد.

با توجه به مواردی که ذکر شد، این پژوهش بر آن است تا مشخص کند کاربرد کدامیک از دو رویکرد درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله^۴ و شناخت درمانگری^۵ در کنار آموزش تغذیه سالم و فعالیت بدنی منظم، اثربخشی بیشتری در کاهش وزن و همچنین ابقای کاهش وزن به دست آمده از رهگذر تغییر سبک زندگی کارآمد وزن دارند.

روش

طرح پژوهش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت سری‌های زمانی در شروع، پایان و ۳ ماه پس از پایان درمانگری است که در دو گروه آزمایشی انجام شد.

آزمودنی

در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و جایگزینی آزمودنی‌ها در هر گروه به صورت تصادفی انجام گرفت. به این ترتیب که از میان افرادی که پس از درج آگهی دوره‌های درمانگری روان‌شناختی مدیریت وزن در تابلوهای اعلانات مراکز سلامت شهرداری، دانشگاه‌های پیام نور، تهران، علامه طباطبایی، شهید

بک معتقد است تغییر دادن افکار و باورهای خود تخریب‌گر به افراد کمک می‌کند تا به درمانگری خود پردازند. وقتی فرد یاد می‌گیرد که به گونه‌ای واقع‌گرایانه تر فکر کند، احساسش بهتر می‌شود و می‌تواند به اهداف واقع‌گرایانه‌اش دست یابد [۲۸]. بک افکار تخریب‌گر افراد دارای رژیم غذایی را به صورت توجیه منطقی ("خوردن این غذا اشکالی ندارد، چون ...")، دست‌کم گرفتن پیامدها ("مشکلی ایجاد نمی‌شود اگر من این غذا را بخورم")؛ تفکر خود-گمراه‌کننده ("از آنجا که کمی در رژیم غذایی‌ام تقلب کرده‌ام، بهتر است که هر چه را دوست دارم هم طی بقیه روز بخورم")، قواعد دلبخواهی (استبدادی) ("نمی‌توانم غذاها را هدر کنم")، ذهن‌خوانی ("دوستم تصور خواهد کرد که من بی‌ادب (گستاخ) هستم اگر یک او را نخورم") و مبالغه کردن ("نمی‌توانم گرسنگی را تحمل کنم") معرفی می‌کند و معتقد است تصحیح این تحریف‌ها و یادگیری حل مشکلات مرتبط و غیر مرتبط با رژیم‌گرفتن، چگونگی ایجاد انگیزش در فرد برای اتخاذ رفتارهای مفید غذا خوردن که در برنامه او طراحی شده‌اند، می‌تواند به حل دائمی مشکل اضافه‌وزن کمک کند [۲۸]. با این حال تاکنون هیچگونه شواهد تجربی به غیر از گزارش‌های تک-بررسی بک مبنی بر اثربخشی این برنامه گزارش نشده است.

کوپر^۱، فیبرن^۲ و هاوکر^۳ نیز به طراحی نوعی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله پرداخته‌اند که به واسطه آن فرایندهای مسئول افزایش مجدد وزن تحلیل و درمان می‌شوند [۲۹]. در واقع کوپر و همکاران معتقدند که افزایش مجدد وزن متعاقب رژیم گرفتن به علت نقص در مهارت‌های وزن به شیوه‌ای مؤثر ایجاد می‌شود؛ آنها توصیه کرده‌اند با ایجاد تمایز میان کاهش وزن و ابقای آن، پرداختن به موانع بالقوه کاهش وزن و آموزش و تمرین مهارت‌های رفتاری و پاسخ‌های شناختی برای مهارت‌های

4. coping and problem-solving therapy (CPST)
5. cognitive therapy (CT)

1. Cooper
2. Fairburn
3. Hawker

همچنین، فعالیت بدنی هر دو گروه به شکل پیاده‌روی با سرعت متوسط به مدت ۳۰ دقیقه در هر روز تجویز شد. میزان کالری دریافتی آزمودنی‌های هر دو گروه نیز با توجه به سطح سوخت و ساز پایه بدن که توسط دستگاه سنجش ترکیب بدنی^۱ با نام تجاری اُمرن^۲ محاسبه شده بود با کسر ۸۰۰ کالری از آن، با استفاده از نرم‌افزار برنامه غذایی فاوا با توجه به شش گروه اصلی هرم غذایی توسط کارشناس تغذیه تجویز شد.

ابزار تحقیق

الف) شاخص توده بدنی (BMI)^۳

BMI آزمودنی‌های پژوهش با استفاده از دستگاه دیجیتالی اندازه‌گیری ترکیب بدنی اُمرن ساخت ژاپن و با دقت ۰/۱ اندازه‌گیری شد. به این ترتیب که پس از وارد کردن اطلاعات مربوط به سن، جنس و قد هر آزمودنی به این دستگاه آزمودنی کف پاهای خود را روی حسگرهای دستگاه می‌گذارد، سپس با کف دستهای دسته‌های دستگاه را بالا می‌آورد تا دست‌ها موازی با سینه و عمود بر بدن باشند، پس از گذشت چند ثانیه روی صفحه نمایش دستگاه BMI (kg/m^2) محاسبه و نمایش داده می‌شود.

ب) پرسشنامه سبک زندگی کارآمد وزن (WEL)^۴

پرسشنامه WEL که توسط کلارک^۵، آبرامز^۶، نیاورا^۷ و همکاران^۷ طراحی شده است یک مقیاس خودسنجی است که به ارزیابی میزان اطمینان فرد از توانایی خود برای درگیر شدن در رفتار کاهش وزن می‌پردازد [۳۰]. این پرسشنامه شامل ۲۰ گزاره است که در آن فرد میزان توانایی خود برای مقاومت در برابر خوردن را در هر یک از موقعیت‌های دشوار در مقیاس لیکرت از ۰ (مطمئن

بهشتی، الزهرا و غیره داوطلب شرکت در این دوره‌ها شدند، بر اساس معیارهای ورود- خروج ($\text{BMI} \geq 25$)، سن ۱۸-۴۵ سال، عدم یائسگی یا بارداری، عدم ابتلا به هرگونه بیماری طبی مزمن و عدم ابتلا به هرگونه اختلال روانی (بارز) ۳۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله و شناخت درمانگری جایگزین شدند. رئوس مطالب پروتکل شناخت درمانگری بر اساس راه حل رژیم بک [۲۸،۳۱] شامل آشنایی با منطق درمان، آشنایی با افکار مخرب و مخالف‌ورزی با آنها، آشنایی با الگوی ABC، تنظیم هدف، شروع رژیم غذایی و بررسی افکار مخرب مرتبط با رژیم گرفتن، پاسخ دادن به افکار تخریبی، غلبه بر چالش‌ها و افکار مخرب باقی‌مانده، تنظیم و ایجاد مهارت‌های جدید، چگونگی توقف کاهش وزن و شروع ابقای وزن جدید و ارزشیابی و جمع‌بندی است [۳۲]. این برنامه، برنامه‌ای ۱۰ جلسه‌ای است که جلسات آن به صورت هفتگی برگزار می‌شود و طول مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه است. پروتکل درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله با عناوین اصلی ارزیابی، بررسی انگیزش، خودنظارت‌گری و پایش وزن، معرفی برنامه، مرور ثبت‌های خودنظارت‌گری، توافق روی تکالیف خانگی، آموزش هدایت خودگویی‌ها، آموزش حل مسئله، الگوهای زمانی غذا خوردن، سبک غذا خوردن، جنبه‌های شناختی غذا خوردن، تثبیت وزن و ابقای کاهش وزن، بررسی نگرانی‌های تصویر بدنی، مقابله کارآمد، تنظیم اهداف واقع‌گرایانه، مهارت‌های ابقای وزن در درازمدت و ارزشیابی و جمع‌بندی در ۲۴ جلسه ارائه می‌شود. در این رویکرد جلسات درمان برای ۶ هفته اول به صورت هفته‌ای یکبار، و تا پایان به صورت هر دو هفته یکبار و در نهایت دو جلسه در فواصل سه هفته‌ای تداوم می‌یابد تا فرد فرصت تمرین مدیریت وزن خود را قبل از پایان درمان داشته باشد. به استثنای جلسه ارزیابی که حدود ۲ ساعت به طول می‌انجامد. مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه (بعلاوه ۳۰ دقیقه جهت اندازه‌گیری وزن و مرور تکالیف) خواهد بود [۲۹].

1. body composition
2. OMRON
3. body mass index
4. weight efficacy life style questionnaire
5. Clark
6. Abrams
7. Niaura et al

یعنی چاقی درجه ۲ گسترده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی سن، قد، وزن و

BMI آزمودنی‌ها (n=۳۴)

شاخص	M	SD	بیشینه	کمینه
سن (سال)	۲۶/۴۱	۴/۷۹	۳۸	۲۰
قد (cm)	۱۵۹/۲۴	۶/۳۹	۱۷۰	۱۴۶
وزن (kg)	۷۵/۲۳	۸/۶۵	۱۰۱/۱۰	۶۰/۹۰
BMI (kg/m ²)	۲۹/۶۴	۳/۳۸	۴۰/۹۰	۲۵/۲۰

پس از بررسی روایی مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات بر اساس نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنف ($P > ۰/۰۵$) و همگنی واریانس نمرات در دو گروه بر اساس نتایج آزمون لون ($P > ۰/۰۵$) جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور تعیین اثربخشی هر مداخله به تفکیک در کاهش BMI آزمودنی‌ها ارائه شده است. لازم به ذکر است به دلیل معناداری آزمون کرویت موچلی ($P < ۰/۰۵$) به منظور تصحیح به وسیله اسپیلن، نتایج اسپیلن هین فلت گزارش شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج بیانگر آن است که هر دو درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله (CPST) و شناختی (CT) به کاهش معنادار شاخص توده بدنی منتهی شده‌اند ($P < ۰/۰۵$) و این کاهش تا سه ماه پس از پایان هر مداخله حفظ شده است. همچنین ضریب اتای سهمی نشان دهنده اندازه اثر بالای هر مداخله در کاهش BMI آزمودنی‌ها است ($\eta^2 > ۰/۱۴$) [۳۴].

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه کارآمدی دو مداخله در کاهش BMI ارائه شده است. به دلیل معناداری آزمون کرویت موچلی ($P < ۰/۰۵$)، در قسمت درون‌آزمودنی به منظور تصحیح به وسیله اسپیلن، اسپیلن هین فلت گزارش شده است. همانگونه که در جدول نیز نمایان است دو مداخله در تغییر BMI آزمودنی‌ها تأثیر یکسانی داشته‌اند ($P > ۰/۰۵$).

نیستم) تا ۹ (بسیار مطمئنم) درجه‌بندی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ زیرمقیاس هیجان‌های منفی^۱، در دسترس بودن^۲، فشار اجتماعی^۳، ناراحتی جسمی^۴ و فعالیت‌های مثبت^۵ است و پایایی درونی این زیرمقیاس‌ها با آلفای کرونباخ از ۰/۹ - ۰/۷ گزارش شده است [۳۰]. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط بابایی، خداپناهی و صالح صادق‌پور [۳۳] به دست آمده است؛ تحلیل عاملی تأییدی، پنج عامل هیجان‌های منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت را تأیید کرد؛ میزان آلفا برای عوامل بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ آمد و ضریب همسانی درونی برای کل گویه‌ها برابر با ۰/۹۲ گزارش شد [۳۳].

روش تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نسخه ۱۶ نرم-افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف استاندارد و جهت تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون‌های کولموگراف اسمیرنف، لون و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

نتایج

در جدول ۱ میانگین (M)، انحراف استاندارد (SD)، کمینه و بیشینه سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است. همانگونه که در این جدول منعکس شده است میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۶ سال و ۴ ماه و ۲۸ روز (با انحراف استاندارد ۴/۷۹ سال) است که در دامنه‌ای از ۲۰ تا ۳۸ سال گسترده شده است. میانگین قد آزمودنی‌ها ۱۵۹/۲۴ cm است که در دامنه ۱۷۰-۱۴۶ سانتی‌متر قرار دارد. وزن آزمودنی‌ها از ۶۰/۹ تا ۱۰۱/۱ کیلوگرم گسترده شده است (با میانگین ۷۵/۲۳ kg) و شاخص توده بدنی از ۲۵/۲ یعنی اضافه وزن تا ۴۰/۹۰

1. negative emotions
2. availability
3. social pressure
4. physical discomfort
5. positive activities

جدول ۲. آزمون تغییر BMI در سه وهله پایه، پس از مداخله و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	شاخص	M	SD	df1	df2	F	P	η^2
CPST	BMI پایه (kg/m^2)	۲۹/۲۱	۲/۶۱	۱/۳۲۳	۳۲	۳۱/۹۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۱
	BMI پایان مداخله (kg/m^2)	۲۶/۶۲	۲/۸۷					
	BMI پیگیری (kg/m^2)	۲۶/۶۵	۳/۰۱					
CT	BMI پایه (kg/m^2)	۳۰/۱۵	۴/۰۶	۱/۳۰۹	۳۲	۴۵/۶۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۱
	BMI پایان مداخله (kg/m^2)	۲۷/۶۵	۴/۰۳					
	BMI پیگیری (kg/m^2)	۲۷/۵۵	۳/۶۴					

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی معناداری تفاوت تغییر BMI در دو گروه

گروه	مجموع مربعات نوع III	df1	df2	مربع میانگین	F	سطح معناداری	η^2
درون آزمودنی	۰/۰۷۲	۱/۳۴۰	۶۴	۰/۰۵۳	۰/۰۳۸	۰/۹۰۷	۰/۰۰۱
بین آزمودنی	۰/۷۴۴	۱	۳۲	۲۲/۷۴۴	۰/۶۷۷	۰/۴۱۷	۰/۰۲۱

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییر نمرات WEL و زیر مقیاس‌های آن در گروه CPST

متغیر	M	SD	مجموع مربعات نوع III	df1	df2	مربع میانگین	F	P	η^2
WEL پایه	۹۹/۲۹	۳۴/۵۷	۱۳۱۸۸/۱۱۸	۱/۳۵۵	۳۲	۹۷۳۲/۵۴	۷/۳۴۷	۰/۰۰۸	۰/۳۱۵
WEL بعد از مداخله	۱۳۵/۰۶	۴۱/۷۵							
WEL پیگیری	۱۳۱/۴۷	۳۳/۱۳							
NE پایه	۲۱/۷۰	۹/۶۴	۲۲۳/۵۶۹	۱/۵۷۰	۳۲	۱۴۲/۳۹۹	۲/۴۱۸	۰/۱۱۹	۰/۱۳۱
NE بعد از مداخله	۲۶/۱۲	۱۰/۱۰							
NE پیگیری	۲۶/۱۸	۷/۷۴							
A پایه	۱۶/۷۰	۸/۴۷	۹۵۳/۰۹۸	۱/۱۱۲	۳۲	۸۵۶/۹۱۲	۹/۰۲۶	۰/۰۰۶	۰/۳۶۱
A بعد از مداخله	۲۶/۸۲	۷/۸۵							
A پیگیری	۲۴/۴۷	۷/۷۳							
SP پایه	۱۹/۳۵	۱۰/۸۲	۵۵۰/۷۴۵	۱/۱۰۹	۳۲	۴۹۶/۷۷۸	۴/۲۹۲	۰/۰۵۰	۰/۲۱۱
SP بعد از مداخله	۲۷/۰۰	۸/۲۵							
SP پیگیری	۲۵/۳۵	۷/۴۱							
PD پایه	۲۱/۷۶	۸/۶۸	۴۰۷/۵۶۹	۱/۴۷۲	۳۲	۲۷۶/۸۴۷	۳/۴۶۲	۰/۰۶۱	۰/۱۷۸
PD بعد از مداخله	۲۷/۴۱	۹/۳۲							
PD پیگیری	۲۸/۰۵	۶/۷۵							
PA پایه	۱۹/۷۶	۹/۴۵	۶۸۹/۲۱۶	۱/۵۷۸	۳۲	۴۳۶/۶۹۴	۸/۳۴۵	۰/۰۰۳	۰/۳۴۳
PA بعد از مداخله	۲۷/۷۰	۸/۶۰							
PA پیگیری	۲۷/۴۱	۸/۲۱							

زیرمقیاس‌های هیجان‌های منفی (NE) و ناراحتی جسمانی (PD) نیز بهبود یافته است ولی این میزان افزایش به لحاظ آماری معنادار نیست ($P > 0/05$). همچنین مقادیر مجذور اتای سهمی برای همه متغیرها به جز NE حاکی از اندازه اثر مناسبی است ($\eta^2 > 0/14$).

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک گروهی جهت بررسی معناداری تفاوت تغییر نمرات سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های آن در گروه CT منعکس شده است. در مواردی که آزمون کرویت موجلی معنادار است ($P < 0/05$) جهت اصلاح به وسیله اسپیلن، اسپیلن هین فلت گزارش شده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک گروهی جهت بررسی اثربخشی CPST بر بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و زیر مقیاس‌های آن ارائه شده است. از آنجا که نتایج آزمون کرویت موجلی معنادار است ($P < 0/05$) جهت تصحیح با استفاده از اسپیلن، اسپیلن هین فلت گزارش شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر آن است که درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله به بهبود معنادار سبک زندگی کارآمد وزن (WEL) و زیرمقیاس‌های در دسترس بودن غذا (A)، فشارهای اجتماعی برای غذا خوردن (SP) و فعالیت‌های مثبت (PA) منتهی شده است ($P < 0/05$). همچنین همانگونه که در جدول نیز منعکس شده است، نمرات آزمودنی‌ها در

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییر نمرات WEL و زیر مقیاس‌های آن در گروه CT

متغیر	M	SD	مجموع مربعات نوع III	df1	df2	مربع میانگین	F	P	η^2
WEL پایه	۱۰۲/۰۰	۳۷/۹۵	۶۱۹۶/۵۰۰	۱	۱۶	۶۱۹۶/۵۰	۴/۳۶۸	۰/۰۵۳	۰/۲۱۴
WEL بعد از مداخله	۱۳۲/۵۹	۳۵/۴۹							
WEL پیگیری	۱۲۹/۰۰	۳۸/۲۴							
NE پایه	۲۲/۱۷	۱۰/۸۵	۱۸۳/۵۵۹	۱	۱۶	۱۸۳/۵۵۹	۲/۰۵۱	۰/۱۷۱	۰/۱۱۴
NE بعد از مداخله	۲۷/۷۶	۸/۰۴							
NE پیگیری	۲۸/۸۲	۹/۷۴							
A پایه	۱۷/۱۲	۸/۴۷	۴۸۷/۸۰۴	۱/۴۰۳	۳۲	۳۴۷/۶۷۵	۵/۲۴۲	۰/۰۲۲	۰/۲۴۷
A بعد از مداخله	۲۳/۷۶	۷/۱۷							
A پیگیری	۲۳/۵۸	۷/۵۹							
SP پایه	۱۹/۵۳	۱۱/۶۷	۶۰۸/۷۴۵	۱/۵۶۶	۳۲	۳۸۸/۶۷۶	۳/۸۱۴	۰/۰۴۵	۰/۱۹۲
SP بعد از مداخله	۲۷/۸۸	۸/۱۸							
SP پیگیری	۲۴/۸۸	۹/۰۱							
PD پایه	۲۰/۵۳	۱۰/۹۶	۳۱۲/۰۲۹	۱	۱۶	۳۱۲/۰۲۹	۴/۰۸۱	۰/۰۶۰	۰/۲۰۳
PD بعد از مداخله	۲۵/۷۶	۷/۹۸							
PD پیگیری	۲۶/۵۹	۸/۳۳							
PA پایه	۲۲/۶۴	۹/۵۷	۱۶۹/۸۸۲	۱	۱۶	۱۶۹/۸۸۲	۲/۲۵۷	۰/۱۵۲	۰/۱۲۴
PA بعد از مداخله	۲۷/۴۱	۸/۰۷							
PA پیگیری	۲۷/۱۲	۷/۸۶							

جسمانی (PD) و فعالیت‌های مثبت (PA) نیز در موقعیت‌های بعد از مداخله و پیگیری نسبت به موقعیت پایه بهبود یافته است ولی این افزایش به لحاظ آماری معنادار نیست ($P > 0/05$). مجذور اتای سهمی نیز برای همه متغیرها به جز NE و PA بیانگر اندازه اثر مناسبی است ($\eta^2 > 0/14$).

همانگونه که در جدول ۵ نیز مشاهده می‌شود، شناخت درمانگری به بهبود معنادار زیرمقیاس‌های در دسترس بودن غذا (A) و فشارهای اجتماعی برای غذا خوردن (SP) منتهی شده است ($P < 0/05$). همچنین نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس سبک زندگی کارآمد وزن (WEL) و زیرمقیاس‌های هیجان‌های منفی (NE)، ناراحتی

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی معناداری تفاوت تغییر نمرات WEL و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه

η^2	سطح معناداری	F	مربع میانگین	df2	df1	مجموع مربعات نوع III		
0/002	0/889	0/074	96/216	64	1/078	151/843	درون‌آزمودنی	WEL
0/0001	0/934	0/007	14/157	32	1	14/157	بین‌آزمودنی	
0/0001	0/962	0/002	0/132	32	1	0/132	درون‌آزمودنی	NE
0/004	0/712	0/139	21/657	32	1	21/657	بین‌آزمودنی	
0/016	0/514	0/526	41/269	64	1/267	52/294	درون‌آزمودنی	A
0/013	0/527	0/408	35/294	32	1	35/294	بین‌آزمودنی	
0/002	0/886	0/054	5/714	64	1/362	7/784	درون‌آزمودنی	SP
0/0001	0/928	0/008	0/980	32	1	0/980	بین‌آزمودنی	
0/0001	0/987	0/006	0/438	64	1/657	0/725	درون‌آزمودنی	PD
0/016	0/478	0/516	53/686	32	1	53/686	بین‌آزمودنی	
0/017	0/564	0/543	32/078	64	1/782	57/176	درون‌آزمودنی	PA
0/004	0/726	0/125	14/912	32	1	14/912	بین‌آزمودنی	

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله و شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش BMI و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن انجام گرفت. نتایج نشان داد که هر دو درمانگری مبتنی بر آموزش مهارت‌های حل مسئله و مقابله و شناختی شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها را به طور معنادار کاهش داده‌اند. همچنین بر اساس نتایج این پژوهش هر دو درمانگری در کاهش BMI آزمودنی‌ها تأثیر یکسانی دارند و میان دو مداخله تفاوت معناداری

جهت مقایسه اثربخشی دو درمانگری CPST و CT بر بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های آن از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. لازم به ذکر است در قسمت درون‌آزمودنی در مواردی که آزمون کرویت مویلی معنادار است ($P < 0/05$) جهت تصحیح به وسیله اسپیلن، اسپیلن هین فلت گزارش شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، نتایج مندرج در جدول ۶ بیانگر آن است که هر دو مداخله در بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های آن تأثیر یکسانی داشته‌اند ($P > 0/05$).

اجتماعی برای غذا خوردن (SP) در سطح معنادار است. لازم به ذکر است نمرات آزمودنی‌های دو گروه در سایر زیرمقیاس‌ها نیز بهبود یافته است ولی این بهبود در سطح معنادار نیست. همچنین میان دو مداخله در بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته مذکور با یافته سالیته^۵ مبنی بر اینکه درمانگری شناختی- رفتاری به افزایش مهارگری فرد روی وزن و مؤلفه‌های مرتبط با آن منتهی می‌شود [۴۴]. مطابقت دارد. به اعتقاد سالیته آموزش فنون شناختی- رفتاری به ارتقاء خوداثربخشی فرد برای مهارگری وزن در موقعیت‌های خطرناک پرخوری منجر می‌شود [۴۴]. به نظر می‌رسد یادگیری راهبردهای شناختی- رفتاری و بازسازی شناختی افکار مخرب مهارگری وزن به واسطه تصحیح تفکر دوقطبی و آموزش فنون تنش‌زدایی می‌توانند با افزایش قدرت فرد باعث شوند که ارزش غذا و خوردن در جایگاه اصلی آن یعنی برطرف کردن نیاز فیزیولوژیکی فرد به هنگام گرسنگی برای ایجاد تعادل زیستی ادراک شود به جای آنکه به غذا به عنوان مؤلفه برقراری ارتباط [۴۵] یا حس همرنگی با دیگران [۴۶] و تسهیل‌گر اجتماعی [۴۷، ۴۵] نگاه شود و به واسطه فشارهای اجتماعی و در دسترس بودن غذا، افراد به افزایش دریافت غذا و پرخوری روی آورند. به نظر می‌رسد در این پژوهش استفاده از راهبردهای ذکر شده به کاهش پرخوری و افزایش مهارگری فرد در برابر فشارهای اجتماعی انجامیده است. از طرفی می‌توان انتظار داشت که در صورت تصحیح شناخت‌های ناکارآمد افراد در رابطه با ادراک غذا به عنوان مکانیزمی مقابله‌ای برای تسکین ناراحتی جسمی و کنار آمدن با استرس و هیجان- های منفی یا مثبت [۴۹، ۴۸، ۵۰] (که در هر دو مداخله این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است)، قدرت مهارگری و خود اثربخشی افراد در مقابله با پرخوری به هنگام تجربه ناراحتی جسمانی، هیجان‌های منفی، انجام فعالیت‌های مثبت و در دسترس بودن غذا افزایش یابد [۴۸] که مؤید

وجود ندارد. این یافته با یافته میفرد^۱ و همکاران [۳۵] مبنی بر اینکه مداخله‌های چندوجهی به بهبود شاخص‌های چاقی می‌انجامد، مطابقت دارد. این یافته همچنین از نقطه نظر کاهش معنادار BMI متعاقب هر مداخله هماهنگ با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه است [۹، ۱۸، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰]. با توجه به عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله در کاهش BMI، این یافته با یافته کوپر^۲ و همکاران [۴۱] مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار میان مداخله‌های روان‌شناختی در مدیریت وزن همسو است و با یافته لیبراند و فیچتر^۳ [۳۷] که معتقدند درمانگری شناختی- رفتاری تنها درمانگری است که به نتایج بادوام در کاهش وزن می‌انجامد، مطابقت ندارد. به اعتقاد هیل^۴ با توجه به اینکه عوامل مختلفی در ایجاد چاقی و اضافه وزن دخالت دارند، استفاده از رویکردهای چندوجهی جهت دستیابی به کاهش وزن بادوام مؤثرتر است [۴۲]. بنابراین استفاده از رویکردهایی که شامل تغذیه، فعالیت بدنی، رفتار، نگرش و شناخت باشند می‌توانند به مدیریت سلامت وزن بیانجامند [۴۳]. به نظر می‌رسد علاوه بر رژیم غذایی و فعالیت بدنی که در هر دو مداخله به صورت یکسان مورد توجه قرار گرفته است، دو مداخله شناختی و شناختی- رفتاری می‌توانند با اصلاح مؤلفه‌های حل مسئله، مقابله و بازسازی شناختی به تغییر رفتارهای نارساکنش‌وری پردازند که در افزایش وزن دخالت دارند و از این طریق به کاهش وزن و BMI بیانجامند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که در هر دو گروه سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های آن بهبود داشته است. ولی این بهبود در گروه شناخت درمانگری در نمره کل سبک زندگی کارآمد وزن و زیرمقیاس‌های در دسترس بودن غذا (A)، فشارهای اجتماعی برای غذا خوردن (SP) و فعالیت‌های مثبت (PA) و در گروه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله در زیرمقیاس‌های در دسترس بودن غذا (A) و فشارهای

1. Mefferd
2. Cooper
3. Leibbrand & Fichter
4. Hill

- Solomon, C.G., & Manson, J.E. (1997). Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *Am. J. Clin. Nutr.*, 66 (1), 1044.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A Textbook*. (4th ed). England: Open University Press.
- WHO (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity*. Geneva: World Health Organization.
- Bas, A., Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52, 209–216.
- Wadden, T.A., & Osei, S. (2002). The treatment of obesity: An overview. In Wadden TA, Stunkard AJ, eds. *Handbook of Obesity Treatment*. pp 229–248 New York: Guilford Press.
- Perri, M.G. (1998). The maintenance of treatment effects in the long-term management of obesity. *Clin. Psychol.: Sci. Pract.*, 5, 526–539.
- Perri, M.G., & Corsica, J.A. (2002). Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 357–379). New York: Guilford.
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulken, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. A., & Hospers, H. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315–324.
- Garner, D.M, Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev*; 11:729–80.
- Jeffery, R.W., Epstein, L.H., Wilson, G.T., Drenowski, A., Stunkard, A.J., Wing, R.R., & et al. (2000). Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol*, 19(Suppl 1), 5–16.
- Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behav Res Ther*, 37(1):S79–95.
- Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol. Bull*, 117, 3–20.

یافته پژوهش حاضر است. آگدن^۱ نیز معتقد است که فشارهای اجتماعی نظیر تبلیغ‌های غذایی و دسترسی آسان به غذاهای پرکالری باعث به‌راه‌اندازی پرخوری و مهارگسیختگی در خوردن می‌شود که با آموزش خود-نظارت‌گری، افزایش حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی، ارتقاء مهارت‌های حل مسئله، کنترل محرک، راهبردهای مقابله با سرنخ‌های محیطی و هیجانی به‌راه‌اندازنده پرخوری؛ می‌توان قدرت مهارگری افراد برای غلبه بر آنها را تقویت کرد که از این طریق بهبود سبک زندگی کارآمد وزن ایجاد می‌شود [۵۱].

با توجه به مقایسه یافته‌ها می‌توان اینگونه استنباط کرد که مؤلفه‌های مربوط به مداخله‌های شناختی و شناختی-رفتاری می‌توانند با تأثیر بر مسیر هشیار (انتخاب رفتار و مداخله مناسب برای مدیریت وزن) و مسیر ناهشیار (هیجانی و فیزیولوژیکی) ارتباط ذهن-بدن، عوامل روان‌شناختی مرتبط با چاقی و اضافه وزن (از جمله نگرانی، مهارگسیختگی، انگیزش و رفتارهای ناکارآمد غذاخوردن) را تحت تأثیر قرار داده و از این رهگذر به کاهش وزن، بهبود سبک زندگی کارآمد وزن و ارتقاء شاخص‌های سلامت منتهی شوند.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت که بدین وسیله از آن مرکز قدردانی می‌شود. همچنین گروه نویسندگان از جناب آقای دکتر ظهیرالدین به پاس کمک‌های بی‌دریغ‌شان در به ثمر رسیدن این پژوهش کمال تشکر را دارند.

منابع

- World Health Organization. (1997). Prevention and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation presented at the World Health Organization, June 3-5; Geneva, Switzerland, Publication WHO/ NUT/ NCD/ 98.1.

1. Ogden

25. Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. Oxford, England: International Universities Press.
26. Bennett, G.A. (1988). Cognitive-behavioral treatments for obesity, *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 6, 661-665.
27. Mahoney, M.J., & Mahoney, K. (1976). Permanent weight control: A total solution to the dieter's dilemma. New York: Norton.
28. Beck, J.S. (2007a). The Beck diet solution: Train your brain to think like a thin person (workbook). United States of America: Oxmoor House, Inc.
29. Cooper, Z., Fairburn, Ch. G., & Hawker, D. M. (2003). Cognitive behavioural treatment of obesity: A clinician's guide. New York, The Guilford press.
30. Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 739-744.
31. Beck, J.S. (2007b). Works with any diet the Beck diet solution: Train your brain to think like a thin person. United States of America: Oxmoor House, Inc.
۳۲. بک، ج. اس. (۱۳۹۱). شناخت درمانگری بک برای کاهش وزن. ترجمه مژگان آگاه‌هریس؛ احمد علی پور؛ مسعود جان‌بزرگی و ندا گلچین. تهران: انتشارات ارجمند.
۳۳. بابایی، س.، خداپناهی، م. ک.، صالح صادق‌پور، ب. (۱۳۸۷). رواسازی و بررسی اعتبار پرسشنامه سبک زندگی مؤثر بر وزن. *مجله علوم رفتاری*، شماره ۱، صفحات ۷۵-۸۱.
۳۴. بریس، ن.، کمپ، ر.، سلنگار، ر. (۱۳۸۸). تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه SPSS (ویرایش‌های ۱۰-۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴). ویرایش سوم. ترجمه خدیجه علی‌آبادی و سید علی صمدی. تهران. نشر دوران. صفحه ۳۸۸.
35. Mefferd, K., Nichols, J.F., & Pakiz, B. (2007). A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*, 104, 145-152.
14. Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Psychological consequences of obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 393-398). New York: Guilford Press.
15. Nauta H, Hospers H, Jansen A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *Br J Health Psychol*; 6:271-84.
16. Nauta H, Hospers H, Kok G, Jansen A. (2000). A comparison between a cognitive and behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behav Ther*; 31:441-61.
17. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss; preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol*; 67:260-6.
18. Stahre, L., & Hallstrom, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. *Eat Weight Disord*, 10, 51-8.
19. Stahre L, Tarnell B, Hakanson CE, Hallstrom T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *Int J Behav Med*; 14:48-55.
20. Hollon, S.D. (2003). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cogn Ther Res*, 27, 71-75.
21. Rippe, J. M., Crossley, S., & Ringer, R. (1998). Obesity as a chronic disease: modern medical and lifestyle management. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, S9-S15.
22. McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Bunton, A. J., et al. (2003). Screening and interventions for obesity. Available at: www.annals.org/content/141/3/245.2.full.
23. Eichler, K.; Zoller, M.; Steurer, J.; Bachman, L.M. (2007). Cognitive-behavior Treatment for weight loss in primary care: A prospective study. *Swiss Medical Weekly*, 137, 35-36.
24. Foreyt, J.P., Poston, W.S.C., McInnis, K., Rippe, J.M. (Eds). (2003). *Lifestyle Obesity Management*, Blackwell Publishers, Malden, Massachusetts, 304 p.

44. Sallit, J. (2008). Impact of a Cognitive-Behavioral Weight Control Program on Body Weight, Diet Quality, and Smoking Cessation in Weight-Concerned Female Smokers. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Dietetics and Nutrition. United States Of America: Florida International University.
45. Salvy, S.J., Jarrin, D., Paluch, R., Irfan, N., & Pliner, P. (2007). Effects of social influence on eating in couples, friends and strangers. *Appetite*, 49, 92–99.
46. Jones, E. E., & Pittman, T. S. (1982). Toward a general theory of strategic self-presentation. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self*, Vol. 1. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. pp. 231–262.
47. de Castro, J. M. (1994). Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. *Physiology and Behavior*, 56(3), 445–455.
48. Henderson, N.J., & Huon, G.F. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *Br J Health Psychol*, 7, 77–87.
49. Popkess-Vawter, S., Wendel, S., Schmoll, S., & O'Connell, K. (1998). Overeating, reversal theory and weight cycling. *West J Nurs Res*, 20, 67–83.
50. Timmerman, G., & Acton, G.J. (2001). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues Ment Health Nurs*, 22, 691–701.
51. Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior* (2nd ed). United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
36. Ash, S., Reeves, M., Bauer, J., Dover, T., Vivanti, A., Leong, C., et al. (2006). A randomized control trial comparing lifestyle groups, individual counseling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *International Journal of Obesity*, 30, 1557–1564.
37. Leibbrand, R., & Fichter, M.M. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behav Res Therapy*, 40, 1275–1289.
38. Corbalán, M.D., Morales E.M., Canteras, M., Espallardo, A., Hernández, T., & Garaulet, M. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 25, 861–869.
39. Murawski, M. E., Milsom, V. A., Ross, K. M., Rickel, K.A., DeBraganza, N., Gibbons, L. M. Perri, M. G. (2009). Problem solving, treatment adherence and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eating Behaviors*, 10, 146–151.
40. Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., Howe, P. R.C., & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *Am J Clin Nutr*, 87, 1134–1140.
41. Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 48, 706–713.
42. Hill, J.O. (1998). Dealing with obesity as a chronic disease. *Obes Res*, 6(suppl 1), 34–38.
43. Frank, A. (1998). A multidisciplinary approach to obesity management: the physician's role and team care alternatives. *J Am Diet Assoc*, 98 (suppl 2), 44–48.

مقایسه ویژگیهای شخصیت در دانش آموزان دختر محبوب و منزوی دبیرستانی

نویسندگان: معصومه صداقت^{۱*}، هادی بهرامی^۲، علیرضا کیامنش^۳ و زهرا لک^۴.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران
۲. استاد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران
۳. استاد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی

* Email: masoome.sedaghat@gmail.com

چکیده

انسان موجودی اجتماعی است و داشتن روابط اجتماعی از نیازهای اساسی اوست. هدف از این پژوهش مقایسه ویژگیهای شخصیت در دانش آموزان دختر محبوب و منزوی دبیرستانی است. روش تحقیق علی مقایسه ای است. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر در مقطع دبیرستان در شهرستان بهارستان بوده است. و روش نمونه گیری به روش خوشه ای و تصادفی بوداز بین ۲۱ دبیرستان موجود در شهرستان ۸ دبیرستان به شکل تصادفی و خوشه ای انتخاب شدند. در کل ۱۲۳۲ نفر در پژوهش شرکت کردند. که از میان آنها به روش جامعه سنجی جمعاً ۳۶۸ نفر در گروههای محبوب و منزوی قرار گرفتند. برای سنجش ویژگیهای شخصیت از آزمون شخصیت آیزنک (۵۷) سوالی و برای انتخاب افراد محبوب و منزوی از پرسشنامه جامعه سنجی استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل آماری از آزمون خی ثبات شخصیت در گروه محبوب بیشتر از گروه منزوی بود. و میانگین ویژگیهای شخصیتی برونگرایی و درونگرایی و روانرنجوری در گروه منزوی بیشتر از گروه محبوب بود. از یافته های تحقیق می توان نتیجه گرفت ویژگیهای شخصیتی افراد بر محبوبیت یا انزوا تاثیر گذار است.

کلیدواژه ها: ویژگیهای شخصیت، نوجوان محبوب، نوجوان منزوی، جامعه سنجی، دانش آموز دبیرستانی.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۷/۲۱

• پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۶

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

داشتن روابط اجتماعی، یکی از نیازهای انسان امروز است. با توسعه زندگی ماشینی و صنعتی در جهان، برقراری تعاملات بشری بیش از پیش کمرنگ شده است. برقراری تعاملات اجتماعی از نخستین لحظات تولد در انسان آغاز می‌گردد. نوزاد بوه‌ها را استشمام می‌کند و صداها را می‌شنود و تصاویر را هرچند مبهم ادراک می‌کند و بدین روش با اطراف خود وارد تعامل می‌گردد این تعاملات اجتماعی هر روز بیشتر و بیشتر می‌شود تا اینکه به دوره نوجوانی می‌رسد دوره نوجوانی با تعاملات نوجوان با همسالان خود عجین است. عمده تعاملات نوجوان با همسالان خود در محیط مدرسه صورت می‌گیرد. نوجوان در این سنین دارای روحیه حساس و شکننده‌ای است. بطوریکه این حساسیت در نوجوانان دختر بارزتر است. [۱] به موازات بلوغ جنسی در این ایام بلوغ فکری و روانی نیز شکل می‌گیرد و نیازهایی در روح و روان نوجوان دبیرستانی بوجود می‌آید. تشکیل گروههای دوستان در مدرسه می‌تواند زمینه ساز رفع نیازهای روانی دانش آموزان خصوصاً دانش آموزان دختر باشد. [۲]. محیط درس و مدرسه محیطی است که در آن نوجوان دانش آموز می‌تواند دوستان زیادی داشته باشد و به تشریک مساعی با آنان بپردازد و به نوعی در میان آنها محبوب و دوست داشتنی باشد. یا اینکه به دلیل ضعف در برقراری روابط دوستانه از میان همسالان طرد شده به گوشه عزلت و انزوا کشیده شود. تحقیقات در بین علل محبوبیت و انزوا ی دانش آموزان به مقولات مختلفی اشاره می‌کنند یکی از آنها تحقیقات مربوط به دلبستگی است نتایج این تحقیقات نشان داده که کیفیت دلبستگی طفل به مادرش بر تمامی روابط شخصی وی و نیز با قابلیت بالای او در برقراری روابط میان فردی آینده تاثیر گذار است. بطوریکه نتایج این تحقیقات نشان داده گوشه گیرها عمدتاً در دوران کودکی جزو گروهی بودند که دلبستگی نا ایمن و اجتنابی داشته‌اند. [۳]. در نهایت نتیجه قطعی بررسیهای مربوط به دلبستگی آن بود که دلبستگی نا ایمن در دوران طفولیت، با خطر بالای مشکلات

رفتاری، اجتماعی و هیجانی دوران کودکی و نوجوانی رابطه دارد. [۴] از مهمترین علل در توانمندی برقراری ارتباطات موثر اجتماعی و یا ناتوانی و گوشه گیری می‌توان به ویژگیهای شخصیت اشاره کرد. [۵]. صفات شخصیت می‌تواند منحصر به فرد باشد و در برخی گروهها مشترک باشد اما الگوهای آنها در هر فرد متفاوت است. بنا بر این هر کسی با اینکه به طریقی شبیه دیگران است شخصیت منحصر به فردی دارد و این شخصیت را در تعاملات خود با دیگران به همراه دارد. [۶]. تاثیر شخصیت بر تعاملات اجتماعی نوجوانان دانش آموز واقعیتهای انکار ناشدنی است بطوریکه می‌تواند فرد را در میان همسالان مبدل به فردی محبوب و دلپذیر و یا مطرود و منزوی گرداند.

بهترین نقطه شروع برای هر گونه بررسی تاریخی شخصیت و رفتار اجتماعی تعریف ماندگار کورت لوین^۱ است. "هر رویداد روانی به حالت شخص و در همان حال به محیط بستگی دارد کرچه اهمیت نسبی این دو در موارد مختلف متفاوت است. به نقل از. [۷]. رشد شخصیت سالم خصوصاً در دوران نوجوانی به برقرار کردن روابط رضایت بخش با دیگران بستگی دارد. [۸]. افرادی که خیلی معاشرتی هستند، فعالیتهای گروهی و مضاعف با دیگران را ترجیح می‌دهند. در صورتیکه افراد منزوی فعالیتهای تکی را دوست دارند. آنها از دیگران اجتناب می‌کنند. در واقع آنها در دنیای درون خود زندگی می‌کنند. افراد محبوب افرادی معاشرتی هستند. ما برای اینکه نیازهای خود را ارضا کرده و تقویت مثبت بدست آوریم، باید با دیگران تعامل کنیم. پژوهشها نشان داده نوجوانان شخصی را رهبر محبوب خود می‌دانند که معاشرتی و برونگرا است. دارای ثبات عاطفی است و دارای سازگاری بالایی در شرایط مختلف می‌باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که رهبران محبوب کمترین اختلالات نوروتیک را در رفتار دارند. [۹].

از میان صفات مختلف شخصیت درونگرایی و برونگرایی طیف وسیعی از توجهات را متمرکز خود کرده

¹. cowrt luwin

است. روانشناسان شخصیت برای تعریف برونگرایی درباره سه جنبه آن بحث می کنند. جنبه اول: معاشرتی بودن یا لذت بردن از مجاورت با دیگران است. جنبه دوم: جسارت یا گرایش به تسلط اجتماعی است. و جنبه سوم: مربوط به ماجراجویی یا گرایش به جستجو کردن موقعیتهای هیجان انگیز و تحریک کننده و لذت بردن از آنهاست. برونگرایان از لحاظ هیجانی خوشحالت ترند و بیش از درونگرایان به موقعیتهایی که بالقوه پاداش دهنده هستند گرایش دارند. [۱۰]. تحقیقات نشان داده که دانش آموزان محبوب از الگوی شخصیتی خاصی برخوردارند. آنها برونگرا، معاشرتی، صمیمی و دلبذیر و یاری‌رسان هستند. [۱۱]

در مباحث مربوط به بررسی ویژگیهای شخصیت روان رنجوری همواره مطرح بوده است. روان رنجوری، به صورت آمادگی برای تجربه کردن عاطفه منفی و احساس نارضایتی و ناخشنودی مزمن تعریف شده است. محققان از جمله علل انزوا را در احساس خود برتر بینی خشم و عصبیت و حالات روان رنجوری می دانند. [۱۲]. حالت مخالف روان رنجوری استواری هیجانی است. محققان در بیان نتایج تحقیقات خود بر روی افراد محبوب به ثبات شخصیت و توانایی کنترل خشم در آنها اشاره کرده اند. [۱۳، ۱۴]. هیجان پذیری در افراد روان رنجور بسیار متفاوت تر از افرادی است که دارای ثبات شخصیت می باشند. افراد روان رنجور از علایم تنبیه بیشتر و شدیدتر صدمه می بینند. این امر باعث می شود که مواقع اجتماعی را باترس و اضطراب پیش بینی کنند، احساس ناراحتی کرده و از موقعیتهای اجتناب کنند که این خود زمینه ساز انزوای آنان می گردد [۱۲]. رشد شخصیت سالم خصوصاً در دوران نوجوانی به برقرار کردن روابط رضایت بخش با دیگران بستگی دارد [۸]. نیاز روانی دختران در مقایسه با پسران به محبوب واقع شدن بسیار بیشتر است. این نیاز حتی در مقایسه دو گروه پسران محبوب و دختران محبوب نیز در دختران محبوب بیشتر دیده شد. [۱۵]. برای دخترها صمیمیت مهمتر از پسران است. نوجوان دختر نیازمند کسی است که محرم راز او باشد و با او درد دل

کند. و نیازهای روانی خود را بدین طریق مرتفع کند. دانش آموزان دختر منزوی از این نظر آسیب فراوان خواهند خورد. در حالیکه در پسران تعلقات خاطر دیگری مطرح است [۱۶]. اینکه چه خطراتی می تواند گریبانگیر افراد منزوی شود، محققین را بر آن داشته تا با کند و کاو بیشتری در مورد این مساله پردازند. تحقیقات [۱۷] موبد وجود عوارض روحی و روانی بسیاری در نوجوانان منزوی هستند که از آنجمله می توان به لاغری، کم حرفی، درونگرایی مفرط، کم خوابی، رنگ پریدگی، روان رنجوری، انزوا طلبی، دروغگویی، هرج و مرج طلبی اشاره کرد. مساله اساسی که ذهن را به سمت خود می برد آن است که چه عواملی می تواند موجب مطرودیت و یا محبوبیت نوجوانان در گروه همسالان گردد. آیا ویژگیهای شخصیتی نوجوانان می تواند بیانگر نحوه تعاملات آنان باشد؟ عبارتی دیگر آیا دانش آموزان مطرود و منزوی و یا حتی بر خلاف آنها دانش آموزان محبوب دارای ویژگیهای شخصیتی منحصر به فردی هستند که آنها را در گروه متمایز می کند؟ بررسی ویژگیهای شخصیت و رابطه آن با محبوبیت و مطرودیت از آن جهت مورد توجه است که رشد شخصیت سالم به برقرار کردن تعادل در روابط رضایت بخش با دیگران بستگی دارد. بدین طریق ایجاد تکیه گاه درونی امن بوسیله تعاملات فرد با اطرافیان باعث رضایت خاطر درونی او شده و سلامت روانی فرد را تضمین می کند. بدون تردید افراد دارای شخصیت سالم و با ثبات از سلامت روانی بالایی برخوردارند. [۸]. در این بین برخی از محققین [۱۸]. برخی از مولفه های شخصیتی چون ثبات شخصیتی و ثبات عاطفی و هیجانی را در محبوبیت افراد موثر می دانند و برخی دیگر درونگرایی را از جمله علل محبوبیت می شمارند [۱۹]. اما برخی دیگر برونگرایی را از جمله علل محبوبیت دانش آموزان می شمارند [۹]. ملاحظه می شود که در بین محققان در تبیین عوامل دخیل در محبوبیت توافق مطلق وجود ندارد و گاهی تضادهایی نیز در آنها دیده می شود. اما در این بین تحقیقات موجود در رابطه با تاثیر ویژگیهای شخصیت بر محبوبیت و انزوا

صورت عدم تمایل به انتخاب دانش آموزان همکلاسی در هر سوال می توانستند کسی را انتخاب نکنند.

سوالات پرسیده شده به قرار زیر بود.

- ۱- دوست دارید در کلاس پهلوی چه کسی بنشینید .
- ۲- دوست دارید با چه کسی در حیاط والیبال بازی کنید.
- ۳- دوست دارید در یک روز تعطیل با چه کسی به سینما بروید [۲۰].

ملاک انتخاب افراد محبوب آن بود که بیشترین رأی را در گروه همکلاسی ها آورده باشند چنانچه هیچ یک از افراد کلاس آنها انتخاب نکرده باشند به عنوان گروه منزوی انتخاب می شدند. به منظور مقایسه درست ۱۸۴ نفر از گروه محبوب و ۱۸۴ نفر از گروه منزوی انتخاب شد. سپس پرسشنامه آزمون شخصیتی آیزنک به هر دو گروه داده شد. نتایج حاصل از پرسشنامه مورد بررسی آماری قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱) آزمون جامعه سنجی

آزمون گروه سنجی وقتی در معنی خاص خود به کار گرفته شود موارد زیر را شامل می شود: الف - پرسش از هر یک از اعضای گروه که افراد آن یکدیگر را شخصا می شناسند. ب- انتخاب کردن سایر افراد گروه به اسم ، به عنوان همکار در یک فعالیت گروهی. ج- برای همکاری در یک فعالیت آینده و خاص گروه [۲۱] اعتبار و روایی آزمون جامعه سنجی توسط محققان سنجیده شد. [۲۲] و [۲۳] همچنین در یکی از مطالعات نشان داده شد که ۰,۶۶ از انتخابهای افراد که در نخستین آزمون به عمل آمده بود سه هفته بعد نیز در آزمون دوم تکرار شد و میان نتایج آن همبستگی ۰,۶۹ ظاهر شد. در مورد کودکان ابتدایی ضریب با یک هفته فاصله به ۰,۷۹ و در فاصله ۸ هفته به ۰,۶۳ رسید و پس از ۸ ماه این ضریب در دختران مدرسه خانه داری به ۰,۶۵ رسید. ملاحظه می شود که همبستگیها با وجود فاصله زیاد زمانی همچنان مثبت بود. [۲۴] روایی روشهای جامعه سنجی در پژوهش در گروه همسالان کودک، [۲۵] و در انتخاب رهبر [۲۶] نشان داده

بسیار اندک است بطوریکه در بررسی های محقق تحقیقات زیادی که به بررسی رابطه ویژگیهای شخصیت و محبوبیت و انزوا پرداخته باشد یافت نشد و در تحقیقات انجام شده در خارج از کشور به شکل مستقیم به بررسی آنها پرداخته نشده است. تفاوت نتایج بدست آمده و کمبود آنها توسط محققین مختلف می تواند بیانگر ضرورت و اهمیت پرداختن به این پژوهش باشد. بی تردید توجه دانشمندان علم روانشناسی بر ویژگیهای شخصیت و تاثیر آن بر تعاملات اجتماعی براهمیت توجه بر این مهم بیش از پیش می افزاید. چراکه تاثیرات شخصیت بر مرادوات اجتماعی افراد ممکن است آنها را به افرادی محبوب و دلخواه دیگران تبدیل کند و یا اینکه به علت داشتن برخی از صفات شخصیتی آنها را از اجتماعات دوستان و همسالان دور کرده به افرادی منزوی مبدل گرداند.

روش

این پژوهش به روش علی مقایسه ای انجام شده است.

آزمودنیها

جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی، شهرستان بهارستان در رشته های ریاضی، تجربی و انسانی بوده است.

در حدود ۲۱۳ نفر در پژوهش شرکت کردند. که از میان آنها جمعا ۳۶۸ نفر در گروههای محبوب و منزوی به منظور مقایسه قرار داده شد. روش نمونه گیری به گونه نمونه گیری خوشه ای انجام شد. آزمون آماری استفاده شده در این تحقیق t گروههای مستقل بود. روش انجام تحقیق به این صورت بود که با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان بهارستان از میان ۲۱ دبیرستان دخترانه دو بخش موجود در منطقه به نامهای بوستان و گلستان، تعداد ۸ دبیرستان به گونه تصادفی انتخاب شد. با مراجعه به مدارس فوق آزمون جامعه سنجی در ۱۸ کلاس میان دانش اجرا شد. از آنها خواسته شد به سه سوال پاسخ دهند و افراد مورد نظر را تنها از کلاس خود انتخاب کنند. تعداد افراد انتخاب شده به دست خودشان بود و در

شده است همچنین پایایی این آزمون در تحقیقات دیگر نیز تایید شد. [۲۷]، [۲۸].

۲) آزمون شخصیتی آیزنک (EPI)

آیزنک یک پرسشنامه ۵۷ آیتمی با نمره ۱ برای بله و نمره ۰ برای نه معرفی کرده اند: [۲۹] سه بعد شخصیت آیزنک عبارتند از:

۱- برون گرایی (E) در برابر درون گرایی (I)؛^۱

۲- روان رنجوری (بی ثباتی، N) در برابر پایداری هیجانی؛^۲

روان پریش خوئی در برابر کنترل تکانه (کارکرد فرامن نیز خوانده شده است) (p)؛^۳

محقق در این پژوهش به بررسی برونگرایی درونگرایی و روان رنجوری و ثبات شخصیت می پردازد.

معلوم شده است صفات و ابعادی که آیزنک، معرفی کرده است به رغم تفاوت محیطی و تاثیرات اجتماعی که هر یک از ما با آنها مواجه میشویم در سراسر عمر ثابت می مانند. موقعیت های ما ممکن است تغییر کنند، اما این ابعاد بدون تغییر می مانند. برای مثال کودک درونگرا در بزرگسالی همچنان درونگرا می ماند. [۳۰].

برونگرایی^۴: احساسی اجتماعی - بی خیال - اهل مهمانی، تکانشی، پرخاشگر، خوشبین برونگرایان بسوی دنیای بیرون گرایش دارند مصاحبت با دیگران را ترجیح می دهند تمایل دارند به اینکه بسیار مردم آمیز، تکانشی، جسور، سلطه گرو خطر جو باشند درونگرایی^۵: ساکت، مردم گریز، اهل فکر، مشغولیت به کار و فکر، اهل ریسک نیست، معیارهای اخلاقی را رعایت می کند. درونگرایان، کاملاً نقطه مقابل برونگرایان هستند. درونگرایان بخاطر بالا بودن سطح انگیزتگی مغزی شان از برانگیختگی اجتناب می ورزند. در نتیجه درونگرایان شدیدتر از برونگرایان به تحریک حسی واکنش نشان

می دهند. روان روان رنجور خوئی^۶: مضطرب، نگران آینده احساساتی با واکنشهای تند هیجانی، زودجوش می آورند زود پی به اشتباهشان می برند، مستعد به اختلال روانتی هستند. آنها ممکن است عزت نفس کم داشته و مستعد احساسهای گناه باشند. آیزنک پیشنهاد می کند که روان رنجور خوئی عمدتاً ارثی است بجای یادگیری یا تجربه، حاصل ژنهاست. روان رنجور خوئی در ویژگیهای زیستی و رفتاری آشکار می شود که با ویژگیهای افرادی که در پایداری هیجانی انتهای این بعد قرار دارند فرق می کند. افرادی که روان رنجوری زیاد دارند در آن قسمت های مغز که شاخه سمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار را کنترل می کنند، فعالیت بیشتری را نشان می دهند. این تفاوتها در واکنش پذیری زیستی در بعد روان رنجور خوئی فطری هستند. [۳۱] یعنی مردم بصورت ژنتیکی به روان رنجور خوئی و یا به پایداری هیجانی متمایل هستند.

اعتبار و پایایی آزمون شخصیت آیزنک توسط جهت برآورد پایایی مقیاس های چهار گانه پرسشنامه شامل دروغ سنجی، روان پریش گرایی، روان رنجور خوئی، برونگرایی انجام شده وبا استفاده از روش باز آزمایی (با فاصله یک ماه) به ترتیب ضرایب ۰٫۷۰، ۰٫۵۹، ۰٫۷۰ و ۰٫۵۵ را گزارش داده است [۳۲] نتایج اجرای این سیاهه شخصیت بر یک نمونه ۱۴۳ نفری آلفای کرونباخ را در همسانی درون ۰٫۷۹ گزارش کرده است [۳۳].

شیوه تحلیل داده ها

با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و داده های حاصل از اندازه گیری آنها و به منظور توصیف داده ها از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع استفاده شده است همچنین برای تجزیه و تحلیل آماری آزمون خی دو به کار گرفته شده است.

1. Extraversion versus introversion (E)
2. Neuroticism versus emotional stability (N)
3. Psychoticism versus impulse control (p)
4. Extrovert
5. Introvert

6. Neuroticism

جدول ۱: جدول توافقی برونگرایی و درونگرایی شخصیت در دو گروه محبوب و منزوی

کل	برونگرا	درونگرا	شخصیت	
			گروه	
174	151	23	فراوانی	محبوب
			درصد	
100/0	86/8	2/13		
179	114	65	فراوانی	منزوی
			درصد	
100/0	63/7	36/3		
353	265	88	فراوانی	کل
			درصد	
100/0	75/1	24/9		

محبوب بسیار بالاتر از گروه منزوی به نظر می‌رسد. جدول ۲ آزمون معنی‌داری تفاوت بین دو گروه محبوب و منزوی را از نظر درونگرایی و برونگرایی می‌سنجد. جدول ۳ توزیع فراوانی درصد نتایج آزمون شخصیت آیزینگ را در بعد روانرنجوری و ثبات شخصیت در دو گروه محبوب و منزوی نشان می‌دهند.

جدول ۲: آزمون خی دو برای مقایسه دو گروه از نظر

درونگرایی و برونگرایی ابعاد شخصیت

سطح معنی داری	درجه آزادی	خی دو
0/001	1	23.9

نتایج

محاسبات انجام شده در دو بخش آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی ارائه شده است. جدول ۱ توزیع فراوانی درصد نتایج آزمون شخصیت آیزنگ را برای ابعاد درونگرایی و برونگرایی در دو گروه محبوب و منزوی نشان می‌دهند. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهند که در گروه محبوب تعداد افراد برونگرا (۱۵۱ نفر معادل ۸۶٫۸ درصد) بسیار بیشتر از افراد درونگرا (۲۳ نفر معادل ۱۳٫۲ درصد) است. همچنین در گروه منزوی، تعداد افراد درونگرا (۱۱۴ نفر معادل ۶۳٫۷ درصد) بیشتر از افراد برونگرا (۶۵ نفر معادل ۳۶٫۳ درصد) است. با این حال درصد افراد برونگرا در گروه

جدول ۳: جدول توافقی ابعاد ثبات شخصیت و روانرنجوری در دو گروه محبوب و منزوی

کل	روانرنجوری	ثبات شخصیت	شخصیت	
			گروه	
179	84	95	فراوانی	محبوب
			درصد	
100.0	46.9	53.1		
178	122	56	فراوانی	منزوی
			درصد	
100.0	68.5	31.5		
357	206	151	فراوانی	کل
			درصد	
100.0	57.7	42.3		

ثبات شخصیت تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج فراوانی های جدول ۳ نشان می دهد که رواننجوری در گروه منزوی بیشتر و ثبات شخصیت کمتر است. بالعکس ثبات شخصیت در گروه محبوب بیشتر از گروه منزوی است. بنا براین می توان نتیجه گرفت گروه محبوب دارای ثبات شخصیت بیشتری نسبت به گروه محبوب هستند و گروه منزوی نسبت به گروه محبوب رواننجور تر می باشند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج فراوانی های جدول 5 نشان می دهد که برونگرایی در گروه محبوب بیشتر از گروه منزوی است. با توجه به تجزیه و تحلیل آماری می توان نتیجه گرفت که دانش آموزان محبوب در گروه مورد پژوهش ما برونگرتر از دانش آموزان منزوی هستند. و گروه منزوی درونگرتر از گروه محبوب می باشند. این یافته ها همسو با یافته های محققین [۹]، [۱۱]، [۲۰] می باشد. بطوریکه همگی آنها در بیان علت محبوبیت به صفت شخصیتی برونگرایی اشاره داشته اند. بدیهی است افراد برونگر و معاشرتی در بیان احساسات درونی و مکنونات قلبی خود و به تبع آن میزان محبت و صمیمیت خود توانمندتر از دانش آموزان منزوی هستند. که این خود باعث محبوبیت آنها می شود. باز خورد تعاملات گرم و صمیمانه افراد با دیگران به شکل تقویت مثبت از سوی آنان نمایان می گردد. این تقویت مثبت به شکل پذیرش اجتماعی فرد نمود می یابد بنابراین می توان نتیجه گرفت که افراد برونگر با دلیل خصوصیت معاشرتی، گرم و صمیمی بودن، بیشتر از درونگرایان مورد توجه اطرافیان قرار می گیرند. نتایج حاصل از این تحقیق نیز این رابطه را تایید کرد. اما در تبیین ویژگی درونگرایی در افراد منزوی، یافته های حاصل از این تحقیق نشانگر آن بود که افراد منزوی درونگر بوده و بیشتر در دنیای درونی خود سیر می کنند که این یافته ها همسو با یافته های محققین [۳۴] است. آنها صفات درونگرایی و در خود بودن را علت توانمندی کم آنها در برقراری روابط صمیمانه و گرم با اطرافیان می دانند

یافته های جدول و نمودار فوق نشان می دهند که در گروه محبوب تعداد افراد با ثبات شخصیت (۹۵ نفر معادل ۵۳،۱ درصد) و بیش از افراد رواننجور (۸۴ نفر معادل ۴۶،۹ درصد) است. از طرف دیگر در گروه منزوی، تعداد افراد رواننجور (۱۲۲ نفر معادل ۶۸،۵ درصد) بیش از افراد با ثبات شخصیت (۵۶ نفر معادل ۳۱،۵ درصد) است. بنابراین به نظر می رسد بین دو گروه در بعد (ثبات و رواننجوری شخصیت) تفاوت وجود دارد. آزمون زیر معنی داری تفاوت بین دو گروه را می سنجد.

جدول ۴: آزمون خی دو برای مقایسه دو گروه از نظر ابعاد شخصیت (ثبات شخصیت و رواننجوری)

خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
16.2	1	0/001

جدول ۴ آزمون معنی داری تفاوت بین دو گروه محبوب و منزوی را از نظر ثبات شخصیت و رواننجوری می سنجد.

در جدول ۲ با توجه به خی دو محاسبه شده (۲۳،۹) که از خی دو بحرانی جدول (۶/۶۳) در سطح آلفای ۰/۰۱، و درجه آزادی ۱ و هم چنین سطح معنی داری $p=0/001$ ($x^2=23.9 > 6/63$)، کوچکتر است، فرض صفر رد می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه محبوب و منزوی از نظر ابعاد درونگرایی و برونگرایی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج فراوانی های جدول ۱ نشان می دهد که برونگرایی در گروه محبوب بیشتر از گروه منزوی است. بنا بر این می توان نتیجه گرفت که گروه محبوب برونگرتر از گروه منزوی هستند. و گروه منزوی درونگرتر از گروه محبوب می باشند.

در جدول ۴ با توجه به خی دو محاسبه شده (۱۶،۲) که از خی دو بحرانی جدول (۶/۶۳) در سطح آلفای ۰،۰۱، و درجه آزادی ۱ ($x^2=16.2 > 6/63$)، کوچکتر است، فرض صفر رد می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه محبوب و منزوی در بعد روان رنجوری و

- ازانزوا جلو گیری کنند. پیشنهاد می گردد.
- ۱- به دانش آموزان منزوی مسئولیت داده تا حس اعتماد به نفس و خود کار آمدی را در آنها تقویت کنند.
 - ۲- مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان منزوی و گوشه گیر را تقویت کنند.
 - ۳- رفتارهای اجتماعی مطلوب دانش آموزان را تقویت نمایند و آنها را در این مسیر تشویق کنند.
 - ۴- این پژوهش بر روی جمعیت دختران دانش آموز انجام شد پیشنهاد می شود این تحقیق بر روی پسران دانش آموز نیز انجام شود. و نتایج آن مورد مقایسه با این پژوهش قرار گیرد.
 - ۵- مسئله محبوب و منزوی بودن ممکن است، علاوه بر تاثیر متغیر های شخصیتی تحت تاثیر سایر متغیرهای اجتماعی و روانشناختی نیز باشند پیشنهاد می شود تحقیقات متعدد در همه ابعاد آن بوسیله پژوهشگران آینده انجام شود.

منابع

1. Troisi, A. (2001). gender differences in vulnerability to social stress. a Darwinian perspective. *physiol behav* vol:82. pp:443-449.
2. Bakker .m.ormal.j.verhulst.f. oldhinkel.a and oldhinkel. (2010). peer stressors and gender differences in Adolescents mental health the trulls stady. *Journal of Adolescent health* .vol:46. pp:444-450.
3. Lyons.r&Ross.k. (1997). Negotiating principles of entitlement in sibling property disputes. *Developmental psychology* vol:32, pp:90-101.
۴. کاپلان، پاول اس. (۲۰۰۲). روانشناسی رشد، سفر پر ماجرای کودک. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۸۴). چاپ چهاردهم. انتشارات خدمات فرهنگی رسا.
5. Burne.D.Griffitt.W.Stefaniak.D. (2007). relationship between personality similarity and attraction is entirely consistent with the findings of attitude similarity studies. *journal of psyc* Info database record .pp:325-345

چرا که افراد درونگرا در دنیای ذهنی و درونی خود زندگی می کنند و در ابراز احساسات درونی خود به گونه گرم و صمیمانه از توانمندی کمتری برخوردارند. در نتیجه در جلب رضایت و توافق اطرافیان موفقیت کمتری دارند. برونگرایان بیش از درونگرایان، به موقعیتهای پاداش دهنده گرایش دارند [۱۰].

نتایج فراوانی های جدول ۶ نشان می دهد که روان رنجوری در گروه منزوی بیشتر و ثبات شخصیت کمتر است. بالعکس ثبات شخصیت در گروه محبوب بیشتر از گروه منزوی است. بنا براین می توان نتیجه گرفت گروه محبوب دارای ثبات شخصیت بیشتری نسبت به گروه محبوب هستند و گروه منزوی نسبت به گروه محبوب روان رنجور تر می باشند. این یافته ها همسو با پژوهشهای [۹]، [۱۲]، [۱۳]، [۱۹] و [۱۴] است. نتایج تحقیقات [۱۲] نشان داده افراد روان رنجور مواقع اجتماعی را با ترس و اضطراب پیش بینی می کنند. به همین دلیل از رویارویی با تعاملات اجتماعی اجتناب می کنند تا بر ترس و اضطراب خود، غلبه کنند. کاستن از تعاملات اجتماعی نیز به نوبه خود موجبات انزوا در میان گروه همسالان را بوجود می آورد. در مقابل افرادی که دارای ثبات شخصیت هستند در کنترل خشم و تکانه های عصبی توانمندند. و قلیان هیجانات خشم و اندوه در آنها کم است. در توجیه مطلب می توان گفت برقراری روابط صمیمانه و محبت آمیز نیازمند بردباری در برابر مشکلات و سوء تفاهم هاست. و چنانچه فرد در این امر تسلط کافی نداشته باشد، براحتمی دچار حملات بی امان حالات عصبی و نوروبتیک و هیجاناتی چون خشم و پرخاشگری خواهد شد. که همگی آنها آفات روابط صمیمانه و دوستانه است و بالطبع از محبوبیت فرد خواهد کاست و فرد را تبدیل به فردی منزوی خواهد کرد.

پیشنهادات کاربردی

بی تردید اولیا مدارس، مدیران و مشاوران با کمک اولیا دانش آموزان می بایست راهها و تمهیدات مقابله ای را بیندیشند تا از عوارض ناگوار روانی و اجتماعی ناشی

15. Douglas. E. Ewan. W. power. A. Hersey. j. renaud. j. (2006). Need for approval and population sex differences in elementary school students. *journal of consulting and clinical psychology*.pp;123-132.
۱۶. نوید وراتوس، (۲۰۰۷). بهداشت روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۸) چاپ اول. تهران. انتشارات ارسباران. چاپ اول.
۱۷. بیگلو، پیروز (۱۳۸۱). روانشناسی نوجوانی. چاپ دوم. تهران. نشر سرآمد کاوش.
18. Ciarrochi. v. (2001). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Journal of personality and individual differences*.pp;124-134.
19. Furman ,L. (2006). How to be popular. *journal of personality types and youth style*.pp;85-98.
۲۰. گنجی، حمزه. (۱۳۸۶). روانشناسی تجربی. تهران. چاپ یازدهم. انتشارات پیام نور.
۲۱. گلشنی، فومنی. (۱۳۸۳). روانشناسی پویایی گروه. تهران. انتشارات پیام نور.
22. Key. oliver. dock, huffman. sirnam, anable. carlos s, zinet. (1982). sociometry validity in student. *journal of social psychology*. vol:12. pp:112-135.
23. Dodge, karrine. coie, Jennifer. pettit, gallen. & price, joolyan. (1990). peer status and aggression ;survey of sociometry validity and reliability in boys group. *developmental and contextual analysis. child develioment*. vol: 61. 1289-1309.
24. Northway, malcom. (1967) A primer of sociometry. torento: university of torento press.
25. Wentzel , Karlla . Caldwell , kimm . (2003) friend ships , peer acceptance an group membership : relations to academic achievement in middle school . *child Development* . 68.p p : 1198 – 1209.
۶. فیست، جس. فیست، گریگوری. جی. (۲۰۰۵). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۷). چاپ سوم. تهران. نشر روان.
۷. والترجی، استفان. دین، آرچر. اسنایدن، مارک. ایکس، ویلیام. (۲۰۰۰) روانشناسی اجتماعی، روابط میان گروهی، انحراف اجتماعی، شخصیت و رفتار اجتماعی. ترجمه احمد رضوانی. (۱۳۸۰). چاپ اول. تهران. موسسه چاپ و نشر آستان قدس رضوی (شرکت به نشر).
۸. برگ، لورا. (۲۰۰۹). روانشناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی). جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۶). نشر ارسباران.
۹. شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۸۳). روانشناسی رشد ۲. نوجوانی و بلوغ. تهران. چاپ شانزدهم. انتشارات پیام نور.
10. Elliot .A. trush. J. (2002). competence valuation as astrategic intrinsic motivation process. *gournal of personality and social psychology bulltin*.vol;26. pp;780-794.
11. Farmer, TH. & Rodkin. PH & D. van. a. Richard. E (2005). Adolescents concept of popularity and unpopularity. *journal of educationalpsycology*. Vol:14. pp:132-145.
۱۲. ریو، مارشال. جان. (۲۰۰۶). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی، سید محمدی. (۱۳۸۸). تهران. انتشارات ویرایش. چاپ چهاردهم. [۱۲]
13. Vandertagel. j. e. l. tuts. k. p. hoekstra and noor-thoom. e. o. (2009). seclusion the perpective of student. *International journal of law an psy-chiatry*. vol;32. issue;6. pp;408-415.
14. Lazar stankov . (2007) . the structure Among measures of personality , social Attitudes , values , and social Norms . *journal of Individ-ual difference* , vol : 28 . p p : 540 – 584 .

۳۱. عسکری، م (۱۳۸۲). هنجاریابی پرسشنامه نوجوانان آیزنک برای دانش‌آموزان دوره متوسطه همدان، پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۷، شماره ۳ و ۴، ص ۶۵-۸۰.

32. Dowan, M. (2003). Look at the reliability of Hans Eysenck's EPI test. Retrieved from the world wide web. <http://www.members.lycos.co.uk/Dawnmac/eysencks-epi>.

33. Paisley, A. C. (2003). Eysenck personality inventory Epi. Retrieved from the world wide web. <http://www.socsci-paisley.ac.uk/ee/idlec4/sldo10.htm>.

34. Ladhari, R. P. F. Bresolles, G. Zins, M. (2010). Culture and personal values; how they influence perceived service quality. *Journal of Business*, pp: 7-12.

26. Rock, Mally & Hay, even. (1953). Investigation of the use of tests as a predictor of leadership and group effectiveness in a job evaluation situation. *Journal of social psychology*, vol: 38, pp: 109-119.

27. Wu, Xiny. Hart, Cline. Draper. Townny. Olsen, Gacoob. (2001). Peer and teacher sociometrics for preschool children. Cross-informant concordance, temporal stability, and validity. *Merrill Palmer Quarterly*, 47(3), 416-444.

28. Jiang, Xlee. Cillessen, Anna. (2005). Stability and continuous measures of sociometric status: a meta-analysis. *Developmental Review*, vol: 25, 10, 1-25.

29. Eysenck, W & Eysenck, T. (1964). *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*. Psychology Press, LTP.

30. Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*. New York: Plenum Press.

رابطه هوش هیجانی، شیوه‌های مقابله با استرس و هوش عمومی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پیش دانشگاهی

نویسنده: فیروزه سپهریان آذر^{*۱}.

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه ارومیه

* Email: f_sepehrian@yahoo.com

چکیده

هدف اصلی مطالعه حاضر، تحلیل رابطه بین هوش هیجانی، هوش عمومی، راهبردهای مقابله با استرس با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان ارومیه بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش آموزان پیش دانشگاهی دختر و پسر شهرستان ارومیه که در شاخه نظری تحصیل می کردند، تشکیل دادند. ابتدا تعداد ۳۱۰ نفر با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای تصادفی انتخاب شدند و به آزمون های هوش هیجانی بار-آن و پرسشنامه مقابله با استرس پارکر- اندلر پاسخ دادند. سپس ۵۰ نفر از این تعداد به شیوه تصادفی انتخاب شدند و به آزمون هوش کتل پاسخ دادند. این تحقیق از نوع روش همبستگی می باشد و برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، روش های آماری میانگین، انحراف معیار، تحلیل اکتشافی و تاییدی، روش الگو یابی معادلات ساختاری (برای ۳۱۰ دانش آموز) و ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیری (برای ۵۰ دانش آموز) به کار گرفته شد. یافته های حاصل از الگو یابی معادلات ساختاری نشان داد که اثر مستقیم هوش هیجانی بر پیشرفت تحصیلی و سبک مقابله مسئله مدار مثبت و معنادار است. سبک مقابله هیجان مدار با پیشرفت تحصیلی رابطه معکوس معنادار دارد. ارتباط بین هوش هیجانی و راهبردهای مقابله اجتنابی معنادار نبود. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره نشان داد که از بین متغیر های مورد مطالعه هوش عمومی پیش بینی کننده معنادار پیشرفت تحصیلی در مطالعه حاضر می باشد.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، هوش عمومی، راهبردهای مقابله با استرس، پیشرفت تحصیلی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و دکتر

• دریافت مقاله: ۹۰/۴/۵

• پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۲۱

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

استرس با زندگی بشر پیوند خورده و در مسیر رشد تکاملی انسان، مقابله با آن بیش از پیش پیچیده تر گشته است. قرن بیستم دوره استرس و اضطراب و سال‌های اخیر دوره مقابله با استرس نامیده شد [۱]. بشر برای سازگاری و تطابق با محیط، نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارت‌هایی است که او را در مقابله با استرس یاری کنند، زیرا استروسورها انسان را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تاثیر قرار می‌دهند. لازاروس و فوکلمن^۱ [۲] به هرنوع تلاش، سالم یا ناسالم برای جلوگیری، از بین بردن یا تضعیف منبع استرس یا به تلاش‌های فرد برای مدیریت یا کنترل موقعیت چالش برانگیز یا پر دغدغه، مقابله می‌گویند و آن را به دو دسته، راهبردهای مسئله مدار و هیجان مدار، تقسیم کردند. اندلر و پارکر^۲ [۳] اجتناب از مشکلات را سومین دسته اصلی راهبرد های مقابله دانستند. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار به روش‌هایی گفته می‌شود که بر اساس آن فرد اعمالی را که برای کاهش یا برطرف کردن استرس به کار می‌گیرد، بررسی و محاسبه کرده، در باره مسئله اطلاعات بیشتری را جستجو و بر آن اساس گام‌هایی را برای حل مسئله الویت بندی می‌کند. برعکس، در راهبردهای مقابله ای هیجان مدار فرد بر خود متمرکز شده و تمامی کوشش او در جهت کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. گریه کردن، رفتارهای عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی از جمله روش‌های هیجان مدار می‌باشد. هدف راهبردهای مقابله ای اجتنابی، اجتناب از موقعیت‌های استرس زا است، که ممکن است به صورت روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت جدید و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود [۴].

رابطه میان روش‌های مقابله و نتایج تطابقی آن مانند، سلامت جسمی و روانی [۵، ۶]، سازش اجتماعی [۷]، شخصیت [۸] به مهمترین موضوع تحقیق در میان محققان در آمده است. عده ای نیز به بررسی رابطه آن با هوش

هیجانی [۹، ۱۰] پرداخته اند، بار- آن [۱۱] مقابله موفقیت آمیز با موقعیت‌های استرس زا را در مرکز سازه هوش هیجانی قرار می‌دهد. سالوی و همکاران [۱۲] ادعا می‌کنند، افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، در مقابله با استرس از موفقیت بیشتری برخوردارند. زیرا این افراد حالات هیجانی خود را بطور دقیق درک و ارزیابی می‌کنند، می‌دانند که چگونه و چه زمانی احساسات خود را بیان کنند و می‌توانند بطور موثری حالات خلقی خود را تنظیم کنند. اکبر زاده [۱۳] اشاره می‌کند که "مقابله به عنوان پاسخ به هیجان، تحت تاثیر هوش هیجانی فرد می‌باشد، ص ۱۱۳". فرناندز- بروکال^۳ و همکاران [۱۴] ارتباط هوش هیجانی و استرس، اضطراب و افسردگی را در ۱۵۰ نوجوانان دبیرستانی مورد بررسی قرار داد، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که توانایی‌های هیجانی عاملی مهم در سازگاری‌های روانشناختی است.

مفهوم هوش هیجانی در سال‌های اخیر در هر دو زمینه علمی و کاربردی، توجهات زیادی را به خود اختصاص داده است [۱۵، ۱۶، ۱۷]. با وجود تعاریف متفاوت هوش هیجانی اغلب صاحب نظران بر این باورند که هوش هیجانی عبارت از پردازش مناسب اطلاعاتی می‌باشد که بار هیجانی دارند [۱۳]. گلمن [۱۸] هوش هیجانی را در مقایسه با هوش عمومی یا هوشبهر، پیش بینی کننده قوی تری برای موفقیت در زندگی فردی و شغلی دانست و اشاره کرد، وقتی افراد با هوش شناختی متوسط به طور شگفت انگیزی پیشرفت می‌کنند، شاید بتوان آن را به هوش هیجانی بالای آن‌ها نسبت داد.

طرفداران نظریه‌های ترکیبی از جمله بار- آن هوش هیجانی را به عنوان توانایی‌های غیر شناختی تعریف می‌کنند که بر توانایی فرد در رویارویی با خواسته‌ها و فشارهای محیطی تاثیر می‌گذارد [۱۹ - ۱۱].

نظریه سالوی و مایر [۲۰] که یک تئوری توانایی از هوش هیجانی است، هوش هیجانی را توانایی تشخیص و مدیریت هیجان‌ات خود و دیگران و توانایی تسهیل تفکر توسط هیجان‌ات تعریف کرده اند. بنابراین می‌توان ادعا

1 . Lazarus & Folkman

2 . Endler & Parker

3 . Fernandez-Berrocal

هوش هیجانی و موفقیت تحصیلی گزارش کرده اند، برخی دیگر از مطالعات [۲۸] حاکی از رابطه معنادار بین هوش هیجانی و موفقیت تحصیلی می باشد. لاو و نلسون [۲۹] نیز مهارت های هوش هیجانی را از اجزاء مهم برای پیشرفت تحصیلی در نظر گرفتند. آن ها برنامه آموزشی سازمان یافته ای را در پنج مرحله برای دانشجویان طرح ریزی کردند که مدیریت زمان (خودتدبیری)، قدرت (دستیابی به اهداف) و تعهد اخلاقی (مسئولیت شخصی) را در بر دارد. ماورولی^۳ و همکاران [۳۰] تاثیر هوش هیجانی را بر خواندن، نوشتن، ریاضیات، روابط اجتماعی با همتایان و خود ابرازی در مقابل گروه های فشار در دانش آموزان ابتدایی بررسی کردند و این تاثیر را مهم و چند وجهی دانستند. زی، چایجز، اسپاکل [۲۱] رابطه هوش هیجانی و هوش آموزشی و شاخص های موفقیت تحصیلی و اجتماعی را بر نمونه ای از ۱۱۶ دانشجوی رشته های هنر، روانشناسی و اقتصاد مورد بررسی قرار دادند، سن نمونه های مورد مطالعه آن ها بین ۱۸ تا ۳۰ سال متفاوت بود، نتایج مطالعه آنان همبستگی نامرتبیطی ($r=0/26$) بین هوش هیجانی و هوشبهر نشان داد. با توجه به یافته های متناقض در رابطه با همبستگی هوش هیجانی با هوش عمومی و پیشرفت تحصیلی، مطالعه هرچه بیشتر در این راستا ضروری به نظر می رسد و نیز مشاهده می شود که تعداد بیشتری از دانش آموزان پیش دانشگاهی با نزدیک شدن به امتحان کنکور، استرس زیادی را تحمل می کنند و برخی نیز در نتیجه استرس نمی توانند به موفقیت مورد نظر خود دست یابند، لذا مطالعه تاثیر هر یک از متغیرهای پیش گفته بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان پیش دانشگاهی ضرورت دیگر پرداختن به این موضوع را نشان می دهد.

با توجه به مطالب ذکر شده هدف مطالعه حاضر تحلیل رابطه بین هوش هیجانی، راهبردهای مقابله با استرس، هوش عمومی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان پیش دانشگاهی می باشد. جهت دست یافتن به این هدف فرضیه های زیر تدوین و مورد آزمون قرار گرفت.

کرد که دو مولفه تسهیل تفکر توسط هیجانان و شناخت هیجانان با فرآیند های شناختی سر و کار دارند [۲۱]. بهره هوشی مقیاس توانایی های شناختی مانند، توانایی یادگیری، درک و فهم، تعامل با موقعیت های جدید، مهارت استفاده از منطق می باشد [۲۲]. هوش هیجانی عموماً به عنوان یک سازه در درون چهار چوب توانایی های شناختی انسان مورد توجه است [۱۸، ۲۳]. ویژگی مشترک هوش تحلیلی و هیجانی آن است که هر دو از دانش بیانی^۱ و معلومات روندی^۲ استفاده می کنند و این دانش را به شیوه انعطاف پذیر به کار می گیرند. تفاوت مهم هوش عمومی و هیجانی در استفاده و کاربرد دانش می باشد. هوش تحلیلی در ارتباط با مسائلی است که برای آن یک راه حل خوب وجود دارد، در مقابل هوش هیجانی به مسائلی مربوط می شود که می تواند به چند طریق مختلف تفسیر شود، جایی که هیچ راه حل عینی قابل دسترس وجود ندارد و پاسخ های مختلف ممکن است به نتایج مطلوب منجر شود، رفتار هوشمندانه هیجانی، توسط محیطی مشخص می شود که رفتار در آن به نمایش گذاشته می شود [۲۴]. البته مطالعات معدودی [۲۵، ۲۶] ارتباط این دو را بررسی کرده اند و برخی مطالعات تجربی [۲۱]، نیز قادر به مشخص کردن یک همبستگی آشکار بین هوش هیجانی و هوش عمومی نبوده اند.

نظام آموزشی ما همواره بر هوشبهر دانش آموزان تاکید دارد ولی بهره هوشی ضامن موفقیت افراد در دراز مدت نیست و برای موفقیت نهایی باید به جنبه های عاطفی هیجانی و مهارت های زندگی نوجوانان نیز توجه نمود [۱۳]. معمولاً، زمانی که دانش آموزان در آزمون های تحصیلی، پیشرفتی نشان نمی دهند، مدارس از کلاس های جبرانی و یا کتاب های کمک درسی استفاده می کنند ولی این اقدامات چندان موثر واقع نمی گردند، زیرا فکر دانش آموزان مشغول عوامل استرس زایی است که در منزل، گروه همتایان و جامعه وجود دارد. برخی از مطالعات [۲۱] ارتباط ضعیف و یا نامرتبیطی [۲۷] را بین

1 . Declarative knowledge

2 . Procedural knowledge

دسته آزمون‌های آماری استفاده شد. برای تحلیل داده‌های حاصل به دست آمده بر نمونه ۳۱۰ نفری از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. از آنجایی که تحلیل داده‌ها بوسیله معادلات ساختاری بر روی نمونه‌های کوچک امکان‌پذیر نیست، لذا برای تحلیل داده‌های حاصل از نمونه ۵۰ نفری از همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

ابزار تحقیق

۱) آزمون هوش هیجانی

آزمون ۱۱۷ سوالی بار- آن به ۲۲ زبان ترجمه شده و داده‌های نرم آن در بیشتر از پنج کشور جمع‌آوری شده است. این آزمون در ایران توسط راحله سموعی [۳۱] در شهر اصفهان ترجمه و هنجاریابی شد. پس از هنجاریابی آزمون پرسشنامه از ۱۱۷ سوال به ۹۰ سوال تقلیل یافت. آزمون ۹۰ سوالی بار- آن برای افراد ۱۶ تا ۲۹ ساله تهیه شده است. میانگین این آزمون ۱۰۰ و انحراف استاندارد آن ۱۵ می‌باشد. پاسخ‌های آزمون بر روی یک مقیاس پنج درجه ایی لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. مقیاس‌های آزمون عبارتند از: خودآگاهی، خودابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشارروانی، کنترل تکانه‌ها، خوش بینی، شادمانی.

پایایی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ و از طریق روش زوج- فرد ۰/۸۸ گزارش گردید که در سطح $P < 0/001$ معنادار است [۳۱]. پایایی آزمون برای نمونه مورد مطالعه با برقرار بودن شرط مفروضه $KMO = 0/782$ و معنادار بودن بارتلت) از طریق آلفای کرونباخ تحلیل اکتشافی و تحلیل تاییدی به دست آمد. در این مطالعه آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱۴ و شاخص‌ها $GFI = 0/87$ ، $AGFI = 0/83$ ، $SRMR = 0/079$ ، $RMR = 0/095$ ، $CFI = 0/78$ برآورد شد. این آزمون به صورت فردی و گروهی قابل اجراست. اکثر آزمودنی‌ها برای پاسخ ۴۰-۳۰ دقیقه وقت

۱. هوش هیجانی دانش آموزان پیش دانشگاهی اثر معنی‌داری بر سبک‌های مقابله با استرس آنان دارد.
۲. هوش هیجانی دانش آموزان پیش دانشگاهی اثر معنی‌داری بر پیشرفت تحصیلی آنان دارد.
۳. سبک‌های مقابله با استرس دانش آموزان پیش دانشگاهی اثر معنی‌داری بر پیشرفت تحصیلی آنان دارد.
۴. هوشبهر، هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس دانش آموزان پیش دانشگاهی به طور معنی‌داری پیشرفت تحصیلی آنان را پیش بینی می‌کنند.

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه دانش آموزان دوره پیش دانشگاهی شهرستان ارومیه که در شاخه نظری تحصیل می‌کردند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. آموزش و پرورش شهرستان ارومیه دارای دو ناحیه می‌باشد. ابتدا به طور کاملاً تصادفی از هر دو ناحیه، دو مدرسه پیش دانشگاهی دخترانه و دو مدرسه پیش دانشگاهی پسرانه انتخاب گردید، در مرحله دوم از هر مدرسه دو یا سه کلاس (با توجه به تعداد دانش آموزان در کلاس‌های مدرسه) به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند و در نهایت ۳۱۰ (۱۴۴ پسر و ۱۶۶ دختر) دانش آموز پیش دانشگاهی نمونه مورد مطالعه را تشکیل دادند. پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی‌ها، نسخه ایرانی آزمون هوش هیجانی بار- آن، آزمون مقابله با استرس پارکر و اندلر اجرا گردید. جهت سنجش هوش دانش آموزان از آزمون هوش کتل (۳) استفاده شد. به علت افزایش دقت در اجرای آزمون، مقیاس (۳) کتل به صورت فردی اجرا گردید، بر این اساس ۲۰)۵۰ پسر و ۳۰ دختر) دانش آموز به شیوه تصادفی از بین نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند و به آزمون کتل پاسخ دادند.

برای ارزیابی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان از معدل ترم اول سال تحصیلی استفاده شد. در تحلیل حاضر با توجه به تعداد آزمودنی‌ها از دو

لازم دارند.

می رود و مستقل از اثرات فرهنگ می باشد. کتل معتقد است که آزمون های ادراکی که در آن ها هوش، بین عناصر ادراک فوری روابطی برقرار می کند، بیش از آزمون های دیگر مبرا از نفوذ فرهنگ هستند [۳۳]. آزمون ناوابسته به فرهنگ کتل دارای سه مقیاس است [۳۴]. در این پژوهش از مقیاس ۳ استفاده شد. آزمودنی باید از بین تصاویر سمت راست، تصویری را که طرح تصاویر سمت چپ را کامل می کند، تشخیص دهد به هر تشخیص درست یک نمره داده می شود. بدین ترتیب، بر مبنای جمع نمره های خام آزمودنی و سن، هوش بهر استاندارد او تعیین می گردد. آهویی [۳۵] ضریب پایایی مقیاس ۳ را با روش کورد-ریچاردسون ۰/۶۷ و با استفاده از روش تصنیف ۰/۵۵ گزارش نموده است.

نتایج

ابتدا شاخص های توصیفی برای کل نمونه (۳۱۰ نفر و ۵۰ نفر) بررسی و نتایج در جدول شماره ۱ گزارش شد. میانگین و انحراف معیار محاسبه شده نشان می دهند که نمره ها از پراکندگی خوبی برخوردارند.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر معدل	N	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
هیجان مدار	۳۱۰	۴۹/۵۴	۱۱/۷۴	۷۷	۲۱
اجتنابی	۳۱۰	۴۸/۵۵	۱۰/۰۰۵	۷۳	۲۱
مسئله مدار	۳۱۰	۵۵/۱۱	۱۰/۰۲۵	۷۹	۲۶
هوش هیجانی	۳۱۰	۳۱۴/۲۰	۳۶/۵۴	۴۰۸	۲۰۲
هوشبهر کل	۵۰	۱۰۹/۸۸	۹/۹۹۷	۱۳۹	۹۵

برازندگی انطباق (GFI)^۲، شاخص تعدیل شده برازندگی انطباق (AGFI)^۳ و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)^۴ برای برازندگی الگوها استفاده شد (جدول ۲).

۲) آزمون مقابله با استرس پارکر - اندلر

این آزمون یک ابزار اندازه گیری خودگزارشی است که شامل ۴۸ سوال می باشد که به روش لیکرت نمره گذاری می شود. این سوالات سه زمینه رفتاری مقابله ای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی را در بر می گیرد. این آزمون به زبان فارسی ترجمه و بر روی ۳۱۳ آزمودنی دختر و پسر اجرا گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل مسئله مدار ۰/۹۰، برای عامل هیجان مدار ۰/۸۵ و برای مقابله اجتنابی ۰/۸۲ گزارش شده است [۳۲].

در مطالعه حاضر ضریب پایایی آزمون سبک های مقابله پارکر و اندلر برای سه زیر مقیاس محاسبه گردید که به ترتیب عبارت است از مسئله مدار برابر ۰/۸۶، هیجان مدار برابر ۰/۸۶۳ و اجتنابی برابر ۰/۷۸۳. در این مطالعه شاخص ها (SMSEA=۰/۰۵۵, AGFI=۰/۷۶, GFI=۰/۷۸, CFI=۰/۷۷) برازندگی کامل مدل را نشان می دهند.

۳) آزمون هوش کتل

آزمون هوش کتل برای اندازه گیری هوش کلی به کار

برای پیش بینی عملکرد تحصیلی، الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش مدل یابی معادلات ساختاری بررسی و از روش حداکثر احتمال برای برآورد الگو و از شاخص مجذور کای (χ²)، شاخص مجذور کای بر درجه آزادی، شاخص برازندگی مقایسه ای (CFI)^۱، شاخص

2 . Goodness of Fit Index
3 . Adjusted Goodness of Fit Index
4 . Root Mean Square Error of Approximation

1 . Comparative Fit Index

جدول ۲ مشخصه های برازندگی انطباق

PNFI	CFI	df	χ^2/df	χ^2	RMSEA	AGFI	GFI
۰/۶۸	۰/۸۳	۵۵۳	۲/۲۰	۱۲۱۷/۵۹	۰/۰۵۸	۰/۸۱	۰/۸۴

نشانگر، عامل سبک مقابله اجتنابی سه نشانگر، عامل سبک مقابله مسئله مدار شش نشانگر، سبک مقابله هیجان مدار نه نشانگر دارد. تمام نشانگرهای مربوط به سازه های نهفته در الگو، ضرایب مسیر بالایی را نشان دادند (جدول ۳).

عوامل جنسیت، هوش هیجانی، سبک مقابله مسئله مدار، سبک مقابله هیجان مدار، سبک مقابله اجتنابی سازه های نهفته در الگوی پیشنهادی مطالعه حاضر هستند. عامل جنسیت یک نشانگر، عامل هوش هیجانی پانزده

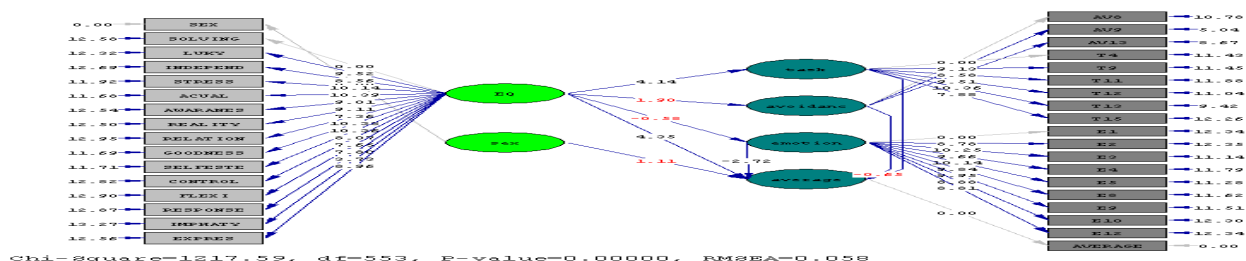
جدول ۳ - مسیرهای آزمون شده در الگوی معادله ساختاری

آماره تی	ضریب استاندارد شده	فرضیه
۰/۲۸	۰/۲۸	اثر هوش هیجانی بر:
***۴/۱۴	۰/۲۸	سبک مسئله مدار
۱/۹۰	۰/۱۴	سبک اجتنابی
-۰/۵۸	-۰/۰۳	سبک هیجان مدار
***۴/۳۵	۰/۲۴	پیشرفت تحصیلی
۱/۱۱	۰/۰۵	جنسیت
۰/۵۵	۰/۰۴	اثر سبک مسئله مدار بر پیشرفت تحصیلی
**۲/۷۲	-۰/۱۴	اثر سبک هیجان مدار بر پیشرفت تحصیلی
۰/۵۵	-۰/۰۴	سبک اجتنابی بر پیشرفت تحصیلی

P = ۰/۰۵ * P = ۰/۰۰۱ **

منفی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان تاثیر می‌گذارد. جهت بررسی ارتباط هوش عمومی با سایر متغیرهای مورد مطالعه از آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۴) و رگرسیون چندمتغیری (جدول ۵) استفاده شد.

بر اساس الگوی معادله ساختاری اثر مستقیم هوش هیجانی بر پیشرفت تحصیلی و سبک مسئله مدار از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. ولی جنسیت و هوش هیجانی رابطه معناداری نداشتند. همچنین سبک هیجان مدار به طور



شکل ۱ الگوی معادله ساختاری پس از برازندگی داده ها با الگوی مفروض

جدول ۴: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (n = 50)

متغیرها	هوش هیجانی	هوش عمومی	سبک مقابله مسئله مدار	سبک مقابله هیجان مدار	سبک مقابله اجتنابی
هوش هیجانی	۱				
هوش عمومی	**۰/۳۷۸	۱			
سبک مقابله مسئله مدار	**۰/۶۲	**۰/۳۶	۱		
سبک مقابله هیجان مدار	**۰/۴۹۱	-۰/۰۵۷	۰/۱۸۰	۱	
سبک مقابله اجتنابی	-۰/۲۰۱	-۰/۱۳۲	۰/۴۱۳	۰/۱۰	۱
پیشرفت تحصیلی	**۰/۴۰۴	۰/۷۴۴	**۰/۳۴۳	۰/۰۵۵	۰/۳۰۹

گام به گام به تعداد بیشتری آزمودنی برای هر متغیر پیش بین لازم است. برخی نیز معتقدند توان آماری نشان دهنده حجم نمونه کافی برای آزمایش فرضیه است [۳۷]. بنابراین به منظور بررسی قدرت پیش بینی کنندگی متغیرهای پژوهش در نمونه ۵۰ نفری از آزمون رگرسیون با شیوه ورود همزمان استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۵ خلاصه شده است.

نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیری برای ۵۰ نفر نمونه ($r=0/60$) مجذور آر تنظیم شده و $p=0/005$ و $F(5,44)=13/676$ نشان داد که در مطالعه حاضر جهت پیش بینی متغیر ملاک، هوشبهر در مقایسه با سایر متغیرهای مورد مطالعه قدرت پیش بینی بیشتری دارد. اما به دلیل کم بودن تعداد نمونه های مورد مطالعه این یافته قابل تعمیم به نمونه های دیگر نمی باشد.

نتایج موجود در جدول ۴ نشان می دهد که هوش هیجانی با راهبردهای مقابله مسئله مدار، هوش عمومی و پیشرفت تحصیلی همبستگی مثبت و معنی دار ($P \leq 0/01$) و با راهبردهای هیجان مدار همبستگی منفی معنادار دارد ($P \leq 0/05$). بدین معنا است که افراد با هوش هیجانی بالا بیشتر از شیوه های مقابله با استرس مسئله مدار استفاده می کند و برعکس افراد با هوش هیجانی پایین، از شیوه های مقابله هیجان مدار بیشتر استفاده می کنند. ولی ارتباط بین هوش هیجانی و راهبردهای اجتنابی معنادار نیست. مولفان مختلف پیشنهادها متفاوتی در ارتباط با تعداد آزمودنی های مورد نیاز برای رگرسیون چندگانه ارائه داده اند. برخی [۳۶] اشاره کرده اند که اگر متغیر ملاک دارای کجی نباشد می توان با حجم نمونه کم از رگرسیون با روش همزمان استفاده کرد ولی برای رگرسیون

جدول ۵: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری متغیرهای مورد پژوهش بر پیشرفت تحصیلی (n = 50)

مدل	SS	df	MS	F	P	R	R2	SE
همزمان	۱۵۰/۸۹	۵	۳۰/۱۷۸	۱۳/۶۷۶	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۰/۶۰	۱/۴۸۵
باقیمانده	۹۷/۰۹	۴۴	۲/۲۰۷					

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره برای یک مجموعه پیش بینی کننده (n=50)

متغیر پیش بین	B	SE	Beta	T	P
هوش هیجانی	/۰۰۹	۰/۰۰۵	۰/۲۷۴	۱/۸۳	۰/۰۷
هوش عمومی	/۱۴۸	۰/۰۲۴	-/۶۵۸	۶/۲۵	۰/۰۰۰
سبک مقابله مسئله مدار	-/۰۰۳	۰/۱۷	-۰/۰۲۱	-/۱۶۲	۰/۷۲
سبک مقابله هیجان مدار	/۰۳۳	۰/۱۶	۰/۲۲۸	۲/۰۲	۰/۰۴۹
سبک مقابله اجتنابی	-/۰۰۵	۰/۰۲۰	-/۰۲۵	-۰/۲۴	۰/۸۱

بحث و نتیجه گیری

همسو با راجرز و همکاران [۱۰] کمپل و انتوتبزی [۶] نتایج معادلات ساختاری (شکل ۱ و جدول ۲) نشان داد که اثر معنادار هوش هیجانی بر پیشرفت تحصیلی مستقیم و بر سبک مقابله هیجان‌مدار منفی می‌باشد. اما رابطه بین هوش هیجانی و شیوه مقابله اجتنابی در این مطالعه معنادار نبود. در تبیین این یافته می‌توان به گفته بار-آن [۱۱] که مدیریت استرس و انطباق‌پذیری را به‌عنوان دو مولفه مهم هوش هیجانی می‌داند، اشاره کرد. به عبارت دیگر، مقابله سازگارانه ممکن است در عمل، به عنوان هوش هیجانی مفهوم‌سازی شود. محققان مقابله‌های ناسازگارانه را به هوش هیجانی پایین نسبت می‌دهند، که در پردازش و تنظیم هیجانات منعکس می‌شود [۵]. سالوی و همکاران ادعا کردند که مقابله غیرانطباقی ممکن است، نتیجه مشکلاتی در پردازش هیجانات باشد، به عبارت دیگر، به نظر آن‌ها، مقابله غیرانطباقی در نتیجه هوش هیجانی پایین است [۱۲]. تحقیقات عنوان می‌کنند که مقابله هیجان‌مدار غیرانطباقی است و موجب افزایش استرس می‌شوند [۳۸]. اما نمونه‌های مخالف نیز گزارش شده است [۳۹]. به استناد گفته نظریه‌پردازان و پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان گفت که افزایش هوش هیجانی و استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار موجب بهبود در کیفیت روابط اجتماعی دانشجویان [۱۵، ۴۰، ۳۸] تامین سلامت روانی [۴۱، ۴۲] و پیشرفت تحصیلی [۴۳] آنان می‌شود. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر حاکی از رابطه معناداری بین هوش‌بهر و هوش هیجانی بود، این یافته اظهارات مایر و سالوی [به نقل از ۲۱] را تایید می‌کند آن‌ها هوش هیجانی را به‌عنوان یک سازه در درون چهارچوب توانایی‌های شناختی انسان مورد توجه قرار می‌دهند و معتقد هستند که ساختارهای شناختی و هیجانی به صورت یکپارچه عمل می‌کنند. همچنین یافته حاصل با نتایج مطالعه ارتباط بین سازه‌های هوش هیجانی و هوش آموزشگاهی [۸، ۴۴] و ارتباط بین هوش متبلور و هیجانی [۴۵]، همسو می‌باشد. البته برخی از مطالعاتی که بر ارتباط بین مفاهیمی مانند هوش اجتماعی [۴۶] و هوش

عملی [۴۷، ۴۸] با هوش آموزشگاهی متمرکز بودند، در نشان دادن یک همبستگی معنادار شکست خوردند. همانگونه که ملاحظه گردید، هوش‌بهر پیش‌بینی‌کننده قوی تری برای عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد شاید این یافته به علت این مسئله باشد که آموزش‌های آموزشگاهی بیشتر بر یادگیری برای امتحان دادن و نمره گرفتن تاکید دارد تا یادگیری برای زندگی کردن در جوامع مدرن امروزی و اکثر مطالعات در این زمینه [۲۱]، بر هوش متبلور متمرکز بوده‌اند تا هوش سیال. توجه به یافته‌های برخی از متخصصان تعلیم و تربیت [۴۹] که بر روی مسئولیت‌پذیری اجتماعی پژوهش کرده‌اند، باید از عقاید افرادی چون دیویی و گادنر [۵۰] استفاده کرد و از مدارس خواست تا دانش‌آموزان را با موقعیت‌های اجتماعی درگیر سازند و بجای تاکید بر محفوظات، در آموزش مطالب درسی به مهارت‌هایی نیز توجه کنند تا دانش‌آموزان بتوانند نگاه جدید به محیط اطراف خود داشته باشند و در فعالیت‌های گروهی و تصمیم‌گیری‌های اجتماعی شرکت کنند.

در مورد محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً در شهرستان ارومیه اجرا شد و نمونه‌های مورد مطالعه دانش‌آموزان دبیرستانی بودند. مجال برای مقایسه در دانشجویان و مجال برای مقایسه زیر مقیاس‌های هوش هیجانی وجود نداشت، علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه با تعداد نمونه‌های بیشتر در جامعه‌های آماری متفاوت انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی انجام گیرد که بتوانند زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه هوش هیجانی را با استفاده از تحلیل‌های عاملی مورد بررسی قرار دهند.

منابع

1. Bar-on, R., (2000) Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Inventory. In R. Bar-on & J.D.A. Parker (Eds.), Hand book of emotional intelligence. San Francisco: Jossey Bass.

14. Fernandez-Berrocal, P.; Alcaide, R.; & Extremera, N.; Pizarro, D. (2006). The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression among Adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1). 16- 27.
15. Salovey, P. Mayer, J.D., & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In S.R. Snyder, & S.J. Lopez. (Eds.). *Handbook of positive psychology*. (pp.159-171). Oxford University press.
16. Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I.K., Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social function. *Journal of Personality and Social Psychology*. 78:136-157.
17. Warner, M.S. (2007). Increasing EQ through coaching. www.talentsmart.com
18. Golman, D. (1995). *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
19. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psychothema*, 18, suppl., 13-25. Model overview retrieved from the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations website. <http://www.eiconsortium.org/measureseqi.html>
20. Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 9, 185-211.
21. Zee, v.k.; Thijs, m.; Schakel, a.l. (2002). The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the big five. *European journal of personality*. 16:103-125.
22. Dunn, S. (2005). Distinctions: EQ v. IQ. <http://www.susandunn.cc>
23. Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2000). Emotional intelligence as Zeitgeist as a personality, and as a mental ability. In Bar-on, R., Parker, J.D. (9eds). *Hand book of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey.
24. سپهریان، فیروزه. (۱۳۸۶). هوش هیجانی، از IQ تا EQ و SQ. ارومیه: انتشارات جهاد دانشگاهی ارومیه.
25. Brennan, E. (2010). What is EQ and how does it differ from IQ? www.oystercoaching.com
26. Waterhouse, L (2006). Multiple Intelligences, the Mozart Effect, and Emotional Intelligence: A Critical Review. *Journal of Educational Psychology*, 41(4), 207-225.
27. سپهریان، فیروزه. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و هوش شناختی دانشجویان دانشگاه ارومیه. چهارمین سمینار دانشجویی. دانشگاه شیراز.
2. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
3. Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping. *A critical evaluation*. 42, 844-854.
- ۴- شگری، امید؛ مرادی، علیرضا؛ دانشورپور، زهره؛ طرخان، رضا علی. (۱۳۸۷). نقش تفاوت های جنسیتی در سبک های مقابله با استرس و سلامت روانی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر. دوره سوم، شماره ۱.
5. Matthews, G. & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes. In R. Bar-on. *The hand book of emotional intelligence* (pp.459-489). San Francisco: Jossey Bass.
6. Campel, A. & Ntobedizi, A (2007). Emotional intelligence, coping and psychological distress. *Electronic Journal of Applied psychology*, 3(1). 39-54.
- ۷- بشارت، محمد علی؛ براتی، نازنین؛ لطفی، جمشید. (۱۳۸۷). رابطه سبک های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۳۲، ۲۷-۳۵.
- ۸- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۶). شخصیت و سبک های مقابله با استرس. فصل نامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۲، ۲۵-۴۹.
- ۹- شاهقلیان، مهناز؛ جاننثار شرق، راحله؛ عبدالمهدی، محمد حسین. (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک های مقابله با استرس با الگوهای ارتباطی میان زوجین. *مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره*. ۶، ۷۳-۸۸
10. Rogers, P., Phelps, G., Gardner, K. (2006). Belief in paranormal, coping and emotional intelligence. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41.1089-1705.
11. Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey Bass.
12. Salovey, P., Bedell, B.T., Detweiler, J.B., & Mayer, J.D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In C.R. Snyder (Ed.), *Coping: the psychology of what works* (pp.141-164). New York: Oxford University Press.
- ۱۳- اکبرزاده نسرین. (۱۳۸۳). هوش هیجانی: دیدگاه سالوی و دیگران. تهران: انتشارات فارابی.

۳۷. مولوی، حسین. (۱۳۸۸). spss برای علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.
38. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50, 571-579.
39. Baum, A., Fleming, R. E. & Singer, J. E. (1983). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Personality and Psychology*, 46, 877-891.
40. Halberstadt, A.G., Denham, S.A., Dunsmore, J.C. (2000). Affective social competence. *Journal of development* .10, 79-119.
41. Mayer, J.D., Dipaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli : A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
42. Mayer, J.D., Salovey, P., (1997). What is emotional intelligence? In *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, Salovey, p., Sluyter DJ (ed.). Basic: New York: 3-34.
43. Garner, P.W. (2010). Emotional competence and its influences on teaching and learning. *Educational Psychology Review*. Volume 22, Number 3, 297-321.
44. Schutte, N.S., Malouf, M., Hall, L.E., Haggerty, D., Cooper, J.I., Golmen, C. G. and Dornhim, L. (1998). Development and Validation as a measure of Emotional intelligence. *Personality and individual difference*. 25:167-177.
45. Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R.D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of personality and social psychology*, 75, 989-1015.
46. Wong, C.T., Day, J.D., Maxwell, S.E., Meara, N.M. (1995). A multi trait – multi method study of academic and social intelligence in college students. *Journal of developmental psychology*. 19:521-530.
47. Sternberg, R.J. (1985). *Beyond IQ*. New York: Cambridge university press.
48. Sternberg, R.J.; Wagner, R.K. Williams WM, Horvath JA. (1995). Testing common sense. *American psychologist* .50:912-927.
49. Berman, S. (1990). Educating for social responsibility. *Journal of Educational leadership*, 48(3)75-80.
50. Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences : The theory in practice*. New York: Basic books.
28. Dargo. M. (2004). The Relationship between Emotional Intelligence and Academic Achievement in Non-Traditional College Students. *ProQuest Information & Learning*, Vol: 65. ISSN: 04194217. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-99006-124&loginpage=login.asp&site=ehost-live>.
29. Low, G.R. and Nelson, D.B. (2004). Emotional intelligence and social emotional learning: Assessing emotional intelligence and developing skills and flexibility. *The ciecr review*, vol .10, N. g. <http://www.temgie.edu>.
30. Mavroveli, N.; and Sánchez-Ruiz, M.J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behavior. *British Journal of Educational Psychology*. 81, 112–134.
۳۱. سموعی، راحله. (۱۳۸۱). *آزمون هوش هیجانی*، ترجمه و هنجاریابی. تهران: روان تجهیز سینا.
۳۲. قریشی راد، فخرالسادات. (۱۳۸۳). *رویارویی با بحران: بررسی متغیرهای بین فرهنگی (ایران و فرانسه)*. گزارش پایان نامه دکتری (۲۰۰۲). پژوهش های روانشناختی: شماره ۳ و ۴.
۳۳. یارمحمدیان، محمد. (۱۳۸۶). *بررسی توان مقیاس هوش کتل (۳) و آزمون حافظه بصری آندره ری در تشخیص دانشجویان استعداد درخشان*. مجله پژوهش های تربیتی و روانشناختی. سال سوم، شماره اول، شماره پیاپی ۷، ص ۷۷-۹۴.
۳۴. گنجی حمزه. (۱۳۶۷). *آزمون های روانی مبانی نظری و عملی*. انتشارات آستان قدس بنیاد فرهنگی رضوی.
۳۵. آهویی، محمد رضا. (۱۳۷۵). *هنجاریابی مقدماتی آزمون هوش رایموند، ب. کتل دانش آموزان ۶/۱۴ تا ۶/۱۶ سال شهر نیشابور در سال تحصیلی ۷۵-۷۴*. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم.
۳۶. پالانت، جولی. (۱۳۸۹). *تحلیل داده های علوم رفتاری با برنامه spss* [ترجمه اکبر رضایی]. تبریز: انتشارات فروزش. ص ۱۹۱.

اثر بخشی آموزش رویکرد شناختی- رفتاری عزت نفس بر پر خاشگری نوجوانان پسر مقطع دیرستان شهر کرد

نویسندگان: روح الله کرمی بلداجی^{۱*}، غفار بهارلو^۲، اقبال زارعی^۳ و ماجده ثابت زاده^۴.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه هرمزگان
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان
۳. استادیار روانشناسی عمومی دانشگاه هرمزگان
۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه هرمزگان

* Email: karamiboldaji@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی آموزش رویکرد شناختی- رفتاری عزت نفس بر پر خاشگری دانش آموزان صورت گرفت. روش تحقیق از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر شهرکرد بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش آموز بود که از بین ۱۰۰ نفر از دانش آموزانی که به پرسشنامه پر خاشگری پاسخ دادند و نمرات آنها یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین بوده است انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس را به مدت ۱/۵ ساعت در هفته دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ نوع برنامه ی آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسشنامه پر خاشگری (AQ) باس و پری، و پس از جمع آوری داده ها برای تجزیه و تحلیل داده ها علاوه بر استفاده از روش های آمار توصیفی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید. تحلیل داده ها نشان می دهد که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس به طور معناداری در سطح ($P < 0/05$) موجب کاهش پر خاشگری نوجوانان می شود.

کلیدواژه ها: آموزش شناختی- رفتاری، عزت نفس، پر خاشگری نوجوانان.

**روان شناسی
بالینی
و شخصیت**

دانشور
رفتار

• دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۲

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

**دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲**

مقدمه

پرخاشگری انسانی عبارت است از هرگونه رفتاری که مستقیماً به قصد آسیب‌رساندن به فرد دیگری از یک فرد صادر می‌شود. در راستای کنترل این رفتارها، مرتکب‌شونده باید باور داشته باشد که رفتارش به هدف آسیب‌رساندن به دیگری بوده است که پیامد آن برانگیختن رفتاری اجتنابی است [۱]. پرخاشگری ممکن است به اشکال گوناگونی بروز پیدا کند. شکل کلامی و جسمانی آن مؤلفه‌های ابزاری یا رفتاری را نشان می‌دهد، خشم، جنبه هیجانی و خصومت، جنبه شناختی پرخاشگری می‌باشد [۲].

بررسی آمار و اطلاعات نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر، خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده‌اند [۳]. به همین دلیل، این مسأله توجه متخصصان به ویژه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. در طی سالهای گذشته، پژوهش‌هایی به منظور یافتن علل خشم و تأثیرات آن در روابط بین فردی و شیوه‌های کنترل آن صورت گرفته است.

در ارتباط با پرخاشگری نظریه‌های گوناگونی وجود دارد که هر کدام به شیوه‌ای آن را تبیین کردند، از جمله: ۱- نظریه فردیت زدایی-پرخاشگری زیمباردو^۱ که بیان می‌کند، آگاهی فرد بر اساس فرایند فردیت زدایی^۲ کاهش می‌یابد و بیشتر احتمال دارد که برانگیختگی شدید را به مسبب‌های بیرونی نسبت دهند. ۲- نظریه دو مؤلفه‌ای انتقال برانگیختگی^۳ زیلمن^۴ که بیان می‌دارد، پرخاشگری شکل دیگری از اشکال رفتارهای اجتماعی است که تحت تأثیر فعل و انفعالات بین هیجان و شناخت قرار می‌گیرد. آنچه فرد احساس می‌کند روی طرز فکر او تأثیر می‌گذارد و این الگوی پیچیده‌ای از افکار و هیجانات است که درجه پرخاشگری علیه دیگران را مشخص می‌کند. ۳- نظریه

درون‌گرایی- برون‌گرایی آیزنک^۵ که بیان می‌کند، اکثر بزهکاران و مجرمان به طور ذاتی و سرشتی برون‌گرا هستند و برون‌گراها از درون‌گراها در مقابل شرطی‌شدن مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و بنابراین کمتر پذیرای موانع اجتماعی طبیعی هستند که برای رفتار پرخاشگرانه وجود دارند. ۴- مدل شرمساری^۶-پرخاشگری تانگنی^۷ که احساس شرمساری را مسبب بروز هیجانات منفی بسیاری به ویژه خشم و پرخاشگری به سوی دیگران (افراد که مسبب شرمساری تلقی می‌گردند) می‌داند. ارتباط بین پرخاشگری و خشم می‌تواند ناشی از خودانگاره تحقیرآمیز فرد باشد. ۵- مدل پرخاشگری-پرخاشگری که بدرفتاری و اهانت کلامی دیگران را که غالباً عامل عمده‌ای در بروز پرخاشگری در طرف مقابل می‌داند. پرخاشگری اغلب با تحریک کلامی آغاز می‌شود، اما ممکن است به سرعت به خشونت فیزیکی منجر شود. ۶- نظریه انسانیت زدایی^۸-پرخاشگری فشاخ^۹ اعلام می‌دارد، وارد کردن درد و رنج عمدی به دیگران برای اغلب مردم مشکل است، مگر آن که بتوانند راهی برای انسانیت‌زدایی از قربانی خود بیابند، به گونه‌ای که با کاهش خصوصیت همدلی، ارتکاب به پرخاشگری سهل‌تر می‌شود. همبستگی بین توانایی همدلی و پرخاشگری در کودکان منفی است و هر چه این توانایی بیشتر باشد، اعمال پرخاشگری کمتر می‌شود [۴]. ۷- نظریه خشم نواکو^{۱۰} [۵] بیان می‌دارد که افراد با توجه به برانگیختگی شخصی، افکار خود و مقاصد طرف مقابل را در هر موقعیت ویژه تجزیه و تحلیل می‌کنند و متناسب با سطح تهدیدی که به نظرشان می‌رسد، واکنش پرخاشگری از خود نشان می‌دهند. این نظریه منشا بسیاری از تحقیقات در زمینه مدیریت خشم شده است. ۸- دیدگاه روانکاوی به خشم که اصطلاح تخلیه هیجانی^{۱۱} را برای فرآیند پرخاشگری معرفی می‌کند

5. Eysenck
6. Shame
7. Tangeny
8. Dehumanization
9. Feshbach
10. Novaco
11. Catharsis

1. Zimbardo
2. Deindividuation
3. Excitation-Transfer Theory
4. Zilman

و می‌گوید، تکانه‌های پرخاشگری به تدریج در فرد جمع می‌شود و اگر این مخزن انباشته شده از انرژی پرخاشگرانه تخلیه نشود، انفجار شدیدی رخ خواهد داد [۶]. عزت نفس یک نیاز اساسی است که در فرایندهای زندگی نقش مهم و به سزایی بر عهده دارد، زیرا بر رشد و سلامت و طبیعی بودن فرد کمک می‌کند. از این رو بدون عزت نفس مثبت، رشد روانشناختی فرد متوقف می‌شود. در حقیقت عزت نفس مثل یک سیستم ایمنی آگاهانه عمل نموده و مقاومت و ظرفیت لازم برای زندگی فرد را فراهم می‌آورد. از سوی دیگر عزت نفس پایین، انعطاف پذیری را در مقابل مشکلات کاهش می‌دهد [۷]. همچنین از آن جا که عزت نفس یکی از عوامل تعیین کننده رفتار در انسان به شمار می‌رود. فردی که عزت نفس پایین دارد و برای خود ارزش و احترامی قایل نیست، ممکن است دچار انزوا، گوشه گیری و یا پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی شود [۸].

بعضی مطالعات عزت نفس پایین را عامل پرخاشگری یافته اند [۹:۲]، محققان در تحقیقی تحت عنوان «عزت نفس و حل مساله اجتماعی به عنوان پیش بین های پرخاشگری در دانشجویان» به این نتیجه رسیدند که عزت نفس پایین با پرخاشگری و خصومت مرتبط می‌باشد [۱۰]. و از سوی دیگر، بر خلاف تحقیقات قبلی، مطالعات دیگری نشان داده اند بین عزت نفس بالا و پرخاشگری ارتباط وجود دارد [۱۱]. در میان این سردرگمی بعضی مطالعات هم ارتباط خاصی بین این دو متغیر پیدا نکرده اند [۱۲، ۱۳]. تناقضات یافته ها ممکن است به علت عدم تمایز بین خودشیفتگی و عزت نفس بالا باشد [۱۲]، به علاوه ممکن است به علت تفاوت در مفهوم سازی و سنجش پرخاشگری باشد [۱۰].

مطالعات متعددی نقش محوری عزت نفس در سازگاری اجتماعی و عزت نفس را نشان داده اند. اعتقاد بر این است که بین سازگاری شخصی مطلوب و عزت نفس ارتباط متقابلی وجود دارد [۱۴]. بر اساس نظریه ناهماهنگی شناختی فستینگر، افراد دارای عزت نفس پایین به احتمال زیاد دست به اعمال خلاف قانون می‌زنند، چرا

که اعمال ابلهانه و خلاف اخلاق با خودپنداره آنها هماهنگ است [۱۵]. در پژوهشی [۱۶] نشان داده شد که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی و عزت نفس دانش آموزان تاثیر مثبت دارد ولی برخلاف آن صدیقی [۱۷] نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس، سازگاری اجتماعی دانش آموزان را افزایش نمی‌دهد. یافته‌های پلهام و همکارانش [۱۸] و اسپیرمن [۱۹] در زمینه اجزای شناختی عزت نفس این فرض را مطرح می‌کند که اگر افراد را به منفی نگری نسبت به خود ترغیب نماییم تا خودشان را آن گونه که هستند بپذیرند، می‌توانیم عزت نفس آنها را بهبود ببخشیم.

تحقیق پائولا [۲۰] نشان دهنده اثربخشی درمان های شناختی رفتاری است. همچنین این مطالعه نشان داد که درمان های شناختی- رفتاری نسبت به درمان عقلانی- عاطفی برتری دارد [۱۶]. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که افزایش عزت نفس برای پیشگیری از مشکلاتی که ممکن است بر اثر عزت نفس پایین برای نوجوانان به وجود آید ضروری است. برای تغییر عزت نفس می‌توان از رویکردهایی نظیر رویکردهای شناختی- رفتاری و عقلانی عاطفی استفاده کرد [۲۱].

در طی پنجاه سال گذشته درمان های شناختی رفتاری جزء مهمی از درمان های روان شناختی مؤثر برای بسیاری از مشکلات رفتاری بوده است. درمان شناختی رفتاری شامل روش های مختلفی است که وجه اشتراک تمام آنها تاکید بر نقش فرایندهای شناختی رفتاری در شکل گیری و تداوم اختلالات روان شناختی و به کارگیری روش های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت گرایی برای درمان و کنترل پاسخدهی درست است. هازلت^۱ درمان شناختی رفتاری را مداخله ای درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ های سازش نایافته درمانجویان و آموزش مهارت های جدید شناختی رفتاری آن ها می‌داند که موجب کاهش معنی دار در رفتارهای ناخواسته و افزایش معنی دار در رفتارهای سازش یافته تر می‌شود [۲۲]

همان گونه که بیان شد، پژوهش های خارجی زیادی

گزینه‌های: همیشه، گاهی و هرگز است. این آزمون دارای ۵ خرده آزمون است: (۱) خرده مقیاس کلی (۲) خرده مقیاس تحصیلی (۳) خرده مقیاس جسمانی (۴) خرده مقیاس خانوادگی (۵) خرده مقیاس اجتماعی. پژوهشی که توسط اورزمان انجام یافته، همبستگی نمرات بین آزمون مذکور و سیاهه عزت نفس کوپراسمیت برای آزمودنی‌های دختر و پسر، ۰/۶۷ و ۰/۳۷ گزارش شده است [۲۳] و در ایران برای به دست آوردن روایی بیرونی به بررسی همبستگی آزمون فوق و آزمون روزنبرگ پرداخته و همبستگی ۰/۸۲ به دست آمد [۲۳] در پژوهشی دیگر، آزمون الیس پوپ را برای دانش آموزان دوره دبیرستانی در تهران استاندارد کردند و ضریب اعتبار آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را بدست آوردند [۲۳] و در پژوهشی دیگر ضریب اعتبار آن، ۰/۸۵ بدست آمد [۲۴]. در مطالعه دیگر که، روی دانش آموزان سال دوم دبیرستان انجام داد، همبستگی بین مقیاس الیس پوپ و سیاهه عزت نفس کوپراسمیت برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۵]. هم چنین، در پژوهشی دیگر، پایایی هر یک از خرده مقیاس‌های آزمون به این ترتیب گزارش شده است: خرده مقیاس عمومی ۰/۷۱، خرده مقیاس تحصیلی ۰/۷۱، خرده مقیاس جسمانی ۰/۶۲، خرده مقیاس خانوادگی ۰/۷۸ و خرده مقیاس اجتماعی ۰/۱۵ [۲۶].

۲) پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^۲

برای تعیین میزان پرخاشگری در این پژوهش از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری استفاده شده است. این پرسشنامه توسط ثنایی ذاکر ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن توسط لنگری [۲۷] به دست آمده است. این پرسشنامه ۲۹ سؤالی، چهار جنبه پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. این پرسشنامه همچنین میزان پرخاشگری کلی را اندازه می‌گیرد [۱].

در پژوهشی آزمونی بر روی یک نمونه ۱۰۴ نفری از افراد ۱۴-۱۷ سال اجرا شد که آلفای کرونباخ برای تعیین

وجود دارند که به بررسی تاثیر آموزش عزت نفس بر پرخاشگری پرداخته اند، اما در ایران پژوهش‌های اندکی در ارتباط با تاثیر آموزش عزت نفس بر پرخاشگری انجام شده است. همچنین شیوع پرخاشگری در میان نوجوانان، موجب نگرانی بسیاری از خانواده‌ها، اولیا، مربیان و مسئولان کشور شده است بنابراین با توجه به موارد فوق و اهمیت مسأله، هدف این پژوهش بررسی تاثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری عزت نفس بر پرخاشگری دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ می‌باشد. بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که آیا آموزش گروهی شناختی-رفتاری عزت نفس بر پرخاشگری دانش آموزان پسر مقطع متوسطه موثر است؟

روش

طرح پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق شبه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و با گروه آزمایش و گواه استفاده شده است.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بود. روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش آموز بود که از بین این ۱۰۰ نفر دانش آموزی که به پرسشنامه پرخاشگری پاسخ دادند و نمرات آنها پایین تر از میانگین بوده است انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش شناختی-رفتاری عزت نفس را به مدت ۱/۵ ساعت در هفته دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع برنامه ای دریافت نکرد.

ابزار تحقیق

۱) پرسشنامه عزت نفس الیس پوپ^۱

این پرسشنامه ۶۰ سوال دارد و هر سوال دارای

2. Boss & Perry Aggression Questionnaire

1 . Ellis pope

داشتند و پس از جمع آوری، ۱۰ دقیقه در مورد سوالات به صورت گروهی بحث می شد و در انتها توضیحاتی اگر لازم بود داده می شد.

جدول ۱: جلسات شناختی- رفتاری عزت نفس

جلسه	عنوان جلسه
اول	آشنایی با مفهوم عزت نفس و مفهوم های مشابه
دوم	ویژگی های افراد دارای عزت نفس و علل فقدان عزت نفس
سوم	خطاهای شناختی عزت نفس و مقابله با آنها
چهارم	مفهوم پذیرش خود و روشهای آن
پنجم	احساس تنهایی و راه های مقابله با آن
ششم	آموزش روش حل مساله
هفتم	آموزش سبک اسنادی و اسنادهای سازگارانه
هشتم	آموزش روش صحیح مطالعه

شبیه تجزیه و تحلیل داده ها

برای مقایسه نتایج اولیه ی پژوهش از روش های مختلف آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای بررسی میزان تأثیر مداخلات صورت گرفته و کنترل نمرات پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. و در نهایت برای انجام عملیات آماری از نرم افزار آماری spss استفاده گردید.

نتایج

جدول ۲ نشان داد، میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً اختلافی ندارند، اما میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش [۸۱/۷] به میزان قابل توجهی از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل [۹۵/۷] کمتر است. اجرای آزمون کوواریانس معلوم ساخت که این آموزش به کاهش معنادار میانگین نمرات پرخاشگری در گروه آزمایش کمک نموده است. هرچند در سه مؤلفه پرخاشگری فیزیکی و خشم و خصومت میانگین نمرات گروه آزمایش کاهش معناداری داشت، اما میانگین نمرات مؤلفه پرخاشگری کلامی دانش آموزان کاهش پیدا نکرد.

پایایی کل سؤالات، ۰/۸۵ برای خرده مقیاسهای پرخاشگری فیزیکی ۰/۷۳، پرخاشگری کلامی ۰/۸۷، خشم ۰/۷۴ و خصومت ۰/۷۸ به دست آمد. برای روایی سازه، همبستگی درونی بین خرده مقیاسها با نمره کل محاسبه شد. همبستگی نمره کل با پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۴، پرخاشگری کلامی ۰/۷۸، خشم ۰/۸۶ و خصومت ۰/۶۸ به دست آمد. پرسشنامه پرخاشگری در تحقیقات خارجی از پایایی درونی خوبی برخوردار بوده است [۱].

از آنجا که در پژوهش های [۲۷، ۱] روایی و پایایی این ابزار بر روی یک گروه نوجوان تأیید شده است و با توجه به این که قبلاً روایی و اعتبار آن را بر روی یک گروه نوجوان بررسی و تأیید کرده است، بنابراین اجرای این پرسشنامه در جامعه آماری این پژوهش قابل قبول می باشد.

۳) جلسات آموزشی پژوهش

متغیر مستقل در این پژوهش شامل ۸ جلسه آموزش گروهی عزت نفس برای گروه آزمایشی به شیوه های رفتاری-شناختی بود که به صورت گام به گام و همراه با دو دفترچه راهنمای دانش آموز و دفترچه راهنمای مشاور تنظیم و اجرا گردید. جلسات آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس به شرح جدول ۱ می باشند. [۲۸]

در ابتدای جلسات سعی شد که اعضا با ضرورت تشکیل گروه و همچنین قوانین حاکم بر گروه (رازداری، باز بودن و اعتماد به اعضای گروه....) آشنا شوند سپس شرایط ورود اعضا به گروه (لزوم شرکت منظم، نداشتن غیبت در جلسات آموزشی، فعالیت مؤثر در گروه) و خروج آن ها از گروه (عدم حضور در جلسات، داشتن غیبت مکرر، عدم رعایت قوانین گروه، بیماری حاد فردی از گروه) به طور کامل برای آزمودنی ها شرح داده شد.

سپس در جلسات بعدی، ابتدا خلاصه ای از جلسه یا جلسات قبلی مطرح می شد و سپس تکالیف آزمودنی ها بررسی و بازخورد فردی و گروهی داده می شد و در ادامه موضوع جلسه به صورت مشارکتی مورد بحث قرار می گرفت و توضیحات لازم داده می شد و در انتهای جلسه در ارتباط با موضوع جلسه دو سوال بازپاسخ به آزمودنیها داده می شد و ۱۰ دقیقه فرصت پاسخگویی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری گروهها در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	آزمونها	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پرخاشگری	پیش آزمون	شناختی-رفتاری	۱۵	۹۶/۹	۱۶/۷
		کنترل	۱۵	۹۷/۷	۱۷/۶
	پس آزمون	شناختی-رفتاری	۱۵	۸۱/۷	۱۴
		کنترل	۱۵	۹۵/۷	۱۴/۵

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پرخاشگری دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون در دو گروه گواه و آزمایش معنادار است ($P \leq 0.044$). به عبارت دیگر رویکرد شناختی-رفتاری، پرخاشگری دانش‌آموزان را در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مرحله پس‌آزمون ۱۶٪ بوده است. و توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

جدول ۵ نشان می‌دهد، نمرات پرخاشگری پس‌آزمون گروه آزمایش در همه مؤلفه‌ها و نمره کل نسبت به پیش‌آزمون کاهش زیادی داشته است. اما در گروه کنترل، نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌ها غیر از پرخاشگری فیزیکی، نسبت به پیش‌آزمون، اندکی کاهش داشته است.

نتایج پیش فرض همگنی واریانس نمرات پرخاشگری دانش‌آموزان با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: پیش فرض همگنی واریانس نمرات پرخاشگری دانش‌آموزان با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در آزمون لوین

متغیرها	معنی داری	درجه آزادی	F
گروه‌ها	.۷۴۱	۲۸	.۳۱۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها مورد تایید قرار گرفته است که بیانگر این امر است که تفاوت معناداری بین واریانس نمرات پرخاشگری گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد.

جدول ۴: تحلیل کواریانس مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در مقیاس پرخاشگری

منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پس آزمون	۱۱۲۹/۲۵	۱	۱۱۲۹/۲۵	۴/۹۱	۰/۰۳۸	۰/۱۷	۰/۶۳
گروه	۱۱۶۹/۸	۱	۱۱۶۹/۸	۴/۴۷	۰/۰۴۴	۰/۱۶	۰/۵۷
خطا	۶۵۹۶/۴	۲۷	۲۳۸/۱۵/				
کل	۲۳۶۵۳۱	۳۰					

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های پرخاشگری گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه	
	پرخاشگری فیزیکی	پرخاشگری کلامی
آزمایش	پیش آزمون	۳۲/۷۱ ± ۵/۸۶
	پس آزمون	۲۶/۴۵ ± ۶/۹۱
کنترل	پیش آزمون	۳۲/۲۳ ± ۷/۲۳
	پس آزمون	۳۴/۲۰ ± ۷/۲۴

تأثیر پیش آزمون در خرده مقیاس پر خاشگری کلامی، تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. بنابراین، با توجه به جداول می توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس باعث کاهش پر خاشگری فیزیکی، خشم و خصومت در دانش آموزان شده و بر کاهش پر خاشگری کلامی اثر معناداری نداشته است.

هم چنین، نتایج جدول ۶ نشان می دهد بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش آزمون در خرده مقیاسهای پر خاشگری فیزیکی ($F = 0.044, P = 0.071$)، خشم ($F = 4/63, P = 0.048$) و خصومت ($F = 3/59, P = 0.071$)، تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در مؤلفه های مقیاس پر خاشگری

پس از کنترل پیش آزمون

مؤلفه های پر خاشگری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
فیزیکی	۱۰۳/۱۲	۱	۱۰۳/۱۲	۴/۶۳	۰/۰۴۴	۰/۲۳۱	۰/۶۸
کلامی	۶۸/۴۵	۱	۶۸/۴۵	۱۰/۹	۰/۰۱۲	۰/۰۱۶	۰/۳۴
خشم	۱۲۷/۶	۱	۱۲۷/۶	۱/۴	۰/۰۴۸	۰/۱۱	۰/۵۵
خصومت	۶۹/۲۶	۱	۶۹/۲۶	۳/۵۹	۰/۰۷۱	۰/۱۴	۰/۷۸

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری عزت-نفس بر پر خاشگری دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود.

عزت نفس یکی از عوامل تعیین کننده رفتار در انسان به شمار می رود. فردی که عزت نفس پایین دارد و برای خود ارزش و احترامی قایل نیست، ممکن است دچار انزوا، گوشه گیری و یا پر خاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی شود [۸]، و چنانکه یافته های این پژوهش نشان می دهند، آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس بر کاهش پر خاشگری موثر است. یافته های این پژوهش با تعدادی از پژوهشهای داخلی و خارجی همسو می باشد. در پژوهشی [۱۶] نشان داده شد که آموزش شناختی- رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی و عزت نفس دانش آموزان تأثیر مثبت دارد و بعضی مطالعات عزت نفس پایین را در ارتباط با پر خاشگری یافته اند [۲،۹]. و هم چنین در تحقیقی تحت عنوان «عزت نفس و حل مساله اجتماعی به عنوان پیش بین های پر خاشگری در دانشجویان» به این نتیجه رسیدند که عزت نفس پایین با

پر خاشگری و خصومت مرتبط می باشد. در تبیین چگونگی تأثیر آموزش شناختی رفتاری عزت نفس بر کاهش پر خاشگری نوجوانان باید اشاره کرد که با توجه به این که مهم ترین منابع تأثیرگذار بر پیدایش و افزایش عزت نفس؛ مؤلفه های شناختی، مقایسه خود با دیگران و واکنش دیگران هستند. به عبارت دیگر، عوامل شناختی، مهم ترین عامل تأثیرگذار بر میزان عزت نفس هستند ضمن این که در این رویکرد فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می شود. بنابراین با توجه به این که عزت نفس بعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه های شناختی ناکارآمد که موجب کاهش اعتماد به نفس می شود، می تواند موجب تغییرات هیجانی رفتاری شده و میزان عزت نفس را افزایش دهد که به نوبه خود با افزایش عزت نفس و تغییر شناخت فرد از عملکرد خود، کاهش پر خاشگری را به دنبال خود می آورد.

این یافته پژوهشی از سوی دیگر با تعدادی از پژوهشهای خارجی دیگر ناهمخوان است. در تحقیقی با عنوان "عزت نفس و سبک های حل مساله به عنوان پیش

دهی (پرسشنامه) بنا شده که این نوع فرایند جمع آوری داده ممکن است منشأ سوگیری تک بعدی در استفاده از روش ها قرار گیرد بنابراین می توان دریافت که تلاش‌های بیشتر روش شناسی جهت اندازه گیری عزت نفس و پرخاشگری در مطالعات آینده لازم به نظر می رسد. دوم اینکه مطالعه حاضر به دانش آموزان مقطع دبیرستان محدود می شود و این که بتوان نتایج مطالعه حاضر را به مقاطع دیگر تحصیلی (مقطع دبستان، راهنمایی و دانشگاه) تعمیم داد با تردید همراه است.

منابع

۱. نقدی، هادی. ادیب راد، نسترن. نورانی پور، رحمت الله. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان. بهبود، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال چهاردهم، شماره ۳، ص ۲۱۱-۲۱۸.
2. Boss AH. PerryM.(1992). The Aggression questionnaire. J Pers Soc; 63: 452-9.
3. Koop, C. E., & Lundberg, G. D. (1992). Violence in America: A public health emergency. Journal of the American Medical Association, 267, 3075-3076.
۴. زاهدی فر، شهین. نجاریان، بهمن. شکرشکن، حسین. (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هفتم، شماره های ۱ و ۲، ص ۱۰۲-۷۳.
5. Novaco, R. w. (1994). "Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), Violence and Mental Disorder-Developments In Risk Assessment. Chicago: University of Chicago Press.
۶. کریمی، یوسف (۱۳۷۹). روانشناسی اجتماعی، نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردها. تهران: ارسباران. ویرایش سوم.

بینی کننده های پرخاشگری در بین دانشجویان " مشخص گردید که سبک های حل مسأله توانست پرخاشگری را در بین دانشجویان پیش بینی کند اما عزت نفس پیش بین مناسبی برای پرخاشگری نبود [۱۰]. هم چنین مطالعه ای نشان داده که بین عزت نفس بالا و پرخاشگری ارتباط وجود دارد [۱۱]. و بعضی مطالعات هم ارتباط خاصی بین این دو متغیر پیدا نکرده اند [۱۲، ۱۳]. در تبیین ناهمخوان بودن بعضی از پژوهش ها با یافته پژوهش حاضر می توان بیان کرد که تناقضات یافته ها ممکن است به علت عدم تمایز بین خودشیفتگی و عزت نفس بالا باشد [۱۲]. به علاوه ممکن است به علت تفاوت در مفهوم سازی و سنجش پرخاشگری باشد [۱۰]. هم چنین، ممکن است بتوان به نبود مقیاس واحد در پژوهش ها و همچنین فرهنگ های مختلف اشاره کرد؛ زیرا در فرهنگ های مختلف عزت نفس و پرخاشگری به صورتی متفاوت ادراک می شود.

یافته ها نشان داد، بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش آزمون در خرده مقیاس های، پرخاشگری فیزیکی، خشم و خصومت تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش آزمون در خرده مقیاس پرخاشگری کلامی، تفاوت معناداری مشاهده نشد، که در این رابطه احتمالاً می توان با اضافه کردن جلساتی دیگر در برنامه آموزش شناختی-رفتاری عزت نفس، پرخاشگری کلامی را نیز کاهش داد همچنین باید متذکر شد به علت کمبود پژوهش در این موضوع، لازم است تحقیقات بیشتری انجام شود تا بتوان در ارتباط با این موضوع با احتمال بیشتری قضاوت کرد. بنابراین با توجه به یافته ها می توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی-رفتاری عزت نفس باعث کاهش پرخاشگری فیزیکی، خشم و خصومت در دانش آموزان شده و بر کاهش پرخاشگری کلامی اثر معناداری نداشته است.

مانند هر تحقیق دیگر، بعضی از محدودیت ها به هنگام استفاده از این پژوهش باید مد نظر قرار داد: اول این که جمع آوری اطلاعات بر اساس ابزار خودگزارش

۱۶. توزنده جانی، حسن. صدیقی، کاظم. نجات، حمید. کمال پور، نسرين. (۱۳۸۶). اثربخشی نسبی آموزشهای شناختی- رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان. دانش و پژوهش در علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۱۶، ص ۵۶-۴۱.
۱۷. صدیقی، کاظم. (۱۳۸۰) بررسی اثربخشی آموزش گروهی عزت نفس به شیوه رفتاری شناختی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان شهر بروجن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
18. Pelham, B.W. et al. (2003). Self-esteem enhancement with children and adolescent. New York: Pergamon Press: 307-312.
19. Spearman, L. (1990). The effects of brief therapy in a group setting. The University of Wisconsin-Milwaukee: 333.
20. Paula, A.F. (2001). Cognitive-behavioral therapy. Gale Encyclopedia of Medicine: 327.
21. Teri, R. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities. College student journal iune. Vol 18: 34-42.
۲۲. خدایان فرد، مرتضی (۱۳۸۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی بر بیماران اسکیزوفرنی (مطالعه موردی). مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران: شماره ۳۳، ص ۱۰۲-۷۷.
۲۳. برماس، حامد. (۱۳۸۰). مقایسه میزان عزت نفس و سبک های اسنادی در دو گروه از نوجوانان غیر معتاد و معتاد. مجموعه مقالات همایش بررسی علل فرهنگی و اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر، فصلنامه اعتیادپژوهی، سال سوم، شماره ۶، ص ۸۴-۶۷.
۲۴. امامی، طاهره. فاتحی زاده، مریم (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه روش های عملی افزایش عزت نفس در دانش آموزان دوره راهنمایی شهر اصفهان. شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان اصفهان.
7. Biabangard E. (1997). "Methods of boosting self-esteem in children and teenagers". Tehran: Parent Teacher Societies: 52- 68. (Persian)
8. Mackie, M.D. & Smith, R.E. (2002). Social Psychology. (2nd ed) U.S.A: Psychology Press. 285.
9. Green, R.A., & Murray, E.J. (1973). Instigation to aggression as a function of self-disclosure and threat to self-esteem. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 440-443.
10. Thomas, J. Dzurilla. Edward, C. Chang. Lawrence, J. Sanna. (2003). Self-Esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 22, No. 4, 2003, pp. 424-440.
11. Baumeister, R.F., Smart, L., & Boden, J.M. (1997). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. Psychological Review, 103, 5-33.
12. Bushman, B.J., & Baumeister, R.F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, Journal of Personality and Social Psychology, 75, 219-229.
13. Baumeister, R.F., Bushman, B.J., & Campbell, W.K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism?, Current Directions in Psychological Science, 9, 26-29.
14. Kata, J. & Joiner, E. (2002). Membership in a devalued social group and emotional well-being: developing a model of personal self-esteem. Collective self-esteem and group Socialization sex Roles: A journal of research. Vol 12. PP 43-48.
۱۵. پناهنده، الهه. (۱۳۷۲). بررسی تاثیر نحوه برخورد والدین بر عزت نفس دانش آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهرستان نیشابور. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.

۲۷. لنگری، رضا. (۱۳۷۸). مقایسه میزان پرخاشگری دانش آموزان پسر مهاجر و غیرمهاجر سال اول متوسطه دبیرستان های شهر بجنورد در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

۲۸. فرقانی طرقي، ام‌البنین. جوانبخت، مریم. بیضایی، محمدحسین. صاحبی، علی. دروگر، خدیجه (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستان، مجله اصول بهداشت روانی ۱۴، (۲). صص ۱۷۲-۸۰.

۲۵. پورمقدسیان، عبدالمحمد. (۱۳۷۳). مقایسه عزت نفس و مفهوم خود خود تحصیلی دانش آموزان مدارس عادی و دانش آموزان مدراس موسوم به تیزهوش شهر دزفول. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی، استاد راهنما: علی اکبر سیف.

۲۶. ولی بیگی، منصوره (۱۳۷۷). بررسی رابطه عزت نفس با قضاوت اخلاقی دانش آموزان سال سوم دوره متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۷۷-۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم، استاد راهنما: پروین کدیور.

بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی

نویسندگان: علیرضا بخشایش^{۱*} و فهیمه دهقانی^۲.

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه یزد دانشگاه یزد

۲. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه اصفهان

* Email: abakhshayesh@yazduni.ac.ir

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی سبک‌های مقابله و سلامت عمومی افراد با تیپ شخصیتی D و همچنین روابط موجود میان این متغیرها انجام شده است. روش تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی بود. آزمودنی‌های پژوهش ۴۰۰ دانشجوی بودند که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس DS-14، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا (CISS) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی، تحلیل رگرسیون و آزمون t انجام شد. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که تیپ شخصیتی D با سلامت روان و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار رابطه معنی‌داری دارد ($p < 0/01$) و تحلیل رگرسیون نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و تیپ شخصیتی به ترتیب سهم بیشتری در پیش‌بینی متغیر سلامت روان داشتند ($p < 0/01$). همچنین بر اساس نتایج آزمون t تفاوت معناداری بین افراد دارای تیپ شخصیتی D و افراد غیر تیپ D از نظر سلامت روان و نوع سبک مقابله مشاهده شد ($p < 0/05$). افراد با تیپ شخصیتی D نسبت به افراد با تیپ غیر D سلامت عمومی پایینتری دارند و بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. از این رو به نظر می‌رسد تیپ شخصیتی D می‌تواند تاثیر مهمی بر سطح سلامت عمومی و به‌کارگیری نوع سبک‌های مقابله داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۶

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

کرونی و یا نارسایی قلبی مزمن در نظر گرفته شده است [۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲].

در سالهای اخیر علاقه به بررسی تیپ D شخصیت به عنوان یک ریسک فاکتور در جمعیت عمومی به جای بیماران قلبی افزایش یافته است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. تیپ شخصیتی D ممکن است به عنوان یک عامل سایکوپاتولوژی سوء تعبیر شود. با این وجود، تیپ شخصیتی D یک تیپ شخصیتی نرمال است که در جمعیت عمومی نیز یافت می‌شود [۱۶].

تحقیقات نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی D دارای ارتباط منفی با وضعیت سلامت روان است. افراد بزرگسال با تیپ شخصیتی D علائم بیشتری از افسردگی و اضطراب را در مقایسه با افراد غیر تیپ D تجربه می‌کنند [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱]. همچنین آنها بطور معناداری عوطف منفی بیشتر و عوطف مثبت کمتری را گزارش می‌کنند [۱۹]. در تحقیقی که بر روی بیماران با نارسایی قلبی انجام شد با استفاده از تحلیل رگرسیون نشان دادند که تیپ شخصیتی D پیش‌بینی‌کننده وضعیت سلامت روانی و جسمانی این بیماران است [۲۲].

علاوه بر این کودکان با تیپ شخصیت D خلق منفی بیشتر و افکار ناکارآمد بیشتری را نسبت به کودکان غیر تیپ D گزارش می‌کنند [۲۳]. همچنین افراد با تیپ D شخصیت به طور معناداری علائم بیشتری از اختلالات روانی را نشان می‌دهند [۲۴]، دارای علائم بیشتری از پریشانی روانشناختی هستند [۲۱، ۲۵] و احساس بیشتری از درک استرس را نسبت به افراد غیر تیپ D نشان می‌دهند [۲۶].

افراد با تیپ D استرس‌های بین فردی بالایی را تجربه می‌کند و فرد آگاهانه سعی در سرکوب این هیجانات دارد [۲۷]. سبک‌های مقابله‌ای افراد، در اینکه آنها چگونه بر حسب عادت موقعیت‌های پیچیده را تفسیر و مدیریت می‌کنند، منعکس می‌شود. به‌طور کلی زمانی که خصوصیات شخصیتی، روابط فردی و عوامل موقعیتی برای بوجود آوردن یک سبک مقابله‌ای قوی جمع می‌شوند، افراد تمایل دارند که این خصوصیات را نشان

در دهه گذشته مطالعات انجام شده در مورد تأثیر تیپ D شخصیت بر روی مسائل بالینی و روانشناختی پیشرفت زیادی کرده است [۱]. تیپ D از واژه شخصیت پریشان^۱ گرفته شده است که اولین بار توسط دنولت در سال ۱۹۹۵ فرمولبندی شد [۲].

تیپ شخصیتی D به عنوان تمایل پایدار به تجربه عوطف منفی و بازدارندگی اجتماعی تعریف شده است. عوطف منفی با تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی مثل خشم، خصومت، افسردگی، اضطراب و تعارض درونی مشخص می‌شود و بازدارندگی اجتماعی به خودداری از افشاء کردن احساسات و عقاید در تعاملات اجتماعی به منظور پرهیز از عدم تأیید شدن توسط دیگران اشاره دارد [۳]. فردی دارای تیپ شخصیتی D است که نمرات بالایی را در هر دو مقوله عوطف منفی و بازدارندگی اجتماعی بدست آورد. در واقع وجود همزمان عوطف منفی و ناتوانی در مقابله با این عوطف است که تعیین‌کننده این تیپ شخصیتی است [۴].

مطالعات همبستگی نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی D متفاوت از دیگر الگوهای رفتاری تیپ A و تیپ B می‌باشد [۴]. علاوه بر این اعتباریابی سازه تیپ D با مدل پنج‌عاملی شخصیت نشان داده است که عوطف منفی همبستگی مثبت با روان رنجورخویی دارد و منع اجتماعی دارای همبستگی منفی با برونگرایی است و هر دو بصورت منفی با با وجدان بودن همبستگی دارند [۵].

تمرکز اکثر مطالعات تیپ D شخصیت، از زمانی که سازه تیپ D در ابتدا توضیح داده شد و بعد از آن که رشد یافت، بر روی شیوع آن و اثراتش در بیماران با اختلالات قلبی-عروقی بوده است [۶]. مطالعات انجام شده در بیماران قلبی-عروقی نشان داده است که تیپ شخصیتی D پیش‌بینی‌کننده مستقل پیامدهای سلامتی منفی مانند عود انفارکتوس میوکارد و افزایش خطر مرگ و میر است [۷، ۸]. همچنین سازه تیپ D به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های پیش‌آگهی بیماران قلبی با سندرم

آیا وجود تیپ شخصیتی D در فرد بر روی سبک مقابله‌ای و سلامت روان فرد تاثیر دارد یا خیر؟ در نتیجه فرض این مطالعه با توجه به یافته‌های پیشین این بود که دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D احتمالاً سلامت روان پایین‌تری را تجربه می‌کنند و از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند.

روش

نوع تحقیق

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که به مطالعه رابطه بین متغیرهای تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی پرداخته است.

آزمودنی

جامعه پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه یزد (۷۹۸۱ نفر) تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌ها ۴۰۰ دانشجوی بودند که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب از هفت گروه آموزشی انتخاب شدند. پس از توجیه افراد انتخاب شده نسبت به هدف پژوهش و جلب رضایت، پرسشنامه‌ها به آنها داده شد.

ابزار پژوهش

در انجام این تحقیق از سه ابزار «مقیاس تیپ شخصیتی D»، «پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا» و «پرسشنامه سلامت عمومی» استفاده شده است.

۱) مقیاس تیپ شخصیتی D (DS-14)

سازه تیپ D را می‌توان با استفاده از پرسشنامه کوتاه DS-14 مورد اندازه‌گیری قرار داد. این پرسشنامه توسط دنولت ساخته شد که دارای دو زیر مقیاس ۷-آیتمی است که به ترتیب عواطف منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. سؤالات ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۳ عواطف منفی و سؤالات ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ بازداری اجتماعی را می‌سنجند. هر سؤال بر اساس مقیاس طیف لیکرت از صفر (غلط) تا چهار (صحیح) درجه‌بندی شده است. برای طبقه‌بندی افراد به عنوان تیپ D از نقطه برش استاندارد نمرات ≤ 10 برای هر دو مقیاس استفاده می‌شود.

دهند [۲۸]. سبک مقابله‌ای که افراد در موقعیت‌های استرس‌زا بکار می‌برند بر روی سلامت روان آنها تأثیر دارد. تحقیق گودرزی و معینی رودبالی در سال ۸۵ نشان داد که سبک مقابله مسئله مدار و منطقی شاخص‌های سلامت و سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و غیرمنطقی شاخص‌های بیماری را پیش بینی می‌کند [۲۹].

شخصیت یکی از عواملی است که ممکن است انواع سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده را تحت تأثیر قرار دهد [۳۰]. مطالعه‌ای در این زمینه نشان داده است که افراد با تیپ شخصیتی D تمایل به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای منفعل و ناسازگارانه اجتنابی دارند که مرتبط با درجات بالاتری از استرس ادراک شده و علائم فرسودگی است [۳۱].

این مسئله که تیپ D شخصیت بر پایه صفات شخصیتی نرمال است تا اینکه غیرطبیعی باشد، اشاره به این نکته دارد که این سازه در جمعیت عمومی نیز شایع است و همانطور که توسط افراد از جمعیت عمومی گزارش شده است این سازه ممکن است تأثیرات منفی بر وضعیت سلامت ادراک شده داشته باشد [۵].

نتایج یکی از مطالعات نشان داده است که ابزار تیپ D شخصیت می‌تواند در شناسایی افراد پرخطر کمک کننده باشد. چرا که افراد با تیپ شخصیتی D دارای خطر پیش آگهی بدتر، کیفیت زندگی ضعیف‌تر و پریشانی‌های هیجانی هستند [۳۲]. از طرفی مطالعات اندکی درباره تأثیر این تیپ شخصیتی در زمینه غیربالینی انجام شده است. در نتیجه تلاش بیشتری مورد نیاز است تا بررسی شود آیا سازه تیپ D بر سبک‌های مقابله و سلامت روان در جمعیت عمومی تأثیر گذار است؟

با توجه به اینکه دانشجویان در دوران تحصیل خود با عوامل فشارزای مختلفی روبرو می‌شوند و در صورتی که با استرس با شیوه مؤثر مقابله نشود می‌تواند منجر به بروز علائم جسمی و روانی شود که اثرات آن بر سلامتی و کارایی فرد قابل ملاحظه می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت روان در دانشجویان انجام شد. به عبارت دیگر پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که

اجتناب‌مدار ۰/۸۲ گزارش شده است [۳۷]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بدست آمد.

۳) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی آن استفاده شده است. این فرم که توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شده است دارای چهار مقیاس فرعی ۱- نشانگان جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷) ۲- نشانگان اضطرابی (سؤالات ۸ تا ۱۴) ۳- کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱) ۴- نشانگان افسردگی (سؤالات ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد و برای سرند کردن اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار می‌رود. سؤالهای پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه دارد که نمره‌ای از یک تا چهار به آن‌ها تعلق می‌گیرد (نمره‌های بیشتر حاکی از مشکلات بیشتر در سلامت عمومی افراد است). در یکی از مطالعات، اعتبار این پرسشنامه را از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شد که به ترتیب، ضرائب اعتبار ۰/۷، ۰/۹۳ و ۰/۹ حاصل گردید. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس بدست آمد که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرائب همبستگی بین خرده‌آزمونهای این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود [۳۸]. در مطالعه دیگری، پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود. پایایی زیر مقیاسهای این پرسشنامه یعنی علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۸ بدست آمد [۳۹]. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و به ترتیب برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی ۰/۷۷، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۳ بدست آمد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۹ درصد افراد دارای تیپ

ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه‌ی منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است [۳۳]. در یکی از پژوهش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمده است [۳۴]. در مطالعه دیگری که ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد، روایی سازه زیرمقیاس‌های عواطف منفی و منع اجتماعی توسط زیرمقیاسهای روان‌رنجورخویی ($r=0.75$) و برونگرایبی ($r=-0.62$) پرسشنامه آیزنک مورد تایید قرار گرفت [۳۵]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس عاطفه منفی ۰/۷۸ و زیرمقیاس بازداری اجتماعی ۰/۷۰ بدست آمد.

۲) پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا (CISS) توسط اندلر و پارکر تهیه و تدوین شده است. آزمون مذکور، دارای ۴۸ سؤال است که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای یعنی مقابله مسئله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی را دربرمی‌گیرد. این آزمون دارای پنج گزینه به صورت هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و بسیار زیاد بوده که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آنها تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۵، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۶، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۶ و ۴۷ سبک مقابله مسئله‌مدار، سؤالات ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۴۳، ۴۸، ۴۵ سبک مقابله هیجان‌مدار و سؤالات ۳، ۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۴۰، ۴۴ و ۴۸ سبک مقابله اجتناب‌مدار را می‌سنجند. یکی از مطالعات، ضریب پایایی برای سبک مقابله مسئله‌مدار را برابر با ۰/۷۵، برای مقابله هیجان‌مدار برابر با ۰/۸۲ و برای عامل مقابله اجتنابی برابر با ۰/۷۳ گزارش نموده است. ضرائب همبستگی بین زیرمقیاسهای پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا و صفات شخصیتی نشان داد که این پرسشنامه از روایی همگرا برخوردار است [۳۶]. در تحقیق دیگری، روایی همزمان این پرسشنامه برای شیوه مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۲، برای شیوه مقابله هیجان‌مدار ۰/۷۶ و برای شیوه مقابله

را با یکدیگر نشان ندادند. به منظور بررسی رابطه تیپ شخصیتی D با سبک‌های مقابله و سلامت عمومی از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و آزمون t استفاده شد. بر اساس همبستگی پیرسون رابطه بین متغیرها مشخص گردید و برای بررسی تفاوت بین افراد دارای تیپ D و افراد غیر تیپ D آزمون t بکار برده شد. رابطه بین متغیرهای پژوهش از طریق آزمون همبستگی پیرسون مشخص گردید.

شخصیتی D و 61 درصد غیر تیپ D بودند. 53 درصد کل آزمودنی‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سن افراد 20/81 بود و 42 درصد افراد دانشجوی ترم 4 بودند. 86/5 درصد افراد مجرد و 13/5 درصد افراد متأهل بودند. دو گروه تیپ شخصیتی از نظر متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل توسط آزمون خی دو و متغیر سن توسط آزمون تی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تنها تفاوت مشاهده شده بین دو گروه از نظر متغیر جنسیت بود ($p < 0/05$) و دیگر متغیرها تفاوت معناداری

جدول ۱- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرات افراد با تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و متغیرهای سلامت روان

متغیرها	تیپ شخصیتی D	مسئله مدار	هیجان مدار	اجتناب مدار	سلامت عمومی	علائم جسمانی	اضطراب	اختلال در عملکرد	افسردگی
تیپ شخصیتی D	-								
مسئله مدار	0/345**	-							
هیجان مدار	0/308**	0/152	-						
اجتناب مدار	0/146	0/283	0/146	-					
سلامت عمومی	0/532**	0/43**	0/48**	0/002	-				
علائم جسمانی	0/383**	0/319**	0/305**	0/041	0/838**	-			
اضطراب	0/43**	0/356**	0/415**	0/023	0/85**	0/69**	-		
اختلال در عملکرد	0/52**	0/417**	0/349**	0/223**	0/556**	0/273**	0/327**	-	
افسردگی	0/532**	0/306**	0/434**	0/086	0/866**	0/635**	0/614**	0/339**	-

** 0/01 < p

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t برای مقایسه سبک‌های مقابله در دو گروه تیپ شخصیتی D (n=156) و

تیپ غیر D (n=244)

سبک‌های مقابله	تیپ D میانگین (انحراف معیار)	تیپ غیر D میانگین (انحراف معیار)	t	Sig
مسئله مدار	51/79 (9/08)	57/92 (8/32)	-6/903	0/001
هیجان مدار	52/58 (8/59)	45/89 (9/96)	7/130	0/001
اجتناب مدار	45/55 (8/78)	48/05 (8/66)	-2/783	0/006

وجود ندارد. متغیرهای سلامت روان و سبک مقابله هیجان مدار رابطه مثبت معنادار با تیپ شخصیتی D دارند. یعنی هرچه نمره افراد در متغیر تیپ شخصیتی D افزایش یابد نمرات افراد در متغیرهای ذکر شده نیز بالاتر می‌رود. اما رابطه تیپ شخصیتی D با سبک مقابله مسئله مدار منفی

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، همبستگی مثبت معناداری میان نمرات تیپ شخصیتی D، سلامت عمومی، مولفه‌های آن و سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجان مدار وجود دارد و تنها بین متغیر سبک مقابله اجتناب مدار و نمرات تیپ D رابطه معناداری

شخصیتی غیر D دارای میانگین بالاتری می‌باشد. همچنین یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات سلامت عمومی و مولفه‌های آن در افراد تیپ D بالاتر از افراد با تیپ شخصیتی غیر D است. مقایسه میانگین گروه‌ها توسط آزمون t در جدول ۳ نشان داد که دانشجویان دارای تیپ D نسبت به دانشجویان غیر تیپ D در متغیرهای سلامت عمومی تفاوت معنی داری دارند ($p < 0/001$). از آنجایی که نمره بالاتر در مقیاس‌های سلامت عمومی نشاندهنده سلامت روان کمتر می‌باشد، نتایج جدول ۳ نشان داد که افراد دارای تیپ D سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد با تیپ غیر D دارند.

است یعنی هرچه نمره افراد در متغیر تیپ شخصیتی D افزایش یابد نمره افراد در این سبک کاهش می‌یابد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی بر حسب تیپ شخصیتی در جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است. با توجه به یافته‌های ارائه شده در جدول ۲، مقایسه میانگین گروه‌ها توسط آزمون t نشان داد که دانشجویان دارای تیپ D نسبت به دانشجویان غیر تیپ D در هر سه سبک مقابله هیجان‌مدار، مسئله‌مدار ($p < 0/001$) و اجتناب‌مدار ($p < 0/05$) تفاوت معنی داری دارند. سبک مقابله هیجان‌مدار در افراد با تیپ شخصیتی D و سبک‌های مقابله مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار در افراد با تیپ

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t برای مقایسه سلامت روان و مؤلفه‌های آن در دو گروه تیپ شخصیتی D ($n=156$) و تیپ غیر D ($n=244$)

سلامت روان	تیپ D میانگین (انحراف معیار)	تیپ غیر D میانگین (انحراف معیار)	t	Sig
سلامت عمومی (کل)	۳۴/۱۵ (۱۴/۴۳)	۲۲/۰۶ (۱۱/۸۸)	۸/۷۴۱	۰/۰۰۱
علائم جسمانی	۷/۶۵ (۴/۲۸)	۵/۰۳ (۳/۶۶)	۶/۲۹۷	۰/۰۰۱
اضطراب	۸/۱۳ (۴/۶۷)	۵/۱۶ (۴/۳۱)	۶/۵۰۶	۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد	۱۱/۸۳ (۳/۳۸)	۹/۶۱ (۳/۴۵)	۶/۳۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۶/۵۴ (۵/۷۷)	۲/۲۵ (۳/۷۱)	۸/۲۴۸	۰/۰۰۱

جدول ۴- رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه سلامت روان

مرحله	متغیر	β	t	سطح معناداری	ΔR^2	F	Sig
۱	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۵۹۱	۱۴/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۲۱۳/۳۳۱	۰/۰۰۱
	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۵۰۲	۱۲/۶۶۷	۰/۰۰۱			
۲	سبک مقابله مسئله‌مدار	-۰/۲۹۹	-۷/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۱۵۰/۱۸۳	۰/۰۰۱
	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۴۵۶	۱۱/۳۸۹	۰/۰۰۱			
۳	سبک مقابله مسئله‌مدار	-۰/۲۵۳	-۶/۳۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۱۱۱/۹۹۲	۰/۰۰۱
	تیپ شخصیتی	۰/۱۸۴	-۴/۵۵۰	۰/۰۰۱			

پیش‌بینی می‌کند. در مرحله دوم دو سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار وارد مدل شدند. این دو متغیر در مجموع ۴۳ درصد از واریانس متغیر سلامت روان را تبیین نمودند. در نهایت نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سبک‌های مقابله هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و تیپ

به منظور پیش‌بینی سلامت روان با استفاده از متغیرهای سبک‌های مقابله و تیپ شخصیتی D، از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. این نتایج نشان داد که در مرحله اول سبک مقابله هیجان‌مدار ۳۵ درصد از سلامت روان را

هیجان‌مدار، استرس‌های بیشتری را هم ادراک خواهند کرد [۴۳]. همچنین استفاده از سبک‌های مقابله‌ای منفعلانه با مشکلات رفتاری و علائم افسردگی ارتباط دارد [۴۴].

راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که براساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن یک عامل استرس‌زا انجام دهد، محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله‌مدار شامل جست‌وجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای کانون توجه قرار دادن مسئله می‌شود. اما واکنشهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی است [۴۵].

با توجه به نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اینکه بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای منطقی در بسیاری از شرایط استرس‌زا، سازگارانه‌تر از بکارگیری راهبردهای متمرکز بر هیجان و اجتناب است [۴۶]، استفاده بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار در مقابل استفاده از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در افراد با تیپ شخصیتی D نشان‌دهنده استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه است که می‌تواند به دلیل وجود عواطف منفی و منع اجتماعی بالا در این گروه شخصیتی باشد. در واقع افراد دارای تیپ شخصیتی D به دلیل تجربه پایدار عواطف منفی از جمله خشم، اضطراب، افسردگی توانایی تمرکز بر مسئله استرس‌آمیز را از دست داده و قادر نخواهند بود از شیوه‌های مقابله‌ای منطقی استفاده کنند و در نتیجه تمایل آنها به روی آوردن به سبک‌های غیرمنطقی از جمله سبک هیجان‌مدار افزایش می‌یابد. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش این بود که افراد غیر تیپ D نسبت به دارای تیپ D بیشتر از سبک مقابله‌ای اجتناب‌مدار استفاده می‌کنند. در سبک مقابله‌ای اجتنابی فرد سعی در ایجاد تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشارآور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می‌کند [۴۵]. این رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن به یک فعالیت جدید و درگیر شدن با آن، جستجوی حمایت اجتماعی یا

شخصیتی D رابطه معنی‌داری با سلامت روان دارند. این متغیرها در مجموع ۴۶ درصد از سلامت روان را پیش‌بینی کردند. نتایج تحلیل واریانس ($F=111/992$ و $p=0/001$) نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت روان بود. همانطور که نتایج این مطالعه نشان داد تیپ شخصیتی D با سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و مولفه‌های سلامت روان رابطه معنی‌داری دارد.

این فرض که بین تیپ شخصیتی D و سبک‌های مقابله‌ای رابطه وجود دارد، مورد تایید قرار گرفت و همچنین نشان داده شد که بین تیپ شخصیتی D و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه مثبت و با سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار رابطه منفی وجود دارد.

این نتیجه تا حدودی با یافته‌های پژوهشی پلمن، برکلز و نیکلز همخوانی دارد. نتایج این پژوهش که با استفاده از پرسشنامه کوتاه مقابله‌ای روی آوردن/اجتناب بدست آمد، حاکی از این بود که افراد با تیپ شخصیتی D در مقایسه با افراد غیر تیپ D از سبک روی آوردی، کمتر استفاده می‌کنند اما از سبک اجتنابی استفاده بیشتری دارند [۳۱]. همچنین در فراتحلیل دیگری نیز نشان داده شده است که افراد با عواطف منفی و منع اجتماعی بالا تلاش کمتری هنگام روبرویی با مشکلات نشان می‌دهند [۴۰]. در مطالعه دیگری که به منظور بررسی رابطه بین فرسودگی، سبک‌های مقابله‌ای و شخصیت انجام شد نشان داده شد که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار پیش‌بینی‌کننده صفت روان رنجورخویی شخصیت می‌باشد [۴۱].

برخی از پژوهش‌ها همبستگی بالایی بین سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با برخی ویژگی‌های روان‌شناختی همچون خودبستگی و هیجان‌های مثبت نشان داده‌اند [۴۲]. از سوی دیگر بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و میزان استرس‌های ادراک شده در دانشجویان رابطه معنی‌دار وجود دارد، به این معنا که دانشجویان با سبک مقابله‌

درمانهای شناختی رفتاری به کاهش منع اجتماعی و استرس این گروه از افراد کمک کند.

با توجه به نمونه پژوهش که از جمعیت دانشجویان بوده است در تعمیم یافته‌ها به جمعیت عمومی باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده تاثیر آموزش و درمانهای روانشناختی را بر روی افراد با تیپ شخصیتی D مورد بررسی قرار دهند.

منابع

1. Mols, F., & Denollet, J. (2010) Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes*, 23; 8: 9 <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-8-9.pdf>.
2. Denollet, J., Sys, S.U., & Brutsaert, D.L. (1995) Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 57, pp.582-591.
3. Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C., & Brutsaert, D.L. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, Vol.347, pp.417-421.
4. Kupper, N., & Denollet, J. (2007) Type-D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, Vol.89, pp.265-276.
5. Denollet, J. (2005) DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type-D personality. *Psychosomatic Medicine*, Vol.67, pp.89-97.
6. Denollet, J. (1997) Personality, emotional distress and coronary heart disease. *Eur J Pers*, Vol.11, pp.343-357.
7. Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D.L. (2000) Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, Vol.102, pp.630-635.
8. Martens, E.J., Mols, F., Burg, M.M., & Denollet, J. (2009) Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J Clin Psychiat*, Vol.71, pp.778-83.

روی آوردن به سرگرمی‌های اجتماعی باشد [۴۷]. افراد دارای تیپ شخصیتی D به دلیل بازداری اجتماعی بالایی که دارند کمتر از شیوه‌های مقابله اجتناب‌مدار که در آن فرد خود را درگیر فعالیتهای اجتماعی می‌کند، استفاده می‌کنند در نتیجه در مقایسه با افراد غیر تیپ D کمتر به این شیوه مقابله‌ای روی می‌آورند.

نتیجه دیگر در این مطالعه نشان داد که بین افراد با تیپ شخصیتی D و غیر D در مولفه‌های سلامت عمومی تفاوت وجود دارد. این یافته‌ها با مطالعه اوگینزکا-بالیک همخوان است. در این بررسی که با هدف بررسی نقش تیپ شخصیتی بر ادراک استرس در محیط کار و سلامت روان انجام شد، نتایج نشان داد که افراد با تیپ شخصیتی D محیط کارشان را استرس‌آمیزتر ادراک می‌کنند و علائم بیشتری از اختلالات روانی را نشان می‌دهند. تفاوت بین دو گروه تیپ D و غیر D در سه مولفه سلامت روان (شکایات جسمانی، اضطراب و افسردگی) نیز در این مطالعه دیده شد [۲۶]. در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که تیپ شخصیتی D با علائم بیشتری از افسردگی و اضطراب ارتباط دارد [۱۱]. در واقع، عواطف منفی بالا در افراد با تیپ شخصیتی D خود توجیه‌کننده دلیل بالا بودن نمرات در زیرمقیاسهای اضطراب و افسردگی و همچنین علائم جسمانی است. از طرف دیگر منع اجتماعی بالا باعث احساس عدم رضایت در انجام کارها و مفید نبودن در زندگی و در نتیجه منجر به اختلال در عملکرد اجتماعی این افراد می‌شود. در مجموع این نتایج می‌تواند توجیه‌کننده احتمال بروز بیشتر اختلالات قلبی در افراد با تیپ شخصیتی D باشد.

با توجه به نتایج فوق به نظر می‌رسد آموزش روشهای مقابله‌ای سازگارانه منطقی، جهت کاهش میزان استرس تجربه شده و نیز برخورداری از سلامت روانی بهتر در این گروه باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. با شناخت دقیقتر ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و تیپ شخصیتی افراد می‌توان الگوی کارآمدتری برای پیشگیری و درمان اختلالات جسمی و روانی در نظر گرفت. در نتیجه احتمال می‌رود آموزش مهارتهای اجتماعی، جرأت‌ورزی، تن‌آرامی و

18. Pedersen, S.S., Van, Domburg, R.T., Theuns, D.A., Jordaens, L., & Erdman, R.A. (2004) Type-D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic Medicine*, Vol.66, pp.714–719.
19. Pedersen, S.S., Yagensky, A., Smith, O.R., Yagenska, O., Shpak, V., & Denollet, J. (2009) Preliminary Evidence for the Cross-Cultural Utility of the Type D Personality Construct in the Ukraine. *Int J Behav Med*, Vol.16, pp.108-15.
20. van den Broek, K.C., Smolderen, K.G., Pedersen, S.S., & Denollet, J. Type D personality mediates the relationship between remembered parenting and perceived health. *Psychosomatics* 2009; Vol.51, pp.216-24.
21. Lim, H.E., Lee, M.S., Ko, Y.H., Park, Y.M., Joe, S.H., Kim, Y.K., Han, C., Lee, H.Y., Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2011) Assessment of the Type D Personality Construct in the Korean Population: A Validation Study of the Korean DS14. *J Korean Med Sci*, Vol.26, pp.116-23.
22. Schiffer, A.A., Pedersen, S.S., Widdershoven, J.W., & Denollet, J. (2008) Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*, Vol.10, pp.922-930.
23. Jellesma, F.C. (2008) Health in Young People: Social Inhibition and Negative Affect and Their Relationship with Self-Reported Somatic Complaints. *J Dev Behav Pediatr*, Vol.29, pp.94-100.
24. Oginska-Bulik, N. (2006) Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health*, Vol.19, pp.113-122.
25. Van Hiel, A., & De Clercq, B. (2009) Authoritarianism is good for you: right-wing authoritarianism as a buffering factor for mental distress. *European Journal of personality*, Vol.23, pp.33-50.
26. Williams, L., O'Carroll, R.E., & O'Connor, R.C. (2008) Type D personality and cardiac output in response to stress. *Psychology and Health*, Vol.24, pp.489-500.
27. Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2003) Type-D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Vol.10, pp.241–248.
9. Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2006) Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, Vol.2, pp.205–13.
10. Denollet, J., Pedersen, S.S., Vrints, C.J., & Conraads, V.M. (2006) Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, Vol.97, pp.970–973.
11. Pedersen, S.S., Lemos, P.A., van Vooren, P.R., Liu, T.K.K., Daemen, J., Erdman, R.A., et al. (2004) Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: A Rapamycin-Eluting Stent Evaluated At Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy. *Journal of the American College of Cardiology*, Vol.44, pp.997–1001.
12. Schiffer, A.A., Smith, O.R., Pedersen, S.S., Widdershoven, J.W., & Denollet, J. (2010) Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, Vol.142, pp.230-235.
13. Barnett, M.D., Ledoux, T., Garcini, L.M., & Baker, J. (2009) Type D personality and chronic pain: Construct and concurrent validity of the DS14. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol.16, pp.194–199.
14. Barone, S., Bacon, S.L., Campbell, T.S., Labrecque, M., Ditto, B., & Lavoie, K.L. (2008) The association between anxiety sensitivity and atopy in adult asthmatics. *Behavioral Medicine*, Vol.31, pp.331–339.
15. Simson, U., Nawarotzky, U., Pork, W., Friese, G., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, S., et al. (2008) Depression, anxiety, quality of life and type D pattern among inpatients suffering from diabetic foot syndrome. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, Vol.58, pp.44–50.
16. Denollet, J. (2000) Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychosom Res*, Vol.49, pp.255–66.
17. De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002) Type D personality: A Five Factor Model perspective. *Psychol Health*, Vol.17, pp.671-683.

۳۸. تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی GHQ. مجله روانشناسی، سال ۵، شماره ۴، صص ۳۹۸-۳۸۱.
۳۹. صادقی موحد، فریبا، مولوی، پرویز، شرقی، افشان، نریمانی، محمد، محمدنیا، حسین، دیلمی، پروانه، رجبی، سوران (۱۳۸۹). بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای با سلامت روانی افراد مبتلا به دیابت. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۲، شماره ۲، صص ۱۱۱-۱۱۵.
40. Connor-Smith, J.K., & Flachsbart, C. (2007) Relations between personality and coping: A Meta analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.93, pp.1080-1107.
41. Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008) Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*, Vol.62, pp.174-6.
42. Hepp, U., Moergeli, H., Buchi, S., Wittmann, L., & Schnyder, U. (2005) Active problem-focused coping might be inadequate in acute stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol.6, pp.379-386.
۴۳. آقاجانی، سیف‌الله (۱۳۷۵). بررسی و تعیین ارتباط تیپ شخصیتی با راه‌های مقابله‌ای دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
44. Liber, J.M., Faber, A.W., Treffers, P.D., & Van Loey, N.E. (2008) Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post-burn. *Burns*, Vol.34, pp.775-782.
45. Endler, N.S., & Parker, J.D. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, Vol.6, 50-60.
46. Park, C.L., & Adler, N.E. (2003) Coping style as a predictor of Health and well-Being across the first year of medical school. *Health psychological*, Vol.22, pp.627-31.
47. Endler, N.S., & Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, Vol.58, pp.844-54.
28. Heppner, P.P., & Baker, P. (1997) Applications of the problem solving inventory. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, Vol.29, pp.229-241.
۲۹. گودرزی، محمدعلی و معینی رودبالی، زهرا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی. مجله دانشور رفتار، سال ۱۳، شماره ۱۹، صص ۳۲-۲۳.
30. Snyder, C.R., & Ford, C.E. (1987) Coping with negative life events. New York: Plenum.
31. Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A.R. (2009) Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*, Vol.15, pp.681-696.
32. Yu, X., Zhang, J., & Liu, X. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.65, pp.595-601.
33. Jonge, P., Denollet, J., Van Melle, J., Kuyper, A., Honig, A., Hschene, A., et al. (2007). Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res*, Vol.63, pp.477-89.
۳۴. ابوالقاسمی، عباس، زاهد، فاطمه، نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۱، شماره ۳، صص ۲۲۲-۲۱۳.
35. Bagherian, R., & Bahrami Ehsan, H. (2011) Psychometric Properties of the Persian Version of Type D Personality Scale (DS14). *Iran J Psychiatry Behav Sci*, Vol.5, pp.12-17.
۳۶. شکری، امید، مرادی، علیرضا، فرزاد، ولی‌اله، سنگری، علی‌اکبر، غنایی، زیبا، رضایی‌اکبر (۱۳۸۴). نقش صفات شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای در سلامت روانی دانشجویان: ارائه مدل‌های علی. تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱، صص ۳۸-۲۸.
۳۷. بهرامی، فاطمه (۱۳۷۶). بررسی تاثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر نحوه مقابله با بحران نوجوانان سال دوم و سوم راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶ و رابطه آن با نقش مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی

نویسندگان: مهناز مهرایی زاده هنرمند^۱، عسکر آتش افروز^{۲*}، منیجه شهنی ییلاق^۳ و شبنم رضایی^۴

۱. استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی
۳. استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی

* Email: a.atashafrouz@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی استان خوزستان می باشد. بدین ترتیب از کل معلمان مقطع ابتدایی، حدود ۱۲۵ نفر معلم استثنایی به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. همچنین، ۱۲۵ نفر معلم عادی، از همان مناطقی که معلمان استثنایی مشغول به کار بودند، انتخاب گردید. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه فشارزاهای شغلی معلمان (JSQT)، و پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلسلش (MBI) بودند. جهت تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیری) استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها، نشان داد که معلمان مدارس استثنایی از لحاظ سلامت عمومی نسبت به معلمان مدارس عادی وضعیت نامطلوبتری دارند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که از لحاظ استرس شغلی تفاوت معنی داری بین دو گروه معلمان وجود ندارد، ولی فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی در تمام ابعاد (تحلیل عاطفی، دگرسان-بینی و فقدان موفقیت فردی)، بیشتر از معلمان مدارس عادی بود.

کلیدواژه‌ها: سلامت عمومی، استرس شغلی، فرسودگی شغلی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۹/۹/۱۴

• پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۲۱

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

کشمکش و تضاد در محیط کار، بی‌زاری از شغل و فقدان ارتباطات انسانی صحیح سبب می‌شود که فرد احساس کند که شغلش بی‌معنی است. چنین حالتی در شغل باعث می‌شود که فرد احساس فشار کاری، کوفتگی، تحلیل قوا، درماندگی و در نتیجه فرسودگی شغلی از خود نشان دهد. به عبارت دیگر، هنگامی که فرد در برابر ابهام نقش، تضاد بین فردی و مشکلات اقتصادی قرار می‌گیرد و همزمان سعی می‌کند که به انتظارات خود و سازمانش پاسخ دهد، محتمل‌ترین اثر ایجاد شده، خستگی، ناامیدی و فرسودگی است [۵].

لازاروس^۴ استرس شغلی را کنش متقابل بین شرایط محیط کار و ویژگیهای فردی شاغل می‌داند، به گونه‌ای که خواسته‌های محیط کار (و در نتیجه فشارهای مرتبط با آن) بیش از آن است که فرد بتواند از عهده آنها برآید [۴]. سلیه^۵ معتقد است که پاسخ استرس از طریق سه مرحله قابل تشخیص، پیشرفت می‌کند. هنگامی که فرد در معرض منابع مداوم یا تکراری فشار روانی قرار می‌گیرد، در مرحله نخست مواجهه با منبع استرس، یک واکنش آژیر^۶ یا اخطار اتفاق می‌افتد و سطح مقاومت کم می‌شود. در این مرحله واکنشهای اعصاب سمپاتیک مانند ترشح آدرنالین، تند شدن تنفس، تنش عضلانی و... فعال می‌شود. در طی این مرحله، اگر منبع فشار به قدر کافی شدید باشد، مقاومت ممکن است تمام شود و مرگ اتفاق بیفتد. اگر غیر از این باشد فرد وارد دومین مرحله یعنی مقاومت^۷ می‌شود. در این مرحله بدن سعی می‌کند که به کمک سیستم پاراسمپاتیک به حالت تعادل و آرامش برسد. استرس می‌تواند در اینجا پایان یابد. اما اگر با وجود مقاومت بدن، استرس به طور مکرر صورت گیرد یا شدت آن زیاد باشد بدن وارد مرحله سوم می‌شود و بالاخره در سومین مرحله یعنی فرسودگی^۸، چنانچه انرژی بدن برای سازگاری تمام شود، مرگ محتمل است. به

امروزه، یکی از جنبه‌های مهم زندگی هر فردی را شغل وی تشکیل می‌دهد. شغل، علاوه بر اینکه هزینه‌های زندگی ما را تأمین می‌کند، نیازهای روانی ما، از قبیل تحرک روانی و بدنی، تماس اجتماعی، احساس خودارزشمندی، اعتماد و توانمندی را نیز ارضا می‌نماید [۱]. در زندگی همه افرادی که دارای شغلی هستند استرس وجود دارد و به گونه‌های مختلف بر آنها فشار روانی وارد می‌کند. تحولات شغلی مانند تغییرات سازمانی، تغییر حقوق و دستمزد، ترفیعات شغلی، ارتباط با مراجعان، اضافه کاری و دگرگونی‌های اجتماعی موضوعاتی هستند که به شکلی بر فرد فشار آورده و او را دچار آشفتگی، نگرانی، تشویق و اضطراب می‌نماید [۲].

سلامتی انسان می‌تواند در اثر وجود استرس‌های شغلی^۱ دگرگون شده و عدم تعادل در حالت جسمی و روانی وی پدیدار شود. استرس‌های طولانی و مداوم محیط کار می‌تواند باعث بروز فرسودگی شغلی^۲ شده و مسایلی چون استعفا، غیبت‌های مکرر، کاهش انرژی و کاهش بازده کاری را به دنبال آورد. با توجه به این که حداقل یک سوم از عمر ما در محیط کار سپری می‌شود و از طرفی بسیاری از روابط و مناسبات اجتماعی ما در طی ساعات کار شکل می‌گیرد، محیط کار یا استرس ناشی از آن می‌تواند در سلامت و خشنودی انسان‌ها علاوه بر کارایی شغلی آنها مؤثر باشد و افرادی که تحت استرس‌های زیاد باشند به طور کلی از سلامت و خشنودی کمتری برخوردار خواهند بود [۳]. آمارها نشان می‌دهد استرس و عوارض ناشی از آن، همه ساله موجب از بین رفتن صدها روز کاری می‌شود و به طور متوسط روزانه یک میلیون نفر به علت اختلالات و ناخوشی‌های ناشی از حضور در محل کار از رفتن به آن خودداری می‌کنند. تحقیقات موس و بیلینگ^۳ نشان می‌دهد که عواملی نظیر تنش دائم، احساس خطر، رقابت شدید،

4. Lazarus
5. Selye
6. alarm reaction
7. resistance
8. exhaustion

1. job stress
2. job burnout
3. Moos & Billing

خدمت از سوی فرد هستند. در این وضعیت، نگرش فرد فرسوده نسبت به ارباب رجوع منفی است و به ارباب رجوع به دیده «طلبکار» می نگرد. چنین نگرشی می تواند به پرخاشگری های فعال (کلامی و غیر کلامی) و نافع (کارشکنی و تأخیرهای عمدی) رو منجر شود. مؤلفه سوم، کاهش احساس کفایت شخصی است، که به کم شدن احساس شایستگی در انجام وظیفه شخصی و ارزیابی منفی از خود در خصوص انجام کار منتهی می شود [۱۰].

معلمان نیز به عنوان یکی از اصلی ترین نیروی انسانی تأثیرگذار در فرایند توسعه و پیشرفت نیز از این قاعده کلی مستثنی نیستند. معلمان به علت فعالیت های شدید و مشکلاتی که در مدرسه با مدیر، والدین و همکاران پیدامی کنند و نیز به خاطر زحمات های فراوانی که در مدرسه برای کنترل رفتارهای نابهنجار دانش آموزان صرف می کنند، دائماً در اضطراب و تنش به سر می برند، مگر با روش های علمی و مؤثر مقابله ای بتوانند فشارهای ناشی از محیط مدرسه را تحت کنترل در آورند. افزون بر این، مشکلات محیط اجتماع و تأمین مایحتاج زندگی نیز اضطراب و تنش معلمان را دوچندان کرده است [۱۱].

در تحقیقاتی که در مورد مقایسه سلامت روانی معلمان با دیگر گروه های شغلی صورت گرفته است، نتایج حاکی از آن است که خستگی مزمن، اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب و نیز فرسودگی شغلی در معلمان نسبت به دیگر گروه های شغلی بیشتر است [۱۲]. همچنین، بررسیها نشان داده است که در میان مشغله های پرخطر، معلمان سطوح بالایی از استرس شغلی را نشان می دهند [۱۳]. این امر در مورد معلمان استثنایی که دارای دانش آموزان با نیازهای ویژه و مشکلات بیشتری می باشند مسئله را وخیم تر کرده، که در چنین حالتی هم دانش آموزان از بی حوصلگی معلم آزاده خاطر می شوند و هم شغل معلم برایش نارضایت کننده به نظر می رسد. مایلز، آرمزی و سیمپسون^۷ با تحقیقاتی که روی معلمان دارای کودکان با نیازهای ویژه انجام دادند به این نتیجه

عبارت دیگر این مرحله در صورت استرس شدید به وجود می آید که همراه با ناتوانی و بیماری روانی^۱ از جمله بیماری های روان-تنی^۲ است [۶]. تحقیقات گوناگون نشان داده اند که استرس می تواند پیامدهای جسمی و روانی متعددی از قبیل سردرد، خستگی جسمی، خشم و پرخاشگری، بی خوابی، اختلال گوارشی، سوزش معده، بی اشتها، غمگینی، میل به سیگار، از دست دادن تمرکز، احساس سرگیجه، کم شدن حافظه، دردهای بدنی پراکنده، تمایل به تنهایی، آشفتگی و... را به دنبال داشته باشد [۴].

همچنین، تحقیقات نشان داده است که بین فشار روانی و فرسودگی شغلی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. در واقع، فرسودگی شغلی در اثر فشار مداوم روانی پدید می آید [۷]. شالیف و لی بر^۳ فرسودگی شغلی را یک فرایند روانشناختی می داند که بر اثر استرس کاری شدید حاصل می شود و فرد را دچار تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت^۴ و کاهش انگیزه^۵ پیشرفت و ترقی می نماید [۸]. مسلش^۶ معتقد است که فرسودگی شغلی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل تنش زاست و دربرگیرنده نشانگانی از خستگی جسمی و عاطفی است که منجر به تصویر منفی از خود، نگرش منفی نسبت به شغل، فقدان احساس در رابطه با مراجعان به هنگام انجام وظیفه می گردد [۹]. از دید مسلش و جکسون^۶ فرسودگی شغلی دارای سه مؤلفه است: مؤلفه اول، خستگی هیجانی است که کاملاً همانند متغیر فشار روانی عمل می کند، و به مثابه احساس زیر فشار قرار گرفتن و از میان رفتن منابع هیجانی در فرد قلمداد می شود. در این حالت ممکن است فرد بی رغبت و بی تفاوت شود و دیگر شغل، هیچ شور و احساس مثبتی را در او بر نمی انگیزد. مؤلفه دوم، مسخ شخصیت فرد شاغل می باشد و به پاسخ منفی و سنگدلانه به اشخاصی می انجامد که معمولاً دریافت کنندگان

1. mental illness
2. psychosomatic disease
3. Shalif & Leibler
4. depersonalization
5. Maslach
6. Jackson

7. Myles Ormsbee & Simpson

معلمان عادی و استثنایی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که میزان ابهام و تعارض نقش در معلمان استثنایی به طور معنی داری از معلمان عادی بیشتر است [۱۹]. همچنین، مشهودی، در تحقیقی که در مورد استرس معلمان عادی و استثنایی انجام داد به این نتیجه رسید که بین استرس شغلی معلمان دبستانهای عادی و استثنایی تفاوت معنی داری وجود دارد [۲۰].

از سوی دیگر، بنزکی^۷ در تحقیقات خود بین فشار کاری (تعارض و ابهام نقش) معلمان استثنایی و عادی تفاوت معنی داری نیافت [۲۱]. زابل و زابل^۸ نیز در تحقیق خود بین فرسودگی شغلی معلمان استثنایی و عادی تفاوت معنی داری نیافتند و به این نتیجه رسیدند که عامل سابقه در فرسایش معلمان استثنایی نقش بسیار مهمی دارد، چرا که معلمان کم تجربه نسبت به معلمان مجرب به احتمال بیشتری دچار فرسودگی شغلی می‌شوند [۲۲]. لذا، با توجه به تناقضاتی که در نتایج این مطالعات وجود دارد، پژوهش حاضر در پی بررسی تفاوت سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی در مقطع ابتدایی می‌باشد. انجام این پژوهش نسبت به پژوهشهای قبلی درباره معلمان استثنایی، از آن جهت که هر سه متغیر مرتبط سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی را توأم در معلمان عادی و استثنایی بررسی و مقایسه می‌کند، جامع تر است. همچنین، در این پژوهش، سعی شده که از مقیاس‌هایی از استرس و فرسودگی شغلی، که صرفاً خاص شرایط شغل معلمی طراحی گردیده است، استفاده شود.

در واقع، اهمیت و ضرورت این تحقیق، بررسی این نکته می‌باشد که آیا آموزش و پرورش استثنایی توانسته است با در نظر گرفتن شرایط و تسهیلات ویژه (ارائه آموزشهای ویژه به معلمان کودکان دارای معلولیت‌های حسی- حرکتی و ذهنی، افزایش حقوق و مزایا نسبت به معلمان عادی، پایین آوردن سن بازنشستگی، کم بودن ظرفیت کلاسهای درس برای این معلمان و امکانات ویژه

دست یافتند که به علت اینکه این گروه از معلمان در برقراری ارتباط با این نوع کودکان درگیر مشکلات زیادی می‌باشند، دچار فشار کاری بیشتری می‌باشند و همین امر زمینه بیمارهای روان- تنی را در آنها موجب می‌شود [۱۴]. مسلش، با بررسی تاثیر استرسها بر بهداشت روانی آموزگاران، عنوان می‌دارد که استرس‌های شغلی باعث شکل‌گیری نگرانی‌ها، غیبت از کار، بیماریهای جسمانی، گرایش به مواد مخدر و خستگی مزمن می‌شوند [۹]. در تحقیقی که توسط مارتینز و اسکات^۱ انجام شد، نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میزان شیوع افسردگی و فرسودگی شغلی بسیار نزدیک به هم می‌باشد. یعنی به ترتیب ۱۷/۱ درصد و ۱۵/۷ درصد در زنان، و ۱۹/۴ درصد و ۲۲ درصد در مردان بود. ولی ۶/۵ درصد زنان و ۹/۴ درصد مردان هم افسرده بودند و هم دچار فرسودگی شغلی بودند [۱۵].

تاکنون تحقیقات متعددی درباره مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی انجام شده است. برونل و اسمیت^۲ گزارش دادند که بسیاری از معلمان استثنایی به دلایل مختلف حرفه خود را رها می‌کنند و مهمترین دلیل ترک شغل خود را استرس کاری می‌دانند [۱۶]. بیلینگ سلای^۳، در تحقیقی که به منظور بررسی فرسودگی و میزان استرس معلمان عادی و استثنایی انجام داد، به این نتیجه رسید که میزان فرسایش و استرس معلمان استثنایی از معلمان عادی بیشتر است [۱۷]. سینگر^۴ طی پژوهشی به این نتیجه رسید که میزان فرسایش و تحلیل رفتگی جسمی و روحی در بین معلمان عادی در حدود ۶ تا ۸ درصد در سال است در حالیکه این میزان فرسایش^۵ و تحلیل رفتگی جسمی و روحی در بین معلمان استثنایی بیشتر و در حدود ۱۰ درصد می‌باشد [۱۸]. بیلینگ سلای و کروس^۶ نیز در تحقیق خود که به منظور مقایسه ابهام و تعارض نقش

1. Martinez & Scott
2. Brownell & Smith
3. Billingsley
4. Singer
5. attrition
6. Cross

7. Benskey

8. Zabel & Zabel

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل همه معلمان ابتدایی استان خوزستان می باشد. تعداد ۱۲۵ نفر از معلمان مدارس استثنایی به صورت تصادفی مرحله ای انتخاب شدند؛ یعنی ابتدا از استان چند شهر (آبادان، اهواز، ایذه، اندیمشک، رامهرمز، باغملک و خرمشهر) به صورت تصادفی انتخاب شد، و از هر شهر چند مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. به طور تصادفی به تعدادی از معلمان هر مدرسه پرسشنامه های تحقیق داده شد و در نهایت تحلیل روی معلمان مدارس انجام گرفت. معلمان عادی (۱۲۵ نفر) نیز از همان شهرها و از همان مناطقی که معلمان استثنایی به تدریس اشتغال داشتند، به طور تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزارهای تحقیق

ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق شامل پرسشنامه سلامت عمومی^۲ گلدبرگ، مقیاس عوامل فشارزای شغلی معلمان^۳ و مقیاس فرسودگی شغلی مسلش^۴ می باشد.

۱) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

این پرسشنامه اولین بار به وسیله گلدبرگ و هیلیر سال ۱۹۷۲ ساخته شده است. از فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه به وفور در مطالعات ایرانی استفاده شده و روایی و پایایی آن نیز به اثبات رسیده است [۱۵]. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده، ۴ خرده مقیاس بوده و بر اساس مقیاس لیکرت (۰-۳-۲-۱) نمره گذاری شده است، و نمره کل هر فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. ضمناً لازم به توضیح است که پایین بودن نمره در این پرسشنامه نشانه سلامت روان بالا و بالا بودن نمره نشانه سلامت روان پایین می باشد.

گلدبرگ و ویلیامز^۵ [۲۴] پایایی تنصیف ۰/۹۵ و جان (Jhon) ثبات درونی پرسشنامه سلامت عمومی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمودند [۲۵]. در

برای یادگیری و تدریس) از فشار شغلی و بالتبع فرسودگی شغلی این معلمان در مقایسه با معلمان دانش آموزان عادی که با کودکان سالم از نظر جسمی و روحی در ارتباطند، جلوگیری نماید و یا اینکه در جهت رفع مشکلات شغلی آنها نیاز به برنامه ریزیها و ارائه خدمات بیشتری است تا سلامت روانی آنها را تأمین نماید. بنابراین نتایج حاصل از این پژوهش می تواند مورد استفاده آموزش و پرورش، خصوصاً مراکز مربوط به آموزش و پرورش کودکان استثنایی قرار گیرد.

سئوال اساسی که در این پژوهش مطرح شده عبارتست از:

* آیا از نظر سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی بین معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی تفاوت وجود دارد؟

فرضیه های تحقیق حاضر عبارتند از:

۱. بین سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی در مقطع ابتدایی تفاوت وجود دارد.
۲. بین مولفه های فرسودگی شغلی (فرسودگی عاطفی، دگرگونی شخصیت، فقدان موفقیت فردی) در معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع علی-مقایسه ای^۱ می باشد. در تحقیق علی-مقایسه ای، تغییرات در متغیر مستقل قبلاً رخ داده اند و محقق باید آنها را با بازنگری تأثیرات احتمالی آنها بر روی یک متغیر وابسته مشاهده شده، مطالعه کند [۲۳]. در این پژوهش، متغیرهای وابسته سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی در دو گروه معلمان استثنایی و عادی (متغیر مستقل) با هم مقایسه می شود و با توجه به تعداد متغیرهای وابسته و مستقل، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای تحلیل داده ها استفاده شد.

2. General Health Questionnaire
3. Job Stress Questionnaire of Teacher
4. Maslach Burnout Inventory
5. Golberg & Willims

1. ex-post-facto

فقدان تحقق شخصی (۸ ماده) در چهارچوب فعالیت حرفه‌ای پرداخته است و بخصوص برای سنجش و پیشگیری از فرسودگی در گروه‌های حرفه‌ای مانند پرستاران و معلمان و غیره به‌کاربرده می‌شود. نحوه نمره‌گذاری ماده‌های این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای (اصل پرسشنامه ۷ درجه‌ای می‌باشد). صورت می‌گیرد. گزینه‌های این آزمون با کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم مشخص شده‌است که به هنگام مطالعه این مقیاس توسط آزمودنی، شخص احساس خود را با توجه به گزینه‌های تحت اختیار بیان می‌کند [۹].

مسلش و جکسون پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه محاسبه کردند و ضرایب زیر را به دست آوردند: خستگی عاطفی ۰/۹۰، دگرگونی شخصیت ۰/۷۹، و فقدان موفقیت فردی ۰/۷۱ [۱۰]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه فرسودگی شغلی و خرده مقیاس‌های آن با روش‌های آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن محاسبه شده است. در جدول زیر این ضرایب آورده شده‌اند.

جدول ۱: ضرایب پایایی پرسشنامه فرسودگی شغلی و خرده مقیاس‌های آن

پرسشنامه	آلفای کرونباخ	تنصیف	گاتمن
کل پرسشنامه فرسودگی شغلی	۰/۹۱	۰/۹	۰/۸۹
خرده مقیاس تحلیل عاطفی	۰/۹۳	۰/۷۸	۰/۸۸
خرده مقیاس دگرسان‌بینی	۰/۸۴	۰/۸۹	۰/۸۸
خرده مقیاس فقدان موفقیت فردی	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۷۵

عابدی و همکاران روایی این پرسشنامه را به شیوه روایی همگرا و از طریق همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه فرسودگی شغلی گلدارد^۱ محاسبه نمودند که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه (۰/۵۹) در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار بود [۲۶]. نساج نیز در پژوهش خود، از طریق اجرای همزمان پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش ۲۰ و ۲۲ سئوالی ضریب روایی این پرسشنامه را

پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. ضرایب همبستگی موسوی در پژوهش خود برای محاسبه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از روش همبسته کردن نمرات این پرسشنامه با نمرات چک لیست علائم روانی SCL-90 استفاده کرد و ضریب روایی ۰/۷۶ را گزارش نمود [۲۵].

۲) پرسشنامه عوامل فشارزای شغلی معلمان (JSQT)
 این مقیاس توسط آفاجری و مهرابی‌زاده هنرمند در سال ۱۳۸۲ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ساخته شد. هدف از این آزمون مشخص کردن چگونگی میزان فشارهای شغلی وارده بر معلمان بود. این آزمون برای معلمان قابل استفاده می‌باشد و به صورت انفرادی اجرا می‌شود. دارای ۶۶ ماده می‌باشد که هر کدام دارای چهار گزینه می‌باشد. پاسخ‌های چهارگزینه‌ای این آزمون به ترتیب با گزینه‌های هرگز «۰»، بندرت «۱»، گاهی اوقات «۲»، اغلب اوقات «۳»، رتبه‌بندی می‌شود که از جمع نمرات بدست آمده نمره فشار شغلی فرد به دست می‌آید [۱۱].

آفاجری برای سنجش پایایی پرسشنامه فشارزاهای شغلی معلمان از دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده نمود و ضریب پایایی حاصل از محاسبه را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۸ به دست آورد [۱۱]. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه فشارزاهای شغلی با روش‌های آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن محاسبه شد، که به ترتیب ضرایب ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ به دست آمد.

همچنین در این پژوهش، جهت تعیین روایی این پرسشنامه از اعتبار سازه‌ای و از طریق همبسته کردن نمرات آن با نمرات پرسشنامه SCL90 استفاده شد. که همبستگی این دو پرسشنامه ($r = -۰/۳۵$) به دست آمد که در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار است.

۳) پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش (MBI)

این آزمون توسط مسلش ساخته شده است که برآورد جدیدی از پدیده تیدگی یعنی فرسودگی مبتنی است. این پرسشنامه شامل ۲۲ ماده است که به سنجش فرسودگی هیجانی (۹ ماده)، پدیده‌های شخصیت‌زدایی (۵ ماده) و

1. Inventory Burnout Geldard

آلفای $p < 0/001$ معنی دار می باشد.

نتایج

در جدول ۲ یافته های توصیفی از قبیل میانگین و انحراف معیار هر دو گروه از معلمان استثنایی و عادی در متغیرهای پژوهش، به تفکیک آورده شده است.

۰/۷۸ به دست آورد که در سطح آماری $p < 0/001$ معنی دار می باشد [۲۷]. در پژوهش حاضر، ضریب روایی (روایی ملاکی) پرسشنامه فرسودگی شغلی از طریق همبسته کردن مجموع نمرات این آزمون با نمره مربوط به یک سؤال کلی در مورد میزان فرسودگی شغلی (سؤال ملاک) محاسبه شده است، که مقدار آن ۰/۶۵ در سطح

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات معلمان مدارس استثنایی و عادی در متغیرهای پژوهش

انحراف معیار		میانگین		متغیرها	
عادی	استثنایی	عادی	استثنایی	نوع مدرسه	
۱۰/۳۶	۱۹/۹۶	۳۵/۶۳	۴۸/۲	سلامت عمومی	
۲۹/۶۱	۲۷/۸۷	۱۳۳/۴۶	۱۳۱/۹۳	استرس شغلی	
۷/۳۱	۱۰/۷۸	۱۲/۳۳	۱۹/۳۲	فرسودگی شغلی	
۲/۸۵	۴/۶۳	۳/۷۷	۶/۵۲		تحلیل عاطفی
۳/۹۴	۴/۵۵	۷/۹	۹/۵۲		دگرسان بینی
۱۱/۶۳	۱۵/۴۶	۲۴/۰۱	۳۵/۳۷		فقدان موفقیت فردی
				نمره کل فرسودگی شغلی	

۲. بین استرس شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = 0/05$ وجود ندارد.
 ۳. بین فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 42/73$, $p < 0/001$). میانگین نمرات فرسودگی شغلی با توجه به جدول ۲، در معلمان مدارس استثنایی ($\bar{x} = 35/37$) بیشتر از معلمان عادی ($\bar{x} = 24/01$) است. لازم به توضیح است نمره بالا در پرسشنامه فرسودگی شغلی نشان دهنده فرسودگی شغلی بیشتر است.

به علاوه، نتایج حاصل از تحلیل فرضیه ۲ در جداول ۵ و ۶ نشان می دهد، سطوح معنی داری همه آزمون ها (اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) بیانگر آن است که بین معلمان مدارس استثنایی و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تحلیل عاطفی، دگرسان بینی و فقدان موفقیت فردی) تفاوت معنی داری وجود دارد. به علاوه، برای پی بردن به این تفاوت نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا در جدول ۸ آمده است. همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، اثرات بین آزمودنی ها نشان می دهد که

همچنین، نتایج حاصل از بررسی فرضیه ۱ در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها (اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) بیانگر آن است که بین معلمان مدارس استثنایی و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی) تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین، فرضیه ۱ پژوهش حاضر تأیید می شود. به علاوه، برای پی بردن به این تفاوت نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۶ نشان می دهد که:

۱. بین سلامت عمومی معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 38/7$, $p < 0/001$). با توجه به میانگین های درج شده در جدول ۲، میانگین نمره سلامت عمومی معلمان مدارس استثنایی ($\bar{x} = 48/2$) بیشتر از معلمان عادی ($\bar{x} = 35/63$) می باشد. لازم به توضیح است که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی دال بر عدم سلامت روانی است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی متغیرهای سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی

اثر	آزمون	ارزش (مقدار)	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری p
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۹	۱۹/۹۱	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۸	۱۹/۹۱	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۲۴	۱۹/۹۱	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۲۴	۱۹/۹۱	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری p
گروه	سلامت عمومی	۹۷۹۱/۷	۱	۹۷۹۱/۷	۳۸/۷	<۰/۰۰۱
	استرس شغلی	۱۴۵/۱۷	۱	۱۴۵/۱۷	۰/۱۷	۰/۶۷
	فرسودگی شغلی	۸۰۰۴/۷۵	۱	۸۰۰۴/۷۵	۴۲/۷۳	<۰/۰۰۱

۱. $(p < 0/001)$ ، یعنی میزان دگرسان‌بینی در معلمان مدارس استثنایی نسبت به معلمان مدارس عادی بیشتر است. با توجه به جداول ۲، میانگین نمرات دگرسان‌بینی در معلمان مدارس استثنایی و عادی به ترتیب ۶/۵۲ و ۳/۷۷ می‌باشد.

۲. در بُعد فقدان موفقیت فردی بین معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=8/99$ ، $p < 0/003$)، یعنی فقدان موفقیت (پیشرفت) فردی معلمان مدارس استثنایی نسبت به معلمان مدارس عادی بیشتر است. با توجه به جداول ۲، میانگین نمرات فقدان موفقیت فردی در معلمان مدارس استثنایی و عادی به ترتیب ۹/۵۲ و ۷/۹ می‌باشد.

خرده مقیاس‌های تحلیل عاطفی، دگرسان‌بینی و فقدان موفقیت فردی در بین معلمان مدارس استثنایی و عادی بیانگر نکات زیر است.

۱. در بُعد تحلیل عاطفی بین معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=35/61$ ، $p < 0/001$)، یعنی میزان تحلیل عاطفی در معلمان مدارس استثنایی نسبت به معلمان مدارس عادی بیشتر است. با توجه به جداول ۲، میانگین نمرات دگرسان‌بینی در معلمان مدارس استثنایی و عادی به ترتیب ۱۹/۳۲ و ۱۲/۳۳ می‌باشد.

۲. در بُعد دگرسان‌بینی بین معلمان مدارس استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=31/59$ ،

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی خرده مقیاس‌های فرسودگی شغلی در معلمان مدارس استثنایی و عادی

اثر	آزمون	ارزش (مقدار)	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری p
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۵	۱۴/۴۲	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴	۱۴/۴۲	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۱۷	۱۴/۴۲	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۷	۱۴/۴۲	۳	۲۴۴	<۰/۰۰۱

جدول ۶: نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات خرده مقیاس های فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی، دگرسان بینی و فقدان موفقیت فردی) معلمان مدارس استثنایی و عادی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری p
گروه	تحلیل عاطفی	۳۰۳۰/۷۳	۱	۳۰۳۰/۷۳	۳۵/۶۹	<۰/۰۰۱
	دگرسان بینی	۴۶۸/۴۴	۱	۴۶۸/۴۴	۳۱/۵۹	<۰/۰۰۱
	فقدان موفقیت فردی	۱۶۳/۱۶	۱	۱۶۳/۱۶	۸/۹۹	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه گیری

در فرضیه های این پژوهش، این مسأله مطرح بود که تفاوت معنی داری بین سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی در مقطع ابتدایی استان خوزستان وجود دارد. همانطور که مشاهده گردید، با توجه به جداول ۳ و ۴، نتایج بیانگر آن بودند که سلامت عمومی معلمان مدارس استثنایی به طور معنی داری کمتر از سلامت عمومی معلمان مدارس عادی است. این نتایج با یافته های گرت [۲۸]، مایلز، آرمزی و سیمپسون [۱۴]، بیلینگ سلا [۱۷]، سینگر [۱۸]، لاورنسون و مک کینون [۲۹]، زابل و زابل [۲۲]، بومر و کینگ [۲۰] و مشهدی [۲۰] همخوانی دارد. در همین راستا نیز مایلز، آرمزی و سیمپسون [۱۴] با تحقیقاتی که روی معلمان دارای کودکان با نیازهای ویژه (خصوصاً کودکان اوتیسم) انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که به علت اینکه این گروه از معلمان در برقراری ارتباط با این نوع کودکان دچار مشکلات زیادی می باشند، دچار فشار کاری بیشتری نسبت به معلمان مدارس عادی می باشند و همین امر زمینه بیماری های روان-تنی را در آنها موجب می شود. از طرف دیگر، معلمان مدارس استثنایی به علت سروکار داشتن با کودکان دچار اختلالات رفتاری و هیجانی باید مدام از سبک های مقابله ای موثر برای کاهش این رفتارهای نابهنجار استفاده نمایند که این امر باعث درگیری جسمی و روحی معلمان با این فعالیتها شده و قطعاً بر سلامت جسمی و روانی آنها تاثیر نامطلوب می گذارد [۵]. در تأیید تبیین فوق، بلوچ [۲۵] نیز در مطالعه

ای دقیق و سازمان یافته بر روی ۲۵۳ معلم از طریق مطالعه موردی، به این نتیجه رسید که کار کردن با دانش آموزان دشوار (دانش آموزان ناسازگار و دچار اختلال رفتاری) - که معمولاً وظیفه معلمان مدارس استثنایی می باشد - باعث افزایش بیماری های جسمی و روانی در بین معلمان می شود.

همچنین، با توجه به آنچه در جداول ۳ و ۴ آورده شده است بین میزان استرس شغلی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد، که این نتایج با اکثر یافته های قبلی منجمله ساترلند و کوپر [۱۱]، نیدل، گرفت، سوندسون و بدنی [۳۱]، هیوس [۳۲]، مسلش [۹]، اورنگی، هاشم زاده و بهرهدار [۳۳]، و مشهدی [۲۰] همخوانی ندارد، هر چند که نتایج بعضی تحقیقات، مانند بنرکی [۲۱] فرضیه فوق را تایید می کنند. می توان گفت گرچه هر دو گروه معلمان مدارس استثنایی و عادی گرچه استرس های متفاوتی را تجربه می کنند (مثلاً گرچه معلمان کودکان ناشنوا مجبورند با صدای بلندتر و با استفاده از الفبای دستی، لبخوانی و حرکات سر و صورت با شاگردشان ارتباط برقرار کنند، و معلمان کودکان نابینا می بایست از خط بریل و دیگر روشهای جبرانی همچون آموزش جهت یابی و غیره آموزش دهند، و همچنین معلمان کودکان عقب مانده ذهنی مجبورند چندین برابر معلمان کودکان عادی تکرار کنند، که همه این فعالیت ها پرزحمت و فشارزا هستند در مقابل فشارزاهای معلمان عادی متفاوت و بیشتر ناشی از تعداد دانش آموزان در

3. Saterland & Cooper

4. Needle, Griffith, Sevendsen & Berney

5. Hughes

1. Lawrenson & McKinnon

2. Boomer & King

خرده مقیاس های آن (تحلیل عاطفی، دگر سان بینی و فقدان موفقیت فردی) در میان معلمان مدارس استثنایی به طور معنی داری بیشتر از معلمان مدارس عادی می باشد، که این نتایج با یافته های سینگر [۱۸]، بیلینگ سلای [۱۷]، مارتینز و اسکات [۱۵]، جعفرپور [۳۵]، شیرکول [۵] همخوان باشد. تبیینی را که می توان در این رابطه ارائه داد اینست که معلمان مدارس استثنایی استرس های متفاوتی (از حیث نوع نه میزان) را نسبت به معلمان مدارس عادی تجربه می کنند که تا حدودی به علت حاد بودن آنها تحمل ناپذیرند. یعنی وقتی که این گروه از معلمان در مقابل فشارهای کاری قرار می گیرند دچار فرسودگی شغلی می شوند [۳۴]، یعنی پس از مدتی که از عهده مقابله با آنها بر نمی آیند، ابتدا نگرش منفی نسبت به کار خود پیدا می کنند، احساس خستگی، تحلیل قوا و کوفتگی می کنند (دچار تحلیل عاطفی می گردند). در نهایت وقتی فرد از راهبردهای مقابله ای موثر جهت گریز از حالات فوق بکار نبرد، به این نتیجه می رسد که دیگر نمی تواند در این شغل متمر ثم باشد، چرا که در کار خود هیچ پیشرفتی مشاهده نمی کند یا به اصطلاح دچار فقدان موفقیت فردی می شود [۵]. مسلش [۹] معتقد است که فرسودگی شغلی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل تنش زاست (نه درگیری با عوامل تنش زا). به همین خطر وقتی که فرد نتواند خود را با فشار روانی محیط کار سازگار کند، دچار خستگی جسمی و عاطفی می شود که این امر منجر به تصویر منفی از خود، نگرش منفی نسبت به شغل، و فقدان احساس در رابطه با مراجعان به هنگام انجام وظیفه می گردد. لاتوس^۲ [۳۶] بیان می دارد که همبستگی بین فشارهای روانی و فرسودگی، باعث شده عده ای استرس و فرسودگی را یکی بدانند، حال آنکه فرسودگی نتیجه نهایی استرس می باشد، همانطور که در مبحث فشار روانی گفته شد، هانس سلیه واکنش به فشار را سه مرحله می داند: مرحله اول تحلیل واکنش اخطار، مرحله دوم مقاومت، مرحله سوم فرسودگی. یعنی اگر فرد در مقابل عوامل فشارزا از راهبردهای مناسب کنار آمدن

یک کلاس می باشد که این خود مولد فشارهای دیگری همچون تفاوت های فردی بیشتر دانش آموزان، وقت گیر بودن ارزیابی ها، و بررسی تکالیف دانش آموزان می باشد.) ولی بین میزان استرس های وارده بر آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد. با توجه به مطالب ذکر شده می توان نکات زیر را در مورد ناهمخوانی نتیجه این تحقیق با تحقیقات قبلی ذکر نمود. اولاً اینکه در بررسی استرس شغلی، علاوه بر میزان استرس، باید به نوع استرس نیز توجه نمود چرا که اگرچه تفاوت معنی داری بین میزان استرس شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی مشاهده نشده است، ولی به علت داشتن مشکلات متفاوت، آنها استرس های متفاوتی را تجربه کرده و احتمالاً دلیل اینکه معلمان مدارس عادی در مقابل عوامل فشارزا تحمل بیشتر نموده و کمتر دچار اختلال در سلامت روانی و جسمی نسبت به معلمان مدارس استثنایی شده اند، همین انواع متفاوت استرس ها باشد نه میزان آنها. گوردن^۱ [۳۴] در تحقیق خود به این نتیجه رسید که فقط استرسهایی که بالاتر از سطح تحمل فرد باشند (استرسهای تحمل ناپذیر)، باعث ایجاد فرسودگی، و پیامد های جسمی، عاطفی و رفتاری می شوند. ثانیاً اگر چه معلمان مدارس استثنایی و عادی در میزان استرس شغلی تفاوتی با هم ندارند، دلیل اینکه معلمان استثنایی بیشتر دچار اختلالات رفتاری و روانی می شوند اینست که معلمان مدارس عادی اگر درگیر فعالیت های استرس زا می شود، معمولاً فعالیت های استرس زای آنها زودتر و بهتر به نتیجه می رسد و این خود باعث می شود که معلمان مدارس عادی به خاطر نتیجه بخش بودن این فشارزاهای آنها را تحمل کنند. ولی در مقابل معلمان مدارس استثنایی که در مقابل تحمل فعالیتهای استرس زا چندین نتیجه رضایت بخش بدست نمی آورند، همین امر باعث می شود که آنها در مقابل استرس ها حالت انفعالی به خود گرفته و بیشتر دچار اختلالات جسمانی و روانی گردند.

به علاوه، با توجه به مندرجات جداول (۳ و ۴ و ۵ و ۶) می توان نتیجه گرفت که میزان فرسودگی شغلی و

2. Latus

1. Gorden

۳. رایبیز، استیفن. مدیریت رفتار سازمانی، ترجمه علی پارسائیان و محمد اعرابی (۱۳۷۴). تهران: انتشارات مؤسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی.

۴. راس، رندال آر. و آلتمایر، الیزابت ام. (۱۹۹۵). استرس شغلی. ترجمه غلامرضا خواجه پور (۱۳۸۵). تهران: انتشارات بازتاب.

۵. شیرکول، ماندانا (۱۳۸۴). عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی معلمان دانش آموزان نابینا، ناشنوا و عادی در مقطع راهنمایی شهر تهران. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، سال ۳۵، شماره ۲، ۱۳۵-۱۰۹.

۶. شهیدی، شهریار و حمدیه، مصطفی (۱۳۸۸). اصول و مبانی بهداشت روانی. تهران: انتشارات سمت.

7. Faber, B.A. (1983). Stress and burnout in the human service professions. New York: Pergamon Press.

8. Shalif, Y., & Leibler, M. (2002). Working with people experiencing terrorist attacks in Israel: A narrative perspective. Journal of Systemic Therapies, 21(3), 60.

9. Maslach, C. (1981). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. Journal of Personality and Social Psychology, 37(4), 953-967.

10. Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 85-86.

۱۱. آتش افروز، عسکر (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی در معلمان استثنایی و عادی مقطع ابتدایی استان خوزستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

12. Finaly-Jones, R. (2007). Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 20, 304-313.

13. Covess, V., Rios-Seidel, C., & Sevilla-Dedieu, C. (2006). Teachers mental health and teaching levels. Journal of Teaching and Teacher Education, 52, 1-16.

14. Myles, B.S., Ormsbee, C.K., & Simpson, R.L. (2006). Autism and stress: An individualized intervention plan for teachers, focus on autistic behavior. 6, 8-16.

با کنترل (مسئولیت زندگی خود را به عهده گرفتن) استفاده کند، ابتلای او به فرسودگی شغلی بسیار ناچیز است. ولی اگر فرد از راهبردهای نامناسب همچون کنار آمدن با فرار (به طور منفعل اجاره می دهد حوادث و رویدادها بر او حادث شوند) استفاده نماید به احتمال بسیار زیادتری در دام فرسودگی شغلی می افتد. بنابراین گرچه معلمان مدارس استثنایی و عادی میزان استرسهای یکسانی را تجربه می کنند، احتمالاً راهبردهای کنار آمدن آنها با فشار روانی متفاوت است.

پژوهش حاضر تنها بر روی معلمان مدارس استثنایی گرایش های ناشنوا، نابینا و کم توان ذهنی صورت گرفته است، لذا باید در تعمیم نتایج حاصله از آن به معلمان سایر گرایش های استثنایی - همانند معلمان کودکان دچار اختلالات رفتاری، کودکان چند معلولیتی، کودکان اوتیسم - احتیاط نمود. همچنین، با وجود تاثیر قابل توجه گفتار درمان، کار درمان و روانشناس کودکان استثنایی در جهت کمک به معلم، هم در مسائل آموزشی و هم در برنامه های تربیتی، متأسفانه هنوز بعضی از مدارس استان از متخصصین بی بهره اند، یا اینکه برنامه مدون و مشخصی برای آنها طرح نشده است که بتواند کمی از سنگینی کار معلم بکاهد. پیشنهاد می شود با واقع بینی و نیازسنجی دقیق، از خیل عظیم نیروهای فارغ التحصیل در رشته های مذکور، افرادی واجد شرایط را هم جهت حل مشکلات آموزشی و تربیتی کودکان و هم تسهیل کردن کار معلمان استخدام نمایند.

منابع

۱. قدیمی مقدم، ملک محمد، حسینی طباطبایی، فوزیه و جمعه پور، احمد (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع فرسودگی شغلی در معلمان مدارس ابتدایی، فصلنامه روانشناسان ایرانی، شماره ۵، صص ۴۳-۵۴.

۲. علوی، سیدسلیمان، جنتی فرد، فرشته و داوودی، علی (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه سلامت روانی و فرسودگی شغلی در کارکنان و کارگران شرکت سایپا. ماهنامه مهندسی خودرو و صنایع وابسته، سال اول، شماره ۶، صص ۲۱-۲۵.

۲۶. عابدی، محمدرضا، شفیق آبادی، عبدالله، احمدی، سید احمد و سلیمی زاده، کاظم (۱۳۸۲). بررسی میزان فرسودگی شغلی مشاوران آموزش و پرورش شهر اصفهان و عوامل مؤثر بر آن. دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۱۵، صص ۳۸-۲۳.
۲۷. نساج، عبدالرحمان (۱۳۸۲). بررسی رابطه ساده و چندگانه وجدان کاری و امنیت کاری با فرسودگی شغلی با توجه به اثر تعدیل کننده حمایت سازمانی ادراک شده در میان کارمندان شرکت بهره برداری نفت و گاز اهواز کارون - اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
28. Grant, D.A. (2005). Person - environment fit and stressor support specificity models international. *Exceptional Children*, 47, 18-29.
29. Lawrenson, G.M., & McKinnon, A. (2005). A survey of classroom teachers of the emotionally disturbed: Attrition and burnout factors. *Behavior Disorders*, 8, 41-49.
30. Boomer, L., & King, T. (2004). Teacher identification of behavior problems among junior high school students: A preliminary study. *Behavioral Disorders*, 6, 219-222.
31. Needle, R.H., Griffith, T., Sevendsen, R., & Berney, C. (2004). Teacher stress: Sources and consequences. *Journal of School Health*, 10, 96-99.
32. Hughes, C. (2005). Early retire mental trend: Inflating teacher shortage. *Independent*, 5, November.
۳۳. اورنگی، مریم، هاشم زاده، ایرج و بهره‌دار، محمد-جعفر (۱۳۷۸). استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روان در کارکنان بیمارستانهای شهر شیراز. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۶، شماره پیاپی ۲۲ و ۲۳، ۶-۵۵.
34. Gorden, J. (2001). Who is being trained to do what? *Teaching Magazine*.
۳۵. جعفرپور، حسن (۱۳۷۶). ارتباط بین سخت‌رویی و فرسودگی شغلی در معلمان مدارس عادی و استثنایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.
36. Latus, M.J. (2003) *Burnout in families: The systemic cost of caring*. New York: CRC Pres.
15. Martinez, O., & Scott, G.C. (2007). Depression and burnout hospital health car professional. *International Journal of Environmental Health*, 303(20), 204-209.
16. Brownell, M., & Smith, S. (2006). Attrition/retention of special educational teachers: Critique of current research and recommendations for retention effort. *Teacher Educational and Special Education*, 15, 229-248.
17. Billingsley, B.S. (2005). Teacher retention and attrition in special and general education: A critical review of the literature. *Journal of Special Education*, 27, 137-174.
18. Singer, J. (2004). Are special educators career paths special? Results from a 13- year longitudinal study. *Exceptional Children*, 59, 262-272.
19. Billingsley, B.S., & Cross, L. (2006). Predictors of commitment, job satisfaction and intent to stay in teaching: A comparison of general and special educators. *Journal of Special Educators*, 25, 453 - 471.
۲۰. مشهدی، حسنعلی (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه میزان فشار روانی (استرس)، منابع فشار روانی و رابطه آن با ویژگیهای جمعیت شناختی معلمان مدارس ابتدایی عادی و استثنایی شهرستان اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه اصفهان.
21. Bensky, J.M. (2007). Public law 94-142 and stress: A problem for educators. *Exceptional Children*, 47, 24-29.
22. Zabel, R. H., & Zabel, M. K. (2001). Revisiting burnout among special education teachers: Do age, experience, and preparation still matter? *Teacher Education and Special Education*, (24)2, 128-139.
۲۳. بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (جلد اول). نشر دوران.
24. Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
۲۵. موسوی، سید محمد (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روان و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

اثر بخشی برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر زورگو

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دانشور
رفتار

نویسنده: نسیم استکی آزاد^{۱*}، شعله امیری^۲، منصوره مقتدائی^۳ و زهره لطیفی^۴.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص
۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

* Email: Azad.psy@gmail.com

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر زورگوی پایه‌های دوم و چهارم ابتدائی شهر اصفهان بود. این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. جامعه آماری، شامل کلیه‌ی کودکان پسر زورگو پایه‌های دوم و چهارم مقطع ابتدائی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ بودند. نمونه ۴۰ نفر از کودکان زورگو بودند که از بین پایه‌های دوم و چهارم، که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارش گردیدند. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش عبارت بود از جامعه‌سنجی و مقیاس سنجش روابط همگنان با سه زیرمقیاس: زورگویی، قربانی و رفتار پسندیده اجتماعی. گروه آزمایش در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت دوبرار در هفته، تحت برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS-15 و روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا)، انجام پذیرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز، میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر پایه‌های دوم و چهارم ابتدائی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری افزایش داد ($P < 0/001$). بنابراین، می‌توان گفت برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز، رفتارهای پسندیده اجتماعی را افزایش می‌دهد؛ لذا مهم‌ترین کاربرد این پژوهش اثربخشی آن در زمینه‌ی افزایش

سطح رفتارهای پسندیده اجتماعی در مدارس و به طور کلی جامعه خواهد بود. این روش می‌تواند به منظور کاهش رفتارهای آزاردهنده و مخرب و ارتقاء میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی در روابط همگنان به کلیه متخصصان دست‌اندرکار مسائل کودکان پیشنهاد گردد.

• دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۱۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

کلید واژه‌ها: برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز، رفتارهای پسندیده اجتماعی و زورگویی.

مقدمه

روابط همگنان یکی از مهمترین جنبه‌های رشد اجتماعی کودکان است [۱] و به روابطی اشاره دارد که بین افراد همگن، یعنی افرادی که از لحاظ مهارت، سطح آموزشی و یا موقعیتی برابر باشند، شکل می‌گیرد [۲] که لزوماً هم سن و سال نیستند [۳].

ویژگی‌های جهانی مانند مهربانی و اجتماعی بودن و برخی رفتارهای بخصوص مانند توجه کردن و تأیید کردن کار دیگران، تن دادن به خواسته‌های افراد دیگر و بخشش همواره با پذیرفته شدن از طرف دوستان و همگنان پیوند داشته است؛ کودکانی که محبوبیت کمتری دارند و منزلت اجتماعی آنان نزد همگنانشان پایین است، بیشتر وقت خود را با اوهام و رویا سپری می‌کنند یا این که از دیگران روی بر می‌تابند [۴].

رفتار پسندیده اجتماعی به رفتارهای انطباقی مثبت و تجاربی نظیر شرکت در فعالیتهای اجتماعی، تعامل اجتماعی و برقراری دوستی اطلاق می‌شود [۵]. در قالب این نقش عمل کردن، غالباً باعث می‌شود که کودک بتواند خود را کنترل کند، زیرا مستلزم آن است که او به خاطر منافع دیگران از منافع شخصی چشم‌پوشی کند [۶]. تبلور روابط ناپسندیده با همگنان را می‌توان در نقش‌هایی جستجو کرد که کودکان با توجه به موقعیت و مسائل شخصی خود برمی‌گزینند. برخی از کودکان در پی غلبه بر همگنانشان به زورگویی آشکار یا زیرکانه می‌پردازند؛ زورگویی یکی از این نقش‌هاست، که به تمایل آگاهانه برای کسب امتیازهای روان‌شناختی و یا اجتماعی و مادی از دیگران اطلاق می‌شود و از طریق آزار، تهدید، استهزا و ترساندن صورت می‌گیرد [۷]. آنان همگنان مقابلشان که در نقش قربانی هستند را از فعالیتهای گروهی محروم کرده و به طور کلی طرد می‌کنند، منزوی می‌سازند [۸]. نتایج پژوهش‌های بین‌المللی در بین تمام کشورها نشان می‌دهد که بین ۴ تا ۴۵ درصد کودکان، زورگو، و یا قربانی در مقابل زورگویان هستند [۹]. برخی از صاحب‌نظران اظهار می‌کنند که: قربانیان کودکانی هستند که مضطرب‌تر، ناامن‌تر، محتاط‌تر، حساس‌تر و آرام‌تر از

حد معمول هستند؛ از لحاظ جسمانی اکثر قربانیان کوچکتر از زورگوها هستند و معمولاً توانایی کمتری در مراقبت جسمانی و کلامی از خود دارند [۱۰].

هم‌چنین آنان پیوندهای نزدیکتری با والدینشان دارند و شاید تحت مراقبت بیش از حد نیز قرار دارند. زورگویی موجب می‌شود تا آنان احساس تنهایی بیشتری کنند، و ممکن است شروع این احساس موجب شود که آنان خود را مستحق آزار دیدن بدانند، که این امر موجب خودکارآمدی ضعیفی در آنان می‌شود [۷]. تحقیقات در حوزه عملکرد اجتماعی نشان داده است که خودکارآمدی قوی هم در پرورش و هم در نگهداری و بهبود روابط پسندیده اجتماعی مؤثر است [۱۱].

بنابراین کودک زورگو، کودکی ناامن و ناراحت است. کودکان دیگر از او دوری می‌کنند. او گاهی متوجه این موضوع می‌شود اما نمی‌داند که چگونه باید با همگنان ارتباط برقرار کند و رفتار پسندیده اجتماعی از خود ارائه دهد.

مطابق با نتایج مطالعات گذشته، زورگویی همراه با تجارب زیادی از ناهنجاری‌های روانی و مشکلات هیجانی و اجتماعی است [۱۲]. رفتارهای زورگویی با استفاده از الکل و سیگار کشیدن، رابطه مثبت دارد. هم‌چنین در مهارت‌های مربوط به حل مسئله با مشکل مواجه هستند [۱۳]. در پژوهشی بر روی ۱۰۰ کودک دریافت شد که خودمهارگری ضعیف یک مورد تعدیل‌کننده و واسطه‌ای برای زورگویی و جرم است [۱۴]. پژوهشی بر روی ۱۵۲۵ کودک دبستانی انجام شد و محققین، دریافتند که کودکانی که زورگو هستند، منزلت اجتماعی پایینی میان همگنان دارند و نقش زورگویی، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی منزلت اجتماعی آنان میان همگنانشان باشد [۱۵]. زورگویان اغلب، سطوح بالاتری از مشکلات سلوک را از خود نشان می‌دهند و نظردهی نسبت به آنان منفی است [۱۳]. بنا به یافته‌ای در پژوهشی دیگر نیز کودکان زورگو در پیدا کردن دوست دچار مشکلاتی هستند و اغلب به علت رفتارهای منفی و ناپسندیده‌شان، دارای منزلت اجتماعی بسیار پایینی نزد همگنانشان هستند

سال تحصیلی دو مدرسه دبیرستانی در میدوسترن^۱، به اجرا گذاشت و ششصد و نود و نه دانش‌آموز این مدارس، در ابتدا و پایان سال تحصیلی مقیاس قربانی/زورگویی الویز را پر کردند. نتایج مانکوا نشان داده بود که میان دو گروه آزمایشی و کنترل، تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون زورگویی و قربانی مشهود است [۱۸]. و در نتیجه برنامه‌ی آموزشی الویز، یک برنامه مفید و موثر برای کاهش دادن میزان رفتارهای قربانی و زورگویی بود و به ایجاد محیطی امن و به افزایش رفتارهای پسندیده اجتماعی در مدارس، کمک کرد.

در داخل کشور نیز در مورد اقدامات درمانی و آموزشی زورگویی پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است؛ پژوهشی تحت عنوان، "اثر بخشی برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی در کودکان، بر میزان رفتار زورگویی کودکان پایه‌ی پنجم دبستان" در شهرستان ابرکوه انجام داده شد؛ و به این نتیجه دست یافته شد که برنامه آموزشی کاهش زورگویی در کودکان در حکم روش آموزشی مؤثر برای کاهش زورگویی و افزایش میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی در کودکان زورگو، قابلیت استفاده دارد [۲۰].

خلاءهای نظری و پژوهشی بسیاری بالاخص در داخل کشور در زمینه زورگویی، و با توجه به پیش‌آگهی بعدی برای کودکان زورگو و کسانی که قربانی زورگویی می‌شوند و نظر به این که کودکان مذکور متحمل مشکلات زیادی در دوران مدرسه و سال‌های آتی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌شوند؛ هم‌چنین، با توجه به این مسئله که برای عملکرد بهینه اخلاقی کودکان، تمرکز اصلی باید روی اوایل و اواسط کودکی باشد (برای درونی کردن ویژگی‌های اخلاقی) [۲۱]، و اینکه کودکان زورگو در این سنین با توانش پایینی از این ویژگی‌ها روبه‌رو هستند، کودکان در مقطع دبستان، در پایه‌های دوم و چهارم انتخاب شدند. هم‌چنین تحقیقات قبل نشان می‌دهد که پسران به احتمال بیشتری نسبت به دختران، تمایل دارند به اینکه در طبقه‌بندی زورگو و زورگو/قربانی، قرار گیرند [۲۲]؛ لذا کودکان پسر زورگو

[۱۶]. صاحب‌نظری دیگر نیز به بررسی منزلت اجتماعی زورگویان پرداخت و به این منظور ۱۲۳۰ کودک زورگو ۱۰ تا ۱۲ ساله از مدارس متفاوت از شهر نترلند، را در پژوهش شرکت داد و با استفاده از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی و ارزیابی معلمان، به این نتیجه دست یافت که زورگویان، رفتارهای پسندیده اجتماعی را بعنوان راهی برای روابط با همگنانشان به کار نمی‌گیرند اما به واسطه‌ی تسلطی که بر دیگر کودکان پیدا می‌کنند و آنان را کنترل می‌نمایند؛ مشهور و پذیرفته شده هستند و توصیه کرد که با آموزش کاهش رفتارهای زورگویی می‌توان به آنان (کودکان زورگو)، رفتارهای پسندیده اجتماعی را آموخت [۱۷]. ۲۵۰۰ کودک از ۴۲ مدرسه ابتدایی و دبیرستانی، در نوروژ و برگن در پژوهشی مورد بررسی قرار گرفتند، و بنا به یافته تحقیق، اثربخشی برنامه‌ی آموزشی الویز را ۵۰ درصد در کاهش زورگویی اعلام شد؛ در همان سال، نیز مجدداً این پژوهش بین ۳۲۰۰ کودک دیگر، تکرار شد و توانست ۲۱ یا ۳۸ درصد از مشکلات زورگویان و قربانیان را کاهش دهد. در سال ۲۰۰۴، نیز در پروژه‌ای درمورد مقابله با زورگویی، گزارش داده شد که قربانیان بصورت خودگزارش‌دهی، ۴۲ درصد کاهش [دختران ۳۳ درصد و پسران ۴۸ درصد]، و زورگویان، ۵۲ درصد کاهش [دختران ۶۴ درصد و پسران ۴۵ درصد]، را نشان داده‌اند [۱۸].

هم‌چنین در پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی الویز در سال ۲۰۰۵، با مطالعه بر روی بیش از ۴۵۰ مدرسه واقع در نروژ، دریافت شد که با اجرای برنامه‌ی مذکور می‌توان به سهولت، از میزان مشکلات ناشی از زورگویی و قربانی / زورگویی ۳۲ تا ۴۹ درصد، کاست [۱۸].

تأثیر برنامه‌ی آموزشی الویز در پژوهشی دیگر در شش مدرسه راهنمایی واقع در آمریکای شمالی، در طول چهار سال مورد بررسی قرار داده شد و اثر گذاری این برنامه بر روی کاهش رفتار زورگویی ۶۵ درصد اعلام شد [۱۹]. محقق دیگر، نیز برنامه‌ی آموزشی الویز را در طول

مورد هدف پژوهش قرار گرفتند.

بنابراین هدف اصلی از این پژوهش تعیین اثربخشی برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر پایه‌های دوم و چهارم مقطع ابتدایی شهر اصفهان بود.

روش

طرح کلی پژوهش

این پژوهش برحسب هدف، در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. به علاوه، برحسب طرح تحقیق از جمله طرح‌های نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

آزمودنی

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی کودکان پسر زورگو مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ بوده است. به منظور اجرای طرح، ۴۰ کودک پسر زورگو (از مقاطع دوم و چهارم ابتدایی از هر مقطع ۲۰ کودک) انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش تصادفی چند مرحله‌ای بود که در طی سه مرحله صورت گرفته است. ابتدا از نواحی ششگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک ناحیه‌ی آموزشی به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به ناحیه‌ی انتخابی، چهار مدرسه ابتدایی پسرانه به صورت تصادفی انتخاب و بعد با حضور در مدارس و مراجعه به پایه‌های دوم و چهارم، جامعه سنجی بین تمامی افراد حاضر در کلاس، اجرا شد و از بین کسانی که بیشترین انتخاب را بعنوان زورگو داشتند، تعداد ۴۰ کودک به طور تصادفی بعنوان نمونه انتخاب شدند؛ سپس به طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری تقسیم و در گروه‌های آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. سپس، مداخله‌ی برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. بعد از پایان جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون (مقیاس سنجش روابط همگنان ریجبی و اسلی) اجرا شد. برای متغیر

مستقل (برنامه‌ی آموزش مبتنی بر الویز) ۱۰ جلسه آموزش گروهی ترتیب داده شد. هر جلسه‌ی آموزشی یک ساعت به طول می‌انجامد و هر هفته ۲ جلسه برگزار می‌شود. و تمامی ۲۰ نفر در گروه آزمایشی، در جلسات آموزشی شرکت می‌کردند و تحت آموزش متغیر مستقل پژوهش قرار گرفتند. ضمناً نتایج آماری، نشان داد که حجم نمونه کافی بود.

ابزارهای پژوهش

به منظور بررسی اطلاعات مورد نیاز از دو پرسشنامه سنجش روابط همگنان کودکان و جامعه سنجی استفاده شده است؛ که در بخش ذیل به معرفی پرسشنامه‌ها، روش نمره‌گذاری، قابلیت اعتماد و اعتبار آنها پرداخته می‌شود.

۱) جامعه سنجی

به صورتی که از کودکان می‌خواهند همگنان خود را بر اساسی درکی که از آنها دارند و سئوالاتی که محقق از آنها می‌پرسد، مورد سنجش قرار دهند و نام ببرند. در بررسی جامعه سنجی از کودکان حاضر در یک کلاس و یا یک گروه، بر اساس ملاک‌های تشخیصی زورگویی می‌خواهیم، همکلاسی‌هایشان را درجه‌بندی نمایند. محققان اغلب از کودکان سوال می‌کنند که منزلت اجتماعی همگنان خود را گزارش دهند [۲۳]. در یک بررسی جامعه سنجی از کودکان یک کلاس می‌خواهند، چند نفر را که دوست دارند و نیز چند نفر را که دوست ندارند، در بین همکلاسی‌های خود معرفی کنند. یا همگنان خود را بر حسب خواست آنها برای همکاری درجه‌بندی نمایند [۲۳]. روش جامعه سنجی که در پژوهش حاضر استفاده شده است مبنی بر روش کی و دادج، پالانز و واسرمن؛ به نقل از امیری [۲۳] است که از کودکان خواسته می‌شود که از بین همکلاسی‌های خود سه کودک که دارای ویژگی‌های زورگویی، قربانی و رفتار پسندیده اجتماعی هستند را مشخص نمایند؛ سپس پاسخ‌های کودکان استخراج می‌گردد و در نهایت کودکانی که بیشترین انتخاب را در بین همگنان به عنوان

زورگو داشته‌اند، به عنوان زورگو، مشخص می‌گردند.

۲) مقیاس سنجش روابط همگنان کودکان

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط ریجیبی و اسلی^۱ به منظور بررسی روابط همگنان کودکان مقطع ابتدایی تهیه و تنظیم شده‌است. یک پرسشنامه خودگزارش دهی است که توسط کودک تکمیل می‌گردد، این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است و در یک مقیاس لیکرتی از ۱ به ۵ نمره گذاری می‌شود. این مقیاس برای نخستین بار توسط طبائیان، امیری و مولوی ترجمه و هنجاریابی شده‌است. برای این مقیاس سه زیرمقیاس منظورگردیده که عبارتند از: زیرمقیاس زورگویی (با ضریب آلفای ۰/۷۳)، زیرمقیاس قربانی (با ضریب آلفای ۰/۷۰) و زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی (با ضریب آلفای ۰/۵۳)؛ که در این پژوهش به منظور رسیدن به اهداف پژوهش، نمرات زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی استخراج گردیده است [۲۴].

شیوه‌ی اجرای تحقیق

پس از مراجعه به پایه‌های دوم و چهارم مدارس که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، از هر دو مقیاس مذکور استفاده شد. ابتدا جامعه سنجی بین تمامی افراد حاضر در کلاس، اجرا شد و از بین آنان، کسانی که بالاترین نمره بعنوان زورگو به دست آورده بودند، بعنوان زورگو انتخاب شده و به منظور اجرای پیش‌آزمون، مقیاس سنجش روابط همگنان ریجیبی و اسلی، نیز به صورت گروهی و خود گزارش دهی، اجرا شد. با توجه به نتایج به دست آمده، ۴۰ دانش‌آموز پسر زورگو به طور تصادفی بعنوان نمونه انتخاب شد (از هر پایه ۲۰ نفر)؛ و سپس به طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری تقسیم (از هر پایه ۱۰ نفر)، و در گروه‌های آزمایشی و کنترل جایگزین شدند و بر روی گروه آزمایش متغیر مستقل (برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر روش الویز) اعمال گردید. عناوین جلسات آموزشی با توجه به ویژگی‌های کودکان و بر اساس نظر الویز تنظیم شد [۲۵].

برای آموزش از شیوه‌های فعال یادگیری همچون بارش فکری، ایفای نقش توسط محقق و دیگر دانش‌آموزان، تعویض نقش، بازی، بحث و مناظره استفاده شد. اول هر جلسه ابتدا ارزیابی و یادآوری مطالب جلسه گذشته به عمل می‌آمد و در پایان جلسات نیز به منظور یادگیری بهتر مهارت‌ها تکلیف داده می‌شد. اهداف جلسات آموزشی به ترتیب زیر بود:

جلسه اول: ۱- معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و توضیح نوع ناتوانی افراد گروه برای یکدیگر (با هدف پذیرش مشکل و رفع احساس تنهایی)؛ ۲- مفهوم‌سازی و توصیف زورگویی، علائم و پیامدهای آن در عملکرد اجتماعی و احساس شخصی؛ ۳- آشنایی با اهداف جلسات مداخله و علت برگزاری جلسات و ۴- بستن قرارداد مشارکت و بیان اثرات آموزش (به منظور افزایش انگیزه).

جلسه دوم: ۱- آشنایی با اصول عضویت در گروه مانند رعایت نوبت هنگام صحبت دیگران، قطع نکردن کلام آنها، رعایت ادب و احترام و مسخره نکردن یکدیگر، رازداری و خوب گوش کردن به شیوه نمایش با تأکید بر ارزشمندی و محترم بودن اعضا و ۲- ارائه تکلیف برای بکارگیری اصول تا جلسه بعد.

جلسه سوم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری اصول در طول هفته گذشته؛ ۲- بررسی خودآگاهی؛ ۳- بررسی آگاهی از زورگویی؛ ۴- آموزش چگونگی آگاهی از احساسات فرد زورگو؛ ۵- آموزش چگونگی آگاهی از احساسات فرد قربانی؛ ۶- توصیف پیامدهای زورگویی؛ ۷- تعمیق آشنایی با زورگویی و ۸- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه چهارم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- طرح داستانی از نزاع بین دو دوست (ایفای نقش با شرکت کنندگان)؛ ۳- ایفای نقش در داستان مطرح شده توسط شرکت کنندگان؛ ۴- بررسی دلیل توجه کردن به حل مسئله؛ ۵- شناسایی مرحله اول از روش حل مسئله

1. Slee, P.T.

کوچکترها و ۴- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه دهم: ۱- جمع‌بندی و مرور جلسات قبلی و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- آموزش آبخار آرامش؛ ۳- ارائه تکلیف جهت بکارگیری آموخته‌ها برای همیشه و ۴- بیان لزوم پیگیری فرآیند آموزش توسط والدین در آینده.

بعد از پایان جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون (مقیاس سنجش روابط همگنان ریجی و اسلی) اجرا شد.

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار، و جهت آزمون فرضیه‌ها با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) (Manova) استفاده شده‌است.

نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی، نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین گروه‌های آزمایش پس از اعمال متغیر مستقل (برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی)، در زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی، افزایش نشان می‌دهد. از آنجا که حجم گروه‌ها مساوی (هر گروه متشکل از ۲۰ نفر) است؛ لذا علی‌رغم عدم تحقق این پیش‌فرض‌ها باز هم می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده و به نتایج آن‌ها استناد نمود. با این وجود پیش‌فرض‌های مذکور

(مسئله چیست؟) و ۶- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه پنجم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- شناسایی مرحله دوم از روش حل مسئله (به چه شکل می‌توانم مسئله را حل کنم؟) و ۳- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه ششم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- توضیح در مورد کنترل خشم و همدلی؛ ۳- طرح روش‌هایی برای کنترل خشم و همدلی (ایفای نقش با عروسک‌های انگشتی) و ۴- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه هفتم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- شناسایی مرحله سوم از روش حل مسئله (آیا از راه حل خود استفاده کنم؟) و ۳- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه هشتم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- طرح داستان از موقعیت زورگویی (شامل مفهوم فاصله‌ی فکر تا عمل)؛ ۳- شناسایی مرحله چهارم از روش حل مسئله (چگونه عمل کنم؟) و ۴- ارائه تکلیف برای بکارگیری آموخته‌ها تا جلسه بعد.

جلسه نهم: ۱- مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی بکارگیری آموخته‌ها در طول هفته گذشته؛ ۲- آشنایی با قوانین جهانی در مدارس؛ ۳- توضیح درمورد بودن یک الگوی خوب و پسندیده برای همگنان و

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس رفتار پسندیده

اجتماعی سنجش روابط همگنان

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	زیرمقیاس
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۵۹	۲۲/۱۵	۱/۳۴	۲۲/۱۵	۳/۸۲	۱۴/۲۰	آزمایش	رفتار پسندیده اجتماعی
۲/۹۲	۱۱/۰۵	۲/۷۹	۱۱/۳۰	۳/۷۱	۱۲/۹۰	کنترل	

تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در زیرمقیاس رفتارپسندیده اجتماعی سنجش روابط همگان، در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، رد نمی‌گردد.

این پژوهش شامل فرضیه‌های پژوهشی زیر است که همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می‌گردد.

فرضیه پژوهشی (۱): مداخله‌ی برنامه‌ی آموزشی کاهش زورگویی، میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر پایه‌های دوم و چهارم ابتدائی را در مرحله‌ی پس‌آزمون افزایش می‌دهد.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی در مرحله‌ی پس‌آزمون، بر میانگین نمرات رفتارهای پسندیده اجتماعی معنادار است ($P < 0/0001$)؛ لذا فرضیه پژوهشی (۱) تأیید می‌شود.

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که میزان تأثیر آموزش کاهش زورگویی، $0/88$ بوده است و این بدان معناست که 88 درصد واریانس نمرات زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی مربوط به عضویت گروهی بوده

برای زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی سنجش روابط همگان در گروه آزمایش و کنترل بررسی شد؛ نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف، مبنی بر نرمال بودن سطوح معناداری زیرمقیاس‌ها، و آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه در جامعه، در جدول ۲ و ۳ نشان داد که پیش فرض‌ها برقرار بوده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده شد، بر طبق نتایج بدست آمده از سطوح معناداری آزمون نرمال بودن زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی سنجش روابط همگان، برای مواردی که پیش فرض اول (نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه) برقرار باشد؛ برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد و در مورد گروه کنترل که پیش فرض اول برقرار نبود (سطح معناداری آن در جدول مربوطه با علامت * مشخص شده است)؛ آزمون‌های ناپارامتریک نیز جهت آزمون آن فرضیه به کار رفت. هنگام بررسی فرضیه پژوهشی به این مورد اشاره گردیده است.

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد فرض صفر مبنی بر

جدول ۲- سطوح معناداری در آزمون نرمال بودن زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی سنجش روابط همگان

آزمون کولموگروف-اسمیرنف				
زیرمقیاس	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
رفتار پسندیده اجتماعی	آزمایش	$0/18$	۲۰	$0/078$
	کنترل	$0/24$	۲۰	$0/003^*$

جدول ۳- سطوح معناداری در آزمون تساوی واریانس‌های زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی سنجش روابط همگان

آزمون لوین		
زیرمقیاس	میزان احتمال پس‌آزمون	میزان احتمال پیگیری
رفتار پسندیده اجتماعی	$0/41$	$0/10$

جدول ۴- نتایج تحلیل مانکوای مقایسه میانگین‌های نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی گروه‌ها

پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	آماره	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری مان ویتنی - یو
پیش‌آزمون	$12/99$	$47/49$	۱	$47/49$	$0/001$	$0/26$	۱	-	
رفتار پسندیده اجتماعی	$290/43$	$1061/68$	۱	$1061/68$	$0/0001$	$0/88$	۱	$0/0001$	

جدول ۵- نتایج تحلیل مانکواي مقایسه میانگین‌های نمرات پیگیری زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی گروه‌ها پس از کنترل پیش‌آزمون

آماره متغیر	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری مان ویتنی - یو
پیش‌آزمون	۱۵/۰۳	۶۱/۱۱	۱	۶۱/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۶	-
رفتار پسندیده اجتماعی	۲۷۱/۲۰	۱۱۰۲/۲۷	۱	۱۱۰۲/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱	۰/۰۰۰۱

است. توان آماری ۱ و سطح احتمال نزدیک به صفر، دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد.

فرضیه پژوهشی (۲): مداخله‌ی برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی، میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر پایه‌های دوم و چهارم ابتدایی را در مرحله‌ی پیگیری افزایش می‌دهد.

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی در مرحله‌ی پیگیری، بر میانگین نمرات رفتارهای پسندیده اجتماعی معنادار است (۰/۰۰۰۱ < P)؛ لذا فرضیه پژوهشی (۲) تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش بررسی اثر بخشی برنامه‌ی آموزش مبتنی بر روش الویز بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان پسر پایه‌های دوم و چهارم مقطع ابتدایی شهر اصفهان بود. فرضیه‌های مطرح شده در این پژوهش دال بر اثر بخشی بین آموزش کاهش زورگویی بر رفتار پسندیده اجتماعی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های صاحب‌نظران زیادی همسو می‌باشد [۱۹، ۱۸، ۲۰]. هم‌چنین بر نتیجه‌گیری پژوهش سیورز، صحنه گذاشت [۲۰]. در راستای مطالعات پژوهشی بالا نیز محققین به این نتیجه دست یافتند که زورگویان، رفتارهای پسندیده اجتماعی را بعنوان راهی برای روابط با همگنانشان به کار نمی‌گیرند اما به واسطه‌ی تسلطی که بر دیگر کودکان پیدا می‌کنند و آنان را کنترل می‌نمایند؛ مشهور و پذیرفته شده هستند. و توصیه می‌شود که با آموزش کاهش رفتارهای زورگویی می‌توان به آنان (کودکان زورگو)، رفتارهای پسندیده

اجتماعی را آموخت [۱۷].

با توجه به تحقیقات و یافته‌های ذکر شده، درمورد دلایل احتمالی تأثیر برنامه‌ی آموزش مبتنی بر روش الویز، می‌توان گفت ایجاد فرصتی برای کودکان زورگو می‌باشد که مهارت‌های مهم و اساسی روابط همگنان را بیاموزند و نسبت به رفتار خویش خودآگاهی پیدا کنند. در همین راستا، نمونه‌ی انتخابی این پژوهش، از مقطع دبستان بود؛ تا بتوان از این فرصت طلایی سال‌های ابتدایی رشد و تحول شناختی و اجتماعی استفاده‌ی بهینه را برای آموزش مهارت‌های خودمهارگری و حل مسئله استفاده کرد؛ و تا مادامی که اینگونه رفتارهای آزاردهنده در کودک نهادینه نشده و به اختلالات رفتاری منجر نشده است، از میزان بروز آن کاست. هم‌چنین نمونه‌ی انتخابی از پایه‌های دوم و چهارم بود و اثر تعامل همگنان در گروه آزمایشی با قدرت‌های جسمانی متفاوت در اثر بخشی برنامه بی تأثیر نبود. اجرای برنامه در قالب گروه متشکل از دو رده‌ی سنی، این امکان را فراهم می‌آورد تا کودکان زورگو انگیزه‌ی بیشتری برای تغییر داشته باشند و هنگامی که یک کودک به ایفای نقش می‌پردازد، برای سایر کودکان این فرصت اتفاق می‌افتد که در یک محیط بی دغدغه و به دور از شرایطی حاکم در یک نزاع و درگیری بین دو نفر، نظاره گر رفتار همگنش باشد و بتواند از او الگوگیری کند. هم‌چنین فرصت فکر کردن راجع به شناخت احساسات و چرایی انجام رفتار زورگویی و خودآگاهی نسبت به رفتار خویش را پیدا نماید و امکان بیان تجربه‌های شخصی و شریک شدن در تجربه‌های دیگران را دارد. هم‌چنین، در این برنامه، تنوع و جذاب بودن فعالیت‌ها موجب ایجاد انگیزه‌ی بیشتر برای مشارکت در جلسات آموزشی و مبین تأثیرات آن بود.

زورگو بیافزاید، و راه صحیح کسب منزلت اجتماعی را به آنان، آموزش دهد. هنگامی که کودک راه صحیح را بیرون از جلسات درمان در محیط مدرسه امتحان می‌کند احساس خوشایندتری از رفتار خود دارد تا وقتی که به واسطه‌ی قدرت جسمانی و روانی‌اش با زورگویی و رفتار آزاردهنده بر قربانیان تسلط پیدا می‌کرد.

بدین ترتیب که نتایج آزمون پیگیری نشان داد، بدین ترتیب که نتایج آزمون پیگیری نشان داد، میزان افزایش رفتار پسندیده اجتماعی کودکان زورگو در طول زمان تقریباً ثابت مانده است. این یافته همسو با نتایج تحقیقات دیگر صاحب‌نظران بوده و برای سرمایه‌گذاری کلان و در حوزه آموزش و پرورش امیدوارکننده است.

بنابراین مهم‌ترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی آن در زمینه‌ی کاهش مشکلات زورگویی در مدارس و به طور کلی جامعه باشد. این روش می‌تواند به منظور کاهش رفتارهای آزاردهنده و مخرب و ارتقاء میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی در روابط همگان به روانشناسان، روانپزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان دست‌اندرکار مسائل کودکان پیشنهاد گردد. این پژوهش محدود به نظر دانش‌آموزان در زمینه «گروه زورگو» بود. روشن است که نظر والدین و معلمان، در این زمینه می‌تواند تکمیل‌کننده‌ی نظر همگان باشد. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بیشتر یافته‌ها، طرح در جامعه دانش‌آموزان دختر و در دیگر مناطق نیز اجرا شود.

منابع

۱. رایس، فیلیپ. (۲۰۰۱). رشد انسان (روانشناسی رشد از تولد تا مرگ)، ویراست چهارم. ترجمه مهشید فروغان. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
۲. پورافکاری، ن. (۱۳۸۴). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
3. LeGrand, S. (2002). Peer relationship. Columbian Co. Educational Service Center.
4. Parker, J. G. Rubin, K. H. Erath, S. A. Wojslawowicz, J. C. Buskrik, A. A. (2005). Peer Relationships, Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. The Guilford Press. New York.

در این برنامه سعی شده بود که مهارت خودمهارگری، شناخت احساسات، همدلی و حل مسئله کودکان زورگو و رفتارهای پسندیده اجتماعی، در مدرسه به کودکان آموخته شود. یادگیری این مهارت‌ها توسط کودکان توانسته زمینه‌ی تصحیح تعاملات و روابط با همگان را فراهم آورد و عزت نفس کودکان را بهبود بخشد، زیرا اغلب کودکان زورگو بعزت آسیب در مهارت‌های نامبرده از منزلت اجتماعی و پذیرش میان همگانشان، برخوردار نیستند. بعلاوه، بین روابط کودک و مهارت‌های اجتماعی او، الگویی چرخه‌ای، از تأثیرات وجود دارد. بطور مثال رفتار ناخوشایند و آزارنده در ابتدا منجر به طرد همگان می‌شود و این موضوع به نوبه‌ی خود منجر به تلاش‌های بیهوده کودک طرد شده برای دستیابی به پذیرش و منزلت اجتماعی بالا می‌شود، و این تلاش‌ها خود باعث طرد بیشتر می‌شوند. به علاوه طرد پیوسته همگان، احتمالاً بر روی عزت نفس کودک و انتظار دیگران تأثیر می‌گذارد، و این‌ها به نوبه‌ی خود می‌تواند باعث تشدید مشکلات اجتماعی و ایجاد مشکلاتی در زمینه‌های دیگر شود. بنابراین برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی با ارائه تکنیک‌های خودمهارگری، مسئولیت‌پذیری، همدلی، حل مسئله، به تأخیر انداختن خواسته‌ها و تحمل، ایفای نقش در هر دو نقش قربانی و زورگویی، تن آرامی و آرامش عضلانی در جهت ارتقاء احساس ارزشمندی و پذیرش از جانب همگان می‌گردد و بدین گونه میزان رفتارهای زورگویی، آزاردهنده و ناپسندیده کاهش می‌یابد.

بطور کلی در تبیین یافته‌ها می‌توان اینگونه استنباط کرد که وقتی خواسته‌های یک موقعیت اجتماعی، بیشتر از مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های کودکان زورگوست و آنها قادر نیستند از کلمات و رفتارهای موثر در روابط همگان استفاده کنند و احساسات خود را بروز دهند، از این روش‌ها به عنوان آخرین وسیله استفاده می‌کنند و خشونت و بی‌رحمی را بهترین راه می‌دانند، برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی توانست این خلاءها را تاحدودی پر کند و با آموزش رفتار صحیح و مهارت‌های دوستیابی بر میزان رفتارهای پسندیده اجتماعی کودکان

16. Kuk, P. N. (2010). Understanding school bullying: A general theory of crime and empirical findings. University of Texas at San Antonio: Thesis for the Degree of Doctor for the Degree of Doctor .
17. Mertens, N. (2010). Social competence in bullies, defenders and neutrals: A Comparison. University of Utrecht: Bachelor Thesis .
18. Reymond, A. L. (2009). An evaluation of the olweus bullying prevention program's effectiveness in a high school setting. University of Cincinnati: A Dissertation Of the Requirements for the Degree Doctor of Counselor Education .
19. Black, S. Jackson, E. (2007). Using bullying incident density to evaluate the Olweus bullying prevention programme. *School Psychology International*, 28, 623-638.
۲۰. پورسید، ر، امیری، ش. و مولوی، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه‌ی آموزش کاهش زورگویی در دانش‌آموزان پایه‌ی پنجم ابتدایی. فصلنامه پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنائی. سال دهم، شماره ۲، ۱۱۳-۱۲۱.
۲۱. جان بزرگی، م. نوری، ن. آگاه هریس، م. (۱۳۸۹). آموزش اخلاق، رفتار اجتماعی و قانون‌پذیری به کودکان. تهران: انتشارات ارجمند.
22. Juvonen, J. Graham, S. & Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Journal of Pediatrics*. 112, 1231-1237 .
۲۳. امیری، ش. (۱۳۸۰). بررسی تحولی رابطه منزلت اجتماعی با رفتار سازشی، مهارت اجتماعی و اختلال‌های رفتاری از کودکی تا نوجوانی. پایان‌نامه دکتری. تهران: دانشگاه تهران.
۲۴. طبائیان، ر. امیری، ش. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، پایایی، روائی هم‌گرا و روائی تشخیصی مقیاس سنجش روابط با همگنان (PRQ). *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*.
25. Olweus, D. (1993). The Olweus Bullying Prevention Program. Available: [www. Clemson. Edu/Olweus](http://www.Clemson.Edu/Olweus) .
۵. کراتوچویل، ر. موریس، ج. (۱۳۷۸). روان‌شناسی بالینی کودک (روشهای درمانگری). ترجمه نائینیان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
۶. ماسن، پ. کیگان، ه. و وی کانجر. (۱۳۶۸). رشد و شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسایی. تهران: انتشارات مرکز.
۷. فونتانا، د. (۱۳۸۵). روان‌شناسی در خدمت معلمان: تعاملات اجتماعی (جلد سوم). ترجمه صغری ابراهیمی قوام. تهران: انتشارات نوبهار.
8. Bruyn, E. H., Cillessen, A. H. & Wissink, I. B. (2010). Associations of peer acceptance and perceived popularity with bullying and victimization in early adolescence. *Journal of early adolescence*, 30 (4), 543-566 .
9. Fleming, L. C. & Jakobsen, K. H. (2009). Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Journal of school health*. 79 (3), 123-135 .
10. Turner, H. A. Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). Child mental health problems as risk factors for victimization. *Journal of Child maltreatment*, 15 (2), 132-143 .
11. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York. Freeman.
12. Brennan, M. L. Bradshaw, C. P. & Sawyer, A. L. (2009). Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Journal of Psychology in the Schools*, 46 (2), 100-115 .
13. Keffe, F. K. (2008). An evaluation of the olweus bullying prevention program. Hofstra University: Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology .
14. Nofziger, S. (2008). The "cause" of low self-control the influence of maternal self-control. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45 (2), 191-224 .
15. Schäfer, M. Korn, S. Brodbeck, F, C. Wolk, C & Schalz, H. (2004). Bullying roles in changing contexts: the stability of victims and bully roles from primary to secondary school. Munich, Germany: Ludwig-Maximilians-University, Department of Psychology, Institute for Educational Psychology. Available: <http://Ismandl.emp.paed.uni-muenchen.de>

تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار

نویسنده: مهری رحمانی^{*۱}.

۱. عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

* Email: 2112livd2112@pvn.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر به تعیین تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار دانشگاه پیام نور اراک پرداخته است. تحقیق حاضر یک مطالعه پژوهشی (تحلیلی - توصیفی) از نوع شبه تجربی است که در قالب یک طرح تحقیق از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. ۲۴ نفر در طرح مزبور پس از پر کردن پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه تصور از خود بک، به طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره ی آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایشی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت آموزش مؤلفه های هوش هیجانی قرار گرفتند و در پایان جلسات، پس آزمون بر روی ۲ گروه انجام گرفت. نتایج با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس و نرم افزار spss تحلیل شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار به طور معناداری مؤثر است ($p < 0/01$). نتیجه آنکه آموزش مؤلفه های هوش هیجانی موجب ارتقاء سلامت روان و خودپنداره ورزشکاران می‌شود.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، خودپنداره، سلامت روان.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
ورزشکار

• دریافت مقاله: ۹۰/۵/۳

• پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

انسان قرن معاصر به شدت در جستجوی آرامش و سلامت روان است. گسترش تکنولوژی، توسعه تعاملات انسانی را به همراه دارد و افزایش ارتباطات، اضطراب، افسردگی و انواع تعارضات را به دنبال داشته است [۱]. اگرچه در ابتدا فقط به سلامت جسم به عنوان سلامتی توجه می‌شد؛ با پیشرفت علم و رسیدن به سطحی قابل قبول از سلامت جسمی و با مبارزه علیه بسیاری از بیماریها، بشر به جنبه‌های دیگر سلامت از جمله سلامت روان توجه کرده است [۲]. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد البته با در نظر گرفتن تفاوت‌های بین فرهنگ‌ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می‌نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است [۳].

بر اساس یافته‌های اخیر، از جمله مسائلی که در بهبود زندگی بشر تأثیر مستقیم دارد مقوله هوش هیجانی (EQ) است. برای مدت بیش از یک صد سال بهره هوشی (IQ) به عنوان تنها شاخص برای نشان دادن توانایی یادگیری و موفقیت فردی به شمار می‌آمد. اما این مسأله در سالهای اخیر مورد بحث و چالش محافل علمی قرار گرفته است و با عمیق‌تر شدن درک بشر از مقوله هوش انسانی، ایده جدیدی از هوش مطرح شده است که می‌توان ریشه‌های آن را در نظریه‌های عاملی هوش جستجو کرد. این نوع هوش که به هوش هیجانی معروف است بر اساس نظریات روان‌شناسانی همچون گاردنر، بار-ان، سالوی، مایر و گلمن شکل گرفته است [۴].

مفهوم هوش هیجانی به چگونگی سازگاری و موفقیت افراد در موقعیت‌های زندگی اشاره دارد. نظریه هوش هیجانی حوزه وسیعی از توانایی‌های مرتبط با شناخت و بکارگیری هیجان‌ها را توجیه می‌کند و اظهار می‌دارد که هوش هیجانی در عملکرد روزانه اغلب مهم‌تر از هوش شناختی است [۵]. از دیدگاه سالووی و مایر هوش

هیجانی عبارت است از توانایی آگاهی، تشخیص و تفکیک احساسات خود و دیگران و استفاده از دانش هیجانی در جهت هدایت تفکر خود در ارتباطات میان‌فردی. فردی که از EQ بالایی برخوردار است در چهار زمینه شناسایی، درک، کاربرد و تنظیم هیجان‌ها مهارت دارد [۶]. بار-ان معتقد است هوش هیجانی به درک فرد از خود و نیز درک دیگران در ارتباط با آنها مربوط می‌شود [۷]. بر اساس نظر گلمن [۸] هوش هیجانی مفهومی قابل یادگیری است و برخلاف بهره هوشی (IQ) که در طول زندگی سطح آن تقریباً ثابت و ایستا می‌باشد هوش هیجانی قابل توسعه و رشد است و نتیجه‌اش اثربخشی کار گروهی و برقراری ارتباط بهتر با اطرافیان است. البته افراد برای رشد و تکامل هوش هیجانی به زمانی برای اندیشیدن درباره خود و دیگران نیاز دارند [۹]. به طور خلاصه می‌توان گفت که فاکتورهای تشکیل‌دهنده EQ عبارتند از: خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و رابطه [۱۰].

از دیگر عوامل مرتبط با موفقیت و بهبود عملکرد افراد و به‌ویژه ورزشکاران می‌توان به خودپنداره مثبت اشاره کرد. خودپنداره یعنی تصور از خود یا ادراک خویشتن. به عبارت دیگر تصور از خود یک نقطه نظر عینی از مهارت‌ها، خصوصیات و توانایی است که فرد از خود دارد. بر اساس تحقیقات انجام شده توسط بک و همکاران خودپنداره مثبت نقش مهمی در کاهش اضطراب و افسردگی دارد [۱۱]. خودپنداره را می‌توان درک فرد از خودش دانست که در نتیجه تجربیات فرد با محیط و رابطه او با دیگران شکل می‌گیرد [۱۲]. خودپنداره نظام پویایی است که با اعتقادات، ارزش‌ها، رغبت‌ها، استعدادها و توانایی‌های فرد ارتباط دارد. این عوامل به نوبه خود تعیین‌کننده مسیر زندگی فرد است [۱۳]. ساختار خودپنداره همان‌گونه که بسیاری از پژوهشگران اظهار داشته‌اند، شامل «خود واقعی» (دیدگاه فرد از آنچه واقعاً هست) و «خود ایده‌آل» (تصور فرد از آنچه دوست دارد در آینده بشود) است. هرچه اختلاف بین این دو کمتر باشد فرد از لحاظ روانی در وضع مطلوب‌تری به‌سرمی‌برد [۱۴]. بدون شک اساسی‌ترین کلید شخصیت و رفتار انسان

[۲۰]. در واقع هیجان و چگونگی کنار آمدن افراد با آن، بخشی از شخصیت آدمی است و بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد؛ با این همه بسیاری از ورزشکاران به دلیل پیچیدگی حالات هیجانی نمی‌دانند که در کدام صفات قوی هستند و چه نقاط ضعفی دارند. توانایی درک، استنباط (تحلیل) و به‌کارگیری مهارت‌های هیجانی در افراد متفاوت است و این مجموعه از سطوح هشجاری، هوش هیجانی فرد را تشکیل می‌دهد و در عملکرد فرد سهم بسزایی دارد [۲۱]. پژوهشگران روان‌شناسی ورزشی به این نتیجه رسیده‌اند که هرچه ورزشکار در درک، شناسایی، تنظیم و ابراز دقیق هیجانات توانمندتر باشد عادات فکری در اختیار خواهد داشت که موجب می‌گردد که فردی کارآمدتر باشد. همچنین مریبان و بازیکنان از طریق بهبود مهارت هوش هیجانی و اجتماعی در ورزشکاران می‌توانند محیط ورزشی پربازدهی را ایجاد کنند و با توسل به این مهارت‌ها درصد تعیین و پیش‌بینی موفقیت ورزشی آنها باشند [۲۲]. لن و همکاران در تحقیقی تحت عنوان ارتباط هوش هیجانی و مهارت‌های روانی ورزشکاران بر روی ۵۴ بازیکن در تیم‌های فوتبال، هاکی و راگی دریافتند همبستگی معنی‌داری بین هوش هیجانی بازیکنان و به‌کارگیری مهارت‌های روانی (خودگرایی، هدف‌گذاری در مسابقه و تصویرسازی ذهنی) وجود دارد [۲۳]. بنا به اظهار جان کر و همکارانش احساسات ناخوشایند فشارهای ناشی از باخت، استرس قبل، حین و بعد از رقابت، نیاز به دریافت خدمات حرفه‌ای را در ورزشکاران، ضروری ساخته است [۲۴]. براساس یافته‌های موریس و ورزشکاران نیاز به کنترل احساسات، کنترل افکار و تغییرات مثبت در رفتارشان دارند [۲۵]. به طور کلی هوش هیجانی عامل مهمی در تعیین موفقیت‌های زندگی و سلامت روانی است؛ زیرا بر توانایی افراد برای مقابله مؤثر با فشارها و تقاضاهای محیطی اثرگذار است [۲۶].

توجه به مسائل روان‌شناختی ورزشکاران در اغلب اوقات بسیار مهمتر از ابعاد زیست‌شناختی آنان است. برای مثال در زمان مسابقات المپیک سال ۲۰۰۸، تیم‌های ورزشی ایران به دلیل تضعیف روحیه (قرار گرفتن در معرض تماشا و قضاوت تماشاگران و رسانه‌ها)، اضطراب و

تصویری است که فرد در ذهن خود از خوب‌شدن دارد. حتی کارهای بزرگی که انجام می‌دهیم بستگی به تصویری دارد که از خود ساخته‌ایم. اگر تصویری که از خود داریم اصلاح‌پذیر باشد مسلماً بر شخصیت و رفتارمان اثر خواهد گذاشت. تصویری که انسان از خود دارد استعداد‌های او را در زمینه‌های گوناگون رقم می‌زند؛ بنابراین، هرچه تصویر بهتری از خود داشته باشیم مؤثرتر و خلاق‌تر خواهیم بود [۱۵].

آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی و اجتماعی می‌تواند هم در درازمدت و هم در کوتاه‌مدت ضامن موفقیت گروه‌های مختلف از جمله معلمین، دانشجویان، زندانیان و ورزشکاران باشد [۱۶]. امروزه هوش هیجانی آخرین تحول و ابداع مهم، در درک رابطه‌ی بین تفکر و عاطفه است و در زندگی روزمره اهمیت زیادی دارد [۱۷]. موضوعی که در چند سال اخیر مورد توجه روان‌شناسان ورزشی، مریبان، سرپرستان و ورزشکاران قرار گرفته است، مهارت‌های روانی یا ذهنی است. اهمیت این موضوع به خاطر اثبات تأثیر یادگیری آن در بهبود عملکرد قهرمانان و نخبگان ورزشی در سال‌های اخیر بوده است. وجود کلمه مهارت در این واژه نشان‌دهنده اکتسابی بودن مهارت‌های روانی است، در نتیجه روان‌شناسان ورزشی و مریبان می‌توانند با اختصاص ساعاتی از تمرین، این‌گونه مهارت‌ها را به ورزشکاران بیاموزند و از این طریق به بهبود عملکرد آنها کمک کنند [۱۸]. مطالعات انجام‌شده روی ورزشکارانی که از مهارت‌های روانی استفاده کرده‌اند در مقایسه با سایر ورزشکاران، نشان‌دهنده نقش مهم مهارت‌های روانی در شکل‌گیری موفقیت و ارتقاء عملکرد ورزشی در سنین مختلف و در انواع ورزش‌ها می‌باشد و به طور بالقوه عملکرد ورزشکار را ارتقاء می‌دهد [۱۹].

هوش هیجانی ورزشی نه تنها در ایران بلکه در سایر کشورها نیز یک روش جدید در مدیریت هیجان‌های ورزشکاران و اصلاح عملکرد آنان محسوب می‌شود. تأثیر هیجانات بر روی عملکرد ورزشی توسط اغلب محققان، مریبان، مدیران ورزشی و ورزشکاران چه قبل از مسابقه، چه حین بازی و چه بعد از مسابقه مورد تأیید قرار گرفته است و اکثر ورزشکاران عملکرد موفقیت‌آمیز یا عملکرد منجر به شکست خود را به عوامل هیجانی نسبت می‌دهند

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه تصور از خود بک استفاده شد که در زیر به توضیح هر یک می‌پردازیم.

۱- مصاحبه ساخت‌دار یافته

برای اطمینان از انتخاب مناسب و بررسی ملاکهای لازم برای ورود افراد به گروه‌های آزمایش و گواه هر یک از آزمودنی‌ها به‌طور جداگانه مورد مصاحبه تشخیصی (براساس معیارهای DSM IV) قرار گرفتند.

۲- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی. گلدبرگ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ را برای این آزمون محاسبه نموده و اعتبار بالا و قابل‌قبولی را برای آن گزارش کرده است [۲۷]. در ایران نیز تقوی ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۷۲ و ضریب اعتبار خرده‌آزمونها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۸ و همچنین ثبات درونی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاسها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ به دست آورد [۲۸].

۳- پرسشنامه تصور از خود بک

این آزمون که در سال ۱۹۷۸ توسط بک و استیر و براساس نظریه شناختی بک تهیه‌گردیده‌است، دارای ۲۵ ماده است که ۵ جنبه از ویژگیها را که شامل: توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، عیب‌ها و حسن‌ها می‌باشد را مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار می‌دهد. بک ضریب اعتبار ۰/۸۸ را با استفاده از روش آزمون مجدد و روایی ۰/۵۵ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌است [۲۹]. در ایران نیز محمدی اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دونیمه‌کردن و آلفای

استرس نتوانسته‌اند انتظارات خود، مریبان و هواداران را برآورده سازند. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر ارتقاء سلامت روان و خودپنداره‌ی ورزشکاران از طریق آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌باشد که در صورت استفاده از روشهای پیشنهادی می‌توان انتظار داشت که مهمترین معضل ورزشکاران ایرانی یعنی مسائل روانی تأثیرگذار بر روی نتایج تمرینات و مسابقات تا حد قابل‌ملاحظه‌ای کاهش یابد و شرایط مساعد فردی- گروهی برای انجام تمرینات و شرکت قدرتمندتر در مسابقات فراهم گردد.

روش

نوع تحقیق

روش تحقیق حاضر، یک مطالعه پژوهشی (تحلیلی- توصیفی) از نوع شبه‌تجربی است که در قالب یک طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. بدین‌صورت که از گروههای آزمایش و گواه پیش‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل- آموزش هوش هیجانی- قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

آزمودنی

جامعه مورد مطالعه را کلیه دانشجویان دختر ورزشکار دانشگاه پیام نور اراک که تعداد آنها ۸۵ نفر بود تشکیل می‌داد که از این تعداد بعد از پر کردن پرسشنامه سلامت روان، ۲۴ نفر در طرح مزبور براساس احراز نمره‌ی برش (نمره کل بالاتر از ۲۳ در پرسشنامه‌ی سلامت روان (GHQ28) و نمره‌ی پایین‌تر از ۸۱ در مقیاس تصور از خود بک، دامنه‌ی سنی ۱۸-۴۰ سال، عدم داشتن اختلال روانی و جسمانی حاد و مزمن، علاقه و توانایی برقراری ارتباط با دیگران در گروه، متعهدشدن به حضور در جلسات آموزش) به طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایشی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند.

کروناخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است [۳۰].

برنامه آموزش مؤلفه های هوش هیجانی

در این پژوهش آموزش مؤلفه های هوش هیجانی به عنوان متغیر مستقل بر روی گروه آزمایش اعمال گردید تا تأثیر آن بر ارتقاء سلامت روانی و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار دانشگاه پیام نور اراک مشاهده شود. آموزشها جمعاً در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای و در جریان دو ماه به این دانشجویان ارائه شد. خلاصه جلسات به شرح زیر می باشد:

۱- جلسه اول: بحث کلی در مورد چارچوب آموزش خودآگاهی هیجانی

اهداف: ۱- آشنایی با کلیت آموزش ۲- شناسایی و بیان هیجانها و عواطف ۳- استفاده و کاربرد صحیح عواطف ۴- فهم و درک عواطف دیگران و خود ۵- مدیریت و تنظیم هیجانها.

۲- جلسه دوم: خود ابرازی

اهداف: ۱- تعریف و بحث پیرامون اعتمادبه نفس ۲- خصوصیات افراد دارای اعتمادبه نفس ۳- دستور- عملهایی برای افزایش اعتمادبه نفس ۴- ابراز وجود و روشهای ابراز وجود.

۳- جلسه سوم: افزایش اعتماد به نفس

اهداف: ۱- تقویت خودپنداره و اعتمادبه نفس ۲- تکنیک خودگویی و خودالقایی و مشارکت جویی فعال ۳- اهمیت عزت نفس بالا ۴- عزت نفس و راههای افزایش آن.

۴- جلسه چهارم: خود شکوفایی و تلاش جهت رشد شخصی

اهداف: ۱- تعریف و بحث پیرامون مفهوم خود شکوفایی ۲- تعریف مؤلفه های خود شکوفایی و ارتباط آن با هوش هیجانی ۳- تعریفی از افراد خود شکوفا

۵- جلسه پنجم: مثبت اندیشی و خوش بینی

اهداف: ۱- شناسایی و آگاهی از افکار، احساسات و اعمال منفی ۲- اثرات منفی اندیشی ۳- اثرات مثبت اندیشی

۶- جلسه ششم: راهکارهای تقویت تفکر مثبت

اهداف: ۱- بیان ویژگی های افراد مثبت نگر و منفی نگر

۲- معرفی سبک های تبیینی (درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار، کلی - اختصاصی) ۳- پرهیز از تبیین های بدبینانه ۴- ایجاد تغییرات مثبت در زندگی

۷- جلسه هفتم: ابتکار عمل برای خود انگیزشی

اهداف: ۱- تعریف و بحث پیرامون مفهوم خودگردانی و خودانگیزشی ۲- آموزش نظارت بر خود و تقویت خود ۸- جلسه هشتم: روابط صمیمانه (تقویت تعاملات میان فردی)

اهداف: ۱- سرمشق دهی ۲- تمرین رفتاری و ایفای نقش ۳- بازخورد تقویت

۹- جلسه نهم: عقل سلیم هیجانی و همدلی

اهداف: ۱- آموزش عقل سلیم هیجانی ۲- آموزش همدلی

لازم به یادآوری است که پروتکل هوش هیجانی فوق برگرفته از الگوی توانایی مایر و سالوی بود (این الگو به طور مختصر در پایین ذکر می گردد) و به دنبال آموزش تکنیک ها به آزمودنیها، کاربرگ های مربوط به عنوان تکلیف خانه داده شد و از آنها خواسته شد تا با دقت تکلیف ها را در خارج از کلاس به کار برند و در جلسات بعد به همراه خود به کلاس بیاورند.

الگوی توانایی: این الگو توسط مایر و سالوی مطرح شد و بر مهارت افراد در شناخت اطلاعات هیجانی و بهره گیری از تفکر انتزاعی اطلاعات هیجانی تأکید دارد. از نظر مایر و سالوی هوش هیجانی عبارت است از توانایی شناسایی و تشخیص مفاهیم و معانی هیجانها، روابط بین آنها، استدلال کردن در مورد آنها و نیز مسأله گشایی بر اساس آنها است که موجب رشد هیجانی می شود [۳۱]. از نظر آنها هوش هیجانی دارای چهار مؤلفه اصلی می باشد که عبارتند از: تشخیص هیجانها، تسهیل هیجانی، درک هیجانها و مدیریت هیجانها.

قابل ذکر است که این پروتکل بارها در ایران و خارج توسط متخصصین مورد استفاده قرار گرفته است و تمامی نتایج بیانگر تأثیر معنادار آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بودند و این خود نشان دهنده رویی این پروتکل می باشد. این پروتکل توسط متخصصین روانشناسی در ایران بکار گرفته شده و همگی مؤید تأثیر معنادار آموزش مؤلفه های

هوش هیجانی بودند [۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶ و ۳۷].

نتایج

پیش از بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان و خودپنداره دانشجویان، شاخص‌های توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ ذکر گردیده است.

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در هر یک از متغیرهای وابسته، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین هریک از متغیرهای وابسته، یعنی سلامت روان و خودپنداره در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش متفاوت است. در حالی که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه تفاوت ناچیزی دارد. با کمی دقت بیشتر متوجه می‌شویم که میانگین نمره سلامت روان در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است و همانطور که می‌دانیم در آزمون سلامت روان کاهش نمرات نشان‌دهنده افزایش سلامت روان می‌باشد. حال آنکه این نمره در مرحله پس‌آزمون گروه گواه تفاوت محسوسی را نشان نمی‌دهد. نمره میانگین خودپنداره نیز در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش افزایش یافته یعنی خودپنداره دانشجویان ورزشکار در اثر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی افزایش یافته است؛ در حالی که این نمره در پس‌آزمون گروه گواه تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد.

نتایج حاصل از روش آماری تحلیل کوواریانس پس از بررسی پیش‌فرضهای آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

پیش‌فرضهای آزمون تحلیل کوواریانس

۱) برابری واریانسهای متغیر وابسته در گروه‌ها از طریق آزمون لوین تأیید شد.

۲) همگنی شیب رگرسیون نیز از طریق آزمون سنجنش همگنی شیب رگرسیون تأیید شد. (میزان تعامل برابر ۰/۵۷۱ شد که از نظر آماری معنادار نمی‌باشد بنابراین فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌گردد).

از آنجا که کوواریانس اثر پیش‌آزمون را بر نتایج تعدیل می‌کند با توجه با نتایج مندرج در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره‌ی تعدیل‌یافته‌ی سلامت روان در گروه آزمایش (آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی) و گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است ($F = 25/71$ ، $P < 0/0001$). با مراجعه به جدول ۱ نیز می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمره‌ی پس‌آزمون سلامت روان در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه است. میزان تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی ۰/۵۵ است، یعنی ۰/۵۵ واریانس تبیین شده موجود در میانگین تعدیل‌شده سلامت روانی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون ناشی از آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی است. توان آماری در این حالت برابر ۰/۸۴ است یعنی امکان خطای نوع دوم برابر ۰/۱۶ می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج به‌دست آمده در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره تعدیل‌شده خودپنداره در گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ آماری معنادار است ($F = 22/25$ ، $P < 0/001$). توان آماری در این حالت برابر ۰/۹۹ است یعنی امکان خطای نوع دوم برابر ۰/۰۱ می‌باشد. با مراجعه به جدول ۱ نیز می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمره پس‌آزمون خودپنداره بیشتر از گروه گواه است. میزان این تأثیر برای خودپنداره ۰/۲۷ است بدین معنا که ۰/۲۷ واریانس تبیین شده موجود در میانگین تعدیل‌شده خودپنداره دو گروه در مرحله پس‌آزمون ناشی از آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در این پژوهش موجب ارتقاء سلامت روان دانشجویان دختر ورزشکار در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای انجام شده توسط رجایی، ارشادی منش، اسدی، داوری و بیرامی مبنی بر همبستگی مثبت و معنادار بین هوش هیجانی معلمان مرد و زن با سلامت روان [۳۸]، همبستگی مثبت و معنادار بین هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه تهران با سلامت روان [۳۹]، رابطه بین هوش هیجانی با فرسودگی

جدول ۱: مشخصه های توصیفی نمره های پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گواه

گروه		سلامت روان	خودکارآمدی
آزمایش	پیش آزمون	میانگین انحراف استاندارد	۳۱/۵۰ ۳/۳۷
	پس آزمون	میانگین انحراف استاندارد	۴۵/۶۷ ۷/۶۲
	پیش آزمون	میانگین انحراف استاندارد	۲۹/۵۵ ۸/۷۴
	پس آزمون	میانگین انحراف استاندارد	۳۲/۴۲ ۲/۳۵

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در مقیاس های سلامت روان و خود پنداره

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
سلامت روان	پیش آزمون گروه	۷۷/۸۶	۷۷/۸۶	۵/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۸۴
	پس آزمون گروه	۲۸۱/۱۷	۱۴۰/۵۸	۲۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۸۹
خود پنداره	پیش آزمون گروه	۴۶/۳۵	۴۶/۳۵	۳۰/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۰/۷۳
	پس آزمون گروه	۷۰/۳۸	۳۵/۱۹	۲۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹

نشان داد که هوش هیجانی رابطه‌ی میان استرس و متغیرهای سلامت روان را تعدیل می‌کند [۴۴]. همه این یافته‌ها با نتایج مربوط به فرضیه اول این پژوهش مبنی بر این که آموزش هوش هیجانی، باعث ارتقاء سلامت روان می‌گردد همخوانی دارد.

خودپنداره دانشجویان ورزشکار نیز پدیده‌ای است که رابطه تنگاتنگی با میزان هوش هیجانی آنها دارد. یافته‌های مربوط به فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر افزایش خودپنداره دانشجویان بر اثر آموزش هوش هیجانی قابل تبیین است. این نتیجه با یافته‌های رضاپور میرصالح، تمنایی فر، آقاجانی، هامپتون و ماسون همسو می‌باشد. در پژوهش رضاپور میرصالح [۴۵] مؤلفه‌های ابرازگری هیجانی پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای خودپنداره‌ی دانشجویان هستند و کمک به دانشجویان برای شناسایی هیجان‌ها و ابراز صحیح آنها می‌تواند تأثیر بسزایی در افزایش شناخت خود و شکل‌گیری خودپنداره در آنها باشد. تمنایی فر [۴۶] نیز در پژوهشی نشان داد که بین هوش هیجانی و خودپنداره رابطه معناداری وجود دارد. یافته‌های

شغلی و سلامت روان کارکنان شرکت ایران خودرو [۴۰]، اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان زندانیان مرد زندان مرکزی ارومیه [۴۱] و اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی تبریز [۴۲] همخوانی دارد. این یافته‌ها همچنین با نتایج پژوهش‌های اسلاسکی، کارت رایت، تسائوسیس و نیکولاوا، سیاروچی و اندرسون، اسکات، سالوی و مایر، کارسون همسو می‌باشد. بررسی‌های اسلاسکی و کارت رایت [۲۶] رابطه بین هوش هیجانی، اضطراب، سلامت عمومی، بهزیستی و کارکرد اجتماعی را مورد تأیید قرار داده و نشان داد که هوش هیجانی به عنوان یک عامل اصلی در نظم‌بخشی و کنترل هیجان‌ها و شکل‌دهی روابط بین فردی، نقش مهمی در سلامت روانی دارد. تسائوسیس و نیکولاوا نتیجه گرفتند که بین هوش هیجانی و سلامت روانشناختی و جسمانی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد [۴۳]. در پژوهشی سیاروچی و اندرسون به نقش هوش هیجانی در کاهش استرس و بهبود سلامت روان پرداختند. نتایج

به مسئولین امور ورزشی و مربیان پیشنهاد می‌شود که برای ارتقاء سطح سلامت روان و خودپنداره ورزشکاران جهت موفقیت در میادین ورزشی، با برگزاری دوره‌های آموزش هوش هیجانی توسط روان‌شناسان ورزش، گامی مؤثر در پیشرفت ورزش کشور بردارند و پژوهش‌های آینده این موضوع را مورد بررسی قرار دهند که آیا آموزش این مهارت‌ها به مربیان (از آنجایی که مهمترین منبع اطلاعاتی ورزشکاران، مربیان می‌باشند و افزایش سطح دانش مربیان به بهبود عملکرد ورزشی ورزشکاران کمک می‌کند) می‌تواند به ورزشکاران کمک کند و عملکرد آنها را بهبود بخشد.

در ضمن عدم تجانس آزمودنی‌های تحقیق حاضر به دلیل تنوع رشته‌های ورزشی، سن آزمودنی، کوتاه بودن دوره آموزش از محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد.

منابع

۱. شاملو، سعید (۱۳۶۶) بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
۲. قادری، تیمور (۱۳۸۱). آسیب‌های روانی و بهداشت روان در متون ایرانی میانه. اندیشه و رفتار، سال ۸، شماره ۲، صص ۷۳ تا ۷۹.
۳. عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۲) گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱. سلامت روان: درکی نو، امیدی نو. تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.
۴. پیشقدم، رضا و قنسولی، بهزاد (۱۳۸۷) نقش هوش هیجانی در یادگیری زبان انگلیسی و موفقیت تحصیلی. پژوهش‌های زبانهای خارجی، شماره ۴۳، صص ۵۶-۴۱.
۵. رستمی، نادیا (۱۳۸۳) بررسی رابطه وضعیت مذهبی با هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، سال ۳، شماره ۱۰، صص ۱۲۸-۱۱۶.
6. Salovey, P. and Mayer J.D. (1997). What is Emotional Intelligence? Emotional Development and Emotional Intelligence, Basic Book.
7. Bar-on, R. (1999) The Emotional Quotient Inventory (EQ-I) : A test of emotional intelligence. Toronto: Multi Health System.
۸. گلמן، دانیل (۱۳۸۰) هوش هیجانی. ترجمه نسرين پارسا. تهران: انتشارات رشد.

آقاجانی [۴۷] نیز مبنی بر اینکه آموزش هوش هیجانی و مهارت‌های زندگی، خودکارآمدی ادراک شده و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان را بهبود می‌بخشد با این تحقیق همسو می‌باشد. یافته‌های هامپتون و ماسون نیز حاکی از آن است که آموزش هوش هیجانی، خودکارآمدی و خودپنداره مثبت را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد و همین‌طور اثر آن به طور معنی‌داری در طول زمان پایدار می‌ماند [۴۸].

در مقالات بالا تأثیرات هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفت و همگی مؤید این نظر بودند که هوش هیجانی در تمام زمینه‌ها اثربخش است. لذا یکی از جنبه‌هایی که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته بود تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر روی سلامت روان و خودپنداره‌ی ورزشکاران بود که با تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در ارتقاء سلامت روان و خودپنداره دانشجویان دختر ورزشکار دانشگاه پیام نور اراک مؤثر بود.

به‌طور کلی اغلب ورزشکاران قویاً به آموزش مهارت‌های روانی و هوش هیجانی نیاز دارند و این نیاز از مشکلات روانی سرچشمه نمی‌گیرد، اما برای ارتباط بهتر بین جسم و ذهن به منظور کارایی بهتر و مؤثرتر باید به یادگیری این مهارت‌ها پردازند. بنابراین تلفیق مهارت‌های جسمانی و توانایی هیجانی در ورزش می‌تواند در سوق دادن افراد به سوی دستیابی به هدف، کارساز باشد و سبب شود که ورزشکاران افکار منفی را از ذهن خود دور کرده و با جایگزین نمودن افکار مثبت مهار رفتار را نیز به نحو شایسته در دست بگیرند که این خود موجب کاهش فاکتورهای تأثیرگذار منفی از جمله استرس و اضطراب گردیده و افزایش اعتماد به نفس و ارتقاء خودپنداره مثبت را به دنبال خواهد داشت. همچنین شناخت و ارتباط میان ویژگی‌های روانی و هوش هیجانی ورزشکاران نه تنها می‌تواند مربیان ورزش را در انتخاب بازیکنان و واگذاری مسئولیت‌های مختلف و درک رفتار و چگونگی برخورد با آنها کمک کند بلکه می‌تواند به رعایت اخلاق ورزشی کمک کند؛ به عبارتی دیگر می‌تواند از بروز رفتارهای غیرورزشی به منظور بردن مسابقه، انجام اعمالی که باعث آسیب و صدمه به دیگران می‌شود پیشگیری کند. در نهایت

20. Hanin, Y.L. (2000). Emotions in sport. Champaign, IL: Human Kinetics. Martin, G.L., vause, T., & Schwartzman, L. (2005). experimental studies of psychological interventions with athletes in competitions why few? Behavior Modification, 29-616-641.
21. Mayer, J. D. (1999). "Emotional intelligence: popular or scientific psychology" A. P. R. Monitor, 30, P:8.
22. Lane, A.M. (2006). Emotional intelligence research, positive thinking for sport. Tuning up performance – music and video as ergogenic aids. Peak Performance; issue 228: 5-7 Electric Word. Plc
23. lane, A. Thelwell, R. lowther, J., & Davonport, T. J. (2009). Emotional intelligence and Psychological skills use among athletes. Social behavior and personality: an international Journal. volume 37, number 2, p.p195_201(7).
24. Kerr. J., H. (2005). Come out come and elite Japanese women's field hockey player's experience of emotions and stress. J. of psychology of sport and exercise. V, 6, 251-263.
25. Morris, T. (2002). Sport Psychology: theory, Applications and Issues. New York, John Wiley.
26. Slaski, M., Cartwright, S. (2002). Health, Performance and Emotional Intelligence: An Exploratory Study of Retail Managers. Stress and Health, 18, 63-68.
27. Goldberg D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press ;1972.96-101.
۲۸. تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰) بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی GHQ. مجله روانشناسی، ۴(۵)، صص ۳۸۱-۳۹۵.
29. Beck A.T, Steer R, Brown G, Epstein N. The Beck Self – concept Test. Archives of General Psychiatry, 1990; 2, 191-197.
۳۰. فتحی آشتیانی (۱۳۸۸)، علی، آزمون های روان شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)، چاپ اول، انتشارات بعثت، تهران، ۱۳۸۸.
31. Salovey, P. Woolery, A., & Mayer, J.D. (2000). Emotional Intelligence :conceptualization Psychology: Interpersonal Processes ,279-307. London: b, ackwell.
۹. آقاییار، سیروس و شریفی، پرویز (۱۳۸۵) هوش هیجانی (کاربرد هوش هیجانی در قلمروی هیجان). اصفهان: انتشارات سپاهان.
۱۰. برادبری، تراویس و گریوز، جین (۱۳۸۴) آزمون هوش هیجانی، ترجمه مهدی گنجی. تهران: انتشارات ساوالان.
11. Beck A.T, Steer R.A, Epstein N. (1992). Self – concept dimensions of clinically depressed and anxiety outpatients. Journal of clinical psychology; 48(6):423-432.
12. Rinn, A.N. & Cunningham, L.G. (2008) Using self –concept instruments with High-ability college students: reliability and validity evidence. Gifted Child Quarterly, 52(3):232-242.
۱۳. شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۷۰). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: نشر دانشگاهی.
14. Alfeld-Liro, C., & Sigelman, C. K. (1997). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. Journal of Youth and Adolescence, 27(2) : 219-244.
15. Stucke, T. S., & Sporer, S. L. (2002). When a grandiose self-image is threatened: narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. Journal of Personality, 70(4):59-532.
16. Salovey P. Mayer J.d. (1999) Emotional intelligence. Journal of Personality, 41(3):185-211.
17. Ciarrochi, J.V., Forgas, J.P & Mayer, J.D. (2001). Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry. Philadelphia: Psychology Press.
۱۸. کجیاف نژاد، هادی (۱۳۸۹). ارتباط بین مهارت های روانی، هوش هیجانی و مولفه های آن با انگیزه موفقیت ورزشی در ورزشکاران مرد شهرستان شیراز. یافته های نو در روان شناسی، ۵(۱۳): ۱۰۷-۱۲۵.
19. Morgan, T.K. (2006). A season-Long mental skills training program collegiate Volleyball players. A dissertation for the Doctor of philosophy degree. The university of Tennessee.

۴۰. اسدی، جوان شیر (۱۳۸۲) بررسی رابطه‌ی بین هوش هیجانی، فرسودگی شغلی و سلامت روان کارکنان شرکت ایران خودرو. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی .
۴۱. داوری، سیروان (۱۳۸۶) تأثیر آموزش هوش هیجانی بر میزان سلامت روان زندانیان مرد زندان مرکزی ارومیه. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی.
۴۲. بیرامی، منصور (۱۳۸۷) بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال ۳، شماره ۱۱، صص ۴۲-۲۵.
43. Tsaousis, I. and Nikolaou, I. (2005). Exploring the Relation Ship of Emotional Intelligence with Physical and Psychological Health Functioning . *Stress and Leath*, 21, 77-86.
44. Ciarrochi V. Anderson Y.C. Amy, Caputi, Peter.A. (2001) Critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Journal of personality and individual*, 30(5): 680-703.
۴۵. رضاپور میر صالح، یاسر (۱۳۸۹). مقایسه‌ی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های ابرازگری هیجانی و خودپنداره دانشجویان دختر و پسر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۴، شماره ۱ (۱۳)، صص ۵۱-۴۰.
۴۶. تمنایی فر، محمدرضا (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی، خودپنداره و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی. فصل‌نامه راهبردهای آموزش، دوره ۳، شماره ۳، صص ۱۲۶-۱۲۱.
۴۷. آقاجانی، م (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان در مقطع دبیرستان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا.
48. Hampton, N.Z. and Mason, E. (2003). Learning Disabilities, Gender, Sources of Efficacy, Self-efficacy Beliefs, and Academic Achievement in High School Students. *Journal of School Psychology*. 41, 101-112.
۳۲. شهنی ییلاق، منیجه؛ غلامحسین، شکرکن؛ حسین، حقیقی؛ جمال، کیان‌پور؛ قهفرخی، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر اضطراب اجتماعی، سازگاری اجتماعی و هوش هیجانی دانشجویان دختر و پسر. دست‌آوردهای روانشناختی. دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره چهارم، سال شانزدهم، شماره ۱، صص ۳-۲۶.
۳۳. نقدی، هادی (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، سال چهاردهم، شماره سوم، صص ۲۱۱-۲۱۸.
۳۴. نیکوگفتار، منصوره (۱۳۸۸). آموزش هوش هیجانی، ناگویی خلقی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی. روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، سال پنجم، شماره ۱۹، صص ۱۸۷-۱۹۷.
۳۵. شریفی درآمدی، پرویز؛ مولوی، حسین؛ رضوانی، فاطمه (۱۳۸۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی مادران کودکان فلج مغزی در شهر اصفهان، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۷ (۲۶). صص ۶۳-۷۶.
۳۶. افتخار سعادت، زهرا؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ احدی، حسن؛ عسگری، پرویز (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری فردی- اجتماعی در دانش‌آموزان دختر سال دوم متوسطه شهرستان اهواز. یافته‌های نو در روان‌شناسی. ۴ (۱۲). صص ۱۳۷-۱۴۹.
۳۷. کیمیایی، سیدعلی؛ رفتار، محمدرضا؛ سلطانی‌فر، عاطفه (۱۳۹۰). آموزش هوش هیجانی و اثربخشی آن بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پرخاشگر. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره. ۱ (۱)، صص ۱۵۳-۱۶۶.
۳۸. رجایی، علیرضا (۱۳۸۵) ارتباط بین هوش هیجانی با سلامت روانی در معلمان. فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، شماره ۱، صص ۲۱۶-۲۲۵.
۳۹. ارشادی‌منش، سودابه (۱۳۸۴) بررسی بین سلامت روان و هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه تهران.

رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی آن‌ها با سازگاری اجتماعی^۱

نویسندگان: عباس رحیمی نژاد^{۱*}، محمد خدایاری فرد^۲، یاسمین عابدینی^۳ و محسن پاک‌نژاد^۴

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه تهران

۲. استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

۳. استادیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۴. استادیار پژوهشی جهاد دانشگاهی واحد تهران

* Email: arahimir@ut.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی و نیز ویژگی‌های فردی و خانوادگی آنها با سازگاری اجتماعی است. آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۳۱۵ دانشجوی دختر و پسر شاهد هستند که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با اختصاص متناسب از میان کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران انتخاب شده‌اند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا و پرسشنامه محقق ساخته جهت سنجش ادراک دانشجویان از جو تحصیلی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان شاهد است. داده‌ها با استفاده از رگرسیون سلسله مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که رضایت دانشجویان از سهمیه شاهد، نظر مثبت سایر دانشجویان به دانشجویان شاهد، نحوه برخورد اساتید و تاهل دانشجویان شاهد پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد است. بین متغیرهای خانوادگی دانشجویان مانند ازدواج مجدد مادر و سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد رابطه معناداری مشاهده نشد. علل احتمالی عدم ارتباط معنادار متغیرهای خانوادگی نظیر ازدواج مجدد مادر با سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: دانشجویان شاهد، سازگاری اجتماعی، ویژگی‌های فردی، رضایت از سهمیه شاهد، ادراک از جو تحصیلی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۸۸/۳/۱۸

• پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲

۱. این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان " بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد" که با حمایت مالی بنیاد شهید انقلاب اسلامی و دانشگاه تهران صورت گرفته است.

مقدمه

ورود به دانشگاه برای جوانان موفقیت تلقی می‌شود. علی‌رغم احساس موفقیت از پذیرش در دانشگاه، ورود به این محیط جدید نیز می‌تواند مشکلات سازگاری به همراه داشته باشد. به گونه‌ای که لئونگ و بنز ورود به دانشگاه را تجربه‌ای استرس‌زا می‌دانند [۱]. دانشجویان با استرس‌های متعددی مانند تکالیف، امتحان و مطالعه برای آن، نوشتن گزارش‌های تحقیقی و مشارکت در کلاس روبرو می‌شوند که افراد غیر دانشجویی با آن سروکار ندارند [۲]. سودا در بررسی پیشینه خود به مطالعه هامن در خصوص با مطالعه دو گروه از دانشجویان بر اساس مقیاس افسردگی بک پرداخته کرده است. نتیجه این پژوهش به رابطه استرس‌های روزمره دانشجویی و افسردگی اشاره دارد. این یافته نشان می‌دهد که افسردگی دانشجویان ناشی از شناخت سوگیرانه نسبت به خود، محیط و آینده است [۳]. سازگاری اجتماعی دانشجویان نیز متأثر از عوامل تحصیلی و غیر تحصیلی است، بخصوص مطالعات مشخص کرده‌اند که پذیرش اجتماعی بوسیله مدرسین و همکلاسی‌ها منجر به پیامدهای سازگارانه متفاوتی در این دوره شده است [۴].

در مورد نظر منفی سایر دانشجویان نسبت به دانشجویان شاهد مطالعه خاصی صورت نگرفته است. البته برخی از مطالعات حاکی از عدم تفاوت اعتماد به خود در دانشجویان شاهد و غیرشاهد در شهرستان زاهدان بوده است [۵]. اما اینکه واقعاً دانشجویان عادی نسبت به دانشجویان شاهد چه نظری دارند، تا حدود زیادی جنبه ادراکی دارد که به خوش‌بینی و بدبینی دانشجویان شاهد نیز می‌تواند بستگی داشته باشد.

موضوع برداشت مثبت و منفی دانشجویان از دیگران توسط چانگ، سانا و یانگ [۶] مورد بررسی قرار گرفته است. آن‌ها ضمن بررسی پیشینه رابطه خوش‌بینی (انتظار پیامد مثبت) و بدبینی (انتظار پیامد منفی) با رضایت از زندگی و افسردگی دانشجویان، توجه پژوهشگران به بررسی رابطه خوش‌بینی و بدبینی با سازگاری روان‌شناختی را معطوف کردند. برای مثال، چانگ و دی

زوریلا^۱ به نقل از منبع [۶] در مطالعه‌ای بین خوش‌بینی با رضایت بیشتر از زندگی ارتباط مثبت و بین بدبینی با نشانگان بیشتر افسردگی رابطه مثبتی مشاهده کرد.

در مطالعه‌ای بین فرهنگی روی دانشجویان کره‌ای و آمریکایی بین خوش‌بینی با خلق مثبت و رضایت از زندگی همبستگی مثبت و بین خوش‌بینی و افسردگی همبستگی منفی و بین بدبینی با خلق منفی و افسردگی همبستگی مثبت و در نهایت بین بدبینی با رضایت از زندگی همبستگی منفی معنا دار به دست آمد [۶].

از طرفی اعتقاد بر این است که خانواده نیز یکی از محوری‌ترین محیط‌های تربیتی است که در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی فرزندان نقش مهمی دارد. البته یکی از عواملی که ساختار خانواده را با خطر جدی روبرو ساخته است، فقدان یکی از والدین است که می‌تواند در اثر اتفاقاتی چون طلاق، مرگ یا جنگ ایجاد شود و تأثیرات نامطلوبی بر فرزندان بگذارد. نتایج تحقیق گایدیو بالدی، پری و کلمینشاو [۷] نشان داد که توانایی‌های شناختی دختران و پسران به خصوص مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های کیفی آنان به نحو بارزی تحت تأثیر غیبت پدر قرار می‌گیرد. کودکانی که در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که پدر به دلایلی غایب است در مقایسه با کودکانی که با پدر و مادر خود زندگی می‌کنند در مدرسه عملکرد ضعیف‌تری دارند، در آزمون‌های هوشی و پیشرفت ضعیف‌ترند و در کلاس درس بیشتر اختلال ایجاد می‌کنند و دچار بی‌توجهی و حواس‌پرتی می‌شوند.

پژوهش‌های خارجی حاکی از تأثیر مثبت ناپداری و نامادری بر سازگاری پسران، ولی تأثیر منفی بر سازگاری دختران بوده است. برای مثال، هترینگتون، کاکس و کاکس، [۸] نشان داده‌اند که تأثیر ازدواج مجدد مادر بر فرزندان، وابسته به سن و جنسیت آنان است. تفاوت این تأثیر به نحوی است که کودکان خردسال‌تر و نوجوانان، در مقایسه با کودکان بین ۹ تا ۱۲ سال با موقعیت جدید بهتر سازگار می‌شوند. هم‌چنین تحقیق سانتراک و وارشاک

[۹] نشان داد که پسر بچه‌های بین ۶ تا ۱۱ سال که با ناپدری زندگی می‌کردند، در مقایسه با آنهایی که با مادر به تنهایی زندگی می‌کردند، رفتار بالغانه‌تری داشتند، سازگارتر بودند و کفایت و مهارت اجتماعی بیشتری داشتند. این نتایج مثبت احتمالاً از آنجا ناشی می‌شود که بسیاری از پسر بچه‌ها از داشتن ناپدری جدید خوشحال می‌شوند و غالباً به او دل بسته می‌شوند؛ [۱۰] علاوه بر این، ناپدری‌ها معمولاً با کفایت‌اند و به فرزند خواندگان توجه می‌کنند. افزون بر آن، مادرانی که ازدواج مجدد می‌کنند معمولاً در مقایسه با مادرانی که ازدواج مجدد نکرده‌اند شادترند و احساس امنیت بیشتری می‌کنند و از آنجا که حجم کار و مشکلات مالی آنان کمتر می‌شود، کمتر احساس تنهایی می‌کنند و وقت و انرژی بیشتری را صرف فرزندان خود می‌کنند. از این رو، آنان از لحاظ ذهنی فعال‌ترند و بیشتر احساساتشان را به خصوص نسبت به پسرانشان ابراز می‌کنند. در مورد دختران وضعیت متفاوت است. تحقیقات نشان داده‌اند که دخترانی که ناپدری دارند چندان وضعیت مناسبی ندارند و در مقایسه با دخترانی که با خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند اضطراب بیشتری دارند [۱۱].

پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که سازگاری فرزندان پس از ازدواج مجدد مادر، فقط وابسته به سن و جنسیت آنان نیست، بلکه به شخصیت، علاقه به کودک، نگرش‌ها و شیوه فرزندپروری والدین آن‌ها نیز بستگی دارد. البته نتایج تحقیقات انجام گرفته در مورد فرزندان شاهدهی که مادران آنها ازدواج مجدد داشته‌اند چندان یکسان نیست. حیدری [۱۲] عوامل روانی، اجتماعی و آموزشی مؤثر بر وضعیت تحصیلی و روان‌شناختی دانش‌آموزان شاهد دبیرستانی را در همدان مورد بررسی قرار داد و دریافت که اگرچه میزان افسردگی و شکست تحصیلی دانش‌آموزان شاهد بیشتر از دانش‌آموزان عای بود، اما ازدواج مجدد مادر هیچ‌گونه رابطه معناداری با وضعیت تحصیلی، حرمت خود و افسردگی دانش‌آموزان شاهد نداشت. با این حال تحقیقاتی که تأثیر ازدواج مجدد مادر را با توجه به

جنسیت فرزندان شاهد مورد بررسی قرار داده‌اند به نتایج دیگری دست یافته‌اند. برای مثال، رحیمی [۱۳] در مطالعه‌ای ناسازگاری‌های خانوادگی فرزندان دختر و پسر شاهد مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهرستان بیرجند را مورد بررسی قرار داد. او دریافت که بین وجود ناپدری و ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر شاهد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. عسگری [۱۴] در پژوهشی تعدادی از دانش‌آموزان شاهد دبیرستانی و مادران آنها را مورد مطالعه قرار داد و تأثیر ازدواج مجدد همسران شهدا را بر وضعیت روانی-اجتماعی آنها و بر سازگاری و وضعیت تحصیلی فرزندانشان مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش نشان داد که ازدواج مجدد همسران شاهد با کاهش وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، اضطراب و افسردگی در آنان رابطه معناداری دارد. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش حاکی از ارتباط مثبت بین ازدواج مجدد همسران شاهد و سلامت روانی در آنان است. با این حال ازدواج مجدد همسران شاهد با وضعیت روانی و سازگاری اجتماعی فرزندان آنان هیچ‌گونه رابطه‌ای نداشت. از طرفی، مشاهده شد که بین ازدواج مجدد مادر و کاهش عملکرد تحصیلی فرزندان شاهد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های مویدی [۱۵] نیز حاکی از تأثیر مثبت ازدواج مجدد برای همسران شاهد، ولی تأثیر منفی بر عملکرد تحصیلی فرزندان شاهد ۱۲ تا ۱۶ ساله داشته است.

برخی از پژوهش‌های انجام شده مانند تحقیق جهاد دانشگاهی اهواز [۱۶] در دوران کودکی فرزندان شاهد حاکی است که فرزندان شاهد ۱۰ تا ۱۵ ساله دچار انزوایی بوده‌اند. از سوی دیگر، تحقیق داج [۱۷] بیانگر عدم تفاوت معنی‌دار گروه سنی دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر مریوان در زمینه اختلالات رفتاری و حرمت خود بوده است. نتیجه دیگر این تحقیق حاکی است بین فرزندان شاهدهی که مادران آنها ازدواج مجدد داشته و آن‌هایی که ازدواج مجدد نداشته‌اند نیز تفاوتی در حرمت خود و اختلالات رفتاری دیده نشد.

ابزار تحقیق

پرسشنامه‌های مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها شامل موارد زیر است:

- ۱) پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا
- ۲) پرسشنامه محقق ساخته ویژگی‌های فردی، خانوادگی و ادراک از جو تحصیلی

۱) آزمون شخصیت کالیفرنیا

از این آزمون به منظور سنجش سازگاری اجتماعی دانشجویان استفاده شد. این آزمون توسط تورپ، کلارک و تیگز به نقل از [۱۹] تهیه و تدوین شده است. آزمون دارای دو بخش عمده سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی است که در پژوهش حاضر از بخش سازگاری اجتماعی آن استفاده شده است. این بخش از آزمون دارای ۹ سوال و ۶ خرده مقیاس است که عبارتند از: ۱) قالب‌های اجتماعی، ۲) مهارت‌های اجتماعی، ۳) گرایش‌های ضداجتماعی، ۴) روابط خانوادگی، ۵) روابط تحصیلی و مدرسه‌ای و ۶) روابط اجتماعی. کلیه سوال‌های آزمون به صورت بلی (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی^۱ این آزمون از روش تحلیل عاملی با مؤلفه اصلی و چرخش واریماکس استفاده شده است. نتایج این تحلیل عاملی نشان‌دهنده وجود شش عامل است که در مجموع با یکدیگر ۶۸ درصد از واریانس کل را تبیین کرده‌اند. شاخص کفایت نمونه برداری^۲ نیز برابر با ۰/۹۹ بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه برداری پژوهش است. اعتبار^۳ این آزمون با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته است و مقدار ضریب آلفای به دست آمده برابر با $\alpha = 0/98$ بوده که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آزمون است.

رابطه سن شهادت پدر و نیز سن ازدواج مجدد مادران فرزندان شاهد با سازگاری اجتماعی آن‌ها در سن دانشجویی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. البته یافته‌های روشن [۱۸] حاکی از اضطراب و افسردگی بیشتر دانشجویان شاهد نسبت به دانشجویان غیرشاهد شهر تهران است.

مسئله پژوهش حاضر بررسی رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو روانی دانشگاه (مورد پذیرش قرارگرفتن دانشجویان شاهد توسط سایر دانشجویان و اساتید)، ویژگی‌های فردی و خانوادگی آنان با سازگاری اجتماعی آنها است. ادبیات مرتبط با برداشت دانشجویان از جو روانی دانشکده مانند خوش‌بینی و بدبینی دانشجویان، تأثیر عوامل خانوادگی نظیر ازدواج مجدد مادر و عوامل فردی فرزندان شاهد و همچنین تأثیر فقدان پدر و ارتباط آن با سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفت. در اینجا لازم است اشاره شود که جهت بررسی برداشت مثبت و یا منفی دانشجویان از جو تحصیلی، ابتدا مواردی مانند نظر مثبت سایر دانشجویان نسبت به دانشجویان شاهد، نحوه برخورد اساتید با دانشجویان شاهد و ناراحت‌شدن و یا ناراحت‌نشدن دیگران از اطلاع از سهمیه شاهد دانشجویی، مورد بررسی قرار گرفته و سپس رابطه آن‌ها با سازگاری اجتماعی دانشجویان مورد سنجش قرار گرفته است.

روش

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع پیمایشی با روش آماری همبستگی و رگرسیون است.

آزمودنی

نمونه پژوهش حاضر متشکل از تعداد ۳۱۵ نفر دانشجوی شاهد (۱۶۸ دختر و ۱۴۷ پسر) دانشگاه‌های شهر تهران است که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با اختصاص متناسب از میان کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های شهر تهران انتخاب شدند.

1. validity
2. Kmo= Kaiser-Meyer- Olkin
3. reliability

۲) پرسشنامه محقق ساخته ویژگی‌های خانوادگی،

فردی و ادراک جو تحصیلی

به منظور سنجش ویژگی‌های خانوادگی و دیدگاه آزمودنی‌ها در مورد پذیرفته شدن به عنوان دانشجوی شاهد در دانشگاه از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش است. بخش اول حاوی سوال‌هایی است که اطلاعات جمعیت شناختی و خانوادگی دانشجویان را مشخص می‌نماید؛ نظیر سن دانشجو در هنگام شهادت پدر و ازدواج مجدد مادر پس از شهادت پدر. بخش دوم از پنج سوال تشکیل شده است که هدف آن سنجش برداشت دانشجویان از جو دانشگاه در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش دانشجویان شاهد توسط سایر دانشجویان و اساتید است. این سوال‌ها به صورت بلی و خیر طراحی و به صورت کدگذاری مصنوعی^۱ در محاسبات در نظر گرفته شده‌اند. مجموع ابزارهای پژوهش به صورت گروهی روی آزمودنی‌ها اجرا شدند. با توجه به اینکه سوالات مذکور جنبه نظرسنجی داشته است اعتبار و روائی آن مورد مطالعه قرار نگرفته است. در تحلیل‌های آماری رابطه تک‌تک سوالات نظرسنجی با سازگاری مورد مطالعه همبستگی قرار گرفته است.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آماره‌های توصیفی فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار از تحلیل رگرسیون چندمتغیره با روش سلسله مراتبی استفاده شد.

نتایج

۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی و ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی دانشجویان شاهد شامل تاهل، جنسیت، مقطع ورشته تحصیلی، وضعیت ازدواج مادر، سن فعلی دانشجو و سن او در هنگام شهادت پدر را نشان می‌دهد. همان گونه که

مشاهده می‌شود اکثر دانشجویان شاهد (۹۲/۷ درصد) مورد مطالعه در مقطع کارشناسی و بقیه در سایر مقاطع تحصیل می‌کنند. از نظر رشته‌های تحصیلی نیز ۶۱ درصد در رشته‌های علوم انسانی، ۱۹ درصد در رشته‌های فنی-مهندسی و ۱۰/۲ درصد آنها در رشته‌های پزشکی و بقیه در سایر رشته‌ها مشغول به تحصیل هستند. همچنین ۳۱/۱ درصد از مادر دانشجویان شاهد پس از شهادت پدر ازدواج مجدد داشته و ۶۶/۱ درصد آنها بعد از شهادت پدر ازدواج نکرده‌اند.

جدول شماره ۲ وضعیت ادراک دانشجوی شاهد از جو تحصیلی را ارائه می‌دهد. بنا بر مندرجات ارائه شده در جدول ۴، ۴۱/۹ درصد از دانشجویان شاهد اظهار کرده‌اند از این که سایر دانشجویان مطلع شوند که آن‌ها دانشجوی شاهد هستند، ناراحت می‌شوند و ۵۸/۱ درصد اظهار کرده‌اند که از این موضوع ناراحت نمی‌شوند؛ ۷۳ درصد آنان اظهار کرده‌اند که سایر دانشجویان نسبت به دانشجویان شاهد نظر مثبت دارند؛ در حالی که ۲۷ درصد آنان خلاف این اعتقاد را دارند؛ ۴۸/۴ درصد آنان اظهار کرده‌اند که اساتید برخورد خوبی با آنان دارند و ۵۱/۶ درصد خلاف این اعتقاد را دارند؛ ۵۶/۶ درصد اظهار کرده‌اند که سایر دانشجویان روابط خوبی با آنان دارند و ۴۳/۴ درصد خلاف آن را اظهار کرده‌اند. ۵۷/۴ درصد آنان اعتقاد دارند که پیشرفت تحصیلی آنان همانند دانشجویان عادی است و ۴۲/۶ درصد معتقدند که پیشرفت تحصیلی کمتری از دانشجویان عادی دارند.

۲) یافته‌های عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی دانشجویان

به منظور بررسی رابطه متغیرهای پژوهش با سازگاری اجتماعی دانشجویان به ترتیب رضایت از سهمیه شاهد، نظر مثبت دانشجویان عادی نسبت به دانشجویان شاهد، برخورد اساتید با دانشجویان شاهد و رشته تحصیلی علوم انسانی در برابر سایر رشته‌ها به عنوان متغیرهای برداشت دانشجویان شاهد از جو تحصیلی (مدل ۱ در رگرسیون)،

1 . dummy coding

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی دانشجویان شاهد (حجم نمونه ۳۱۵ نفر)

درصد	فراوانی	شاخص‌های آماری	
		ویژگی	
۸۴/۲	۲۷۲	مجرد	وضعیت تأهل دانشجویان
۱۴/۲	۴۶	متأهل	
۵۳/۳	۱۶۸	دختر	جنسیت
۴۶/۷	۱۴۷	پسر	
۰/۵	۲	کاردانی	مقطع تحصیلی
۹۲/۷	۲۹۰	کارشناسی	
۲/۳	۸	کارشناسی ارشد غیرپزشکی	
۴/۵	۱۵	کارشناسی ارشد پزشکی	
۶۱	۱۹۳	انسانی	رشته تحصیلی
۵	۱۸	پایه	
۱۹	۶۰	فنی- مهندسی	
۱۰/۲	۳۲	پزشکی و رشته‌های وابسته	
۰/۳	۱	هنر	
۱/۲	۴	کشاورزی	
۲/۳	۷	سایر موارد	
۱	۳	بی‌جواب	
۳۱/۱	۹۸	ازدواج مجدد	وضعیت ازدواج مادر
۶۶/۱	۲۰۸	عدم ازدواج مجدد مادر	
۲/۸	۹	بدون پاسخ	
میانگین ۲۲/۲ سال و انحراف معیار ۲/۶۶			سن فعلی دانشجویان
میانگین ۳ سال با انحراف معیار ۲/۷			سن هنگام شهادت پدر

- متغیر وابسته سازگاری اجتماعی
 a- مقدار R متغیرهای مدل ۱
 b- مقدار R متغیرهای مدل ۱ و ۲
 c- مقدار R متغیرهای مدل ۱ و ۲ و ۳
 مقدار ضریب رگرسیون مدل ۱ برابر ۰/۲۸ برای متغیرهای

سن دانشجویان هنگام شهادت پدر، ازدواج مجدد مادر، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر به عنوان متغیرهای خانوادگی دانشجویان (مدل ۲ در رگرسیون) و تاهل دانشجویان، جنسیت دانشجویان و سن فعلی نیز به عنوان متغیرهای فردی (مدل ۳ در رگرسیون) اضافه شدند.

رابطه ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی، ویژگی‌های فردی و خانوادگی آن‌ها با سازگاری اجتماعی

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به پذیرش عنوان دانشجوی شاهد توسط دانشجویان شاهد

کل		خیر		بلی		ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۳۱۵	۵۸/۱	۱۸۳	۴۱/۹	۱۳۲	ناراحتی از اطلاع دیگران از سهمیه شاهد
۱۰۰	۳۱۵	۲۷	۸۷	۷۳	۲۲۸	نظر مثبت سایر دانشجویان
۱۰۰	۳۱۵	۵۱/۶	۱۶۲	۴۸/۴	۱۵۳	برخورد خوب اساتید
۱۰۰	۳۱۵	۴۳/۴	۱۳۷	۵۶/۶	۱۷۸	رابطه خوب سایر دانشجویان
۱۰۰	۳۱۵	۴۲/۶	۱۳۵	۵۷/۴	۱۸۰	اعتقاد برابری پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد و غیرشاهد

جدول ۳. رگرسیون سلسله مراتبی سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد بر اساس متغیرهای ادراک از جو تحصیلی، متغیرهای خانوادگی و متغیرهای فردی

خلاصه مدل		تحلیل واریانس		ضرایب رگرسیون			مدل‌ها
R2	R	Sig	F	Sig	T	بتا	
۰/۰۸۰	۰/۲۸۳ a	۰/۰۰۱	۴/۶۰	۰/۰۴	۲/۰۶	۰/۱۴۶	رضایت از سهمیه شاهد
				۰/۰۲	۲/۲۸	۰/۱۵۳	نظر مثبت سایر دانشجویان
				۰/۰۳	۲/۰۸	۰/۱۴۹	نحوه برخورد اساتید
				۰/۸۴	-۰/۱۹	-۰/۰۱۴	رشته تحصیلی علوم انسانی
۰/۰۸۴	۰/۲۹ b	۰/۰۱	۲/۳۷	۰/۶۹	-۰/۳۹	-۰/۰۲۷	سن دانشجو هنگام شهادت پدر
				۰/۴۵	۰/۷۴	۰/۰۵۱	ازدواج مجدد مادر
				۰/۴۴	-۰/۷۷	-۰/۰۶۸	تحصیلات پدر
				۰/۸۱	۰/۲۲	۰/۰۲۰	تحصیلات مادر
۰/۱۲۶	۰/۳۵۵ c	۰/۰۰۳	۲/۶۶	۰/۰۰۲	۳/۱۰	۰/۲۲	تا هل دانشجو
				۰/۷۰	-۰/۳۸	-۰/۰۲	جنسیت
				۰/۱۸	-۱/۳۱	-۰/۱۰	سن دانشجو

اضافه شده مدل ۳، متغیرهای فردی دانشجویان شاهد، ضریب رگرسیون ۶ درصد افزایش یافت و به $R=0/35$ رسید. معادله ضرایب رگرسیون پیش‌بینی کننده سازگاری

مربوط به برداشت دانشجویان از جو تحصیلی است. با افزایش متغیرهای مدل ۲، یعنی متغیرهای خانوادگی، مقدار ضریب رگرسیون حدود یک درصد افزایش یافت. با

از میان متغیرهای فردی، خانوادگی و ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی بیشترین سهم را در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی، ادراک دانشجویان از جو تحصیلی است. در مورد این که چه عواملی با ادراک مثبت یا منفی دانشجویان شاهد از جو تحصیلی ارتباط دارد پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. اگرچه محیط دانشکده می‌تواند بر ادراک مثبت و یا منفی دانشجویان تاثیر بگذارد، اما خوش‌بینی و بدبینی دانشجویان نیز می‌تواند بر نحوه ادراک آنان تاثیر بگذارد. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با پژوهش چانگ، سانگ و یانگ [۶] همسو است. با توجه به این که متغیرهای خانوادگی مانند ازدواج مجدد مادر و نیز تحصیلات مادر و ناپدری دانشجوی شاهد رابطه معنی‌داری را با سازگاری نشان نداده است، می‌توان علت احتمالی آن را ورود فرزندان شاهد به دوره جوانی و تا حدودی تحول شخصیت آن‌ها و کاهش وابستگی‌های عاطفی دوران کودکی دانست. نکته مهم در پژوهش حاضر، تاثیر متغیرهای مربوط به زمان حال دانشجویان است که با شرایط فعلی زندگی آن‌ها مرتبط می‌باشد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر عمدتاً جنبه نظرسنجی از دانشجویان شاهد را داشته است لذا مقیاس ویژه‌ای برای سنجش ادراک دانشجویان ساخته نشده است، از این نظر پژوهش حاضر با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های بعدی ضمن توسعه مقیاس ادراک دانشجویان از جو تحصیلی دانشگاه، رابطه خوش‌بینی و بدبینی دانشجویان شاهد با ادراک آن‌ها از جو تحصیلی مورد مطالعه قرار گیرد. برداشت منفی دانشجویان شاهد از گروه همسالان و نیز اساتید ممکن است سازگاری اجتماعی دانشجویان را کاهش دهد. در دانشجویان شاهد هم برداشت مثبت و هم برداشت منفی وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود که برای دانشجویان شاهد در دانشگاه‌ها، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی نقش قضاوت دانشجویان شاهد را در سازگاری اجتماعی آنها تبیین کرد.

دانشجویان شاهد با توجه به متغیرهای پیش‌بینی کننده‌ای که در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنی‌دار است به شرح زیر است:

(تاهل دانشجوی) +۰/۲۲ (نحوه برخورد اساتید) +۰/۱۴۹+
(نظر مثبت سایر دانشجویان) +۰/۱۵ (رضایت از سهمیه شاهد) =۰/۱۴=سازگاری اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سه متغیر از متغیرهای مرتبط با ادراک دانشجویان شاهد از جو تحصیلی، دارای رابطه معنی‌دار با سازگاری اجتماعی هستند. متغیر اول رضایت از سهمیه شاهد است که به صورت ناراحت نشدن از اطلاع سایر دانشجویان از سهمیه شاهد مورد سوال قرار گرفته است. متغیر دوم نظر مثبت سایر دانشجویان نسبت به دانشجویان شاهد است که دارای ارتباط معنی‌دار با سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد است. متغیر سوم برخورد مثبت اساتید با دانشجویان شاهد است که از دیگر متغیرهای پیش‌بینی کننده سازگاری اجتماعی این دانشجویان به شمار می‌رود. همان‌طور که در معادله رگرسیون در بخش یافته‌ها ارائه شده است از چهار متغیر معنی‌دار پیش‌بینی کننده سازگاری اجتماعی، سه متغیر به برداشت دانشجویان شاهد از جو تحصیلی مربوط است. چهارمین پیش‌بینی کننده نیز به تاهل دانشجو مربوط می‌شود. عدم رابطه پیش‌بینی کنندگی متغیرهای خانوادگی با سازگاری اجتماعی دانشجویان شاهد، بیانگر عدم تاثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی خانواده دانشجویان بر سازگاری اجتماعی آنها است. این یافته‌ها با یافته‌های حیدری [۱۲] و عسگری [۱۳] همسویی دارد. حیدری [۱۲] دریافت که ازدواج مجدد مادر هیچگونه رابطه معنی‌داری با وضعیت تحصیلی، عزت نفس و افسردگی دانش‌آموزان شاهد ندارد. عسگری [۱۳] نیز بین ازدواج مجدد مادر دانش‌آموزان شاهد و وضعیت روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی این دانش‌آموزان رابطه معنی‌داری را بدست نیاورد.

منابع

9. Santrock, J.W., & Warshak, R. A. (1979). Father Custody and social development in boys and girls. *Journal of social Issues*, 35 (4), 172-135. Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980). *Surviving the breakup: how children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
10. Santrock et al., 1982. J.W. Santrock, R.A. Warshak, C. Lindbergh and L. Meadows, Children's and parents' observed social behavior in stepfather families. *Child Development* 53 (1982), pp. 472-480.
۱۱. حیدری، احمد (۱۳۷۶). بررسی عوامل روانی، اجتماعی، آموزشی مؤثر بر وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان شاهد مقطع راهنمایی استان همدان. طرح پژوهشی با همکاری دفتر تحقیق و پژوهش بنیاد شهید انقلاب اسلامی همدان، اداره تحقیقات و مطالعات.
۱۲. رحیمی، ناهید (۱۳۸۱). بررسی ناسازگاری‌های خانوادگی فرزندان دختر و پسر شاهد مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهر بیرجند. دفتر پژوهش بنیاد شهید انقلاب اسلامی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند..
۱۳. عسگری، اکرم (۱۳۸۱). بررسی ازدواج مجدد همسران شهدا و تأثیر آن بر وضعیت روانی-اجتماعی، سازگاری و مشکلات تحصیلی فرزندان شاهد (اراک). طرح پژوهشی با همکاری دفتر تحقیق و پژوهش بنیاد شهید انقلاب اسلامی شهرستان اراک، اداره تحقیقات و مطالعات.
۱۴. مویدی، علی‌اکبر (۱۳۷۴). بررسی ازدواج مجدد همسران شهدا و تأثیر آن بر وضعیت روانی-اجتماعی آنان و وضعیت سازگاری و مشکلات تحصیلی فرزندان شاهد. پژوهشنامه دفتر مطالعات و تحقیقات معاونت پژوهش و ارتباطات فرهنگی-بنیاد شهید و امور ایثارگران. چاپ ۱۳۸۴.
1. Leong, F. T. L., Bonez, M. H., (1997). Coping styles as predictors of college freshman: The important of gender and living environment. *College student Journal*. Vol. 40, Issue 1.
2. Greenberg, J.S. (1996). *Comprehensive stress management*. Boston: McGraw-Hill.
3. Sevda, Aslan(2010). The relation between attachment and personal and social adjustment mediated by separation-individuation, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2 (2010) 4048-4053.
4. Mercer, S. H. & DeRosier, M. E. (2008). Teacher preference, peer rejection, and student aggression: A prospective study of transactional influence and independent contributions to emotional adjustment and grades. *Journal of School Psychology* 46, 661-685.
۵. معصومه رحمانیان - آسیه رئیسی (۱۳۸۲) بررسی و مقایسه میزان خودباوری و اعتماد به نفس دانش‌آموزان دانشجویان شاهد و غیرشاهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سیستان و بلوچستان
6. Chang, Edward, C and Sanna. Lwarence, J and Yang. Kye-Min(2003). Optimism, Pesimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: a test of mediation model-personality and individual difference. Vol. 34 p 1195-1208.
7. Guidubaldi, J., Perry, J. D., & Cleminshaw, H. K. (1983). The Legacy of Parental divorce: A nationwide study of family status and selected mediating variables on children's academic and social competencies. *School Psychology Review*, 2, 148-160.
8. Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1979). Family interaction and the social, emotional and cognitive development of children following divorce. In V. Vaughan & T. B. Brazelton (Eds.), *the family: Setting priorities*. New York: Science and medicine publishing.

۱۵. جهاد دانشگاهی شهید چمران اهواز (۱۳۶۷). بررسی مسایل و مشکلات تحصیلی و رفتاری (شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی) فرزندان معظم شهدا، اسرا، مفقودین و جانبازان شهرستان اهواز.
۱۶. داج، شیدا (۱۳۷۴). بررسی مقایسه وضعیت روان‌شناختی و عزت نفس دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد که مادرانشان ازدواج مجدد کرده یا ازدواج مجدد نکرده‌اند. پژوهشنامه دفتر مطالعات و تحقیقات معاونت پژوهش و ارتباطات فرهنگی بنیاد شهید و امور ایثارگران. چاپ ۱۳۸۴.
۱۷. روشن، رسول (۱۳۶۹). بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان شاهد و غیرشاهد در سطح دانشگاه‌های شهر تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، رشته‌ی روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۸. خدایاری فرد، محمد؛ نصفت، مرتضی؛ غباری‌بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن و به‌پژوه، احمد (۱۳۸۱). عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و غیرجانباز شهر تهران. گزارش نهایی طرح پژوهشی زیر نظر بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی.

آیا می توان از NEO-FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟

نویسندگان: فاطمه دائمی^{۱*}، علی بخشی^۲ و محسن جوشن لو^۳.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی - خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ

۲. کارشناس روان شناسی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه چوننم، کره جنوبی

* Email: Daemi.f@hotmail.com

چکیده

ابزارهای بسیاری برای سنجش مدل ۵ عاملی در کشورهای غربی ساخته شده است که از جمله پرکاربردترین آنها آزمون شخصیتی NEO-FFI است. این آزمون از محبوبیت قابل توجهی در بین محققان ایرانی برخوردار است و در پژوهش های فراوانی به کار گرفته شده است. به منظور بررسی ساختار عاملی این آزمون، ۱۶۰۵ دانشجوی ایرانی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد. براساس نمودار سنگریز پنج عامل استخراج گردید. با این حال پنج عامل استخراج شده با پنج عامل اصلی شخصیت تفاوت های بسیاری دارند. تنها دو عامل از پنج عامل اصلی شخصیت (با وجدان بودن و روان رنجورخویی) در این تحلیل تا حدی بازتولید شدند. به علاوه پنج عامل استخراج شده درصد نسبتاً کمی از پراکندگی نمرات آزمون (۳۲/۳۲٪) را تبیین می کنند. تحلیل عاملی اکتشافی نیز نشان داد که شاخص های برازش مدل بسیار ضعیف است. روی هم رفته این نتایج نشان از ساختار عاملی غیرشفاف و ناخالص این آزمون در نمونه مورد استفاده دارد و کاربردپذیری آن را در نمونه های ایرانی با شک و تردید همراه می کند.

کلیدواژه ها: NEO-FFI، شخصیت، مدل پنج عاملی.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۷/۲۵

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

طبقه‌بندی^۱ چارچوبی نظام‌دار برای تمایز قائل شدن، نظم دادن و نام‌گذاری انواع و گروه‌ها در یک علم می‌باشد [۱]. از جمله اهداف اصلی طبقه‌بندی‌های علمی، ارائه تعریف از حوزه‌های اصلی و غالب یک علم است که از طریق آن می‌توان تعداد زیادی از موارد خاص و منفرد را به جای بررسی جداگانه، به صورت [گروهی و متعاقباً] ساده‌تر، مورد بررسی قرار داد.

علاوه بر این، یک طبقه‌بندی که به صورت عمومی پذیرفته شده است، می‌تواند تا حد زیادی فرآیند افزایش و انتقال یافته‌های تجربی را از طریق ارائه یک سیستم نام‌گذاری و واژگان استاندارد تسهیل کند [۲]. چنین طبقه‌بندی پذیرفته شده‌ای از مدت‌ها پیش در بعضی از علوم چون زیست‌شناسی وجود داشته است. اما نباید فراموش کرد که طبقه‌بندی ویژگی‌های شخصیتی در روان‌شناسی شخصیت مشکل‌تر از طبقه‌بندی گونه‌های حیوانی و گیاهی در زیست‌شناسی خواهد بود. به عنوان یکی از دلایل این امر می‌توان به انتزاعی بودن ویژگی‌های شخصیتی اشاره کرد (به [۱] مراجعه شود). خوش‌بختانه علی‌رغم وجود چنین دشواری‌هایی، می‌توان ادعا کرد پس از چندین دهه تحقیق، روان‌شناسان شخصیت در حال نزدیک شدن به یک وفاق عمومی در مورد طبقه‌بندی ویژگی‌های شخصیتی انسان می‌باشند: مدل ۵ عاملی^۲ یا ۵ عامل اصلی شخصیت^۳ [۳، ۴].

پنج عامل اصلی شخصیت عبارتند از: برون‌گرایی^۴، سازش‌پذیری^۵، باوجدان بودن^۶، روان‌رنجورخویی^۷ و پذیرا بودن نسبت به تجارب^۸. بنا بر تعریف جان و سرواستاوا (۱۹۹۹)، برون‌گرایی (E) بیانگر وجود رویکردی پرنرژی به جهان مادی و اجتماعی در فرد می‌باشد که ویژگی‌هایی چون مردم‌آمیزی، فعال بودن، قاطعیت و جرأت را شامل می‌شود. سازش‌پذیری (A)

نشانگر جهت‌گیری اجتماعی و جامعه‌پسند در مقابل نگرش خصمانه نسبت به دیگران می‌باشد که ویژگی‌هایی چون نوع دوستی، خوش‌قلبی، اعتماد و فروتنی را شامل می‌شود. باوجدان بودن (C) توصیف‌کننده قدرت کنترل تکانه‌ها، به نحوی که جامعه مطلوب می‌داند، و تسهیل‌کننده رفتار تکلیف‌محور و هدف‌محور است. باوجدان بودن ویژگی‌هایی چون تفکر قبل از عمل، به تأخیراندازی ارضاء خواسته‌ها، رعایت قوانین و هنجارها و سازماندهی و اولویت‌بندی تکالیف را در بر می‌گیرد. روان‌رنجورخویی (N) به معنی گرایش به تجربه هیجانات منفی (مانند احساس اضطراب، نگرانی، غم و تنش) در مقابل ثبات هیجانی و خونسردی می‌باشد. و نهایتاً پذیرا بودن نسبت به تجارب (O)، توصیف‌کننده گستردگی، عمق، پیچیدگی و خلاقانه بودن زندگی ذهنی و تجربه‌ای^۹ فرد در مقابل داشتن ذهنی بسته می‌باشد.

در کشورهای آسیایی به علت کمبود ابزارهای محلی برای سنجش عوامل اصلی شخصیت، اکثر روان‌شناسان به استفاده از ترجمه آزمون‌های شخصیت غربی می‌پردازند [۵]. البته نباید از انجام تحقیقات واژگانی برای ایجاد ابزارهایی که تناسب بیشتری با زبان و فرهنگ یک کشور دارد غافل شد. اما استفاده از ابزارهای شناخته شده غربی نیز به این شرط که در فرآیند ترجمه آن دقت لازم می‌شود می‌تواند سودمند باشد و تا حدی نیاز جدی به سنجش ابعاد شخصیت با اهداف کاربردی را مرتفع سازد. در زیر به معرفی یکی از ابزارهای سنجش مدل ۵ عاملی (NEO-FFI) پرداخته می‌شود.

ابزارهای بسیاری برای سنجش مدل ۵ عاملی در کشورهای غربی ساخته شده‌است که از جمله پرکاربردترین آنها پرسش‌نامه شخصیتی NEO-PI-R و NEO-FFI، پرسش‌نامه پنج عامل اصلی شخصیت (BFI)^{۱۰} و پرسش‌نامه توصیف‌کننده‌های ویژگی‌های شخصیتی (TDA)^{۱۱} [۶] است.

پرسش‌نامه NEO-FFI

درابتدا، لازم است به تشریح پرسش‌نامه NEO-PI-R

9. Experiential
10. Big Five Inventory
11. Trait Descriptive adjectives

1. Taxonomy
2. Five Factor Model
3. Big Five
4. Extraversion
5. Agreeableness
6. Conscientiousness
7. Neuroticism
8. Openness to experience

یافته‌ها نشان داد که عامل روان رنجورخویی NEO با عامل روان رنجورخویی پرسش نامه شخصیت آیزنک دارای همبستگی $0/84$ بود. مقیاس برون‌گرایی NEO نیز با مقیاس برون‌گرایی پرسش نامه شخصیت آیزنک همبستگی $0/76$ را نشان داد.

کاستا و مکرری در سال ۱۹۸۹ پرسش نامه پنج عاملی NEO-FFI را طراحی کردند. این پرسش نامه دارای ۶۰ ماده است و پرسش نامه کوتاه تری برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت است. با این حال، این پرسش نامه صرفاً پنج عامل اصلی شخصیت را می‌سنجد و ابعاد سی گانه را نمی‌سنجد. روش ساخته شدن این مقیاس به این صورت بود که کاستا و مکرری تمام سوالات پرسش نامه شخصیتی NEO را تحلیل عاملی کردند. از این تحلیل عاملی چنان چه انتظار می‌رفت پنج عامل استخراج شد. ۱۲ ماده‌ای را که بر روی هر عامل بیشترین ضریب جایگیری را نشان دادند (چه ماده منفی و چه مثبت) برای ساختن مقیاس ۶۰ ماده‌ای اولیه انتخاب شدند. سپس به منظور متنوع‌تر کردن محتوای هر عامل، ۱۰ ماده از ۶۰ ماده اولیه با مواد دیگری از پرسش نامه NEO جایگزین شد. در ضمن موادی که جایگیری مشترک^۴ نشان دادند حذف شدند. از این طریق مقیاس نهایی ۶۰ ماده‌ای ساخته شد. همبستگی بین عوامل NEO-FFI و NEO-PI از $0/75$ برای وظیفه شناسی تا $0/89$ برای روان رنجورخویی متغیر بود. همسانی درونی^۵ مقیاس‌های NEO-FFI در نمونه آمریکایی استفاده شده از $0/74$ تا $0/89$ متغیر بود.

کاستا و مکرری به بررسی روایی مقیاس کوتاه ساخته شده پرداختند. برای این منظور آنها از تحلیل همبستگی بین نمرات این مقیاس و مقیاس‌های دیگر استفاده کردند. قدرت این همبستگی‌ها توسط کاستا و مکرری به عنوان شاهدهی بر روایی همگرا و افتراقی محسوب شد. البته آنها هشدار دادند که این مقیاس جدید پنج عامل اصلی شخصیت را با دقت و صحت کمتری نسبت به پرسش نامه شخصیت NEO می‌سنجد.

اعتبار آزمون مجدد^۶ پنج عامل این پرسش نامه

بپردازیم. این امر در روشن شدن نحوه تکامل پرسش نامه NEO-FFI ما را یاری می‌دهد. بعضی از اطلاعات، همچون اطلاعات مربوط به وجوه سی‌گانه، در مورد NEO-FFI کاربردی ندارد اما برای فهم تفاوت‌های این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه مادر ضروری به نظر می‌رسند. کاستا و مکرری [۷] در مورد نحوه ساخته شدن پرسش نامه NEO در کتاب راهنمای آن اطلاعاتی را ارائه داده‌اند. کاستا و مکرری قصد داشتند یک پرسش نامه شخصیت جامع را ارائه دهند که بر روی شخصیت به طور کلی متمرکز باشد نه صرفاً بر روی آسیب‌شناسی. آنها از مدل پنج عاملی به عنوان راهنما استفاده کردند و تلاش کردند که عوامل پنج گانه را عملیاتی کنند. کار اولیه آنها صرفاً با سه عامل شروع شد. یک مطالعه اولیه توسط کاستا و مکرری [۸] شامل تحلیل خوشه‌ای^۱ پرسش نامه شخصیت ۱۶ عاملی کتل بود. آنها از این طریق موفق به دستیابی به سه عامل روان رنجورخویی، برون‌گرایی و پذیرا بودن شدند. لذا آنها مدل سه عاملی NEO را مطرح کردند. سپس آنها سازش‌پذیری و وظیفه‌شناسی را نیز به مدل NEO خود اضافه کردند تا این مدل قادر باشد پنج عامل مطرح شده در بسیاری از تحقیقات پیشین را دربر بگیرد. با این تغییر مقیاس طراحی شده توسط آنها پرسش نامه شخصیتی NEO-PI-R نام گرفت که به منظور سنجش پنج عامل اصلی شخصیت طراحی شده بود [۹].

در این پرسش نامه هر مقیاس دارای شش وجه^۲ بود که کاستا و مکرری با مرور پیشینه تحقیقاتی این وجوه را شناسایی کردند. آنها از یک روش مقیاس‌سازی منطقی برای شناسایی وجوه استفاده کردند و سپس با استفاده از تحلیل عاملی بررسی کردند که آیا وجوه شناسایی شده به درستی بر روی عوامل خود جایگیری می‌شوند یا خیر. نتایج تحلیل عاملی بر روی نمونه‌های مختلف وجود پنج عامل و شش وجه برای هر عامل را تایید کرد. پرسش نامه NEO اولیه پرسش نامه‌ای ۱۸۱ سوالی برای سنجش پنج عاملی اصلی شخصیت و ابعاد سی‌گانه آن بود [۹]. برای بررسی روایی همگرای^۳ این پرسش‌نامه، همبستگی دو بعد از آن با پرسش‌نامه آیزنک محاسبه شد.

4. cross-load
5. internal consistency
6. test-retest reliability

1. cluster analysis
2. facet
3. convergent validity

۵۲/۰۸ درصد) از رشته‌های گروه علوم انسانی، ۴۵۵ نفر (۲۸/۳ درصد) از رشته‌های گروه فنی، ۲۸۷ نفر (۱۷/۸ درصد) از رشته‌های گروه علوم پایه، ۱۹ نفر از رشته‌های دیگر بودند و ۸ نفر به این سوال پاسخ ندادند.

ابزار

NEO-FFI [۷]. این مقیاس دارای ۶۰ ماده است و پنج بعد مدل پنج‌عاملی را می‌سنجد. این مقیاس در مقیاس لیکرت پنج تایی از «۰= به شدت مخالف» تا «۴= به شدت موافق» پاسخ داده می‌شود. در پژوهش حاضر از ترجمه دکتر میرتقی گروسی فرشی [۱۵] استفاده شد.

روش اجرا

مسئولین گردآوری داده‌ها پس از آموزش به دانشگاه علم و فرهنگ، دانشگاه تهران، دانشگاه آزاد، دانشگاه علامه، دانشگاه بهشتی، و دانشگاه پیام‌نور اعزام شدند. پرسشنامه‌ها در کلاس‌ها با جمعیت‌های متفاوت و در مواردی به صورت انفرادی توسط شرکت‌کننده‌ها تکمیل شد. تمامی افراد نمونه به صورت داوطلبانه پرسش‌نامه را تکمیل کرده و برگرداندند. مسوولین گردآوری داده‌ها در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها در محل حضور داشته‌با به سوالات احتمالی شرکت‌کنندگان پاسخ می‌داده‌اند. به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً سری بود و صرفاً جهت تحلیل‌های آماری استفاده خواهد شد.

روش تحلیل آماری

پس از گردآوری داده‌ها و حذف پرسش‌نامه‌های ناقص و مخدوش، داده‌ها وارد کامپیوتر شدند. برای انجام تمام تحلیل‌های لازم در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد. در پژوهش حاضر تحلیل‌عاملی اکتشافی با روش استخراج عامل‌یابی محوره‌های اصلی^۱ با چرخش پرومکس^۲ استفاده شد. برای مشخص کردن تعداد عامل‌هایی که باید از تحلیل آماری استخراج شوند از دو روش استفاده شد: عواملی که ارزش ویژه بالای یک

بالاست، و در دامنه‌ای بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ قرار دارد [۱۰]. NEO-FFI به تعداد زیادی از زبان‌های دنیا ترجمه شده است و در بافت‌های زیادی روایی و سودمندی آن تایید شده است. این پرسش‌نامه یکی از مقیاس‌های مدل پنج‌عاملی است که به طور گسترده‌ای در جهان استفاده شده است [۱۱]. این پرسش‌نامه در مطالعات توارث‌پذیری [۱۲]، رشد بزرگسالان [۱۰]، و پیش‌بینی اختلالات شخصیت [۱۳] مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های آماری خوبی نشان داده است.

در ایران روشن‌چسلی و همکاران [۱۴] روایی همگرا و پایایی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این تحقیق نشان از پایایی بسیار ضعیف تعدادی از زیرمقیاس‌ها در نمونه‌های دانشجویی ایرانی دارد. با این حال (تا آنجا که ما میدانیم) تحقیقات پیشین ساختار عاملی این مقیاس را در ایران مورد بررسی قرار نداده است. روشن است که بدون وجود اطلاعات مربوط به ساختار عاملی یک مقیاس، به سختی می‌توان در خصوص کارآمدی آن مقیاس در یک فرهنگ تصمیم گرفت، خاصه آن که بعضی از زیرمقیاس‌های آن مقیاس از پایایی بسیار پایینی برخوردار باشند. بر این مبنای پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل‌عاملی به بررسی ساختار عاملی این مقیاس در یک نمونه دانشجویی نسبتاً بزرگ می‌پردازد.

روش

آزمودنی‌ها

نمونه مورد بررسی شامل ۱۶۰۵ دانشجوی (۱۰۱۳ دختر (۶۳/۱ درصد) و ۵۸۵ پسر (۳۴/۴ درصد)) با میانگین سنی ۲۲/۱۳ سال بود. ۷ دانشجوی جنسیت خود را اعلام نکرده بودند. این نمونه دانشجویی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس گردآوری شد. ۳۶۸ نفر از افراد نمونه (۲۲/۹ درصد) از دانشجویان دانشگاه علم و فرهنگ، ۳۲۷ نفر (۲۰/۳ درصد) از دانشجویان دانشگاه تهران، ۲۳۵ نفر (۱۴/۶ درصد) از دانشگاه آزاد، ۱۲۵ نفر از دانشگاه علامه (۷/۷ درصد)، ۱۹۲ نفر از دانشگاه بهشتی (۱۱/۹ درصد)، ۳۳۰ نفر از دانشگاه پیام‌نور (۲۰/۵ درصد) و ۲۸ نفر (۱/۷ درصد) از دانشگاه‌های دیگر بودند. ۸۳۶ نفر

1. principal axis factoring
2. promax

دارند و روش نمودار سنگریز.

نتایج

۱) تحلیل عاملی اکتشافی

به منظور بررسی تناسب داده‌ها برای تحلیل عاملی از آزمون بارتلت^۱ استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان از وضعیت مناسب داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی دارد ($p=0/000$ ، $21305/239$). همچنین مقیاس کایزر-میر-اولکین^۲ برای بررسی میزان کفایت نمونه پژوهش نشان داد که نمونه حاضر از کفایت مطلوبی برای تحلیل برخوردار است ($0/880$). در پژوهش حاضر برای تحلیل عاملی اکتشافی از روش استخراج عامل یابی محورهای اصلی^۳ با چرخش پرومکس^۴ استفاده شد. در اکثر بررسی های کلاسیک این پرسش نامه (شامل مطالعات مولفین آزمون) از چرخش متعامد (عمدتاً وریمکس) استفاده شده است (برای مثال [۱۶]). اما تعدادی از محققین معتقدند که بین تعدادی از عوامل پنجگانه همبستگی وجود دارد لذا استفاده از چرخش های مایل منتج به نتایج صحیح تری میشود (مانند [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰]). لذا در پژوهش حاضر نتایج مربوط به چرخش مایل پرومکس ارایه می شود. پرومکس با چرخشی متعامد کار را آغاز می کند. چنانچه عوامل در واقع ناهمبسته باشند چرخش متعامد حفظ می شود اما چنانچه عوامل همبسته باشند، چرخش مایل خواهد شد [۲۱]. این روش چرخش روشی مطمئن تلقی می شود و محققین بسیاری بر استفاده از آن تاکید دارند (مانند [۲۲، ۲۱]).

برای مشخص کردن تعداد عامل هایی که باید از تحلیل آماری استخراج شوند از دو روش استفاده شد؛ در تحلیل اولیه و بر اساس روش تعیین عواملی که ارزش ویژه بالای یک دارند، ۱۴ عامل استخراج گردید. روش نمودار سنگریز اما نشان از استخراج پنج عامل داشت. نظر به برتری روش نمودار سنگریز و غیرقابل تفسیر بودن ۱۴ عامل، تعداد عوامل استخراجی پنج عامل در نظر گرفته شد. پنج عامل بدست آمده ۳۲/۳۲ درصد از واریانس

نمرات را تبیین می کنند. با این حال به این نکته باید توجه شود که استخراج ۱۴ عامل که ارزش ویژه بالای یک دارند از مقیاسی که برای سنجش ۵ عامل طراحی شده است و درصد تبیین نسبتاً پایین پنج عامل استخراج شده (۳۲/۳۲ درصد)، نشان از ضعف این مقیاس دارد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش پرومکس در جدول ۱ ارائه شده است. در ادامه به تشریح مختصر نتایج حاصل از این چرخش می پردازیم. سه ماده از میان ۶۰ ماده بر روی دو عامل بار شدند (جایگیری مشترک^۵). در ادامه این سه ماده متعلق به عاملی دانسته شدند که در آن ضریب بار بالاتری داشتند. شایان ذکر است که تحلیل عاملی با روش استخراج مؤلفه های اصلی^۶ و چرخش وریمکس هم انجام شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است. از آن رو که نتایج تا حد بسیاری مشابه نتایج ارایه شده در جدول ۱ است و به این دلیل که چرخش پرومکس برای این منظور مناسب تر است در ادامه بر روی یافته چرخش پرومکس متمرکز می شویم.

عامل اول ۱۱/۴۰ درصد از واریانس نمرات را توجیه می کند (ارزش ویژه = ۶/۸۴). ۱۴ ماده بر روی عامل اول بار شدند. از این تعداد دو ماده مربوط به باوجدان بودن، پنج ماده مربوط به سازش پذیری، دو ماده مربوط به برون-گرایی و پنج ماده مربوط به پذیرا بودن است. نام گذاری برای این عامل به لحاظ نظری دشوار است چرا که این عامل مجموعه ای از موادی است که بر خلاف انتظار و پیشبینی مولفین آزمون با هم یک عامل را ساخته اند. عامل دوم ۹/۲۰ درصد از واریانس نمرات را توجیه می کند (ارزش ویژه = ۵/۵۲). ۱۱ ماده بر روی این عامل بار شدند. از این تعداد شش ماده مربوط به به باوجدان بودن، دو ماده مربوط به پذیرا بودن، و سه ماده مربوط به برون گرایی است. می توان این عامل را باوجدان بودن نامید. عامل سوم ۴/۹۹ درصد از واریانس نمرات را توجیه می کند (ارزش ویژه = ۲/۹۹). ۹ ماده بر روی این عامل بار شدند. از این تعداد هشت ماده مربوط به روان رنجورخویی، و یک ماده مربوط به پذیرا بودن است. می توان این عامل را روان رنجورخویی نامید.

1. Bartlett
2. Kaiser-Meyer-Olkin Measure
3. principal axis factoring
4. promax

5. cross-load
6. principal component analysis

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی زیرمقیاس های NEO-FFI با چرخش پرومکس

ماده	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
۵۵	۰/۶۸۸				
۵۹	۰/۶۷۲				
۴۲	۰/۶۵۸				
۴۸	۰/۶۲۰				
۸	-۰/۵۸۴				
۴۵	۰/۵۷۰				
۲۳	۰/۵۵۴				
۱۸	۰/۵۵۴				
۴۴	۰/۵۲۹				
۹	۰/۴۷۵				
۲۴	۰/۴۷۳				
۱۲	۰/۴۱۶			-۰/۳۵۴	
۳۹	۰/۳۴۷				
۳۳	۰/۳۲۲				
۱۵					
۱۴					
۳					
۲۸					
۵۰		۰/۵۹۵			
۳۵		۰/۵۹۳			
۵۲		۰/۵۸۴			
۵۳		۰/۵۳۲			
۶۰		۰/۵۱۳			
۴۰		۰/۴۶۹			
۴۷		۰/۴۵۷			
۳۲		۰/۴۳۷			
۲۵		۰/۳۹۳			
۵۸		۰/۳۵۸			
۱۰		۰/۳۲۵			
۳۴					
۵۴					

آیا می توان از NEO-FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟

ماده	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
۴۱			۰/۵۹۲		
۲۶			۰/۵۶۴		
۵۶			۰/۵۰۳		
۳۶			۰/۴۸۱		
۵۱			۰/۴۶۸		
۱۱			۰/۴۵۹		
۴۳			۰/۴۲۱		
۶			۰/۳۹۰		
۲۱			۰/۳۷۷		
۵۷					
۳۰					
۴۶				۰/۵۵۵	
۳۱				۰/۴۶۰	
۱۶				۰/۴۲۲	
۱				۰/۳۷۳	
۳۷		۰/۳۲۶		۰/۳۵۲	
۲۹					
۲۷					
۳۸					
۲۰					۰/۵۰۰
۴					۰/۴۳۵
۱۷					۰/۴۲۷
۱۹					۰/۳۸۸
۱۳					۰/۳۷۳
۴۹		۰/۳۲۴			۰/۳۶۱
۷					۰/۳۳۱
۲۲					۰/۳۱۳
۲					
۵					
ارزش ویژه	۶/۸۴	۵/۵۲	۲/۹۹	۲/۱۹	۱/۸۳
درصد واریانس	۱۱/۴۰	۹/۲۰	۴/۹۹	۳/۶۶	۳/۰۵

اشاره. صرفاً ضرایب جایگیری بیشتر از ۰/۳ در جدول نمایش داده شده اند.

جدول ۲. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی زیرمقیاس های EO-FFI با چرخش وریمکس

ماده	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
۵۵	۰/۷۱۴				
۵۹	۰/۶۹۶				
۴۲	۰/۶۸۳				
۴۸	۰/۶۴۳				
۴۵	۰/۶۲۲				
۴۴	۰/۶۰۹				
۸	۰/۵۹۲-				
۲۳	۰/۵۶۶				
۱۸	۰/۵۵۶				
۹	۰/۵۱۲				
۲۴	۰/۴۹۸			۰/۳۱۵-	
۳۹	۰/۴۴۵				
۱۲	۰/۴۲۸			۰/۴۲۷-	
۳۳	۰/۳۹۳				
۱۵	۰/۳۳۶				
۱۴	۰/۳۰۳				
۳					
۲۸					
۵۰		۰/۶۵۱			
۳۵		۰/۶۴۸			
۶۰		۰/۶۰۷			
۵۲		۰/۵۹۹			
۴۲		۰/۵۷۸			
۵۳		۰/۵۴۶			
۳۲		۰/۵۳۰		۰/۳۸۱	
۲۵		۰/۴۹۶	۰/۳۰۵-		
۴۹		۰/۴۷۹			۰/۳۲۹
۳۷		۰/۴۵۳		۰/۴۱۴	
۴۷		۰/۴۳۸			
۱۰		۰/۴۲۸			
۳۴		۰/۴۲۲		۰/۳۰۷	
۲۲		۰/۳۷۳			۰/۳۱۶
۵۸		۰/۳۰۷			

آیا می توان از NEO-FFI برای سنجش پنج عامل اصلی شخصیت در ایران بهره برد؟

ماده	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
۴۱			۰/۶۱۵		
۲۶			۰/۵۴۸		
۵۶			۰/۵۵۱		
۳۶			۰/۵۴۱		
۵۱			۰/۵۱۵		
۱۱			۰/۴۷۳	۰/۳۱۹-	
۴۳			۰/۴۶۱		
۶			۰/۴۴۱		
۲۱			۰/۴۳۹	۰/۳۲۲-	
۵۷			۰/۳۲۴		
۳۰					
۴۶				۰/۶۴۰	
۳۱				۰/۵۶۸	
۱۶				۰/۴۹۶	
۱				۰/۴۶۶	
۲۹				۰/۳۱۱-	
۳۸					
۵					
۱۷					۰/۵۱۱
۷					۰/۴۵۲
۲۰		۰/۴۰۰			۰/۴۱۸
۲					۰/۴۱۸
۱۹					۰/۴۱۶
۴		۰/۳۱۷			/۳۹۰
۱۳					۰/۳۷۶
۵۴					
۲۷					
ارزش ویژه	۶/۸۴	۵/۵۲	۲/۹۹	۲/۱۹	۱/۸۳
درصد واریانس	۱۱/۴۰	۹/۲۰	۴/۹۹	۳/۶۶	۳/۰۵

اشاره. صرفا ضرایب جایگیری بیشتر از ۰/۳ در جدول نمایش داده شده اند.

یک ماده مربوط به برون‌گرایی است. می‌توان این عامل را نیز روان‌رنجورخویی نامید. عامل پنجم ۳/۰۵ درصد از واریانس نمرات را توجیه می‌کند (ارزش ویژه = ۱/۸۳).

عامل چهارم ۳/۶۶ درصد از واریانس نمرات را توجیه می‌کند (ارزش ویژه = ۲/۱۹). ۵ ماده بر روی این عامل بار شدند. از این تعداد ۴ ماده مربوط به روان‌رنجورخویی، و

اکتشافی). در مدل دوم، کوواریانس بین همه پنج عامل شخصیت در نظر گرفته شد (معادل چرخش مایل در تحلیل عاملی اکتشافی). چنانچه در جدول دیده می‌شود هر دو مدل فرضی از شاخص‌های برآزش ضعیفی برخوردار اند. گرچه RMSEA آنها نسبتاً قابل قبول است ولی CFI هر دو مدل بسیار پایین تر از آستانه مورد قبول ۰/۹۵ است. با این حال این شاخص‌ها روشن می‌سازند که مدلی که کوواریانس بین پنج عامل را در نظر می‌گیرد برآزش بهتری دارد نسبت به مدلی که کوواریانس‌ها را نادیده می‌گیرد. این یافته همچنین نشان می‌دهد که استفاده از چرخش پرومکس برای تحلیل داده‌ای این پرسشنامه بر چرخش‌های متعامد برتری دارد.

هشت ماده بر روی این عامل بار شدند. از این تعداد یک ماده مربوط به باوجدان بودن، سه ماده مربوط به سازش‌پذیری، سه ماده مربوط به برون‌گرایی و یک ماده مربوط به پذیرا بودن است. نام‌گذاری برای این عامل به لحاظ نظری دشوار است چرا که این عامل مجموعه‌ای از مواد است که بر خلاف انتظار یک عامل را ساخته‌اند.

۲) تحلیل عاملی تاییدی

به منظور بررسی بیشتر ساختار عاملی پیشنهادی توسط مولفین آزمون از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی در جدول ۳ نمایش داده شده است. در مدل نخست، کوواریانس بین پنج عامل شخصیت در نظر گرفته نشد (معادل چرخش متعامد در تحلیل عاملی

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی تاییدی

RMSEA	CFI	TLI	ρ	df	χ^2	
۰/۷۲	0/478	0/438	۰/۰۰۰	۱۷۱۰	۱۳۹۷۱/۰۰۷	مدل بدون کوواریانس
۰/۷۷	۰/۳۹۸	۰/۳۵۶	۰/۰۰۰	۱۷۰۰	۱۲۳۳۸/۲۵	مدل با کوواریانس

CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; TLI = Tucker-Lewis index

ندارند. عامل اول و پنجم مجموعه‌ای از مواد مرتبط با زیرمقیاس‌های مختلف آزمون بودند و نمی‌توان آنها را متناظر با هیچ یک از عوامل پنج‌گانه شخصیت دانست. تنها دو زیرمقیاس در تحلیل آماری حاضر ظاهر شدند که مطابق با دو بعد اصلی شخصیت بودند. یکی عامل دوم که می‌توان آن را با وجدان بودن نامید و دیگری عامل سوم که می‌توان آن را روان رنجورخویی نامید. البته عامل چهارم نیز روان رنجورخویی نامیده شد. چرا که تعدادی از مواد مقیاس روان رنجورخویی بر روی آن بار شدند.

البته این نکته نیز نباید فراموش شود صرفاً شش ماده از ۱۲ ماده با وجدان بودن بر روی عامل دوم بار شدند و صرفاً هشت ماده از ۱۲ ماده روان رنجورخویی بر روی عامل سوم بار شدند. بدین معنی که گرچه این دو زیرمقیاس از تحلیل عاملی استخراج شدند، با این حال به خصوص عامل دوم بسیار ناخالص بوده و مواد زیرمقیاس‌های دیگر نیز بر روی آنها بار شدند. این که مواد مربوط به روان رنجورخویی هم دو عامل جداگانه را

بحث و نتیجه گیری

ابزارهای بسیاری برای سنجش مدل ۵ عاملی در کشورهای غربی ساخته شده است که از جمله پرکاربردترین آنها پرسش‌نامه شخصیتی NEO-FFI است. این پرسشنامه از محبوبیت قابل توجهی در بین محققان ایرانی برخوردار است و در پژوهش‌های فراوانی به کار گرفته شده است. در ایران، یافته‌ها نشان از پایایی نسبتاً قابل قبول این مقیاس برای بعضی از زیرمقیاس‌ها (روان رنجورخویی) و پایایی بسیار ضعیف برای باقی آنها (مانند پذیرا بودن) دارد [۱۴]. با این حال ساختار عاملی این مقیاس مورد بررسی قرار نگرفته است. در این پژوهش سعی شد با انجام تحلیل عاملی ساختار عاملی این مقیاس مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج تحلیل عاملی انجام شده در این پژوهش نشان از ساختار عاملی بسیار مبهم این مقیاس در ایران دارد. گرچه پنج عامل از این مقیاس استخراج شد اما پنج عامل استخراج شده تناسب چندانی با پنج زیرمقیاس این آزمون

گرچه نمونه نسبتاً بزرگ این پژوهش را می توان از نقاط قوت آن به حساب آورد، اما پژوهش حاضر از نقاط ضعفی نیز برخوردار است. تعمیم پذیری نتایج این پژوهش را می توان محدود به نمونه های دانشجویی دانست. با توجه به روش انتخاب نمونه به شیوه در دسترس، نمی توان نتایج را حتی به تمام دانشجویان کشور تعمیم داد. لذا پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی ارزیابی این مقیاس از نمونه های متنوع تر و با دامنه سنی بیشتر استفاده شود.

منابع

1. John, O.P., Angleitner, A., and Ostendorf, F. (1988). "The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research." *European Journal of Personality*, 2, 171-203.
2. John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford Press.
3. McCrae, R. R. (2009). The Five-Factor Model of personality traits: Consensus and controversy. In P. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge University Press handbook of personality* (pp. 148-161). Cambridge: Cambridge University Press.
4. McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2008). The Five-Factor Theory of personality, in O. P. John, R.W. Robins and L. A. Pervin (eds.), *Handbook of personality: theory and research*, 3rd edn, pp. 159-81. New York: Guilford Press.
5. Cheung, F. M. (2004). Use of Western- and indigenously-developed personality tests in Asia. *Applied Psychology: An International Review*, 53(2), 173-191.
6. Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
7. Costa P.T., Jr., and McCrae R.R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
8. Costa P.T., and McCrae R.R. (1976). Age differences in personality structure: A cluster analytic approach. *Journal of Gerontology* 31: 564-570.

تشکیل داده اند نتیجه گیری در این مورد این زیرمقیاس را نیز با شک و تردید همراه می کند. نکته آخر این که پنج عامل استخراج شده صرفاً ۳۲/۳۲ درصد از پراکندگی نمرات را تبیین می کنند. یافته های تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داد که ساختار عاملی این مقیاس با داده های ایرانی سازگاری ندارد. بررسی ساختار عاملی این مقیاس در نمونه های کشورهای دیگر به نتایج بهتری منتج شده است. به طور مثال اگان، دبیری و آستین [۲۳]. در یک نمونه ۱۰۲۵ نفری انگلیسی، قادر به استخراج سه عامل روان رنجورخویی، سازش پذیری و باوجدان بودن شدند. تنها دو عامل برونگرایی و پذیرا بودن از ساختار عاملی نسبتاً غیرشفافی برخوردار بودند. در مطالعه دیگری پارکر و استامپ [۲۴] تنها در استخراج دو عامل پذیرا بودن و سازش پذیری با ساختار عاملی غیرشفافی مواجه شدند. اما در تحقیق حاضر ساختار عاملی شفاف و خالص برای هیچ یک از عوامل پنج گانه مورد تایید قرار نگرفت. این یافته ها نشان از عملکرد ضعیف این مقیاس در نمونه های ایرانی دارد و هشدار می دهد برای محققانی که از این مقیاس در پژوهش های روانشناختی استفاده می کنند. مسلماً استفاده از مقیاسی که از ساختار عاملی غیرقابل تفسیر و غیر روشنی در یک فرهنگ برخوردار است، منتهی به مخدوش شدن یافته های پژوهش ها می شود.

این امر نشان از آن دارد که ساختار عاملی این آزمون در نمونه ایرانی استفاده شده در اینجا، با نمونه هنجارین امریکایی و سایر نقاط دنیا تفاوت هایی دارد. بسیاری از بررسی های انجام شده بر روی این آزمون در سایر نقاط دنیا (مخصوصاً پژوهش های انجام شد در نمونه های اروپایی) به ساختار عاملی مشابه تری با نمونه هنجارین امریکایی دست یافته اند تا پژوهش حاضر. علت این امر شاید آن باشد که مسلماً نمونه های اروپایی شباهت های بیشتری به نمونه های آمریکایی دارند. نزدیکی بیشتر زبان این کشورها با زبان آمریکایی نقش موثری در شباهت ساختار شخصیتی این کشورها ایفا می کند و این شباهت ها به خوبی در ساختار شخصیتی که برگرفته از تحلیل زبان عامیانه این کشور هاست منعکس میشود.

18. Panter, A. T., Tanaka, J. S., & Hoyle, R. H. (1994). Structural models for multimode designs in personality and temperament research. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 111-138). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
19. Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Summerfeldt, L. J. (1993). Confirmatory factor analysis of the Revised NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 15, 463-466.
20. Block, J., (1995). "A Contrarian View of the Five-factor Model Approach to Personality Description." *Psychological Bulletin* 117: 187-215.
21. Kahn, J. H. (2006). Factor analysis in counseling psychology research, training, and practice: Principles, advances, and applications. *The Counseling Psychologist*, 34, 684-718.
22. Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
23. Egan, V., Deary, I., & Austin, E. (2000). The NEO-FFI: Emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A, and C are more reliable than O and E. *Personality and Individual Differences*, 29, 907-920.
24. Parker, W., & Stumpf, H. (1998). A validation of the Five-Factor Model of personality in academically talented youth across observers and instruments. *Personality and Individual Differences*, 25, 1005-1025.
۹. جوشن لو، محسن، دائمی، فاطمه، بخشی، علی، ناظمی، سبا، غفاری، زهرا (۱۳۸۹). ساختار عاملی نسخه تجدیدنظرشده فارسی پرسشنامه شخصیتی نئو در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲۰-۲۳۰.
10. Robins, R. W., Fraley, R. C., Roberts, B. W., & Trzesniewski, K. H. (2001). A longitudinal study of personality change in young adulthood. *Journal of Personality*, 69, 617-640.
11. Pytlík Zillig, L. M., Hemenover, S. H., & Dienstbier, R. A. (2002). What do we assess when we assess a Big 5 trait? A content analysis of the affective, behavioral, and cognitive processes represented in Big 5 personality inventories. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 847-858.
12. Riemann, R., Angleitner, A., & Strelau, J. (1997). Genetic and environmental influences on personality: a study of twins reared together using the self- and peer report NEO-FFI scales. *Journal of Personality*, 65, 449-475.
13. Brieger, P., Sommer, S., Bloink, R., & Marneros, A. (2000). The relationship between Five-Factor personality measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. *Journal of Personality disorders*, 14, 282-290.
۱۴. روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا، عطری فرد، مهدیه، نیک خواه، اکبر، قایم مقامی، بهاره، رحیمی راد، اکرم (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روانسنجی "پرسشنامه شخصیت پنج عاملی نئو (NEO-FFI)". *دانشور رفتار*، ۱۶، ۲۷-۳۶.
۱۵. گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). *تبریز: نشر جامعه پژوه*.
16. Costa P.T., Jr., and McCrae R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
17. Terracciano A (2003). The Italian version of the NEO PI-R: Conceptual and empirical support for the use of targeted rotation. *Personality and Individual Differences*. 35: 1859-1872.

اعتباریابی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت (HISD)

نویسندگان: ناصر یوسفی^۱، ذبیح ا. کاوه فارسانی^۲، عباس شکبیا^۳،
سجاد همتی^۴ و جمیله نبوی حصار^{۵*}.

۱. استادیار گروه مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان
۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان
۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان
۴. دانشجوی دکتری مشاوره شهید چمران اهواز
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات کرمانشاه

* Email: J.Nabawi805@yahoo.com

چکیده

هدف عمده تحقیق حاضر اعتباریابی و روایی سنجی شاخص تمایل جنسی هالبرت روی نمونه‌ای از زنان و مردان متأهل شهر اصفهان بود. ۳۲۵ نفر در دو مرحله [مرحله اول ۷۵ نفر، مرحله دوم ۲۵۰ نفر]، از بین کلیه زنان و مردان متأهلی که در تابستان سال ۱۳۹۰ به فرهنگسراهای شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و پرسشنامه‌های ملاک [سیاهه تمایل جنسی، مقیاس خود ابرازی جنسی و مقیاس عملکرد جنسی] را تکمیل نمودند. نتایج به دست آمده از روش ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف [برای ۲۵ ماده] رضایت بخش بودند. ضرایب روایی همگرای پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت با مقیاس های خود ابرازی جنسی و عملکرد جنسی، و نیز ضریب روایی همزمان پرسشنامه با سیاهه تمایل جنسی اسپکتور، معنادار بودند. به علاوه، تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین زنان و مردان، تفاوت معناداری در میزان تمایل جنسی وجود دارد [$p < 0/100$] و همچنین بین افزایش سن و میزان تمایل جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [$p < 0/100$]. شاخص های روانسنجی بدست آمده در این تحقیق، گویای هماهنگی نتایج با تحقیقات پیشین است و با توجه به روایی همگرا و پایایی شاخص تمایل جنسی هالبرت، از آن می توان در محیط های پژوهشی و بالینی، در سنجش میزان تمایل جنسی افراد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شاخص تمایل جنسی هالبرت، اعتباریابی، روایی و پایایی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
روشنار

• دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۷

• پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۴

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیستم - دوره جدید

شماره ۹

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

«قابلیت انگیزش مرکزی» را یکی از ابعاد اشتباهات جنسی می‌دانست. تعریف میل جنسی به عنوان زمینه‌ی فرد برای پاسخ دادن به محرک جنسی با احساسات ذهنی انگیزش جنسی امکان انجام دو سنجش بر اساس تئوری را برای عملی کردن سازه ایجاد می‌کند. بنکرافت و جانسن^۹ [۱۲] بر اساس اولین سنجش، مدلی از پاسخ جنسی پیشنهاد کردند که در بخشی از آن فرض بر این بود که انگیزش جنسی به تعادل میان برانگیزش و مهار جنسی بستگی دارد، و تفاوت افراد بستگی به گرایش آن‌ها به برانگیزش یا مهار دارد. طبق چک لیست مهار و برانگیزش جنسی^{۱۱} [SIS/SES، ۱۳]، مشخص شده است که آمادگی برای انگیزش جنسی پیش‌بینی‌کننده‌ی تعدادی از رفتارها و تجربیات مربوط به میل جنسی است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به فراوانی استمناء، تعداد شریک‌های جنسی در تمام طول عمر، و میزان میل و انگیزش جنسی گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان در مطالعات سایکوفیزیولوژیک اشاره کرد [۱۴]. بنابراین، آمادگی برای انگیزش جنسی می‌تواند برای تعریف و اندازه‌گیری سطح صفات میل جنسی، چارچوب تعیین کند. اسپکتور، کری و اشتنبرگ^{۱۱} [۱۵]، این پیشنهاد را مطرح کردند که میل انجام فعالیت جنسی توسط خود فرد یا داشتن ارتباط با شریک جنسی ممکن است متفاوت باشد، و اینکه میل جنسی به عنوان سازه، ابتدا امری شناختی بوده است. طبق نتایج سیاهه میل جنسی^{۱۲} مشخص شده است که میل جنسی یک نفره و میل جنسی دو نفره با تعدادی از سنجش‌های مشابه رفتار جنسی از نظر تئوری وجوه مشترک دارند [۱۶]. با توجه به تشابه پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، سیاهه تمایل جنسی دو نفره^{۱۳}، و یک نفره^{۱۴} از لحاظ تئوری، از این معیارها به عنوان ابزارهای سنجش میل جنسی استفاده می‌شود.

ضرورت این پژوهش موقعی بیشتر روشن می‌شود که

طبق نظر کاپلان^۱ [۱] پاسخ جنسی^۲ از سه مرحله‌ی متوالی تشکیل شده است: میل، برانگیزش^۳ و اوج لذت جنسی^۴. هرچند تمایل محققان و پزشکان همچنان بر آن است که میل جنسی^۵ را مرحله‌ی اولیه و جدا از پاسخ جنسی بدانند [۲]، این نظر در عمل آزموده نشده و اعتبار آن زیر سؤال است [۳]. در واقع، نه تنها معلوم نیست که در طول پاسخ جنسی، میل جنسی از چه زمانی آغاز می‌شود، بلکه تعریف دقیق میل جنسی هم مشخص نیست [۴]. در گذشته، انگیزش جنسی و میل جنسی، سازه‌هایی جداگانه در نظر گرفته می‌شدند، اما شواهد زیادی مبنی بر آن وجود دارد که این دو از نظر تئوری و نیز پدیدار شناختی با یکدیگر همپوشانی دارند. هالبرت^۱ [۵]، به این نتیجه رسید که درمان رفتاری برای افزایش میل جنسی تجربه‌ی ذهنی انگیزش جنسی^۶ را نیز افزایش می‌دهد. بررسی‌های آزمایشگاهی نیز مکرر ثابت کرده است که انگیزش جنسی [ذهنی و فیزیولوژیک] و تمایل جنسی، به شدت همگام با هم تغییر می‌کنند [۶ و ۷ و ۸]، و بررسی پرسشنامه‌ها نیز حاکی از ارتباط دائمی میان مقادیر انگیزش جنسی و میل جنسی بوده است [۹]. اخیراً، محققان میل جنسی را به عنوان نوعی آگاهی از انگیزش جنسی مطرح کرده‌اند [۴] که ارتباط نزدیک آن‌ها را توجیه می‌کند. میل جنسی که به عنوان آگاهی از انگیزش جنسی تعریف شده است، در واقع جزء شناختی انگیزش جنسی است [۱۰]. میل جنسی را به عنوان یک صفت می‌توان به صورت حساسیت فرد به محرک جنسی یا زمینه‌ی فرد برای پاسخ دادن به محرک‌های ذهنی انگیزش جنسی تعریف کرد [۱۰]؛ همچنین بنکرافت^۸ [۱۱] که قابلیت انگیزش جنسی، یا

9. Bancroft and Janssen
10. Sexual Inhibition and Excitation Skills
11. Spector, Carey, and Steinberg
12. Sexual Desire Inventory
13. Dyadic Sexual Desire scale
14. Solitary Sexual Desire scale

1. Kaplan
2. Sexual Response
3. Arousal
4. Orgasm
5. Sexual Desire
6. Hurlbert
7. Sexual Arousal
8. Bancroft

آزمودنی

جامعه آماری این تحقیق کلیه زنان و مردان متاهل شهر اصفهان بودند که در تابستان سال ۱۳۹۰، به فرهنگسراهای شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. ۳۲۵ نفر در دو مرحله [مرحله اول ۷۵ نفر و مرحله دوم ۲۵۰ نفر] از بین کلیه مراجعه کنندگان زن و مرد متاهل، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به دلیل حساسیت فرهنگی موجود، نسبت به پرسشنامه‌هایی که مسائل جنسی را می‌سنجند، امکان نمونه گیری تصادفی در تحقیق حاضر وجود نداشت. نخست، لیست فرهنگسراهای شهر اصفهان تهیه شده و سه فرهنگسرا به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. سپس برای انجام پژوهش، مجوزهای لازم اخذ گردید. در مرحله اول جهت بررسی پایایی درونی پرسشنامه ۷۵ نفر از بین کلیه زنان و مردان مراجعه کننده به فرهنگسراها، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این مرحله ۲۳ پرسشنامه به صورت ناقص عودت داده شد که از فهرست پرسشنامه‌ها حذف شدند و در نهایت در این مرحله تعداد نمونه به ۵۲ [۳۰ زن و ۲۲ مرد] نفر کاهش یافت.

در مرحله دوم جهت بررسی روایی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و پرسشنامه‌های ملاک [پرسشنامه خودابرازی جنسی، پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا و سیاهه تمایل جنسی]، ۲۵۰ نفر [۱۵۰ زن، ۱۰۰ مرد] از بین کلیه زنان و مردان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و یک بسته از ابزار خود - گزارش دهی از پرسشنامه‌های فوق را کامل کردند. در این مرحله ۴۸ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن، حذف و از تحلیل خارج شدند و در نهایت تعداد نمونه به ۲۰۲ نفر [۱۱۶ زن و ۸۶ مرد] کاهش یافت.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی تمام آزمودنیهای آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع آوری می شود و در مورد پنهان ماندن هویت پاسخ دهندگان اطمینان داده شد. همچنین ذکر شد که علاقمندان می توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند.

مطالعات نشان می دهد که در زمینه مسائل جنسی در خارج کشور پژوهشها رو به افزایش است ولی در حال حاضر در مراکز درمانی و در پژوهش‌های حیطه مسائل جنسی، ابزاری برای سنجش میزان تمایل جنسی، که متناسب با فرهنگ جامعه ما باشد و از پایایی و روایی مناسب برخوردار باشد، وجود ندارد. یکی از معتبرین پرسشنامه‌هایی که در کشورهای دیگر توسط روان شناسان، در ابعاد مختلف درمانی و پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد، پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت می‌باشد. این ابزار، که توسط دیوید فارلی هالبرت [۱۷] ساخته شده است، دارای ویژگی‌هایی است که آن را قابل استفاده در فرهنگ‌های مختلف کرده است. از آنجمله می توان به شیوه تنظیم گویه‌ها اشاره کرد که نه بر فعالیت‌های جنسی جاری و نه بر تجارب جنسی فرد در گذشته تمرکز می کند؛ بلکه صرفاً بر تمایل به انجام امور جنسی، حتی در صورتی که آزمودنی تابحال تجربه فعالیت جنسی نداشته باشد، تاکید می کند. بنابراین، نیاز مبرمی به ابزاری در زمینه تمایل جنسی، که به صورت دقیق و با حداقل خطا بتواند میزان تمایل جنسی فرد را بسنجد، احساس می‌شود. بدین منظور، هدف تحقیق حاضر، بررسی ویژگی‌های روان سنجی [پایایی و روایی] پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، و میزان تناسب آن با فرهنگ جامعه ما می‌باشد.

سوال تحقیق این است که آیا پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت ویژگی‌های روان سنجی [پایایی و روایی] و برازش در جامعه ی ایرانی دارد؟

روش

طرح تحقیق

تحقیق حاضر با توجه به سؤال‌های تدوین شده از نوع تحقیق همبستگی است. در این تحقیق، همسانی درونی پرسشنامه تمایل جنسی، به دو شیوه آلفای کرونباخ و تصنیف و روایی همگرا از طریق همبستگی با دو پرسشنامه خودابرازی جنسی و عملکرد جنسی بررسی گردید.

ابزار تحقیق

۱) پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت^۱

این پرسشنامه، توسط هالبرت [۱۷] ساخته شد و در بسیاری از پژوهش‌های بین‌المللی بکار گرفته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده است، که میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤال‌های پرسشنامه تمایل جنسی، به وسیله درمانگران در امور بالینی، برای سنجش مشکلات جنسی و زناشویی و در پژوهش‌های علمی به طور گسترده استفاده می‌شود. هر آیتم به وسیله مقیاس درجه‌بندی لیکرت با ۵ درجه نمره‌گذاری می‌شود [۰ = همیشه «همواره چنین تمایلی دارم». ۱ = اکثراً «اکثر اوقات چنین تمایلی دارم». ۲ = گاهی «گاهی اوقات چنین تمایلی دارم». ۳ = بندرت «بندرت چنین تمایلی دارم». ۴ = هرگز «هرگز چنین تمایلی ندارم»]؛ بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ۲۵ ماده به دست می‌آید. سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ به طور معکوس [همیشه ۴ = تا هرگز = ۰] نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمره تمایل جنسی، بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد، که نمره‌ی بالا حاکی از میزان بالای تمایل جنسی در آزمودنی‌ها است. هالبرت [۱۷] پایایی پرسشنامه تمایل جنسی را به شیوه آزمون-بازآزمون ۸۶٪ بدست آورد. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ ۸۹٪ بود که در سطح رضایت بخشی قرار دارند. نخست، طی مکاتباتی که با سازنده پرسشنامه، دکتر دیوید فارلی هالبرت، صورت گرفت، اجازه استفاده از پرسشنامه به منظور ترجمه و بررسی اعتبار و روایی، اخذ گردید. سپس سؤالات پرسشنامه، توسط محقق، از زبان انگلیسی به فارسی با دقت در واژه‌گزینی برگردانده شد. هماهنگی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی، توسط چندی از اساتید متخصص روان‌شناسی دانشگاه اصفهان بررسی و پس از اعمال اصلاحات، تایید گردید.

۲) سیاهه تمایل جنسی^۲ [SDI-2]

سیاهه تمایل جنسی [۱۵]، ابزاری خود-گزارشی و ۱۴ ماده‌ای، برای سنجش تمایل جنسی فرد است. این سیاهه، شامل ۲ فرم ۷ سوالی است که تمایل جنسی فرد به تنهایی و نیز نسبت به فعالیت‌های جنسی با همسر را می‌سنجند. سؤالات سیاهه به گونه‌ای طراحی گردیده‌اند که مستقل از تجربه کردن یا نکردن فعالیت‌های جنسی توسط آزمودنی باشند. به عبارت دیگر، اجرای این آزمون بر روی افرادی که تابحال تجربه فعالیت جنسی نداشته‌اند نیز مناسب است [۱۸]. کمینه و بیشینه نمرات، برای فرم اول بین ۰ تا ۶۲ و برای فرم دوم بین ۰ تا ۲۵ است. ضریب آلفای کرونباخ برای فرم اول ۸۶٪ و فرم دوم ۹۶٪ بود. به منظور کاربرد سیاهه در این تحقیق، پس از ترجمه و تایید چندتن از اساتید روانشناسی دانشگاه اصفهان، بر روی ۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ برای فرم اول ۹۱٪ و برای فرم دوم ۸۳٪ به دست آمد. در پژوهش حاضر، از نمره کل، که حاصل جمع نمرات هر دو خرده مقیاس است، استفاده شده است؛ که نشانگر تمایل جنسی کلی است.

۳) مقیاس خودابرازی جنسی^۳

مقیاس خودابرازی جنسی به همسر، ساخته شده توسط ویلیام اسنل^۴ [۱۹] در دانشگاه ایالت میسوری آمریکا ساخته شد. این مقیاس، به اندازه‌گیری تمایل فرد به طرح مسائل جنسی همچون رفتارها و ترجیحات جنسی، تخیلات جنسی، به تعویق انداختن ارتباط جنسی، بی‌علاقگی جنسی، اضطراب جنسی، خشم جنسی، آرامش جنسی و غیره، به همسر می‌پردازد. تعداد سؤالات این مقیاس ۱۰ عدد، و نمره حداکثر ۵۰ و حداقل ۱۰ می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس خودابرازی جنسی به همسر به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای [خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، بسیار زیاد] است که به هر ماده امتیاز ۱ الی ۵ تعلق می‌گیرد که نمره بالاتر بیانگر خودابرازی جنسی

2. Sexual Desire Inventory-2 (SDI-2)
3. Sexual Self- Disclosure Scale
4. William Snell

1. Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD)

پژوهشی، ضریب همسانی درونی به شیوه آلفای کرنباخ، مقدار ۰/۹۰. و روایی آن نیز رضایت بخش گزارش شد [۲۱]. در پژوهشی در ایران [۲۲] ضریب همبستگی پیرسون برای سوالات مربوط به مشکلات عملکرد جنسی زنان ۰/۸۷۳ = r و مردان ۰/۸۳۲ = r و نیز ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۳. گزارش گردید. همسانی درونی این مقیاس، به شیوه آلفای کرنباخ در تحقیق حاضر، ۰/۹۱. به دست آمد.

نتایج

در این بخش اطلاعات به دست آمده در جداول مختلف ارائه شده‌اند.

الف: بررسی پایایی پرسشنامه تمایل جنسی

همان طور که در جدول [۱] ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌ها به ترتیب در ماده‌های ۲۵ [۲/۴۵]، ۱۱ [۲/۴۰] و ۸ [۲/۳۹]، بالاترین میانگین و در ماده‌های ۱ [۲/۰۱] و ۳ [۲/۰۹]، کم‌ترین میانگین از بین ماده‌های پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت را به دست آورده‌اند.

بالای زوجین و برعکس، هرچه نمره پایین‌تر باشد، نشانگر خودابرازی جنسی پایین‌تر زوجین نسبت به همسر می‌باشد. در پژوهش سازنده مقیاس، ضریب همسانی درونی به شیوه آلفای کرنباخ، برای کل سوالات، ۰/۹۴. بدست آمد [۲۰]. در ایران و در پژوهشی [۱۹]، برای تعیین ضریب همسانی درونی مقیاس از روش آلفای کرنباخ استفاده گردید که این ضریب برابر با ۰/۷۷. بدست آمد. همسانی درونی این مقیاس، به شیوه آلفای کرنباخ در تحقیق حاضر، ۰/۹۶. به دست آمد.

ع) مقیاس تجارب جنسی آریزونا [ASEX] (Arizona Sexual Experience Scale)

مقیاس ASEX که توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه آریزونا آمریکا ارائه شده است، با داشتن تنها ۵ سوال، می‌تواند جهت تشخیص اختلال عملکرد جنسی زنان و مردان به کار می‌رود. سوالات مقیاس، بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت [هرگز = ۶ الی همیشه = ۱] تنظیم گردیده است. اگر کل نمره فرد بیش از ۱۸ باشد، تشخیص اختلال عملکرد جنسی داده می‌شود. در

جدول ۱. شاخص‌های آماری تعداد سؤال‌ها، میانگین و انحراف معیار.

سؤال	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سؤال	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سؤال	تعداد	میانگین	انحراف معیار
۱	۲۰۲	۲/۰۱	۱/۱۱	۱۰	۲۰۲	۲/۳۷	۱/۰۹	۱۱	۲۰۲	۲/۲۳	۱/۱۰
۲	۲۰۲	۲/۲۳	۱/۱۰	۱۲	۲۰۲	۲/۳۵	۱	۱۲	۲۰۲	۲/۰۹	۰/۸۶
۳	۲۰۲	۲/۰۹	۰/۸۶	۱۳	۲۰۲	۲/۲۴	۱/۰۳	۱۳	۲۰۲	۲/۱۵	۱/۰۷
۴	۲۰۲	۲/۱۵	۱/۰۷	۱۴	۲۰۲	۲/۲۵	۱/۰۹	۱۴	۲۰۲	۲/۲۸	۱/۰۴
۵	۲۰۲	۲/۲۸	۱/۰۴	۱۵	۲۰۲	۲/۱۰	۱/۱۶	۱۵	۲۰۲	۲/۱۵	۰/۹۶
۶	۲۰۲	۲/۱۵	۰/۹۶	۱۶	۲۰۲	۲/۲۰	۱/۰۹	۱۶	۲۰۲	۲/۲۳	۱/۰۹
۷	۲۰۲	۲/۲۳	۱/۰۹	۱۷	۲۰۲	۲/۲۴	۰/۹۹	۱۷	۲۰۲	۲/۳۹	۰/۷۶
۸	۲۰۲	۲/۳۹	۰/۷۶	۱۸	۲۰۲	۲/۳۱	۰/۹۷	۱۸	۲۰۲	۲/۳۴	۰/۸۱
۹	۲۰۲	۲/۳۴	۰/۸۱								

جدول ۲. ضرایب همسانی درونی [آلفای کرونباخ و تنصیف] پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت

سوال/شاخص	میانگین کل مقیاس در صورت حذف سوال	واریانس کل مقیاس در صورت حذف سوال	همبستگی اصلاح شده سوال با نمره کل مقیاس	آلفای کرونباخ کل مقیاس در صورت حذف سوال
۱	۵۴/۷۱۲۹	۲۵۲/۸۲۳	۰/۵۳۵	۰/۹۴۱
۲	۵۴/۴۹۰۱	۲۴۸/۴۸۰	۰/۶۷۲	۰/۹۳۹
۳	۵۴/۶۳۳۷	۲۵۹/۲۱۸	۰/۴۶۹	۰/۹۴۱
۴	۵۴/۵۶۹۳	۲۴۸/۵۳۴	۰/۶۹۲	۰/۹۳۹
۵	۵۴/۴۴۰۶	۲۴۷/۶۲۱	۰/۷۴۱	۰/۹۳۸
۶	۵۴/۵۷۴۳	۲۵۲/۶۰۴	۰/۶۳۵	۰/۹۳۹
۷	۵۴/۴۹۵۰	۲۴۶/۱۰۲	۰/۷۴۸	۰/۹۳۸
۸	۵۴/۳۳۶۶	۲۵۹/۱۰۰	۰/۵۴۲	۰/۹۴۱
۹	۵۴/۳۸۱۲	۲۶۰/۴۰۶	۰/۴۵۶	۰/۹۴۱
۱۰	۵۴/۳۵۶۴	۲۵۳/۱۷۶	۰/۵۳۶	۰/۹۴۱
۱۱	۵۴/۳۲۱۸	۲۵۶/۹۵۶	۰/۴۸۶	۰/۹۴۱
۱۲	۵۴/۳۷۱۳	۲۴۸/۰۳۶	۰/۷۵۶	۰/۹۳۸
۱۳	۵۴/۴۸۰۲	۲۴۹/۴۰۵	۰/۶۹۱	۰/۹۳۹
۱۴	۵۴/۴۷۰۳	۲۴۶/۹۱۷	۰/۷۲۳	۰/۹۳۸
۱۵	۵۴/۶۲۳۸	۲۴۷/۲۳۱	۰/۶۷۱	۰/۹۳۹
۱۶	۵۴/۵۲۴۸	۲۴۷/۶۵۴	۰/۷۰۳	۰/۹۳۸
۱۷	۵۴/۴۸۵۱	۲۵۷/۱۷۳	۰/۴۶۸	۰/۹۴۱
۱۸	۵۴/۴۱۵۸	۲۵۳/۰۸۰	۰/۶۱۳	۰/۹۴۰
۱۹	۵۴/۴۸۵۱	۲۴۴/۵۳۰	۰/۷۴۳	۰/۹۳۸
۲۰	۵۴/۴۴۰۶	۲۵۵/۲۶۳	۰/۵۶۱	۰/۹۴۰
۲۱	۵۴/۳۴۶۵	۲۵۴/۵۵۶	۰/۵۳۳	۰/۹۴۱
۲۲	۵۴/۳۷۱۳	۲۴۸/۷۴۲	۰/۶۶۲	۰/۹۳۹
۲۳	۵۴/۴۵۰۵	۲۵۵/۰۶۵	۰/۵۵۹	۰/۹۴۰
۲۴	۵۴/۴۱۰۹	۲۵۹/۵۳۷	۰/۴۱۸	۰/۹۴۲
۲۵	۵۴/۲۷۷۲	۲۵۴/۶۹۹	۰/۵۳۷	۰/۹۴۱
۰/۹۴۲	آلفای کرونباخ کل سوالات			

جدول ۳. ضریب همسانی درونی سوالات به شیوه دو نیمه کردن [تصنیف] برای کل مقیاس تمایل جنسی هالبرت

۰/۹۲۰	مقدار ضریب	نیمه اول سوالات	آلفای کرینباخ	
۱۳ ^a	تعداد سوالات			
۰/۹۱۲	مقدار ضریب	نیمه دوم سوالات		
۱۲ ^b	تعداد سوالات			
۲۵	تعداد کل سوالات مقیاس			
۰/۷۸۲	ارزش همسان			ضریب اسپیرمن - براون
۰/۷۸۲	هرزش ناهمسان			
۰/۷۸۱	ضریب دو نیمه کردن گاتمن			
۰/۶۴۲	همبستگی بین ۲ نیمه			

a. نیمه اول شامل سوالات ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳

b. نیمه دوم شامل سوالات ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵

جدول ۴. ضرایب روایی همگرایی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت [به شیوه همبستگی پیرسون] با سیاهه تمایل جنسی، پرسشنامه خودابرازی جنسی و عملکرد جنسی

عملکرد جنسی [تجارب جنسی آریزونا]	پرسشنامه خود ابرازی جنسی	سیاهه تمایل جنسی اسپکتور	پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت	متغیر	
			۱	همبستگی پیرسون	پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت
				احتمال معناداری [۲ دامنه]	
		۱	**۰/۵۲۹	همبستگی پیرسون	سیاهه تمایل جنسی اسپکتور
			۰/۰۰۰	احتمال معناداری [۲ دامنه]	
	۱	**۰/۴۶۸	**۰/۷۲۴	همبستگی پیرسون	پرسشنامه خود ابرازی جنسی
		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	احتمال معناداری [۲ دامنه]	
۱	**۰/۶۸۰	**۰/۵۰۱	**۰/۷۱۶	همبستگی پیرسون	عملکرد جنسی [تجارب جنسی آریزونا]
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	احتمال معناداری	

** همبستگی در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است [۲ دامنه]. تعداد ۲۰۲

تمایل جنسی می باشد.

ج: تحلیل جانبی پرسشنامه تمایل جنسی

جدول شماره [۵] به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد و سایر مشخصات آمار توصیفی آزمودنی‌ها را به تفکیک جنسیت [مرد و زن] و به همچنین کل آزمودنی‌ها را نشان می دهد.

همانگونه که از نتایج جدول شماره [۵] ملاحظه می شود، میانگین تمایل جنسی در زنان [۶۶/۸۴] و در مردان [۴۳/۰۸] و در کل نمونه [۵۶/۷۲] می باشد. برای آزمون معناداری تفاوت تمایل جنسی در گروه زنان و مردان، بر طبق جدول شماره ۶، از تحلیل واریانس ۱ راهه استفاده گردید. نتایج جدول ۶، نشان دهنده تفاوت معنادار بین گروه زنان و مردان، در نمرات تمایل جنسی می باشد [p<۰/۰۰۱ و F=۲۰۶].

بر طبق نتایج جدول شماره [۷] بین سن و نمرات تمایل جنسی، همبستگی مثبت و معنادار [r=۰۵۹۱] وجود دارد که در سطح p<۰/۰۰۱ معنادار است. به عبارت دیگر، با افزایش سن، میزان تمایل جنسی افراد به طور محسوسی افزایش پیدا می کند. لازم به ذکر است که دامنه سنی آزمودنی‌های این تحقیق، ۱۹ الی ۳۸ بود.

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که قبلاً بیان شد، هدف عمده این تحقیق بررسی پایایی و روایی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت در جامعه ایران می باشد. این پژوهش تحلیلی منطقی از پرسشنامه تمایل جنسی که به وسیله هالبرت [۱۷] ساخته شد و به طور هدفمند بیان نمود، بدست می دهد. شاخص‌های روانسنجی به دست آمده در نمونه حاضر مشابه شاخص‌های روانسنجی در نمونه‌های آمریکایی است.

همان‌طور که در جدول [۱] ملاحظه می شود، آزمودنی‌ها به ترتیب در ماده‌های ۲۵ [۲/۴۵]، ۱۱ [۲/۴۰] و ۸ [۲/۳۹]، بالاترین میانگین و در ماده‌های ۱ [۲/۰۱] و ۳ [۲/۰۹]، کم‌ترین میانگین از بین ماده‌های پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت را به دست آورده‌اند.

همانگونه که در جدول شماره [۲] مشاهده می شود،

همانگونه که در جدول شماره [۲] مشاهده می شود، ضرایب همبستگی اصلاح شده و آلفای کرونباخ کل مقیاس در صورت حذف تک تک سوالات پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، برای ۲۵ ماده، آورده شده است. طبق نتایج جدول، تمامی سوالات از همبستگی رضایت بخشی برخوردارند که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه فوق هستند. ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲. برای ۲۵ سوال، گزارش شده است.

جدول شماره [۳] ضرایب پایایی به شیوه تصنیف^۱، برای بخش اول سوالات [۱۲ سوال] برابر ۰/۹۲. و برای بخش دوم سوالات [۱۳ سوال] برابر با ۰/۹۱. و نیز ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن گاتمن^۲، برابر با ۰/۷۸. را نشان می دهد که همگی دال بر رضایت بخش بودن همسانی درونی سوالات با کل پرسشنامه دارند.

ب: بررسی روایی همگرایی^۳ و همزمان^۴ پرسشنامه تمایل جنسی

جدول شماره ۴، ضرایب روایی همگرایی و همزمان معنادار بین پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت با پرسشنامه‌های خود ابرازی جنسی، عملکرد جنسی و سیاهه تمایل جنسی اسپکتور را نشان می دهد؛ که در همه آن‌ها رابطه در سطح معنا داری بوده است. همان‌طور که جدول [۸] نشان می دهد، همبستگی معنادار مثبت بین نمرات کل پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و نمرات پرسشنامه خودابرازی جنسی، [r= ۰/۷۲۴ و p<۰/۰۰۱] وجود داشت. به همین منوال بین نمرات کل پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و نمرات پرسشنامه عملکرد جنسی، ارتباط معنادار منفی، [r= - ۰/۷۱۶ و p<۰/۰۰۱] و بین نمرات کل پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و نمرات کل سیاهه تمایل جنسی، همبستگی معنادار مثبت [p<۰/۰۰۱ و r= ۰/۵۲۹] وجود داشت. این نتایج، تایید کننده مناسب بودن پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، در سنجش سازه ی

1. Split- half Reliability
2. Guttman
3. Convergent Validity
4. Concurrent Validity

بخش اول سوالات [۱۲ سوال] برابر ۹۲٪ و برای بخش دوم سوالات [۱۳ سوال] برابر با ۹۱٪ و نیز ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن گاتمن، برابر با ۷۸٪ را نشان می‌دهد که همگی دال بر رضایت بخش بودن همسانی درونی سوالات با کل پرسشنامه دارند.

ضرایب همبستگی اصلاح شده و آلفای کرونباخ کل مقیاس از همبستگی رضایت بخشی برخوردارند که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه فوق هستند و آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۹۴۲ می‌باشد. همچنین جدول شماره [۳] ضرایب پایایی به شیوه تصنیف، برای

جدول ۵. شاخصه‌های توصیفی نمرات تمایل جنسی، به تفکیک گروه زنان و مردان

بیشینه نمرات	کمینه نمرات	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین‌ها		خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
		حد بالا	حد پایین					
۸۹/۰۰	۳۲/۰۰	۶۸/۴۸۱۵	۶۴/۸۴۸۱	۱/۰۰۸۰۳	۱۰/۸۵۶۸۶	۶۶/۸۴۴۸	۱۱۶	زنان
۷۹/۰۰	۱۶/۰۰	۴۵/۷۷۷۸	۴۰/۳۸۵۰	۱/۳۵۶۱۶	۱۲/۵۷۶۵۶	۴۳/۰۴۱۴	۸۶	مردان
۸۹/۰۰	۱۶/۰۰	۵۹/۰۲۰۴	۵۴/۴۳۵۱	۱/۱۶۲۶۹	۱۶/۵۲۴۹۷	۵۶/۷۲۷۷	۲۰۲	کل

جدول ۶. تحلیل واریانس ۱ راهه، برای مقایسه تمایل جنسی در بین گروه زنان و مردان

احتمال معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	جمع مجذورات	
۰/۰۰۰	۲۰۶/۵۸۳	۲۷۸۸۸/۳۸۸	۱	۲۷۸۸۸/۳۸۸	بین گروه‌ها
		۱۳۴/۹۹۸	۲۰۰	۲۶۹۹۹/۶۳۷	درون گروه‌ها
			۲۰۱	۵۴۸۸۸/۰۲۵	کل

جدول ۷. همبستگی بین نمرات تمایل جنسی و متغیر سن

سن	تمایل جنسی	متغیر	
**۵۹۱.	۱	همبستگی پیرسون	تمایل جنسی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	احتمال معناداری [۲ دامنه]	

** همبستگی در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است [۲ دامنه]. تعداد ۲۰۲

جنسی [از طریق پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا] آزمون شد. روایی همزمان نیز از طریق سیاهه تمایل جنسی [SDI-2] که همان سازه ای را می‌سنجد که پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت می‌سنجد، بررسی شد. انتظار این بود که میزان تمایل جنسی، ارتباط مثبتی با خود ابرازی جنسی،

هماهنگ با پژوهش [۲۳] که به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه تمایل جنسی زنان، از پرسشنامه‌های عملکرد جنسی و خودابرازی جنسی استفاده کرده‌اند، در پژوهش حاضر نیز، روایی همگرایی پرسشنامه تمایل جنسی در ارتباط با سازه خود ابرازی جنسی و عملکرد

پیشنهاد می‌شود که به تفاوت پرسشنامه‌ها در موقع کاربرد برای سنجش خانواده خاص توجه شود. همچنین به محققان پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه جنسی در پژوهش‌های دیگر با نمونه‌های طلاق و جمعیت‌های دیگر [خانواده نابسامان، معتاد، خیانت زناشویی، ناکام و عضو فراری] در ایران روایی و هنجاریابی کنند.

به طور خلاصه، یافته‌های این تحقیق، در رابطه با پایایی و روایی پرسشنامه جنسی، مطالعات دیگران را مورد تایید و حمایت قرار می‌دهد به نظر می‌رسد که این ابزار می‌تواند در زمینه‌های غربال‌گیری اولیه ی زوجین در مراحل قبل از ازدواج، زناشویی و خانواده درمانی در محیط‌های مشاوره‌ای و درمانی خانواده بخصوص برای درمان مشکلات خانوادگی [جنسی] و در محیط‌های پژوهشی سودمند و قابل کاربرد باشد و همچنین برای افزایش کیفیت زناشویی و غنی‌سازی روابط افراد در خانواده بدون مشکل در سطوح مختلف جامعه به کار برد. مطالعه حاضر بیان می‌کند که پرسشنامه جنسی می‌تواند به عنوان یک ابزار مفید برای مقاصد پژوهشی و خانواده درمانی به کار رود. این پرسشنامه برای شناسایی مشکل جنسی در روابط زناشویی در خانواده به کار می‌رود، همچنین در جریان مشاوره خانوادگی برای شناسایی کیفیت روابط زناشویی و مشکلات جنسی که کمتر مورد توجه و عنایت بوده و درحالی‌که منشاء بسیاری از مشکلات زوجین بوده، به کار می‌رود.

سپاس و قدردانی

پژوهشگران خود را موظف می‌دانند که از تمام مدیران فرهنگ سراها شهر اصفهان دارای واحد مشاوره و روان‌شناسی و زنان و مردانی که پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند و تشکر و قدردانی شود.

عملکرد جنسی و نمره سیاهه تمایل جنسی [SDI-2] داشته باشد. به همین منوال بین نمرات کل پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و نمرات پرسشنامه عملکرد جنسی، ارتباط معنادار منفی، [$r = - 0.716$ و $p < 0.001$] و بین نمرات کل پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و نمرات کل سیاهه تمایل جنسی، همبستگی معنادار مثبت [$p < 0.001$ و $r = 0.529$] وجود داشت. این نتایج، تایید کننده مناسب بودن پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، در سنجش سازه ی تمایل جنسی می‌باشد [جدول ۴].

نتایج جدول ۶، نشان دهنده تفاوت معنادار بین گروه زنان و مردان، در نمرات تمایل جنسی می‌باشد [$F = 2.06$ و $p < 0.001$]. بر طبق نتایج جدول شماره [۷] بین سن و نمرات تمایل جنسی، همبستگی مثبت و معنادار [$r = 0.91$] وجود دارد، به عبارت دیگر نتایج نشان داد با افزایش سن، میزان تمایل جنسی افراد به طور محسوسی افزایش پیدا می‌کند.

لازم به ذکر است، یکی از محدودیت‌های عمده در مطالعه حاضر استفاده از نمونه‌های [زوجین] مشکل دار بود [زوجینی که برای حل مشکل به مراکز مشاوره‌ای فرهنگ سراها مراجعه کرده بودند]، این یک ایراد علمی بر کار ما بود و باید به زوجین بدون مشکل هم توجه کرد تا از این ابزار برای ارزیابی کیفیت زندگی زوجین بدون مشکل هم استفاده کرد، به هر صورت، یافته‌های به دست آمده از زنان و مردان دارای مشکل باید به صورت قابل توجه مورد دقت و مرور قرار گیرد تا اینکه این ابزار را بتوان در پژوهش‌های دیگر با خانواده‌های عادی در ایران جایگزین و آزمون نمود. امید است که مطالعه بیشتر این موارد را تکمیل و روشن سازد کند.

محدودیت دیگر، عدم امکان نمونه‌گیری به شیوه تصادفی بود که دلیل آن، کم بودن رغبت افراد به طرح مسائل جنسی و زناشویی خود، در فرهنگ ما می‌باشد. در پژوهش حاضر، از نمونه‌گیری به شیوه در دسترس استفاده گردید و آزمودنی‌هایی که تمایل به مشارکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها را داشتند، به صورت کاملاً داوطلبانه، با محقق همکاری کردند.

11. Bancroft, J. [1989]. Human sexuality and its problems [2nd ed.]. Edinburgh: Churchill Livingstone.
12. Bancroft, J., & Janssen, E. [2000]. The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571–579.
13. Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. [2002b]. The Sexual Inhibition [SIS] and Sexual Excitation [SES] Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research*, 39, 127–132.
14. Janssen, E., & Bancroft, J. [2007]. The dual-control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In E. Janssen [Ed.], *The psychophysiology of sex* [pp. 197–222]. Bloomington: Indiana University Press.
15. Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. [1996]. The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 175–190.
16. King, B. E., & Allgeier, E. R. [2000]. The Sexual Desire Inventory as a measure of sexual motivation in college students. *Psychological Reports*, 86, 347–350.
17. Hurlbert, D. F., Apt, C. [1992]. Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18, 104–114.
18. Janssen, E., McBride, K., Yarber, W. [2008]. Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 252–265. doi: 10.1007/s10508-007-9245-5.
۱۹. عشقی، روناک. [۱۳۸۵]. بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آنها در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
1. Kaplan, H. S. [1979]. Disorders of sexual desire. New York, NY: Brunner/Mazel.
2. Brezsnayak, M., & Whisman, M. A. [2004]. Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 199–217.
3. Carey, M. P. [1998]. Cognitive-behavioral treatment of sexual dysfunctions. In V. E. Caballo [Ed.], *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* [pp. 251–280]. Granada, Spain: Pergamon.
4. Everaerd, W., & Both, S. [2001]. Ideal female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 137–139.
5. Hurlbert, D. [1993]. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 44–55.
6. Bozman, A. W., & Beck, J. G. [1991]. Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 47–60.
7. Slob, A. K., Bax, C. M., Hop, W. C. J., Rowland, D. L., & van der Werff ten Bosch, J. J. [1996]. Sexual arousability and the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 545–558.
8. Wilson, G. T. [1977]. Alcohol and human sexual behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 239–252.
9. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. [2000]. The 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.
10. Whalen, R. [1966]. Sexual motivation. *Psychological Review*, 73, 151–163.

۲۲. بایرمی، رقیه. ستارزاده، نیلوفر. رنجبر، فاطمه و زکریا پزشکی، محمد [۱۳۸۷]. اختلال عملکرد جنسی زوجین و برخی عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری. فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز ۸۷، ۲۸۲-۲۷۱.

23. Clayton, Anita. Golmeier, David. Nappi, Rosella. Wunderlich, Glen. D'Agostino, Diane & Pyke, Robert. [2010]. Validation of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female in Hypoactive Sexual Desire Disorder. The Journal of Sexual Medicine, vol[7], Issue[12], pages 3918-3928.

20. Snell, W. E., Jr., & Belk, S. S. [2001]. Chapter 19: Development of the Sexual Self-Disclosure Scale [SSDS]: Sexual Disclosure to Female and Male Therapists. In W. E. Snell, Jr. [Ed.], New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. WEB: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.

21. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. [2000]. The Arizona Sexual Experience Scale [ASEX]: reliability and validity. J Sex Marital Ther, 26[1], 25-40.

بررسی مقدماتی پایایی و اعتبار مقیاس بهبودی شخصی (کیفیت زندگی) - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)

نویسندگان: محمد رضا نائینان^{۱*}، زکبه گوهری^۲، سکینه مطلبی نژاد^۳ و
معصومه بلوچان^۴

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۲. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۳. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۴. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد

* Email: mnainian@yahoo.com

چکیده

برخی مقیاس‌هایی که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده‌اند برای تمام گروه‌ها از جمله افراد دارای اختلالات شناختی و کودکان کاربرد ندارند. به منظور فائق آمدن بر این محدودیت، به دنبال پژوهش‌هایی چند، مقیاس بهبودی شخصی (کیفیت زندگی) (PWI) در استرالیا ساخته شد. متعاقباً نسخه موازی آن، PWI-SC برای جمعیت دانش‌آموزی سنین ۱۲ تا ۱۸ طراحی شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد ارزیابی قرار گرفت. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر نیز واری‌های روان‌سنجی مقیاس یاد شده در نمونه دانش‌آموزان ایرانی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمامی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد بوده است، و نمونه پژوهش حاضر ۵۶۳ نفر از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان مذکور بوده که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. در این پژوهش، از مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، و مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) استفاده گردید. در مطالعه حاضر از روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، رگرسیون و آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شده است. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) بر اساس ضریب آلفای کامل (۰/۸۱)، ضریب آلفای دو نیمه مقیاس (۰/۶۹ و ۰/۶۲)، و ضریب همبستگی مربوط

به بازآزمایی آن (۰/۸۷)، دارای پایایی مناسبی بوده است. همچنین اعتبار مقیاس از طریق همبستگی با دیگر پرسشنامه‌ها: سلامت عمومی (GHQ) و مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) ارزیابی شده است. تحلیل عاملی مقیاس در نمونه دانش‌آموزان ایرانی حکایت از اشباع آن از یک عامل داشته است. در مجموع، مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی با توجه به محدودیت‌های روش‌شناسی مطالعه کنونی بوده است.

کلیدواژه‌ها: مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، مقیاس کیفیت زندگی، پایایی، اعتبار.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۷/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۱

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

تعریف می‌شود [۵ و ۷].

نوجوانی دوره نسبتاً کوتاه و گذرا در فرایند زندگی انسان است. این دوره برای بسیاری از نوجوانان اغلب تجربه‌ای فشارزا همراه با سازگاری مجدد است. نوجوانی، به لحاظ تغییرات زیستی-اجتماعی همراه با بلوغ، تغییرات از مدرسه ابتدایی به مدرسه متوسطه و از مدرسه به آموزش‌های بعدی و محیط شغلی، نگرانی راجع به تعلق و همراهی با فشار هم‌تایان و روابط خانوادگی که اغلب در پس این انتقالات است، دوره‌ای فشارزا می‌باشد [۸]. دوره نوجوانی، همچنین زمان مسؤلیت‌های جدید، تغییر الگوهای کنترل بر انتخاب‌های شخصی و تغییر شبکه‌های ارتباطی نوجوان است. بنابراین این احتمال وجود دارد که کیفیت زندگی با سن نوجوانی کاهش یابد، زیرا نوجوانان سنین بالاتر، در سال‌های آخر مقطع دبیرستان با فشارهای بیشتر کار مدرسه‌ای یا با عدم امنیت شغلی و شروع یک حرفه مواجه می‌شوند. به عنوان شاهدی بر این مدعا، بیش از هر دوره سنی دیگر، خلق افسرده، یک ناپهنجاری کلیدی در سیر نوجوانی بهنجار بوده [۹]، و در نتیجه، یک عامل تأثیرگذار مهم بر بهزیستی در این مرحله از رشد قلمداد می‌شود [۸]. تغییرات هورمونی ناشی از شروع بلوغ نیز با افزایش خلق افسرده در نوجوانی ارتباط دارد [۱۰].

از این رو، لازم است مطالعات مربوط به متغیرهای بهزیستی از جمله رضایت مندی از زندگی، رهنمودهای خود را برای تحقیقات و کارهای بالینی مربوط به بزرگسالان و جوانان داشته باشند. همچنین شاخص‌های رضایت مندی از زندگی می‌تواند اطلاعات مهمی را در زمینه پیشگیری، شناسایی به موقع و مداخله در جمعیت‌های گوناگون در اختیار قرار دهند و اهداف سودمندی را در مطالعات طولی که تغییرات حاصله در طول زمان را در رضایت مندی از زندگی و متغیرهای مرتبط با آن اندازه‌گیری می‌کنند تأمین نمایند [۱۱].

تحقیقات مربوط به رضایت مندی از زندگی در کودکان و نوجوانان یا به پای تحقیقات بزرگسالان در این زمینه پیش نرفته است. این فاصله را می‌توان تا حدی

سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از موقعیت او در زندگی، در بافتی از سیستم فرهنگی و ارزشی، همراه با اهداف، استانداردها، انتظارات و علاقه مندی‌های وی تعریف می‌کند، و می‌افزاید کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که به شکلی پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمانی، حالت روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و رابطه شخص با افراد مهم در زندگی او قرار می‌گیرد [۱].

کیفیت زندگی یا بهزیستی ذهنی بدین معنا اشاره دارد که افراد بر اساس استاندارد‌های شخصی خود، راجع به زندگی شان به طور کلی و در حوزه‌های خاص چگونه فکر می‌کنند و چه احساسی دارند. کیفیت زندگی بالا، با رفاه عمومی^۲ و این احساس که زندگی ارزشمند است و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است [۲]. علاوه بر توجه به جنبه‌های بد زندگی، اسناد‌های مثبتی چون شایستگی^۳ و قدرت سازگاری^۴ نیز در این مقوله قرار می‌گیرد [۳]. چنانچه خواسته‌ها و نیازهای فرد با سطح توانایی‌های همخوانی داشته باشد، دستیابی به خواسته‌ها و تأمین نیازهای وی امکان‌پذیر شده، لذت بردن و رضایتمندی از زندگی را تجربه می‌کند [۴].

به طور معمول، ساخت کیفیت زندگی ذهنی به عنوان برآیند سطح رضایت مندی در چند حوزه از زندگی تعریف می‌شود. این چند حوزه به عنوان بخش‌های اصلی زندگی قلمداد می‌شوند که در بهزیستی عمومی همه یا اغلب افراد نقش دارند [۵ و ۶]. این گونه فرض شده است که مهمترین حوزه‌های کیفیت زندگی در جمعیت عمومی مشتمل اند بر بهزیستی مادی، سلامتی، ایمنی، صمیمیت، حس تعلق اجتماعی، بهره‌وری و بهزیستی هیجانی [۷]. از این رو، کیفیت زندگی ذهنی، به عنوان برآیند سطح رضایت مندی در این چند حوزه

1. World Health Organization
2. general welfare
3. competence
4. adaptability

با توجه به آنچه بیان گردید، نظر به اینکه تحقیقاتی که در ایران کیفیت زندگی نوجوانان را مورد مطالعه قرار داده باشند کمیاب است، و لازمه انجام چنین مطالعاتی در اختیار داشتن ابزارهای بومی شده معتبر می باشد، هدف پژوهش حاضر این بوده است تا با بررسی برخی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، زمینه مطالعات بعدی در این حوزه را فراهم آورد. بنابراین، مساله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا مقیاس یاد شده در جمعیت مورد نظر از ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی برخوردار است؟ برای پاسخ به این سوال تلاش شد پایایی و اعتبار مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانش‌آموزی مورد مطالعه قرار گیرد.

روش

نظر به اینکه در این مطالعه پژوهشگر بر آن است تا برخی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) را در جمعیتی از دانش‌آموزان ایرانی بررسی نماید، پژوهش حاضر پیرو طرح توصیفی می باشد

آزمودنی

* جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر در برگرفته تمامی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد بوده است.

* نمونه پژوهش

نمونه مورد بررسی ۵۶۳ نفر از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ بوده است که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. از تعداد ۵۶۳ نفر نمونه مورد مطالعه، ۲۸۳ نفر (۵۰/۳۰٪) را دانش‌آموزان دختر و ۲۸۰ نفر (۴۹/۷۰٪) را دانش‌آموزان پسر تشکیل می‌داد. ۸۰ نفر (۱۴/۲٪) از دانش‌آموزان در پایه اول دبیرستان، ۱۴۱ نفر (۲۵٪) در پایه دوم، ۲۱۷ نفر (۳۸/۵۰٪) در پایه سوم و ۱۲۵ نفر (۲۲/۲٪) از آنان نیز در

ناشی از محدودیت‌های اندازه‌گیری دانست. گرچه مقیاس‌های زیادی وجود دارند که برای اندازه‌گیری رضایت‌مندی از زندگی برای بزرگسالان مناسب‌اند [۱۲]، تنها تعداد انگشت‌شماری از مقیاس‌های مناسب برای کودکان و یا نوجوانان در دسترس می باشد [۱۳]. طی دهه‌های گذشته ابزارهای دقیق روان‌سنجی بسیاری برای سنجش کیفیت زندگی کلی ساخته و استفاده شده است. بسیاری از مقیاس‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی برای جمعیت‌ها و گروه‌های خاص ساخته شده است که شرایط طبی یا نوعی ناتوانی را به تصویر می‌کشند. برخی مقیاس‌هایی که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده‌اند نیز برای تمام اقشار از جمله افراد دارای اختلالات شناختی و کودکان کاربرد ندارند [۱۴]. به منظور فائق آمدن بر این محدودیت‌ها، اولین نسخه مقیاس جامع کیفیت زندگی^۱ (ComQol) در سال ۱۹۹۱ در کشور استرالیا ساخته شد [۱۵]، و تا سال ۱۹۹۷، ویراست پنجم آن در اختیار محققان در این حوزه قرار گرفت [۱۶ و ۱۷].

در پی مطالعات تجربی انجام شده، نسخه تجدید نظر شده مقیاس یاد شده، با نام مقیاس بهزیستی شخصی^۲ (PWI) تهیه گردید [۱۸]، و متعاقباً فرم‌های موازی PWI برای زیرگروه‌های جمعیتی مختلف ساخته شد که هم‌اکنون با عناوین زیر در دسترس قرار دارند: مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان^۳ (PWI-A)، برای استفاده در جمعیت عمومی بزرگسال [۱۹]؛ مقیاس بهزیستی شخصی کم‌توان ذهنی^۴ (PWI-ID) برای استفاده در افراد کم‌توان ذهنی یا سایر اشکال اختلال شناختی [۲۰]؛ مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان^۵ (PWI-SC) برای استفاده در کودکان و نوجوانان سن ۱۲ تا ۱۸ سال [۱۴]؛ و مقیاس بهزیستی شخصی پیش‌دبستانی^۶ (PWI-PS) برای استفاده در کودکان سنین پیش‌دبستانی [۲۱].

1. comprehensive quality of life
2. personal wellbeing index
3. Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-PS)
4. Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID)
5. Wellbeing Index - School Children (PWI-SC)
6. Personal Wellbeing Index-Pre- School (PWI-PS)

پایه تحصیلی پیش دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی دانش آموزان مورد مطالعه ۱۵/۴۹ سال بوده است.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر، از ابزارهای زیر استفاده گردید:

(۱) مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC). برای بکارگیری مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) در پژوهش حاضر، ابتدا سؤال‌های آن ترجمه گردید، سپس توسط فردی غیر از مترجم به انگلیسی بازگردانده شد و با مقایسه دو ترجمه یاد شده، مشکلات مرتبط مرتفع گردید، تا اینکه نسخه نهایی تنظیم گردید. مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) در بردارنده هفت ماده رضایت مندی است که هر کدام به یک حوزه از کیفیت زندگی مربوط می‌شود، از جمله پول و سایر تعلقات، سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی، فعالیت‌های اجتماعی و اتفاقاتی که ممکن است در آینده برای فرد روی دهند. سازنده PWI-SC، مقیاس را شاخص ذهنی کیفیت زندگی می‌داند. این ابزار علاوه بر هفت سؤال اصلی است دارای یک سؤال اضافی نیز می‌باشد که کیفیت زندگی کلی را می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل کیفیت زندگی برای مقیاس به دست آید که دارای گستره ای بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. سرانجام این نمره تراز شده تا نمره ای بین ۰ تا ۱۰۰ به دست آید و نمرات به دست آمده با داده‌های هنجاری قابل مقایسه گردد.*

ویژگی‌های روان‌سنجی نمونه خارجی مقیاس در پژوهش‌های مختلف ذکر شده است [۲۲ و ۲۳]. ضرایب پایایی برای حوزه‌های کیفیت زندگی شمول مقیاس در مطالعات ملی تکرار شده با فاصله ۶ ماه در استرالیا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است [۲۴].

(۲) مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7). با توجه به کاستی‌های موجود در مقیاس‌های اندازه‌گیری

اضطراب از جمله طولانی بودن و ناکارآمدی آنها، مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7)، به عنوان یک مقیاس تشخیصی که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه بالینی را نیز مشخص سازد، تهیه شده است. مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. اسپیتزر و همکاران [۲۵]. همسانی درونی GAD-7 را فوق العاده ($\alpha = 0.92$) و پایایی باز آزمایی آن را با فاصله زمانی دو هفته، خوب ($r = 0.83$) گزارش می‌کنند. همبستگی مقیاس GAD-7 با خرده مقیاس‌های SF-20 از ۰/۳۹ تا ۰/۹۱ و همبستگی آن با مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب مقیاس SCL-90-R ۰/۷۴، گزارش شده است.

در یک مطالعه که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD-7 بر روی جمعیت نوجوان ایرانی توسط نائینیان و همکاران [۲۶] انجام گرفت، ضریب آلفای محاسبه شده مقیاس برابر ۰/۸۱ و ضریب همبستگی ناشی از باز آزمایی آن با فاصله زمانی دو هفته برابر ۰/۶۸ (۰/۰۱ < P) به دست آمد. ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس GAD-7، با کل پرسشنامه GHQ برابر با ۰/۹۱ (۰/۰۱ < P) و ضرایب همبستگی آن با خرده مقیاس‌های پرسشنامه GHQ به استثنای خرده مقیاس بد کنشی اجتماعی که برابر با ۰/۳۳ (۰/۰۱ < P) بود، بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۰ (۰/۰۱ < P) به دست آمد. نتایج بدست آمده بیانگر آن بود که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) در جمعیت دانش آموزان ایرانی از پایایی و اعتبار لازم برخوردار می‌باشد.

نحوه جمع آوری اطلاعات

پس از هماهنگی با مسئولین ذیربط در آموزش و پرورش شهرستان بجنورد و تهیه لیست مدارس فعال مقطع دبیرستان شهرستان در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸، با استفاده از روش خوشه ای چند مرحله ای ابتدا از بین مدارس موجود چند مدرسه و سپس از بین مدارس

الف-۲- پایایی مقیاس بر اساس باز آزمایی: به منظور بررسی ضریب باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، ابزار یاد شده دو هفته پس از اجرای اول در مورد ۵۰ نفر آزمودنی هایی که در مرحله اول مقیاس را تکمیل کرده بودند اجرا شد. ضریب همبستگی ناشی از باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) برابر $0/87$ ($P < 0/01$) بوده است. بنابراین می توان گفت که مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) همچنین دارای ضریب باز آزمایی مناسبی می باشد. بدین سان با توجه به یافته های پژوهش می توان اشاره نمود که نسخه فارسی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) از سطح پایایی قابل قبولی بر اساس آلفای کرونباخ و باز آزمایی بر خوردار بوده است.

ب- اعتبار مقیاس در نمونه های غیر بالینی

ب-۱- اعتبار همگرا: در این مطالعه همچنین اعتبار همگرایی مقیاس کیفیت زندگی بر اساس همبستگی با مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) بررسی گردید. ضریب همبستگی به دست آمده برای نمره مقیاس PWI-SC با نمره مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برابر با $0/35$ - ($P < 0/01$) بدست آمد، که بیانگر اعتبار همگرایی قابل قبول مقیاس PWI-SC در نمونه غیر بالینی ایرانی است. ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان PWI-SC با مقیاس یاد شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) با مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)	مقیاس
-۰/۳۵	مقیاس بهزیستی شخصی
۰/۰۰۰۱	
۵۶۳	

انتخاب شده مختلف چند کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید و محقق با مراجعه به کلاس های مربوطه اقدام به اجرای پرسشنامه به صورت گروهی نمود. سکونت در شهرستان بجنورد و تمایل شخصی دانش آموزان به همکاری با پژوهشگر از ملاک های ورود و خروج آزمودنی ها و رعایت نکات اخلاقی در پژوهش بوده است.

شیوه تحلیل داده ها

در مطالعه حاضر از روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، و رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

الف- پایایی مقیاس

الف-۱- پایایی مقیاس بر اساس همسانی درونی: به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، ضریب آلفای کرونباخ داده های تحقیق محاسبه شد. ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش برابر $0/81$ بوده است. علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ دو نیمه مقیاس نیز محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نیمه اول برابر با $0/69$ و برای نیمه دوم برابر با $0/62$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/68$ بود.

همچنین ضریب آلفای مقیاس برای نمونه های دختر و پسر شرکت کننده در پژوهش به طور مجزا محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه دختران برابر $0/79$ و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با $0/66$ ، برای نیمه دوم برابر با $0/63$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/68$ بود. همینطور ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پسران برابر $0/82$ ، و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با $0/72$ ، برای نیمه دوم برابر با $0/67$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/69$ بود. چنانکه ضرایب به دست آمده نشان می دهد یافته های پژوهش حاکی از پایداری مطلوب مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) می باشد.

ارزش ویژه یک عامل از مقدار ۱ بیشتر شده است [۲۷ و ۲۸]. بنابراین تحلیل انجام شده منجر به استخراج تنها یک عامل برای مقیاس PWI-SC گردید.

بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) بر اساس تحلیل مولفه های اصلی

ماتریس مولفه های اصلی بدون چرخش	مواد مقیاس
عامل ۱	
۰/۷۰	۱. پول و سایر تعلقات
۰/۶۰	۲. سلامتی
۰/۷۲	۳. موفقیت ها
۰/۶۸	۴. روابط شخصی
۰/۷۰	۵. احساس ایمنی
۰/۷۰	۶. فعالیت های اجتماعی
۰/۷۸	۷. اتفاقات آینده
۳/۲۶	ارزش ویژه
۴۶/۵۱	درصد واریانس تبیین شده

بنابراین یافته های به دست آمده ناشی از تحلیل عاملی نشان می دهد که مقیاس مورد مطالعه در مجموع از یک عامل اشباع می باشد و این عامل می تواند در حدود ۴۶ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کند. با این حال برای واریانس دقیق تر، تحلیل عاملی تأییدی نیز برای به دست آوردن شاخص های برازش مدل یک عاملی انجام شد. نتایج مرتبط با تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص $RMSEA = 0/078$ بوده است که بیانگر برازش متوسط مدل می باشد، چرا که هرچه این شاخص کوچکتر باشد با مدل مطلوب تری روبرو هستیم. همچنین شاخص های $GFI = 0/95$ ، $AGFI = 0/93$ ، $CFI = 0/97$ و $NNFI = 0/95$ بالاتر از ۰/۹ بوده است که نشانگر برازش خوب مدل می باشد، چرا که شاخص های یاد شده بین ۰ تا ۱ در نوسان است و هر چه این شاخص ها به یک نزدیکتر باشند نشانگر برازش مناسب مدل می باشد. در مجموع شاخص های نیکویی برازش

ب-۲- تحلیل عاملی مقیاس PWI-SC: به منظور بررسی ساخت عاملی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، اطلاعات به دست آمده از نمونه غیر بالینی (۵۶۳ نفر) با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی در جدول های ۲ تا ۴ تنظیم شده است.

جدول ۲: آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه گیری (KMO)

آزمون کفایت نمونه برداری (KMO)	۰/۸۶
آزمون کرویت بارتلت	$\chi^2 = 988/58$
درجه آزادی	$df = 21$
سطح معنی داری	$P = 0/0001$

نظر به اینکه شاخص KMO بیش از ۰/۶۰ و برابر با ۰/۸۶ می باشد [۲۷ و ۲۸]، مطالعه حاضر از کفایت نمونه برداری برخوردار بوده و بنابراین شرط کنونی برای انجام تحلیل عاملی مناسب است. همچنین از آنجا که آزمون کرویت بارتلت نیز معنی دار می باشد ($P < 0/01$)، بنابراین نمایانگر این نکته است که ماتریس همبستگی های مشاهده شده متعلق به جامعه ای با متغیرهای ناهمبسته است. از این رو، داده ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند [۲۸].

جدول ۳: ارزش های ویژه ناشی از تحلیل مولفه های اصلی به همراه درصد واریانس تبیین شده به وسیله هفت سوال

عامل	ارزش ویژه	واریانس تبیین شده	واریانس تبیین شده تراکمی
۱	۳/۲۶	۴۶/۵۱	۴۶/۵۱
۲	۰/۷۷	۱۱/۰۳	۵۷/۵۴
۳	۰/۷۵	۱۰/۷۷	۶۸/۳۱
۴	۰/۶۸	۹/۷۶	۷۸/۰۷
۵	۰/۵۶	۷/۹۵	۸۶/۰۲
۶	۰/۵۴	۷/۷۵	۹۳/۷۶
۷	۰/۴۴	۶/۲۴	۱۰۰/۰۰

چنانکه ارزش های ویژه به دست آمده برای عامل های مربوط به مواد مقیاس مورد مطالعه نشان می دهد، تنها

بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) ، رگرسیون حوزه های شمول کیفیت زندگی در برابر 'کیفیت زندگی کلی' مطابق با الگوی کامینز [۲۴] محاسبه و نتایج به دست آمده در جدول ۵ ارائه شده است.

تحلیل عاملی تائیدی مدل یک عاملی ناشی از تحلیل عاملی اکتشافی کیفیت زندگی را مناسب نشان می دهد.

ب-۳- واری رگرسیون حوزه های شمول کیفیت زندگی کلی: همچنین به منظور بررسی اعتبار سازه مقیاس

جدول ۵. اعتبار سازه مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) رگرسیون حوزه های شخصی در برابر کیفیت زندگی

کلی

حوزه های کیفیت زندگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	B	β	t
کیفیت زندگی کلی										
پول و دارایی	**۰/۶۳							۰/۳۸	۰/۳۸	۱۰/۶۶**
سلامتی	**۰/۳۹	**۰/۳۳						۰/۱۰	۰/۰۸	۲/۵۲*
موفقیت ها	**۰/۴۷	**۰/۳۹	**۰/۴۰					۰/۱۶	۰/۱۵	۴/۰۸**
روابط شخصی	**۰/۴۳	**۰/۳۵	**۰/۲۸	**۰/۴۳				۰/۱۰	۰/۰۹	۲/۶۱**
احساس ایمنی	**۰/۵۲	**۰/۴۸	**۰/۳۴	**۰/۳۳	**۰/۴۳			۰/۱۸	۰/۱۷	۴/۷۰**
فعالیت های اجتماعی	**۰/۴۰	**۰/۳۴	**۰/۲۸	**۰/۴۶	**۰/۴۲	**۰/۳۹		۰/۰۴	۰/۰۴	۱/۰۲
اتفاقات آینده	**۰/۴۳	**۰/۴۱	**۰/۳۲	**۰/۴۱	**۰/۳۳	**۰/۳۶	**۰/۴۲	۰/۰۸	۰/۰۸	۲/۳۶*

** p < ۰/۰۱ ، * p < ۰/۰۵

R^۲ تعدیل شده = ۰/۵۳

نماید [۲۳].

پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) برای استفاده در جمعیت دانش آموزان ایرانی طراحی و اجرا گردیده است. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که نسخه فارسی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) از آلفای کرونباخ مربوط به کل مقیاس و نیز ضرایب آلفای کرونباخ دو نیمه و همبستگی دو نیمه مناسبی برخوردار است. بنابراین همسانی درونی مقیاس مناسب است و از سوی دیگر ضریب باز آزمایشی بدست آمده برای مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) قابل قبول بوده، پس می توان گفت که مقیاس مذکور بر اساس انسجام درونی و ضریب باز آزمایشی به دست آمده دارای پایایی قابل قبول می باشد. این در حالی است که تعداد محدود سوال ها غالباً باعث کاهش آلفا می شود، اما این

اطلاعات ارائه شده در جدول ۵ نشان می دهد که همبستگی های به دست آمده بین سوالات مربوط به حوزه های کیفیت زندگی همگی معنی دار بوده است، R^۲ تعدیل شده برابر ۰/۵۳، و محاسبه شده مربوط به ضرایب حوزه های شمول کیفیت زندگی به جز حوزه فعالیت های اجتماعی معنی دار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

کامینز [۱۹] به منظور تهیه مقیاسی برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت بالینی و غیر بالینی نوجوانان، اقدام به ساختن مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) نمود. چنانکه در صفحات پیشین اشاره شد، محقق ویژگی های روان سنجی مقیاس یاد شده را خوب توصیف کرده و به استناد مطالعات روان سنجی انجام شده در کشور های مختلف [۲۹]، آن را به عنوان یک مقیاس کوتاه معتبر بین المللی در این زمینه معرفی می

ابعاد هفتگانه مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان، توانسته است ۵۳ درصد وضعیت کلی بهزیستی شخصی را تبیین کند که در این بین پول و سایر تعلقات، سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی و اتفاقات آینده، نقش مهمی را برعهده داشته‌اند. در حالی که فعالیت‌های اجتماعی، نقشی نداشته است، و بیانگر اهمیت شاخص‌های کیفیت زندگی در جمعیت دانش‌آموزی ایران می‌باشد. امری مهم که باید پژوهش‌های گسترده‌تر آن را واکاوی کنند.

در مجموع می‌توان گفت، بر اساس یافته‌های این پژوهش و در نمونه‌های مشخص کنونی، مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، در ایران شرایط مناسبی را به لحاظ روان‌سنجی نمایان ساخته است. بی‌تردید گسترده‌تری پژوهش‌ها و نمونه‌های بالینی و غیر بالینی متعدد می‌تواند ابعاد تازه‌ای از توان مقیاس را آشکار سازد و بر این ادعای کامینز [۱۵] که این مقیاس برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون مناسب است، پاسخ دهد.

منابع

1. Cadena, J., Vinaccia, S., Pérez, A., Rico, M.I., Rosa Hinojosa, S. and Juan-Manuel Anaya, J.M. (2003). The Impact of Disease Activity on the Quality of Life, Mental Health Status, and Family Dysfunction in Colombian Patients With Rheumatoid Arthritis *Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 3.
2. Goodinson, S. M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 327-341.
3. Rhoads, D. L., & Raymond, J. S. (1981). Quality of life and the competent community. *American Journal of Community Psychology*, 9, 293-301.
4. Simrnons, S. (1994). Quality of life in community mental health care--a review. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 153-193.

امر در این مورد کمتر به چشم می‌خورد. این یافته با نتایج بدست آمده در مطالعات روان‌سنجی مقیاس در سایر کشورها [۲۴ و ۲۹] همخوانی دارد.

کیفیت زندگی ارتباط روشنی با هیجان‌های ادراک شده ذهنی نظیر رضایت مندی و خرسندی دارد [۵] و در طی سال‌ها، مفهوم کیفیت زندگی با دربرگرفتن جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی به حوزه‌های سلامت عمومی گسترش یافته است [۳۰]. هتچ [۳۱] سازه کیفیت زندگی را در ارزیابی سلامت افراد محوری برمی‌شمارد، و به عقیده فریش [۳۲] از آنجا که هدف نهایی تمام مداخلات متمرکز بر سلامتی، ارتقای کیفیت زندگی بیماران است، سنجش کیفیت زندگی در فرایند معمول ارزیابی سلامتی و شرایط بالینی سودمند می‌نماید. بر همین اساس در مطالعات مربوط به اعتبار ابزارهای کیفیت زندگی از پرسشنامه‌های سلامت عمومی [۳۳] و نشانه‌های بالینی [۳۰] استفاده شده است. بر این اساس، در مطالعه حاضر نیز ارزیابی اعتبار همگرایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) از طریق محاسبه ضریب همبستگی مقیاس یاد شده با مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) انجام شد. همبستگی معنا دار بین مقیاس PWI-SC با مقیاس GAD-7 به دست آمد، که این یافته نیز همسو با نتایج به دست آمده در مطالعه برگلند و ویلر [۳۳] می‌باشد که دلالت بر همبستگی بین پرسشنامه کیفیت زندگی و خرده مقیاس اضطراب از پرسشنامه سلامت عمومی داشت.

از طرف دیگر، تحلیل عاملی مربوط به مقیاس PWI-SC نشان داد که پرسشنامه از یک عامل اشباع است. و بار عاملی سوال‌ها نیز مناسب بود. یافته‌های مربوط به نمونه‌های ایرانی نشان داد که در مجموع تحلیل عاملی سوال‌های هفتگانه، تبیین‌کننده ۴۶ درصد از واریانس بهزیستی شخصی بوده است. در نمونه‌های غیر ایرانی نیز، تحلیل عاملی بیانگر یک عامل بوده است [۲۴]. رگرسون انجام شده بر نمونه‌های ایرانی نشان می‌دهد که در مجموع

1. Hatch
2. Frisch

17. Marriage, K. & Cummins, R.A. (2004). Subjective quality of life and self-esteem in children: The role of primary and secondary control in coping with everyday stress. *Social Indicators Research*, 66, 107-122.
18. Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferris, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J., & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-91.
19. Cummins, R.A. (2004). Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A). Australian Centre of Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
20. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID). 2nd Edition.
21. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index- Pre- School (PWI-PS).
22. Cummins, R.A., Eckersley, R., Pallant, J., Okerstrom, E., & Davern, M. (2002). Australian Unity Wellbeing Index: Survey 3, Report 3.2 Australian Centre of Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
23. Cummins, R.A., Eckersley, R., Pallant, J., Misajon, R., & Davern, M. (2004). Australian Unity Wellbeing Index: Survey 10, Report 10. Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
24. Cummins, Robert A. (2003). Australian Unity Wellbeing Index: Cumulative Psychometric Record, Volume 9, (to accompany Report 9.0).
25. Spitzer, R. L., Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; and Bernd, Loewe (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166.
۲۶. نائینیان، محمدرضا (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برای گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال (۱۳۸۹). سومین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان. ۱۳ تا ۱۵ مهر ماه.
27. Tabachnick, B. C., Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics. 3rd ed. New York. Harper Collins.
5. Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. New York: Russell Sage.
6. Guyatt, G.H., Feeny, D.H., & Patrick, D.L. (1993). Measuring Health related quality of Life. *Annals of internal medicine*, 118, 622-629.
7. Cummins, R.A. (1997). Comprehensive quality of life Scale- Adolescent Manual (5th ed). School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
8. Steinberg, L., (1993). Adolescence. New York: McGraw Hill.
9. Greenberger, E., & Chen, C. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
10. Susan, E.J., Dorn, L.D., & Chrousos, C.P. (1991). Negative affect and Hormone Levels in Young adolescents: Concurrent and predictive perspectives. *Journal of Youth and adolescence*, 20, 167-190.
11. Bender, T. A. (1997). Assessment of subjective well-being during childhood and adolescence. In G. Phye (ed), *Handbook of classroom assessment: Learning, Achievement, and Adjustment*, Academic press, San Diego.
12. Andrews, F. M. and Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightsman (Eds), *measures of personality and social psychology attitude*. New York: Academic Press
13. Petito, F., & Cummins, R.A. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style and social support.
14. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index - School Children. 2nd Edition (PWI-SC).
15. Cummins, R.A. (1991). Comprehensive Quality of Life Scale. Manual: First Edition. Melbourne: Psychology Research Centre, (pp.1-19).
16. Gullone, E. & Cummins R.A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. *Behaviour Change*, 16, 127-139.

32. Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. In E. Diener. and D. R. Rathz (eds), *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Kluwer Academic Publishers, Great Britain, pp. 207-241.
33. Bergland, A. & Wyller T. B. (2006). Construct and criterion validity of Norwegian instrument for health related quality of life among elderly women living at home. *Social Indicators Research*, 77: 479-497.
۲۸. هومن، حیدر علی (۱۳۸۰). تحلیل داده های چند متغیره در پژوهش رفتاری. تهران، نشر پارسا.
29. Lau, A.L.D & Cummins, R.A. (2002). The use of perceived importance to identify quality of life indices for elderly Chinese people in Hong Kong: Stroke survivors compared with controls (in preparation).
30. Hays, R. D., H. Hahn and G. Marshall (2002). 'Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83 (12 Suppl 2), pp. S4-S9.
31. Hatch Alin L.(200). Clinical significance of the outcome questionnaire (QO-45.2) as compared to the symptom checklist 90 –Revised (SCL-90-R) and the quality of life Inventory(QOLI). Ph.D. desertation, Young University.

Received on: 10/11/2011

Accepted on: 11/11/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Basic Evaluation of Validity and Reliability of Personal Welfare (Life Quality) Index, Student Copy (PWI-SC)

Nainian, M.R.^{1*}, *Gohari, Z.*², *Motallebinejad, S.*³ and *Balouchan, M.*⁴

1. Assistant professor of Psychology, Shahed University

2. Bachelor of psychology, Shahed University

3. Bachelor of psychology, Shahed University

4. Bachelor of psychology, Shahed University

* Email: mnainian@yahoo.com

Abstract

Some of indices which are provided for measurement of life quality in general population are not applicable for all groups such as children and individuals with cognition disorders. In order to cope with this limitation, after some researches, personal welfare (life quality) index (PWI) was developed in Australia. Subsequently, its similar version was designed for student population of 12-year to 18 year old and its psychometric features was evaluated. So, the purpose of this study is examination of the mentioned scale psychometric features among Iranian student population. Statistical population was all of high school students in Bojnourd. A sample of 563 students was selected by cluster sampling. In this study, Personal Welfare Index Student Copy (PWI-SC), General health Questionnaire (GHQ-28), and Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) were used. Also, Pearson correlation, confirmative heuristic factor analysis, regression and t-test for independent groups were applied. Findings showed that PWI-SC based on Cronbach Alpha (0.81), two-item scale Cronbach Alpha (0.69 and 0.62), and correlation coefficient related to its retest (0.87) have appropriate reliability. Also, reliability of scale was evaluated by correlation to other questionnaires: GHQ and GAD-7. Factor analysis of the scale in Iranian student sample indicates its saturation by one factor. Generally, personal welfare index student copy (PWI-SC) has appropriate psychometric features considering the methodology limitations of this study.

Key Words: Personal Welfare Index Student Copy (PWI-SC), Life quality scale, Reliability, Validity.

Received on: 12/08/2011

Accepted on: 04/24/2013

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Halbert Index of Sexual Desire (HISD) Questionnaire Validation

*Yousefi, N.*¹, *Farsani, K.*², *Shakiba, A.*³, *Hemmati, S.*⁴ and
Nabavi Hesar, J.^{5*}

1. Assistant professor, family consultation, University of Kurdistan
2. M.A, family consultation, University of Isfahan
3. M.A, family consultation, University of Isfahan
4. Ph.D student, consultation, Shahid Chamran University
5. M.A student, consultation, Azad University of Kermanshah, Science and Researches Branch

* Email: J.Nabawi805@yahoo.com

Abstract

The main purpose of this study was evaluation of validity and reliability of HISD on a sample of Isfahan married men and women. 325 persons were selected among all married women and men visiting Isfahan cultural centers in two stages (75 persons in the first stage and 250 persons in the second one) by available sampling and completed Halbert index of sexual desire questionnaire and criterion questionnaire (sexual desire inventory, sexual self-presentation scale, and sexual performance scale). Results of internal consistency reliability coefficient such as Cronbach Alpha and Split-half Method (for 25 items) were satisfactory. In addition, single-way variance analysis indicated that there is meaningful difference in sexual desire between men and women ($P < 0.100$) and also there is meaningful and positive relation between aging and sexual desire ($P < 0.100$). Psychometric indicators resulted represent accordance of results with previous researches, and based on convergent validity and Halbert index of sexual desire reliability it can be used for measurement of individuals' sexual desire in clinical and research environments.

Key Words: Halbert index of sexual desire, Validation, Validity and reliability.

Received on: 10/17/2011

Accepted on: 04/24/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Survey of NEO-FFI Application for Measurement of Five Main Personality Factors in Iran

Daemi, F.^{1*}, *Bakhshi, A.*² and *Joshanloo, M.*³

1. M.A, psychology-family therapy, University of Science and Culture, Tehran

2. Bachelor, psychology-family therapy, University of Science and Culture, Tehran

3. M.A, psychology, Chonnam University, South Korea

* Email: Daemi.f@hotmail.com

Abstract

Many tools are developed in western countries for measurement of five-factor model which NEO-FFI is one of the most applicable tools. This test has acceptable popularity among Iranian researchers and it is used in many studies. For factor analysis, 1605 Iranian students were analyzed. Confirmatory heuristic factor analysis was used for data analysis. According to scree diagram, 5 factors were identified. Meanwhile, these 5 extracted factors are different from 5 main personality factors. Only two factors (conscientiousness and psycho-affliction) in this analysis were regenerated at some extent. In addition, these 5 factors explain relatively low percent of test score distribution (32.32%). Heuristic factor analysis showed that model fitting indicators are so weak. Generally, these results indicate non-transparent and impure factor structure of this test in applied sample and its functionality in Iran could be under question.

Key Words: NEO-FFI, Personality, Five-factor model.

Received on: 06/08/2009

Accepted on: 03/09/2011

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Surveying the Relation of Shahed Students' Cognition of Academic Atmosphere, and Their Individual and Family characteristics with Social Compatibility

Rahiminejad, A.^{1*}, *Khodayarifard, M.*², *Abedini, Y.*³ and *Paknejad, M.*⁴

1. Assistant professor of Psychology, University of Tehran

2. Professor of Psychology, University of Tehran

3. Assistant professor of Psychology, University of Isfahan

4. Assistant professor, Jihad Daneshgahi Tehran

* Email: arahimir@ut.ac.ir

Abstract

Determining the relation of Shahed students' cognition of academic atmosphere and their individual and family characteristics with social compatibility is purpose of this study. Subjects are 315 male and female Shahed students, selected among all of Tehran universities' students using stratified sampling with appropriate allocation. The applied tools in this research are California personality questionnaire and structured questionnaire for measurement of Shahed students' cognition of academic atmosphere and Shahed students' demographic features. The data were analyzed by hierarchical regression. Findings showed that Students' satisfaction from Shahed privilege, other students' positive viewpoint to Shahed students, professors' attitude, and marriage of Shahed students are predictors of Shahed students' social compatibility. No meaningful relation was observed between students' family variables such as their mothers' remarriage and social compatibility. Possible reasons for lack of meaningful relation between family variable variables such as their mothers' remarriage and social compatibility was discussed.

Key Words: Shahed students, Social compatibility, Individual characteristics, Satisfaction from Shahed privilege, Cognition of academic atmosphere.

**CLINICAL
PSYCHOLOGY
&
PERSONALITY**

Daneshvar
Raftar

Received on: 07/25/2011

Accepted on: 06/13/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Effect of Emotional Intelligence Components Education on Mental Health Improvement and Self-imagination of Athlete Girl Students (Arak Payam Nour University)

Rahmani, M.^{1*}

1. Faculty member of psychology, Payam Nour University

* Email: 2112livd2112@pnu.ac.ir

Abstract

This article determines influence of education of emotional intelligence components on mental health improvement and self-imagination of Arak Payam Nour University's athlete girl students. This is survey (analytic-descriptive) research which is quasi-empirical one. It was conducted in form of pre- and post-test with control group. 24 students were categorized in two 12-person experimental and control groups after general health questionnaire and self-imagination questionnaire. Experimental group was educated emotional intelligence components in nine 90-minute sessions during two months and finally post-test was taken from both groups. Results were analyzed by covariance analysis and SPSS software. Findings showed that education of emotional intelligence components is meaningfully effective on improvement of mental health and self-imagination of athlete girl students ($P < 0.01$). Conclusion is that education of emotional intelligence components improves mental health and self-imagination of athletes.

Key Words: Life Emotional intelligence, Self-imagination, Mental health.

Received on: 01/30/2012

Accepted on: 03/05/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Effectiveness of Educational Program based on Always Method on Bullying Boys' Social Pleasant Behaviors

Estaki Azad, N.^{1}, Amiri, Sh.², Moghtadaie, M.³ and Latifi, Z.⁴*

1. M.A, psychology and education of children with special needs
2. Associate professor, faculty of psychology, University of Isfahan
3. M.A, psychology and education of children with special needs
4. Assistant professor, faculty of psychology, Payam Nour University

* Email: Azad.psy@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was survey of effectiveness of educational program based on Always Method on second and fourth year bullying boy students' social pleasant behaviors in Isfahan. This study was semi-empirical with pre- and post-test and follow-up with experimental and control groups. Statistical population was all of second and fourth year bullying boy students in Isfahan in 2009-2010 academic year. Sample was 40 second and fourth year bullying students whom were selected by multistage random method among Isfahan six educational areas and were categorized in two 20-person experimental and control groups. Measurement tools were sociometry and peers relation questionnaire with three sub-scales: bullying, victim, and social pleasant behavior. Experimental group received ten sixty-minute sessions based on Always Method which was held twice per week. Data analysis was done by SPSS-15 software and multi-variable covariance analysis. Findings showed that educational program based on Always Method meaningfully increases social pleasant behavior rate in second and fourth year bullying boy students in post-test and follow-up ($P < 0.0001$). So, educational program based on Always Method increases social pleasant behavior and most important function of this study is its effectiveness on increase of social pleasant behavior in schools and totally within society. This method can be offered to children's experts for reduction of annoying and destructive behaviors and improvement of social pleasant behavior level in peers' relations.

Key Words: Educational program based on Always Method, Social pleasant behaviors and bullying.

Received on: 05/12/2010

Accepted on: 12/11/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Comparison of General Health, Job Stress, and Burnout among Ordinary and Mental-retarded-student Schools' Teachers

Mehrabizadeh Honarmand, M.¹, Atashafrouz, A.^{2},
Shahni Yeilagh, M.³ and Rezaie, Sh.⁴*

1. professor of Psychology, Shahid Chamran University
2. Ph.D student, educational psychology
3. Professor of Psychology, Shahid Chamran University
4. M.A, educational psychology

* Email: a.atashafrouz@gmail.com

Abstract

The purpose of this study is comparison of general health, job stress, and burnout among ordinary and mental-retarded-students primary schools' teachers in Khuzestan province. 125 mental-retarded-student teachers were selected by multistage random method. Also, 125 ordinary-student teachers were selected from the same area which mental-retarded-student teachers were chosen. Data gathering tools were general health questionnaire (GHQ), job stress generators questionnaire for teachers (JSQT), Maslach burnout inventory (BMI) questionnaire. For data analysis, descriptive statistics methods (mean, standard deviation), and deductive methods (multi-variable variance analysis) were applied. Analysis results showed that mental-retarded-student teachers have worse general health in comparison with ordinary-student teachers. Also, findings indicated that there was no meaningful difference in job stress between the two groups of teacher. But burnout in all dimensions (emotional analysis, depersonalization, and lack of individual success) was more observed in mental-retarded-student teachers in comparison with ordinary-student teachers.

Key Words: General health, Job stress, Burnout.

Received on: 12/07/2011

Accepted on: 02/05/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Surveying the Relation between D-personality Type, Coping Styles, and General Health

Bakhshayesh, A.R.^{1*} and *Dehghani, F.*²

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Yazd

2. Ph.D student of psychology, University of Isfahan

* Email: abakhshayesh@yazduni.ac.ir

Abstract

This study was conducted aimed to survey the coping styles, general health of D-personality individuals and relations between these variables. The methodology was descriptive correlation research. Subjects were 400 students, selected by stratified sampling. DS-14 scale, general health questionnaire (GHQ), and CISS questionnaire were applied for data collection. Data analysis was done using correlation, regression analysis, and t-test. Correlation test results showed that D-personality type has meaningful relation with mental health and problem-oriented and emotion-oriented coping styles ($P < 0.01$). Regression analysis indicated that problem-oriented and emotion-oriented coping styles and personality type have respectively more share in mental health prediction ($P < 0.01$). In addition, according to t-test results, there were significant and meaningful difference between D-type individuals and non-D-type individuals in their mental health and coping styles ($P < 0.05$). Individuals with D-type personality have less general health and emotion-oriented coping style than non-D-type. So, it seems that D-type personality can have important effect on general health and application of various coping styles.

Key Words: D-type personality, Coping styles and general health.

Received on: 02/01/2012

Accepted on: 05/14/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Effectiveness of Education of Self-esteem Behavior-Cognition Approach on High School Male Students' Aggression in Shahre-Kurd

Karami Boldaji, R.^{1}, Baharloo, Gh.², Zareie, E.³ and Sabetzadeh, M.⁴*

1. M.A, in Family Counseling University of Hormozgan

2. M.A, in Family Counseling University of Isfahan

3. Assistant professor, General Psychology, University of Hormozgan

4. M.A, in Family Counseling University of Hormozgan

* Email: karamiboldaji@gmail.com

Abstract

This study was conducted in order to examine effectiveness of educating self-esteem behavior-cognition approach on students' aggression. The methodology was experimental research with pre-test and post-test for control group. Statistical population included all high school male students in Share-Kurd. The sample was 30 students whom were selected among 100 students answering aggression questionnaire, their scores were one standard deviation lower than mean and these 30 students were randomly categorized in two 15-person experimental and control groups. Experimental group attended in 8 sessions of self-esteem behavior-cognition education, 1.5 hour per week while control group did not receive any educational courses. Research tools included Coopersmith self-esteem questionnaire, Buss and Perri aggression questionnaire and after data collection, covariance analysis was used in addition to descriptive statistics methods for data analysis. Data analysis shows that self-esteem behavior-cognition education in ($P < 0/05$) causes reduction of teens' aggression.

Key Words: Behavior-cognition education, Self-esteem, Teens' aggression.

Received on: 06/26/2011

Accepted on: 12/11/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Surveying Relation of Emotional Intelligence, Coping Strategies against Stress, and General Intelligence with Pre-university Students' Academic Achievement

Sepehrian Azar, F.^{1*}

1. Assistant professor, faculty of psychology, University of Orumieh

* Email: f_sepehrian@yahoo.com

Abstract

The purpose of this study is analyzing the relation of emotional intelligence, coping strategies against stress, and general intelligence with Orumieh pre-university students' academic development and achievement. Statistical population was all of male and female high school students in Orumieh. At first, 310 persons were selected by multistage cluster sampling and answered to Bar-On emotional intelligence test and Endler & Parker stress coping questionnaire. Then 50 persons were randomly selected and answered to Kettle IQ test. The methodology of this research was correlation and for data analysis we applied mean, standard deviation, heuristic and confirmatory analysis, structural equations modeling (for 310 students) and Pearson correlation coefficient, and multi-variable regression (for 50 students). Results of structural equations modeling indicated that direct effect of emotional intelligence on academic achievement and problem-oriented method is meaningful and positive. Emotion-oriented method has meaningful reverse relation with academic achievement. Also, results of multi-variable regression showed that general intelligence is the meaningful and significant predictor of academic achievement.

Key Words: Emotional intelligence, General intelligence, Coping strategies against stress, academic achievement.

Received on: 10/13/2011

Accepted on: 05/26/2012

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Comparison of Characteristics in Popular and Solitary Girl Students

Sedaghat, M. ^{1}, Bahrami, H. ², Kiamanesh, A.R. ³ and Lak, Z. ⁴*

- 1. Master of personality psychology, Azad University of Tehran , Science and Researches Branch*
- 2. Professor of Psychology, Azad University of Tehran , Science and Researches Branch*
- 3. Professor of Psychology, Azad University of Tehran , Science and Researches Branch*
- 4. Master of clinical psychology, Allame Tabatabaie University*

* Email: masoome.sedaghat@gmail.com

Abstract

Human being is a social creature and having social relationships is one of his substantial needs. Our purpose is comparing the characteristics in popular and solitary high school girl students. The methodology is casual comparative research. Statistical population is all of high school girl students in Baharestan. Sampling was done in a random cluster method. 8 schools were selected among 21 schools through random cluster sampling. 1232 girl participated in the study, 368 of them were categorized in popular and solitary girls categories by sociometry method. 57-question Eysenck personality inventory was used for measurement of girls' characteristics and for selection of popular and solitary girls, sociometry questionnaire was applied. Chi-square was applied for statistical analysis and introversion and psycho-neurotic affliction mean in solitary group was higher than popular one. Findings show that individuals' characteristics can influence solitude and popularity.

Keywords: Characteristics, Popular teenager, Solitary teenager, Sociometry, High school student.

Received on: 07/08/2012

Accepted on: 05/20/2013

*Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014*

Comparison of Therapy Based on Problem-solving Skills and Confronting with Weight Management Therapy Cognition in Body Mass Index (BMI) Reduction and Improvement of Weight Efficient Lifestyle

Jan Bozorgi, M. ¹, Agah Haris, M. ², Mousavi, E. ^{3}, Alipour, A. ⁴, Golchin, N. ⁵ and Nouhi, Sh. ⁶*

1. Associate professor, university and seminary research center
2. Assistant professor of Psychology, Payam Nour University of Garmsar
3. Master of psychology, Payam Nour University
4. Professor of psychology, Payam Nour University
5. Master of psychology, Payam Nour University
6. Ph.D student of psychology, Azad University

* Email: ehm.mousavi @gmail.com

Abstract

Having inefficient lifestyle, incorrect dietary habits, low body exercise, and social-cultural environment malfunction are main factors for overweighting and fatness. So this survey tries to compare efficiency of two methods of therapy based on problem-solving skills and weight management therapy cognition in BMI reduction and improvement of weight efficiency lifestyle among overweight and fat women. For this purpose, 34 women with BMI > 25 were selected by available sampling and were categorized in two test groups of therapy based on problem-solving, and confronting with and cognition of therapy (each group 17 persons). All of tested women answered to WEL questionnaire items at the beginning, at the end, and 12 weeks after each therapy course finish and their BMI was calculated. Data analysis through SPSS 16th version and by applying frequent-measurement variance analysis test showed that two interventions have led to meaningful reduction of BMI ($P < 0.05$). But no meaningful difference was observed between these two interventions in this area ($P > 0.05$). Also, there was no significant difference between the two interventions on improvement of weight efficiency lifestyle ($P > 0.05$). Therefore, it could be concluded that using special methods of each intervention such as self-supervision, correction of destructive thought, problem-solving skills, and strategies against environmental and emotional clues for triggering of eating, subjects could increase self-inhibition and resistance against these stimuli and help to improve their weight efficient lifestyle and their weight losing.

Keywords: Therapy cognition, Problem-solving and confronting, Body mass index, Weight efficient lifestyle.

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 تازی	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 غضنفری 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 منتقل‌شونده جنسی	معصومه حیدری و همکاران	۹۲	وزیری	اول	پرستاری و مامایی	۴۵۰۰۰
۱۴	آسیب‌شناسی عمومی مقایسه‌ای: نئوپلازی (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 شش‌سیگما	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 کریمی	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 قانلی	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 نویدی	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؟	آرژتا کیایی آسیابر	۹۰	وزیری	اول	پرستاری و مامایی	۲۸۰۰۰
۳۲	کارآفرینی و مدیریت کسب و کار	سعد صفری	۹۰	جیبی	اول	علوم انسانی	۲۴۰۰۰
۳۳	آشنایی با هندسه متفلسف	بهزاد نجفی	۹۰	وزیری	اول	علوم پایه	۵۲۰۰۰
۳۴	گفتمان ایثار و شهادت در انقلاب اسلامی	زاهد غفاری هاشجین	۹۰	وزیری	اول	علوم انسانی	۲۸۰۰۰
۳۵	مدیریت اضطراب اجتماعی (جلد ۱)	غلام‌حسین قانلی	۹۰	وزیری	اول	پزشکی	۷۵۰۰۰

CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY

(Daneshvar Raftar)

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Twentieth Year, No.9
Autumn & Winter 2013-2014

Clinical Psychology and Personality 9

- **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

Afroz G.A. Ph.D: Tehran Univ.

Asghari Moghaddam, M.A. P.h.D: Shahed Univ.

Delavar, A. Ph.D: Allame Tabatabaei Univ.

Dezhkam, M. Ph.D: Shahid Beheshti Medical Univ.

Faghihzadeh, S. Ph.D: Tarbiat Modares Univ.

Fathi-Ashtiani, A. Ph.D: Baghyatallah Medical Sciences Univ.

Noorbala, A.A. Ph.D: Tehran Medical Sciences Univ.

Roshan Chesly, R. Ph.D: Shahed Univ.

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
website: http://cpap.shahed.ac.ir

Index:

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

Table of Contents

- ◆ **Comparison of Therapy Based on Problem-solving Skills and Confronting with Weight Management Therapy Cognition in Body Mass Index (BMI) Reduction and Improvement of Weight Efficient Lifestyle**
Jan Bozorgi, M., Agah Haris, M., Mousavi, E., Alipour, A., Golchin, N. and Nouhi, Sh. 1/۱۴۰
- ◆ **Comparison of Characteristics in Popular and Solitary Girl Students**
Sedaghat, M., Bahrami, H., Kiamanesh, A.R. and Lak, Z. 2/۱۳۹
- ◆ **Surveying Relation of Emotional Intelligence, Coping Strategies against Stress, and General Intelligence with Pre-university Students' Academic Achievement**
Sepehrian Azar, F. 3/۱۳۸
- ◆ **Effectiveness of Education of Self-esteem Behavior-Cognition Approach on High School Male Students' Aggression in Shahre-Kurd**
Karami Boldaji, R., Baharloo, Gh., Zareie, E. and Sabetzadeh, M. 4/۱۳۷
- ◆ **Surveying the Relation between D-personality Type, Coping Styles, and General Health**
Bakhshayesh.A.R and Dehghani.F 5/۱۳۶
- ◆ **Comparison of General Health, Job Stress, and Burnout among Ordinary and Mental-retarded-student Schools' Teachers**
Mehrabizadeh Honarmand.M, Atashafrouz.A, Shahni Yeilagh.M and Rezaie.Sh 6/۱۳۵
- ◆ **Effectiveness of Educational Program based on Always Method on Bullying Boys' Social Pleasant Behaviors**
Estaki Azad, N., Amiri, Sh., Moghtadaie, M. and Latifi, Z. 7/۱۳۴
- ◆ **Effect of Emotional Intelligence Components Education on Mental Health Improvement and Self-imagination of Athlete Girl Students (Arak Payam Nour University)**
Rahmani, M. 8/۱۳۳
- ◆ **Surveying the Relation of Shahed Students' Cognition of Academic Atmosphere, and Their Individual and Family characteristics with Social Compatibility**
Rahiminejad, A., Khodayarifard, M., Abedini, Y. and Paknejad, M. 9/۱۳۲
- ◆ **Survey of NEO-FFI Application for Measurement of Five Main Personality Factors in Iran**
Daemi, F., Bakhshi, A. and Joshanloo, M. 10/۱۳۱
- ◆ **Halbert Index of Sexual Desire (HISD) Questionnaire Validation**
Yousefi, N., Farsani, K., Shakiba, A., Hemmati, S. and Nabavi Hesar, J. 11/۱۳۰
- ◆ **Basic Evaluation of Validity and Reliability of Personal Welfare (Life Quality) Index, Student Copy (PWI-SC)**
Nainian, M.R., Gohari, Z., Motallebinejad, S. and Balouchan, M. 12/۱۲۹