



پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

علمی - پژوهشی

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

سال ۱، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

۲

- ۵ اثر بخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
محسن خورشیدزاده، احمد برنجی، فرامرز بهرانی، علی دلاور
- ۲۵ بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت ...
حسین حسن آبادی، سعید معزود، عاطفه سلطانی فر
- ۳۹ رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند
صدیقه صفایی، لیان ده‌بیگانی، سیلوش صالح‌صند
- ۵۳ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خود تنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایرانی
محمدعلی بشارت
- ۷۱ بررسی اثربخشی برنامه "ارتقا، کیفیت زندگی زوجین" بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان
پروانه کلفانی، حمیدرضا آقا محمدیان شیریان، مرتضی مدرس غروی، بهروز بهرام
- ۸۷ بررسی بازدارندگی پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی: کاربرد آزمون استروپ ...
علی مشهدی، شادامیدی، عاطفه سلطانی فر، سعید تیموری
- ۱۰۵ اثر بخشی آموزش نظریه ذهن بر ارتقا، سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی ...
سمیه تقصاری نژاد، گیتا موالی، نرگس انبیا سرشکی
- ۱۲۱ بررسی رابطه انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان در دانشجویان ...
ابوالفضل غفاری، فاطمه ارفع‌نوجی
- ۱۳۷ بررسی رابطه بین الکسی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان
ایران دلاوی، فروز افشاری
- ۱۵۱ بررسی رابطه‌ی تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و ...
حمیدرضا عرفی‌سلانی، سید میثم بیاضی، میثم صافقی
- ۱۷۱ بررسی رابطه خود-انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با کمروبی در دانشجویان
علامه راجی، قدرت‌الله عباسی
- ۱۸۳ روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شدم (RDAS)
ناصر یوسفی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش‌های

روان‌شناسی بالینی و مشاوره

(تفکیک شده از مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

سال ۱، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۱۲۴۱۱۴۰۵ مورخ ۸۳/۲/۱۲

این مجله با همکاری انجمن ایرانی تعلیم و تربیت منتشر می‌شود
و به استناد مجوز ۸۹/۳/۱۱/۱۰۵۰۳۴ مورخ ۸۹/۱۲/۱۴ کمیسیون نشریات علمی کشور
دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)
- و در پایگاه Magiran نیز در دسترس قرار دارد

مدیر مسؤول : دکتر بختیار شعبانی ورکی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

سر دبیر : دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

هیات تحریریه :

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر امیر امین یزدی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر نورمحمد بخشانی	دانشیار علوم پزشکی زاهدان
دکتر محمدعلی بشارت	استاد دانشگاه تهران
دکتر فریبرز در تاج	دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر جواد صالحی فدردی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید محمود طباطبایی	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره :

دکتر حمید رضا آقامحمدیان شعرباف، دکتر نورمحمد بخشانی، دکتر محمد علی بشارت، دکتر حسین حسن آبادی، دکتر علی دلاور، دکتر زهره سپهری شاملو، دکتر جواد صالحی فدردی، جعفر طالبیان شریف، دکتر زهرا طیبی، دکتر محمد رضا عابدی، دکتر محمد سعید عبدخدایی، دکتر باقر غباری بناب، دکتر علی غنایی، دکتر کیومرث فرحبخش، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، دکتر محمد باقر کجباف، دکتر مرتضی مدرس غروی، دکتر علی مشهدی، دکتر محمد نریمانی، دکتر عبدالکاظم نیسی

کارشناس مجله : علی نقدی دولو

ویراستار : حسین باقری

مجله در ویراستاری، تنظیم و تلخیص مطالب آزاد است. ترتیب مقاله ها نشان دهنده ارزش علمی یا شخصیت نویسندگان نیست. دیدگاه های مندرج در نوشته ها الزاما مبین نظر مجله نیست.

✧ برای دریافت راهنمایی نحوه نگارش مقاله، لطفا به وبگاه مجله مراجعه نمایید. ✧

نشانی دفتر مجله: مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،

صندوق پستی ۱۵۱۸ - کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

دور نگار : ۰۵۱۱ ۸۷۸۳۰۱۲

تلفن : ۰۵۱۱ ۸۸۰۳۶۸۷

آدرس وبگاه مجله : <http://tpccp.um.ac.ir>

فهرست مندرجات

- ۵ اثر بخشی طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
محسن خورشیدزاده، احمد برجلی، فرامرز سهرابی، علی دلاور
- ۲۵ بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوجهای دارای روابط خارج از ازدواج
حسین حسن آبادی، سعید مجرد، عاطفه سلطانی فر
- ۳۹ رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند
صدیقه صفایی، ایمان اله بیگدلی، سیاوش طالع پسند
- ۵۳ بررسی ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس خود تنظیم گری در نمونه ای از جامعه ایرانی
محمدعلی بشارت
- ۷۱ بررسی اثربخشی برنامه "ارتقاء کیفیت زندگی زوجین" بر رضایت مندی زناشویی و سلامت روان
پروانه کاظمی، حمید رضا آقامحمدیان شهرباف، مرتضی مدرس غروی، بهروزمهرام
- ۸۷ بررسی بازداري پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال های طیف در خودماندگی: کاربرد آزمون استروپ رایانه ای
علی مشهدی، ندا حمیدی، عاطفه سلطانی فر، سعید تیموری
- ۱۰۵ اثر بخشی آموزش نظریه ذهن بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر
سمیه انصاری نژاد، گیتا موللی، نرگس ادیب سرشکی
- ۱۲۱ بررسی رابطه انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد
ابوالفضل غفاری، فاطمه ارفع بلوچی
- ۱۳۷ بررسی رابطه بین الکی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان
ایران داودی، افروز افشاری
- ۱۵۱ بررسی رابطه ی تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خود تسلط یابی در کارکنان اقماری
حمیدرضا عریضی سامانی، سید میثم دیباجی، میثم صادقی
- ۱۷۱ بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با کمرویی در دانشجویان
غلامرضا رجبی، قدرت اله عباسی
- ۱۸۳ بررسی شاخص های روان سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده (RDAS)
ناصر یوسفی



خورشید زاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۹۰). اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۲۴-۵

اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

محسن خورشید زاده^۱، احمد برجعلی^۲، فرامرز سهرابی^۳، علی دلاور^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۰

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده است. تعداد ۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۲۰ جلسه تحت درمان انفرادی با مدل طرح‌واره درمانی یانگ قرار گرفتند و مرحله پیگیری نیز، دو ماه پس از پایان درمان دنبال شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS)، پرسشنامه فرم بلند طرح‌واره یانگ (YSQ-L2)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE)، مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-10) و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش بهبود تشخیصی و معناداری بالینی استفاده گردید. طرح‌واره درمانی، موجب کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرح‌واره و متعاقب آن سبب کاهش معنادار آماری و بالینی در آماج‌های اصلی درمان (ترس و اجتناب) می‌شود. طرح‌واره درمانی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی زنان از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اضطراب اجتماعی

^۱. دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبائی، mkhorshid86@yahoo.com

^۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

^۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

^۴. استاد دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) یا هراس اجتماعی^۲ به عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی (لمپ^۳، ۲۰۰۹؛ گارسیا-لوپز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (هافمن^۵ و بارلو^۶، ۲۰۰۲؛ فهم^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است (انجمن روان‌پزشکی روان‌پزشکی آمریکا^۸، ۱۳۸۱) و در جایگاه سوم اختلال‌های روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون^۹، ۲۰۰۸؛ کسلر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۴) و اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی (رپی^{۱۱}، ۱۹۹۵) ایجاد می‌کند و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال زمینه ساز اختلال‌های شخصیتی، اختلال‌های خلقی، اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با مواد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱) و از این رو در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ به نقل از رپی و اسپنس^{۱۴}، ۲۰۰۴) و ضرورت پرداختن به تبیین و شیوه‌های درمان آن، با مرور سابقه پژوهشی این اختلال که در سال ۱۹۸۰ با انتشار سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان یکی از اشکال آسیب‌شناسی روانی شناخته شد، آشکار می‌شود. اگرچه این اختلال دیرتر از سایر اختلال‌ها، توجه پژوهشگران آسیب‌شناسی را به خود جلب کرد و تا انتشار DSM III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) مطرح نشد، با این وجود، در خلال چندین سال گذشته، پژوهش‌ها به سمت ماهیت و درمان آن کشیده شده‌اند (رپی و هیمبرگ^{۱۵}، ۱۹۹۷). با وجود حجم بسیار تحقیق‌های انجام شده در این حوزه، ریشه اضطراب اجتماعی به خوبی درک نشده است. تحقیق‌های همه‌گیر شناسی و

^۱. social anxiety disorder

^۲. social phobia

^۳. Lampe

^۴. Garcia-Lopez

^۵. Hofmann

^۶. Barlow

^۷. Fehm

^۸. American Psychiatry Association (APA)

^۹. Nicholson

^{۱۰}. Kessler

^{۱۱}. Rapee

^{۱۲}. Stein

^{۱۳}. Furmark

^{۱۴}. Spence

^{۱۵}. Heimberg

بالینی نشان می‌دهند که بین فرآیندهای فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در اضطراب اجتماعی رابطه‌ای متقابل وجود دارد (کپلند^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از پینتو-گاوایا^۲، ۲۰۰۶). متغیرهای خلق و خو، سبک فرزند پروری، روابط با همسالان و رویدادهای منفی زندگی بر رشد و توسعه اضطراب اجتماعی دلالت دارند (نیل^۳ و ادلمن^۴، ۲۰۰۳؛ رپی و اسپنس، ۲۰۰۴). نتایج تحقیق لمپ (۲۰۰۹)، نشان می‌دهد که عوامل شناختی، اختلال اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و عواملی همچون ژنتیک، شخصیت و خلق و خو، در ابتلا به SAD نقش دارند. نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرح‌واره‌ها هستند. طرح‌واره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان و شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمد هستند. آن‌ها ممکن است هسته اصلی اختلال‌های شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های مزمن محور I قرار بگیرند (یانگ^۵، ۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی نیز یک اختلال مزمن و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های کودکی و نوجوانی است (ورهلست^۶، وندرلند^۷، فردیناند^۸ و کاسیوس^۹، ۱۹۹۷؛ به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶) که باعث بروز مشکلات طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود. تحقیق‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به SAD طرح‌واره‌هایی دارند (ویلسون^{۱۰} و رپی، ۲۰۰۶) که این طرح‌واره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرح‌واره درمانی تلقی می‌شوند. در تحقیقی که بر روی باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران اضطرابی انجام شد (پینتو-گاوایا، کاستیلهو^{۱۱}، گالهرادو^{۱۲} و کنها^{۱۳}، ۲۰۰۶)، نشان داد طرح‌واره بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلال‌های اضطرابی و بیماران غیر روان‌شناختی متفاوت است. نتایج تحقیق‌های آن‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به SAD در بیشتر زیرمقیاس‌های پرسشنامه طرح‌واره یانگ نسبت به افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی دیگر، امتیازهای بالاتری کسب نمودند. این بدان معنی است که هراس اجتماعی بیشتر از اختلال‌های اضطرابی دیگر با

^۱ . Coupland

^۲ . Pinto- Gouveia

^۳ . Neal

^۴ . Edelmann

^۵ . Young

^۶ . Verhulst

^۷ . Vanderlande

^۸ . Ferdinand

^۹ . Kasius

^{۱۰} . Wilson

^{۱۱} . Castilho

^{۱۲} . Galhrado

^{۱۳} . Cunha

ناسازگاری باورهای مرکزی در ارتباط است. باورهای مرکزی^۱ که در تحقیق‌های تجربی توجه زیادی به آن‌ها نشده است، می‌توانند به عنوان یک متغیر میانجی احتمالی بین شیوه‌های فرزند پروری والدین و تمایل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی به تهدید آمیز تعبیر کردن موقعیت‌های اجتماعی قرار گیرند. شیوه مراقبتی والدین که از طریق انتقاد و یا مراقبت افراطی اعمال می‌گردد، به فرزند این پیام را می‌دهد که در روابط اجتماعی ناتوان، فاقد صلاحیت و ناکارآمد است و دیگران را انتقادگر و دلیل انزوای رفتارشان بدانند؛ لذا این عوامل، باورهای مرکزی در ترس‌های هراس اجتماعی می‌باشند.

طرح‌واره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین گردید. طرح‌واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و بر ریشه‌های تحولی^۲ مشکل‌های روان‌شناختی در دوران کودکی کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده^۳ و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تاکید دارد. بسیاری از مطالعه‌های پژوهشی، نشان دادند رفتار درمانی شناختی برای بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است. اما در مطالعه‌های پیگیری تنها ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معنادار بالینی دست می‌یابند (ماسکوویچ^۴، ۲۰۰۸). رفتار درمانی شناختی در سطح شناخت شناخت واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند، سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرح‌واره‌ها می‌پردازد (داگاس^۵، رابی چاوود^۶، ۲۰۰۷؛ لی هی^۷ و هالند^۸، ۲۰۰۰؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸)، اما در طرح‌واره درمانی این روند برعکس دنبال می‌شود. در فرآیند طرح‌واره درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت واره می‌روند. به عبارتی در طرح‌واره درمانی، روش پایین به بالا در پیش گرفته می‌شود (یانگ، ۱۳۸۶).

سفران^۹ (۱۹۹۰)، اعتقاد دارد که افراد دچار مشکل‌های هیجانی، طرح‌واره‌های بین فردی در ذهنشان نقش بسته است، که این طرح‌واره‌ها، بازنمایی تعمیم یافته ارتباط با خویشان و دیگران را بر عهده دارند و با ایجاد چرخه شناختی بین فردی^{۱۰}، مانع اثرگذاری دقیق و کامل فنون شناخت درمانی می‌شوند.

^۱ . core beliefs

^۲ . origins

^۳ . emotive

^۴ . Moscovitch

^۵ . Dugas

^۶ . Robi Chaud

^۷ . Leahy

^۸ . Holland

^۹ . Safran

^{۱۰} . cognitive interpersonal cycle

بورووک^۱، نیومن^۲ و کاستن گوی^۳ (۲۰۰۴) با جمع بندی پژوهش‌های شناختی- رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که بایستی برای افزایش کارآیی درمان‌های شناختی- رفتاری به مؤلفه‌های بین فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود. اگرچه عوامل تداوم بخش، آماج اصلی شناخت درمانی محسوب می‌شوند (بارلو، ۲۰۰۲)، اما اخیراً نظریه پردازی و گمانه زنی‌های زیادی در این باره صورت گرفته است که نباید به عوامل زمینه سازی توجهی کرد (پنینگتون^۴، ۲۰۰۲).

در حوزه اختلال‌های اضطرابی نیز این مسأله توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه ساز در شکل گیری اختلال‌های اضطرابی را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آن‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلال‌ها تأثیر بگذارد (وسی^۵ و دادز^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸). طرح‌واره درمانگران، نقش نیازهای هیجانی اساسی، خلق و خو، تجارب اولیه زندگی و شیوه‌های فرزندپروری را به عنوان عوامل زمینه ساز اختلال‌ها بسیار جدی تلقی می‌کنند و آن‌ها را ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها می‌دانند که اهمیت بسزایی در شکل گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ایجاد کننده و تداوم دهنده اختلال‌ها دارند. به اعتقاد یانگ (۱۳۸۶)، هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است. بهبود طرح‌واره از طریق فرآیند درمان، که در برگیرنده مداخله‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است امکان پذیر است. بهبود طرح‌واره یعنی کاهش شدت خاطره‌های مرتبط با طرح‌واره، کاهش فعال شدن هیجانی طرح‌واره و کاستن از ناسازگاری شناخت واره‌ها. روند بهبود طرح‌واره، طولانی و دشوار است. از آنجا که طرح‌واره‌ها، هسته اصلی هویت فرد را تشکیل می‌دهند و عمیقاً با باورهای فرد راجع به خودش و محیط اطرافش گره خورده‌اند و شامل تمام چیزهایی می‌شوند که فرد می‌داند، لذا تغییر آن به سختی انجام می‌گیرد. بیمار در برابر تغییر طرح‌واره مقاومت می‌کند و این مقاومت را نوعی صیانت ذات^۷ می‌داند؛ لذا طرح‌واره‌ها را نمی‌توان از بین برد، بلکه می‌توان در روند بهبود، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آن‌ها کاست و این نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرح‌واره‌ها از سوی بیمار است و نیاز به انضباط دقیق و تمرین فراوان دارد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

^۱. Borrovec

^۲. Newman

^۳. Castonguay

^۴. Pennington

^۵. Vase

^۶. Dads

^۷. self- defeating

روش

طرح پژوهش

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی^۱ از نوع خط پایه چندگانه^۲ استفاده شده است. با توجه به نکات مثبت طرح‌های تجربی تک موردی، مثل داشتن کنترل نسبی روی شرایط آزمایش، سنجش مداوم و سنجش خط پایه (بارلو و هرسن^۳، ۱۹۸۴) در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده گردید.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دادند که به مراکز مشاوره دانشگاه‌های بیرجند مراجعه نموده و با اجرای آزمون‌های اضطراب اجتماعی (SPIN و LSAS) این اختلال در آن‌ها تشخیص داده شده بود. آزمودنی‌های پژوهش، از این جمعیت به روش هدفمند انتخاب شدند و سرند اولیه برای گزینش نمونه‌ای دارای معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: نداشتن اختلال شخصیت شدید، عدم دریافت درمان روان‌شناختی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی تا ۴ ماه قبل از درمان و نداشتن سوء مصرف مواد. برای این که مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسشنامه میلون^۴ (MCMI) بر روی آن‌ها اجرا شد. منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلون، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپ و پارانوئید است. حجم نمونه پژوهش ۵ نفر بود که پس از موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، درمان طرح‌واره به گونه انفرادی بر روی آن‌ها اجرا شد. ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

بیمار اول	سن	جنس	تحصیلات	مدت ابتلا	تأهل	حوزه‌های فعال طرح‌واره
بیمار اول	۲۰	زن	ترم ۷ مهندسی کشاورزی	۱۰ سال	مجرد	گوش به زنگی
بیمار دوم	۲۱	زن	ترم ۷ حقوق	از دوران راهنمایی	مجرد	بریدگی و طرد و عملکرد مختل
بیمار سوم	۲۱	زن	ترم ۶ ادبیات فارسی	از حدود ۵ سالگی	مجرد	بریدگی و طرد
بیمار چهارم	۲۱	زن	ترم ۵ تاریخ	از حدود ۱۲ سالگی	مجرد	بریدگی و طرد و گوش به زنگی
بیمار پنجم	۲۳	زن	ترم ۶ روان‌شناسی	از دوران راهنمایی	مجرد	بریدگی، طرد و دیگر جهت‌مندی

^۱ . single case

^۲ . multiple base line

^۳ . Hersen

^۴ . Millon Clinical Multiaxial Inventory

ابزار

۱. مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی^۱ (CIDI): یک مصاحبه جامع استاندارد است که می‌تواند برای ارزیابی اختلال‌های روانی و تشخیص‌گذاری بر اساس تعاریف و ملاک‌های دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) - سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳ و چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) مورد استفاده قرار گیرد. این ابزار ابتدا با هدف استفاده در مطالعه‌های همه‌گیر شناختی اختلال‌های روانی طراحی شد، ولی می‌تواند برای سایر اهداف بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. CIDI دارای ۱۷ حیطه اصلی تشخیصی است که دو نسخه دوازده ماهه و طول عمر دارد، که نسخه طول عمر آن به فارسی ترجمه و اعتبار‌یابی شده است (کاویانی، علاقبندراد، شریفی، پورناصح و احمدی ابهری، ۱۳۸۵).

۲. پرسشنامه هراس اجتماعی^۲ (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور^۳ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و مزیت همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است که برای مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، درجه‌بندی می‌شود.

۳. مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز^۴ (LSAS-SR): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آن‌ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت در دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و اجتناب (۱۱ عبارت) است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و رفتار اجتنابی ۰/۹۱ گزارش شده است (فرسکو^۵، ۲۰۰۱).

۴. پرسشنامه طرح‌واره یانگ-فرم بلند^۶ (YSQ-L2): ۲۰۵ سؤال دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۶

^۱. Composite International Diagnostic Interview

^۲. Social Phobia Inventory

^۳. Cannor

^۴. Liebowitz Social Anxiety Scale

^۵. Fresco

^۶. Young Schema Questionnaire (YSQ)

درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. به منظور نمره گذاری این پرسشنامه، امتیازهای هر یک از مقیاس‌ها با هم جمع و نمره کل محاسبه می‌شود. کسب نمره بالاتر از نمره برش به مفهوم وجود آن طرح‌واره در فرد است که نیاز به چالش مشاوره‌ای وجود دارد. این پرسشنامه ۱۶ طرح‌واره را در ۵ حوزه مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ۱۶ مقیاس که بر روی نمونه آماری شامل ۵۲۹ نفر از اولیا دانش آموزان، فرهنگیان و دانش آموزان شهر تهران انجام شده بود (کردلو، ۱۳۸۸)، بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۸ گزارش شده است. YSQ، هم دارای فرم بلند است و هم دارای فرم کوتاه (۷۵ سوالی). یانگ و همکارانش (۱۳۸۶) توصیه می‌کنند برای کارهای بالینی بهتر است از فرم بلند پرسشنامه استفاده شود؛ زیرا سؤال‌های بیشتری برای هر طرح‌واره مطرح شده و اطلاعات دقیق‌تری فراهم می‌شود.

۵. مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی^۱ (BFNE)، در سال ۱۹۸۳ توسط لیری^۲ به منظور سنجش اضطراب ناشی از ارزیابی اجتماعی بر مبنای مقیاس ترس از ارزیابی منفی (واتسون^۳ و فرند^۴، ۱۹۶۹؛ به نقل از کالینز^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) ساخته شد. ضریب همسانی درونی آزمون بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۸ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماه بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ (در نمونه‌های خارجی) گزارش شده است. شکری و همکاران (۱۳۸۷) با اجرای آزمون بر روی نمونه ۳۲۵ نفری در جامعه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را برای همسانی درونی در مورد پرسش‌های نمره گذاری شده مثبت، ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. همبستگی پرسش‌ها و کل پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۶ گزارش شده است.

۶. پرسشنامه کیفیت زندگی^۶ (SF-36)، دارای ۳۶ عبارت است که توسط واروشربون^۷ (۱۹۹۲) طراحی طراحی شد. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است،

به وسیله ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) در تحقیق خود پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه را در ایران تأیید کرده‌اند ($r = 0.7 - 0.9$).

^۱. Brief Fear of Negative Evaluation Scale

^۲. Leary

^۳. Watson

^۴. Friend

^۵. Collins

^۶. Short Form Health Survey

^۷. Varosherbon

۷. مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ (GSE-10)، برای ارزیابی تغییرهای کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل جراحی، بیماران دارای درد مزمن، بیماران برنامه‌های توان‌بخشی و هنگام رویارویی با مشکل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس در سال ۱۹۸۱ توسط شواتزر^۲ و جروسلم^۳ مورد بازنگری قرار گرفت. شواتزر (۱۹۹۲) معتقد است سازه خودکارآمدی ادراک شده، نشان دهنده دید خوش‌بینانه فرد نسبت به خود است. شواتزر و همکاران (۱۹۹۷) ضرایب همسانی درونی مقیاس خودکارآمدی را برای دانشجویان از ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ به دست آوردند. رجبی (۱۳۸۵) نتایج به دست آمده از هنجاریابی این مقیاس را بر روی دانشجویان ایرانی از ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش

پس از اجرای آزمون‌های اضطراب اجتماعی و سرند معیارهای ورود، با بهره‌گیری از CIDI، پنج بیمار زن مبتلا به SAD انتخاب شدند. پس از برگزاری جلسه توجیهی و جلب رضایت افراد جهت انجام روند درمان، رضایت نامه دریافت گردید. جلسه‌های خط پایه برای بیمار اول برگزار شد و پرسشنامه‌های SPIN، YSQ، LSAS، BFNE، SF-36 و GSE تکمیل گردید. طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد. به همین ترتیب در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، طرح درمان برای بیمار سوم آغاز گردید. تا این که هر پنج بیمار یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند. بیماران در یک فرایند درمان بیست جلسه‌ای به مدت ۵۰ دقیقه در هر جلسه و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و برای بررسی اثر بخشی درمان، فرآیند پیگیری دو ماهه نیز انجام گرفت جدول (۲).

جدول ۲: فرآیند طرح‌واره درمانی در قالب ۲۰ جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای
دوم	سنجش مشکل‌های بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی
سوم	فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها
چهارم	تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
پنجم	مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
ششم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده و طرد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار

^۱ . General Self-Efficacy Scale

^۲ . Schwartzer

^۳ . Jerusalem

هفتم	اسناد دادن شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد
هشتم	گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار
نهم	تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره
دهم	نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها
یازدهم	ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی
دوازدهم	تقویت مفهوم «بزرگ‌سال سالم» در ذهن بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طرح‌واره‌ها
سیزدهم	ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها
چهاردهم	کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار
پانزدهم	پیدا کردن راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی
شانزدهم	تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی
هفدهم	تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار
هجدهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
نوزدهم	بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم
بیستم	غلبه بر موانع تغییر رفتار

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از شاخص تغییر پایا^۱ (RCI) استفاده شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون^۲ و تراکس^۳ (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه دادند. در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون کم می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین این دو نمره تقسیم می‌شود:

$$RCI = \frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

برای آنکه شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنادار باشد، بایستی نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود. علاوه بر این، برای محاسبه داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی نیز استفاده گردید. برای بدست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود.

^۱ . reliable change index (RCI)

^۲ . Jacobson

^۳ . Trax

این فرمول اولین بار توسط بلانچارد^۱ و اسکوارز^۲ (۱۹۸۸)، به نقل از اوگلز^۳، لونن^۴ و بونستیل^۵ (۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون را از نمره پس آزمون کم کرده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنند:

$$\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون} = \frac{\text{درصد بهبودی}}{\text{نمره پیش آزمون}}$$

امروزه در پرتو روش‌هایی مثل درصد بهبودی و شاخص پایا، این انتقاد که طرح‌های تجربی تک موردی روش آماری ندارند، وارد نیست (اوگلز، لونن و بونستیل، ۲۰۰۱). ممکن است در اثر مداخله‌ای روان‌شناختی، نمره‌های افراد از لحاظ آماری معنادار باشد، ولی از نظر بالینی معنادار نباشد. زمانی می‌توانیم بگوییم اثر مداخله بالینی معنادار است که نمره افراد از نقطه برش پایین بیاید.

جدول ۳: شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ قبل از درمان، پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری

بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم
خط پایه	۵۳۴	۶۱۲	۵۰۲	۶۷۲	۶۶۱
پایان درمان	۴۷۸	۴۲۳	۴۹۵	۳۸۳	۵۴۴
درصد بهبودی	۱۰/۴۸	۳۰/۸۸	۱/۳۹	۴۳	۱۷/۷۰
پایان پیگیری	۴۲۱	۳۶۹	۳۵۹	۳۱۳	۴۲۴
درصد بهبودی	۲۱/۱۶	۳۹/۷	۲۸/۴	۵۳/۴	۳۵/۸
بهبودی کلی			۳۵/۶		
شاخص تغییر پایا	۷/۴۶	۱۶	۹/۴	۲۳/۷	۱۵/۶

در جدول (۳) به نمره‌های بیماران در YSQ-L2 اشاره شده است. نتایج این جدول نشان‌دهنده این است که نمره‌های همه بیماران در روند درمان، از پایان جلسه آخر تا پایان ماه‌های پیگیری کاهش داشته است. درصد بهبودی کلی برای تمامی بیماران ۳۵/۶ بوده است که بالاترین آن با ۵۳/۴ درصد مربوط به بیمار چهارم و کم‌ترین آن با ۲۱/۱ درصد مربوط به بیمار اول می‌باشد. شاخص تغییر پایا در مورد فعالیت کل طرح‌واره‌ها در مورد بیماران نشان می‌دهد که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در همه آن‌ها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$). بنابراین، تغییرهای ایجاد شده در همه بیماران نتیجه مداخله‌های درمانی بوده

^۱. Blanchard

^۲. Schwarz

^۳. Ogles

^۴. Lunnen

^۵. Bonsteel

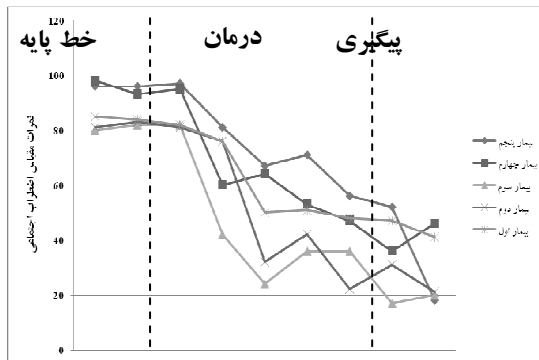
است. روند نمرات SPIN، LSAS، BFNE، GSE-10 و SF-36 در جداول (۴)، (۵)، (۶)، (۷)، (۸) و نمودارهای (۱)، (۲)، (۳)، (۴) و (۵) نشان داده شده است.

جدول ۴: نمرات بیماران در پرسشنامه هراس اجتماعی

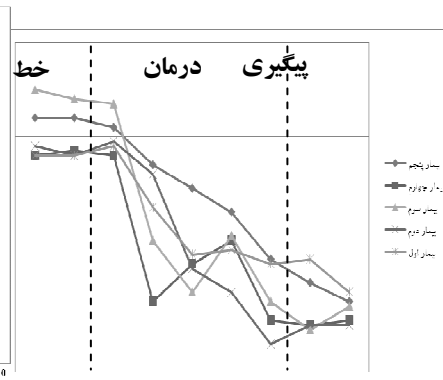
جدول ۵: نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی

لیوویتز

بیماران	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵	بیماران	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵
مراحل درمان	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵	مراحل درمان	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵
خط پایه	۴۶	۴۸	۶۰	۴۶	۵۴	خط پایه	۸۵	۸۱	۸۰	۹۸	۹۶
خط پایه	۴۶	۴۶	۵۸	۴۶	۵۴	خط پایه	۸۴	۸۳	۸۲	۹۳	۹۶
جلسه اول	۴۸	۴۹	۵۷	۴۹	۵۲	جلسه اول	۸۲	۸۱	۸۲	۹۵	۹۷
جلسه پنجم	۳۵	۴۲	۲۸	۴۲	۴۴	جلسه پنجم	۷۶	۷۶	۴۲	۶۰	۸۱
جلسه دهم	۲۵	۲۲	۱۷	۲۲	۳۹	جلسه دهم	۵۰	۳۲	۲۴	۶۴	۶۷
جلسه پانزدهم	۲۶	۱۷	۲۹	۱۷	۳۴	جلسه پانزدهم	۵۱	۴۲	۳۶	۵۳	۷۱
جلسه بیستم	۲۳	۶	۱۵	۶	۲۴	جلسه بیستم	۴۸	۲۲	۳۶	۴۷	۵۶
درصد بهبودی	%۴۳	%۸۷	%۷۵	%۷۶	%۵۵	درصد بهبودی	%۴۳	%۷۲	%۵۵	%۵۲	%۴۱
درصد بهبودی کلی	%۶۷					درصد بهبودی کلی	%۵۲				
ماه اول پیگیری	۲۴	۱۰	۹	۱۰	۱۹	ماه اول پیگیری	۴۷	۳۱	۱۷	۳۶	۵۲
ماه دوم پیگیری	۱۷	۱۰	۱۴	۱۰	۱۵	ماه دوم پیگیری	۴۱	۲۱	۲۰	۴۶	۱۸
درصد بهبودی	%۶۳	%۷۹	%۷۷	%۷۶	%۷۲	درصد بهبودی	%۵۲	%۷۵	%۷۵	%۵۳	%۸۱
درصد بهبودی کلی	%۷۳					درصد بهبودی کلی	%۶۷				
شاخص تغییر پایا	۱۰/۴	۱۳/۶	۱۶/۵	۱۲/۵	۱۴	شاخص تغییر پایا	۷/۷۷	۱۰/۶	۱۰/۶	۹/۱۹	۱۳/۸



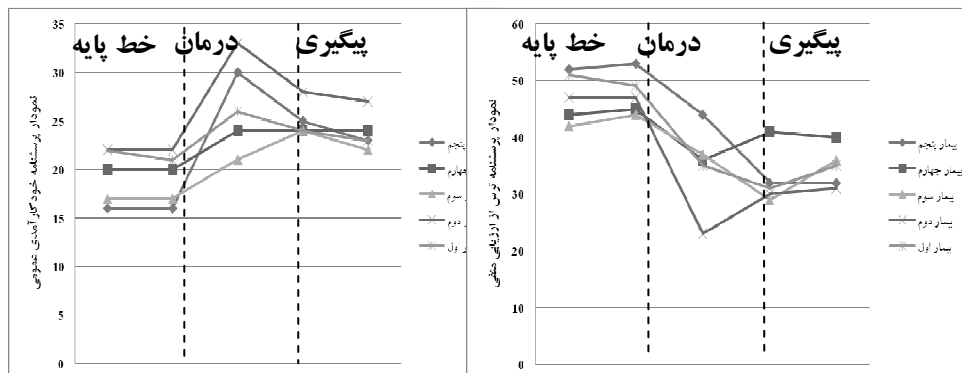
نمودار ۲: سیر نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی
لیوویتز



نمودار ۱: سیر نمرات بیماران در پرسشنامه هراس اجتماعی

جدول ۷: نمرات بیماران در پرسشنامه خودکارآمدی

عمومی

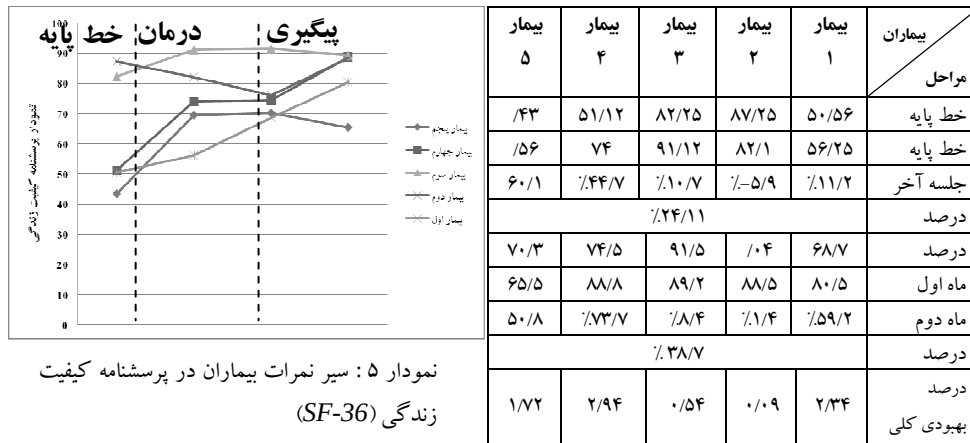
[illegible]

نمودار ۴:

سیر نمرات بیماران در پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

جدول ۸: نمرات بیماران در پرسشنامه کیفیت

زندگی (SF-36)



نمودار ۵: سیر نمرات بیماران در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. ترس، اجتناب و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شوند. نتایج حاصل از نمره‌های مراجعان در آماج‌های اصلی نشان دهنده آنست که طرح‌واره درمانی در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است. اینگرام^۱، هیز^۲ و اسکات^۳ (۲۰۰۰) در بررسی سنجش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره می‌کنند. آن‌ها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این متغیرها بررسی نمود. نتایج این پژوهش نیز بر اساس این شش متغیر بررسی می‌گردند:

۱- اندازه تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ ترس، اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی - عملکردی از آماج‌های اصلی درمان بودند که نتایج نشان می‌دهند که همه بیماران کاهش چشمگیری در آن‌ها داشته‌اند. نمره‌های کلیه بیماران در پایان ماه‌های پیگیری در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) به زیر خط برش (۳۸) رسیده است و این نشان دهنده آن است که درمان از نظر بالینی

^۱. Ingram

^۲. Hayes

^۳. Scott

معنادار بوده است. همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود شاخص تغییر پایا نیز نشان داده است که به لحاظ آماری به کاهش نمرات بیماران در این متغیرها در پایان درمان می‌توان اعتماد نمود. همچنین در جدول (۵) نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS) نشان می‌دهد نمرات همه بیماران که در خط پایه در محدوده اضطراب اجتماعی شدید (۹۵-۸۰) قرار داشته است، در پایان درمان به زیر خط برش رسیده است. بنابراین می‌توان گفت درمان به لحاظ بالینی نیز معنادار بوده است. شاخص تغییر پایا نیز نشان دهنده معنادار بودن نتایج بدست آمده در مورد همه بیماران به لحاظ آماری است. این نتایج در مقایسه با نتایج ملیانی و همکاران (۱۳۸۸) که CBT گروهی را با الگوی هیمبرگ در درمان SAD بکار گرفتند و نتایج آن‌ها تفاوت معناداری را در کاهش نشانه‌های فیزیولوژیکی، ترس و اجتناب در دو گروه مورد مطالعه نشان نداد را می‌توان نتیجه اثربخشی این مدل درمانی دانست. قابل توجه است که درمان گروهی رفتاری- شناختی (الگوی هیمبرگ)، گسترده‌ترین برنامه‌های درمانی برای درمان SAD را ارائه می‌دهد (هیمبرگ، ۲۰۰۲؛ به نقل از دالریمل و هربرت، ۲۰۰۷). همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قبل و پس از درمان بیانگر این است که نمرات همه بیماران کاهش داشته است. شاخص تغییر پایا در مورد همه بیماران نشان می‌دهد که کاهش در شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همه آن‌ها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$). از شدت کلی فعالیت طرح‌واره‌ها در مورد همه بیماران در پایان درمان کاسته شده و این روند در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است. نمرات کل همه بیماران در میزان شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پایان مرحله پیگیری به زیر نقطه برش رسیده است. با توجه به نمرات بیماران در خط پایه می‌توان گفت که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در بیماران دوم، چهارم و پنجم به لحاظ بالینی نیز معنادار بوده است.

۲- کلیت تغییر: چند درصد افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟ نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مراجعان در پایان درمان، در مؤلفه‌هایی که پرسشنامه هراس اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد (ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی) به ۶۷ درصد بهبودی کلی دست یافتند. این درصد در ماه‌های پیگیری به ۷۳ درصد افزایش یافته است. در مؤلفه‌های مورد سنجش مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (اضطراب و اجتناب) در پایان درمان، شاهد ۵۲ درصد بهبودی کلی در مراجعان هستیم که این درصد در پایان ماه‌های پیگیری به ۶۷ رسیده است. مراجعان در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به بهبودی کلی ۲۰/۵ در پایان درمان در کلیه حوزه‌ها دست یافتند، که این درصد در پایان ماه‌های پیگیری به ۳۵/۶ رسید. بنابراین، می‌توان گفت که همه بیماران تغییر کرده‌اند.

۳- عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ در حوزه ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، اجرای پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (BFNE) و نتایج بدست آمده در جدول (۶) نشان می‌دهد که همه بیماران در میزان ترس از ارزیابی منفی‌شان در پایان جلسات درمان نسبت به خط پایه کاهش داشته‌اند. بهبودی کلی در پایان درمان در این حوزه ۲۵/۵ درصد بوده است که در پایان ماه‌های پیگیری به رقم ۳۰/۲ درصد رسیده است. نتایج شاخص تغییر پایا در مورد بیماران در این زمینه نشان داده است که نتایج بدست آمده از همه بیماران، بجز بیمار چهارم (۱/۸۲) از نظر آماری معنادار است و کاهش در میزان ترس از ارزیابی منفی در ۸۰٪ بیماران، نتیجه اثربخشی درمان بوده است. در جدول (۷) نتایج وضعیت بیماران در حوزه خودکارآمدی عمومی (GSE) بیانگر این است که همه بیماران در پایان درمان و پایان ماه‌های پیگیری در نمرات خودکارآمدی عمومی افزایش داشته‌اند. بهبودی کلی در این حوزه برای بیماران در پایان درمان ۳۶/۱ درصد بوده است. این رقم در پایان ماه‌های پیگیری کاهش داشته و به ۲۰/۸ درصد رسیده است. هر چند که این میزان نسبت به خط پایه افزایش نشان می‌دهد. شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد که نتایج همه بیماران بجز بیمار اول در خودکارآمدی عمومی از لحاظ آماری معنادار بوده است. تغییرات ایجاد شده در بیماران و افزایش میزان خودکارآمدی در آن‌ها به جز بیمار اول در ۸۰٪ بیماران نشان دهنده اثربخشی فرآیند درمان بوده است.

۴- میزان پذیرش: افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟ کزدین (۱۹۹۲؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸) معتقد است که افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه نمود. آزمودنی‌های پژوهش حاضر، از ابتدا تا انتها، جلسات درمانی را ادامه دادند و در تمامی بیست جلسه برنامه ریزی شده در طرح‌واره درمانی شرکت کردند. همه آن‌ها در فرآیند درمان، فعال بودند. بیماران با انگیزه کافی در جلسات شرکت می‌کردند و انعطاف پذیری درمانگر در فرآیند درمان که از ویژگی‌های این مدل درمانی است (یانگ، ۱۳۸۶)، شاید عاملی برای ترغیب و ایجاد انگیزه در بیماران بود که با رغبت زیاد آن را به طور کامل به پایان رسانند.

۵- ایمنی: آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟ برای بررسی این ملاک، از آزمون کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد که قبل از درمان، پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری بر روی بیماران اجرا شد. نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی همه بیماران به جز بیمار دوم در پایان درمان نسبت به خط پایه افزایش داشته است. بهبودی کلی در این حوزه در پایان درمان ۲۴/۱ درصد برای همه بیماران بوده است. این روند در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است و به رقم ۳۸/۷ درصد

بهبودی در پایان ماه‌های پیگیری رسیده است. بنابراین، نه تنها سلامت عمومی و سلامت روانی بیماران در فرآیند درمان کاهش نداشته است، بلکه شاهد افزایش در کیفیت زندگی بیماران پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری نیز بوده‌ایم.

۶- ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ داگاس و رابی چاوود (۲۰۰۷)، معتقدند که وجود مرحله پیگیری ۲ ماهه، برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان کافی است. مشاهده فرآیند پیگیری دو ماهه در جدول (۴) نشان می‌دهد که: ترس و اضطراب، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی بیماران که در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) در پایان درمان کاهش یافته و ۶۷٪ بهبودی کلی را حاصل نموده بود، در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته بلکه عمیق‌تر شده و به ۷۳٪ بهبودی کلی در مورد همه بیماران رسیده است. همچنین جدول (۵) نشان می‌دهد که میزان اضطراب و اجتناب بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS) که در پایان درمان کاهش یافته و به میزان ۵۲٪ بهبودی کلی برای تمام بیماران رسیده بود، در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته بلکه عمیق‌تر شده و به ۶۷٪ بهبودی کلی در مورد بیماران رسیده است. نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که از اجرای پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ) حاصل شده است، نشان می‌دهد که شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همه بیماران در پایان درمان کاهش داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری علاوه بر اینکه ثابت مانده و دوام داشته، بیشتر نیز شده است. جدول (۶) نشان می‌دهد بهبودی کلی بیماران در ترس از ارزیابی منفی در مرحله پیگیری (۳۰/۲٪) نسبت به پایان درمان (۲۵/۵٪) افزایش داشته است. کیفیت زندگی در پایان درمان نسبت به خط پایه بیشتر شده است (۲۴/۱٪) و این روند بهبودی در مرحله پیگیری علاوه بر تداوم و ثبات، افزایش نیز داشته است (۳۸/۷٪). با توجه به نتایج فوق می‌توان این گونه استنباط نمود که تغییرات به وجود آمده در بیشتر حوزه‌ها، علاوه بر اینکه در مرحله پیگیری دوام داشته و از میزان آن کاسته نشده است، در بسیاری از موارد روند بهبودی در مرحله پیگیری ادامه داشته و افزایش نشان می‌دهد. این نتایج با نتایج درمان‌های رفتاری-شناختی در درمان بیماران مبتلا به SAD مغایرت دارد. در این گزارش‌ها آمده است که درصد بالایی از بیماران که دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانیده‌اند، در دوره پیگیری علائم بیماری را نشان داده‌اند (ماسکویچ، ۲۰۰۸). بنابراین، طرح‌واره درمانی در دوره پیگیری نیز قادر بوده است دستاوردهای درمان را در بیماران حفظ کند و روند بهبودی را ادامه دهد و اثربخشی خود را به لحاظ این ملاک نیز به اثبات برساند.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی در کاهش ترس و اضطراب، اجتناب و فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌توان این الگوی درمانی را جایگزین مناسبی در مقایسه با سایر الگوهای درمانی برای درمان SAD دانست.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). *مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر*. پایان نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- دادستان، پریخ؛ اناری، آسیه؛ صالح صدق پور، بهرام (۱۳۸۸). *اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری*. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال چهارم، شماره ۱۳، ۱۲۳-۱۱۵.
- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۵). *مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی*. کاویانی، حسین؛ علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد؛ پورناصح، مهرنگیز و احمدی ابهری، سید علی. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قاندی غلام حسین؛ بختیاری، مریم و طاولی، آزاده (۱۳۸۸). *اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی همبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۵، شماره ۱، ۴۹-۴۲.
- یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۸۶). *طرح‌واره درمانی*، ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند.

- Bandelow, B., Charimo, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorder, and brih risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch psychiatry Clin Neurosci*, 254, 397-405.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2n edn). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1984). *Single- case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Borovec, T.D., Newman, M.G., & Castonguay, L.G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2, 3, 392-401.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherweed, A., & Foa, E.B. (2000). Psychometric properties of the social phobia Inventory (SPIN). *The British Journal pf psychiatry*, 176, 379-386.
- Dalrymple, K.I., & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and Commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-566.

- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2001). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge: Taylor & Francis.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered forms. *Psychol Med*, 31, 1025-1035.
- Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., & Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Hofmann, S. G. & Barlow, D.H. (2002). Social phobia (Social Anxiety Disorder). In: D.H. Barlow (Ed), *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford press.
- Ingram, R.E., Hayes, & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In: Syder, C.R., & Ingram, R.E (Eds). *Handbook of psychological change*. (pp. 40-60) New York: John Wiley & Sons.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Abnormal psychology*, 59, 12-19.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., & Wittchen, H.U. (1994). Lifetime and 12-month and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lampe, L.A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 43, 887-898.
- Lipsitz, J.D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., Liebowitz, M.R., & Fyer, A.J. (2008). A Randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25, 542-553.
- Moscovitch, D.A. (2008). What in the core fear in social phobia? A New Model to facilitate individualized case conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 1-10.
- Neal, J.A., & Edelmann, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical psychology Review*, 23(6), 761-786.
- Nicholson, C. (2008). What to do about social anxiety disorder. *Harvard Women's Health Watch*, 16, 4.
- Rapee, R.M. (1995). *Descriptive psychopathology of social phobia*. New York: Guilford Press.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Review*, 21, 421-446.
- Pennington, B.F. (2002). *The developmental of psychopathology: nature and nurture*. New York: Guilford.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res*, 30, 571-584.

- Rapee, R.M., & Heimnert, R.G. (1997). A Cognitive- behavioural model anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R., & Spence, S.h. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology Review*, 24, 737-767.
- Safran, J.D. (1990). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: *Clinical psychology Review*, 10, 107-121.
- Stein, M.B., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J.M., Katon, W., Sherbourne, C.D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorder in primary care outpatients. *Med Care*, 43, 1164-1170.
- Wilson, J.K., Rapee, R.M. (2006). Self- concept certainty in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 113-136.



حسن آبادی، حسین؛ مجرد، سعید؛ سلطانی فر، عاطفه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۳۸-۲۵.

بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج

حسین حسن آبادی^۱، سعید مجرد^۲، عاطفه سلطانی فر^۳
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۳/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۵

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی اثر درمان هیجان‌مدار (EFT) بر میزان سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج می‌پردازد. این تحقیق از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و با گروه گواه است. بدین منظور تعداد ۱۲ نفر از افراد متأهل که به دلیل تعارض‌های زناشویی به مراکز مشاوره خصوصی در سطح شهر مشهد مراجعه نمودند، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. از این تعداد، ۶ نفر در گروه آزمایشی و ۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. تمام شرکت‌کنندگان پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS) و پرسشنامه احساس‌های مثبت نسبت به همسر (PFQ) را تکمیل کردند. افراد گروه آزمایشی در ۹ جلسه درمان ۱/۵ ساعته درمان (EFT) شرکت کردند. یک هفته پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند. نتایج آزمون t مستقل بروی میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته به این معناست که رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش میزان سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج مؤثر بوده است. نتایج فرضیه‌های فرعی پژوهش نشان می‌دهد که این رویکرد بروی زنان بیشتر از مردان مؤثر بوده است. همچنین سایر نتایج بیانگر آنند که در گروه آزمایشی (EFT) در خرده مقیاس‌های رضایتمندی، همبستگی و ابراز محبت زناشویی نتایج مطلوبی داشته است اما در مقیاس توافق زناشویی اثر بخشی مطلوبی مشاهده نشده است.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، سازگاری زناشویی، عواطف مثبت، روابط خارج از ازدواج

^۱. عضو هیئت علمی دانشگاه فردوسی مشهد - hossainir2002@yahoo.com

^۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

^۳. استادیار روان‌پزشکی - فوق تخصص روان‌پزشکی کودکان و نوجوان - مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری - بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد - ایران

مقدمه

علی رغم محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی پیرامون رابطه با جنس مخالف شواهد بیانگر این است که روابطی از این نوع نه تنها قبل از ازدواج بلکه در بین متأهلین و به صورت روابط خارج از ازدواج در شهرهای بزرگ در حال افزایش است و این امر احتمال طلاق را افزایش داده است. برای این پدیده علل مختلفی از جمله نیازهای عاطفی و هیجانی یک یا هر دو طرف درگیر مطرح شده است (برنشتاین و برنشتاین^۱، ۱۳۸۲). هیچ متخصص مسائل زناشویی یا خانوادگی وجود ندارد که در طی دوره کاری خود با احساس‌های خانمان برانداز و ضربه‌های ارتباطی روبرو نشده باشد که کشف و افشای روابط نامشروع جنسی را به دنبال دارد. پی بردن به این مسأله که یکی از زوجین روابط جنسی یا عاطفی دارد آن‌ها را به مردابی از افکار، احساس‌ها و رفتارها می‌کشاند و ممکن است افراد درگیر را به ورطه نابودی بکشاند. متأسفانه هیچ آمار واقعی از زوجین دارای بحران روابط نامشروع و مسائل مربوطه در دست نیست (سیمون فان^۲، ۱۹۹۹). با این حال طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۷، علت ۶۷٪ از قتل مردان به دست همسرانشان خیانت بوده است. ۳۳٪ مردان هم با واکنش در برابر خشونت و حمله ناگهانی یا تهدید همسر مواجه بوده‌اند. بنابراین پرداختن حوزه‌های مختلف دانش به مسأله خیانت و نقش آن در بروز مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیش از پیش اهمیت و ضرورت پیدا می‌کند.

در حوزه روان‌شناسی کاربردی، رویکردهای گوناگون زوج درمانی، با هدف کاهش تعارض‌ها و آشفتگی‌های ارتباطی میان زوجین به وجود آمده است (مستی^۳، ۲۰۰۲، به نقل از احمدی، ۱۳۸۲) که برای خیانت زناشویی نیز کاربرد دارد. یکی از این رویکردها، زوج درمانی هیجان مدار است که بر پایه مفاهیم واضح و روشن از آشفتگی‌های زناشویی و عشق بزرگسالی بنا نهاده شده و معتقد است آشفتگی‌های زناشویی همراه حالت فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند (جانسون و گرینبرگ^۴، ۱۹۸۵). این آشفتگی‌ها شکل‌های مختلفی دارد که یکی از آن‌ها درگیر شدن در روابط خارج از ازدواج و یا فرا ازدواج و خیانت به همسر است. نارضایتی از روابط نتیجه شکست در دلبسته شدن در رابطه است که در آن یکی از زوجین یا هر دو به دنبال تهیه تکیه گاهی مطمئن هستند. در رابطه زن و شوهر دلبستگی به وسیله روابطی که دو سویه و پر محبت هستند و در آن هر دو نفر

-
1. Bernstein & Bernstein
 2. Simonfan
 3. Misty
 4. Johnson & Greenberg

احساس صمیمیت و امنیت دارند مشخص می‌شود (جانسون، مکینن^۱، و میلیکین^۲، ۲۰۰۱). پیوندهای ایمن^۳ به وسیله در دسترس بودن^۴ و پاسخگو بودن زوجین نسبت به یکدیگر مشخص می‌شود. این ارتباط‌های ایمن به زوجین این امکان را می‌دهد که از طریق اداره آشفته‌گی‌های هیجانی، به یکدیگر کمک کنند (جانسون، ۲۰۰۴). در خانواده درمانی هیجان‌مدار فرض می‌شود تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای ایمنی، امنیت و رضایت نیستند، به عبارت دیگر روابط آشفته زناشویی، نشان‌دهنده شکست زوجین در برقراری رابطه‌ای همراه با الگوی دلبستگی ایمن است.

این گونه همسران در برآوردن نیازهای دلبستگی یکدیگر پاسخ‌های هیجانی ثانوی مانند خشم، خصومت، انتقام جویی یا احساس گناه مفرط را تجربه می‌کنند. پاسخ‌های هیجانی ثانوی نیز در رفتارهای تهاجمی کناره‌گیرانه بروز می‌یابند که ممکن است در نهایت منجر به الگوی (تهاجم- تهاجم) یا (کناره‌گیری- کناره‌گیری) شود.

این الگوهای خشک و متقابل که تداوم بخش تعارض نیز هستند بارها و بارها اتفاق می‌افتد، زیرا همسران نومیده‌اند خواهان برآورده شدن نیازهای وابستگی ژنتیکی خود هستند. متأسفانه تلاش‌های زوجین برای برانگیختن توجه همسر به درستی صورت نمی‌گیرد، در نتیجه همسران به اجبار وادار به روابطی می‌شوند که استمرار ناکامی نیازهای دلبستگی را در پی دارد (کار^۵، ترجمه تیریزی، ۱۳۸۴). بر این اساس زوج درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکل‌های آن‌ها می‌پردازد.

با توجه به اینکه این رویکرد در ایران کمتر مورد استفاده قرار گرفته، پژوهش حاضر بر آن است تا میزان کارآیی و اثر بخشی فنون حاصل از این رویکرد را مورد آزمون قرار دهد؛ لذا پرسش اساسی این پژوهش این است که آیا با استفاده از رویکرد EFT می‌توان سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر را در افراد دارای روابط خارج از ازدواج افزایش داد؟ هدف کلی این تحقیق بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر هیجان بر میزان سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج و بهره‌گیری از آن به منظور کمک به فرد برای غلبه بر مشکل‌ها در زندگی زناشویی و در نتیجه استحکام رابطه و تأمین سلامت روانی افراد است.

-
1. Makinen
 2. Millikin
 3. secure bond
 4. responsiveness
 5. Carr

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون^۱ و همراه با گروه گواه است. در طرح مورد بحث، اعضاء در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین می‌شوند. سپس با اجرای متغیر مستقل، آزمودنی‌های در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به وسیله ابزار انتخاب شده مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افرادی (زن و مرد) بودند که از تاریخ ۸۷/۱۱/۲۰ تا ۸۸/۲/۲۰ به دلیل وجود تعارض و درگیری برای حل مشکلات زناشویی و روابط بین فردی خود، به مراکز مشاوره خصوصی در سطح شهر مشهد مراجعه نمودند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۲ بود. پس از انجام مصاحبه اولیه با مراجعان، توسط روان‌شناس یا مشاور وجود روابط خارج از ازدواج محرز گردید. نمونه این پژوهش شامل ۱۲ زن و مرد متأهل (۶ مرد و ۶ زن) بود.

ابزارهای پژوهش

داده‌های این تحقیق توسط مقیاس سازگاری زناشویی DAS و پرسشنامه احساس‌ها مثبت نسبت به همسر PFQ بدست آمده است.

۱. مقیاس سازگاری زناشویی^۳: این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است و به کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دو نفری مشابه آن می‌پردازد. با استفاده از نتایج این مقیاس، امکان تمایز زوج‌های سازگار و ناسازگار از جمله کسانی که احتمال اقدام به طلاق در آن‌ها بیشتر است، فراهم می‌شود.

اسپاینر^۴ (۱۹۷۶) بین نمره‌های زوج‌های سازگار و ناسازگار تفاوت‌هایی را مشاهده و از آن برای تعیین ساخت اصلی مقیاس استفاده نمود. نمره کلی این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ با جمع نمرات سؤال‌ها به دست می‌آید. پاسخ‌دهی به ۳۲ سؤال این مقیاس با سبک لیکرت است که برای افزایش پایایی آن، تعدادی از سؤال‌ها به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده‌اند.

افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد، از نظر اسپاینر دارای مشکل و ناسازگار تلقی می‌شوند. نمره میانگین کل این مقیاس در پژوهش وی برای افراد متأهل ۱۱۴/۸ و برای مطلقه‌ها ۷۰/۷ بود. با تغییراتی در این ابزار می‌توان از آن برای مصاحبه نیز استفاده کرد (ثناپی، ۱۳۷۹). هر چند سازه مورد نظر

1. Non-equivalent pretest-posttest control group design

2. target simple

3. Dyadic Adjustment Scale

4. Spainer^۱

با واژه‌های مختلف مانند رضایتمندی^۱، کیفیت^۲، سازگاری^۳ و خشنودی^۴ زناشویی به کار بسته شده، محققان عموماً سنجش کلی و رضایتمندی را با این باور که سازگاری و رضایتمندی مترادف هستند، مورد استفاده قرار داده‌اند (گاتمن^۵، ۱۹۹۱؛ اسپایر، ۱۹۷۶؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کرد که از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است.

در تحقیقی که در ایران انجام شد، پژوهشگران، به همسانی درونی بالایی (۰/۹۵)، در سرتاسر پرسشنامه دست یافتند (ملا زاده، منصور، اژه‌ای، کیامنش، ۱۳۸۱). همچنین با استفاده از قضاوت متخصصان درباره محتوای مقیاس، شواهدی دال بر وجود روایی محتوایی آن بدست آمده است. بر اساس همبستگی ۰/۸۶ بین نتایج آن با مقیاس سازگاری زناشویی لاک و والاس، روایی همزمان آن مشخص شده است. (اسپایر، ۱۹۷۶؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹).

۲. پرسشنامه احساس‌های مثبت نسبت به همسر^۶: این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سؤالی است که برای اندازه‌گیری عواطف مثبت یا عشق به همسر ساخته شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). این پرسشنامه در دو بخش ۸ و ۹ سؤالی تهیه شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود احساس کلی خود نسبت به همسرش را در طول چند ماه گذشته با اعداد ۱ (برای احساس شدیداً منفی) تا ۷ (برای احساس شدیداً مثبت) مشخص کند، نمره کل پرسشنامه به آسانی با جمع ارزش سؤال‌ها به دست می‌آید.

پایایی این مقیاس از طریق آزمون مجدد با فاصله ۱ تا ۳ هفته برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). همسانی درونی پرسشنامه در ایران برابر با ۰/۸۹ محاسبه شده است. این پرسشنامه با توجه به همبستگی معنادار آن با آزمون سازگاری زناشویی، مقیاس ارتباط ناوران^۷، پرسشنامه افسردگی بک^۸، از روایی همزمان بسیار خوبی برخوردار است. به علاوه مشخص شد PFQ نسبت به تغییراتی که در طی زناشویی درمانی اتفاق می‌افتد، حساس است (ثنایی، ۱۳۷۹).

-
1. satisfaction
 2. qualification
 3. adjustement
 4. happiness
 5. Gottman
 6. Positive feelings Questionair
 7. Navaran Communication Scale
 8. Beck Depression Inventory

شیوه اجرا

پس از انتخاب نمونه (۱۲ نفر)، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند؛ و از آن‌ها جهت شرکت در جلسه توجیهی دعوت به عمل آمد. شایان ذکر است که پژوهشگر برای ترغیب افراد به منظور شرکت در این طرح با مشکلات زیادی روبرو بود و بعضی افراد با یک جلسه گفتگو برای اجرای این پژوهش قانع نمی‌شدند. در بعضی موارد افراد، به خصوص زنان نمونه، اطمینان لازم جهت حضور در طرح و همکاری با مشاور را نداشته و از پذیرش درمان سرباز می‌زدند، ترس از مطلع شدن همسر یکی از موانع همکاری و حضور مراجعین در کلینیک محسوب می‌شد. در برخی موارد نیز همسران از وجود ارتباط فرا زناشویی همسرانشان مطلع بودند، اما به جهت اینکه این مسأله در تمام افراد یکسان نبود، درمانگر مجبور به اجرای درمان فردی گردید. در این حالت پژوهشگر با شرح مبسوطی از فوائد این گونه جلسه‌ها و تلاش برای اطمینان دادن به این افراد برای برگزاری جلسه‌ها مطابق با وقت افراد و استفاده از مرکز مشاوره‌ای نزدیک محل سکونت آنان جهت سهولت در رفت و آمد، توانست این تعداد از افراد را برای شرکت در پژوهش ترغیب نماید.

پژوهشگر به افراد متذکر شد که در طول همکاری و شرکت در این طرح، نباید هیچ درمان دیگری دریافت دارند، و یا با درمانگر دیگری نیز ارتباط درمانی داشته باشند، اما پس از اتمام طرح افراد گروه کنترل در صورت علاقه‌مندی می‌توانند به صورت رایگان از این رویکرد درمانی بهره ببرند، ضمن اینکه گروه آزمایشی نیز می‌توانند به درمان خود ادامه دهند. در پایان جلسه، افراد با توجه به راهنمایی‌های پژوهشگر، پرسشنامه DAS و PFQ را تکمیل کردند. یک هفته پس از جلسه توجیهی، اولین جلسه درمانی برای افراد برگزار گردید. با توجه به اهمیت طرح برای پژوهشگر، از مراجعین تقاضا شد که از نظر اخلاقی متعهد شوند که در ۹ جلسه درمانی به صورت کامل حضور یابند و چنانچه شرکت در یک جلسه برای آن‌ها ممکن نبود، حتماً تاریخ دیگری را برای برگزاری آن جلسه مقرر نمایند. به این منظور افراد، فرم رضایت‌نامه‌ای را که قبلاً آماده شده بود، تکمیل و امضاء نمودند. افراد هفته‌ای یک‌بار در جلسه‌های درمانی شرکت می‌کردند، مدت زمان هر جلسه ۱/۵ ساعت به طول می‌انجامید. یک هفته پس از اتمام جلسه‌ها از تمامی اعضای گروه آزمایشی و کنترل تقاضا شد تا مجدداً پرسشنامه‌های DAS و PFQ تکمیل نمایند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل در دو متغیر سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۱) مشاهده می‌شود. در هر دو مورد در

پیش آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نمی‌شود ولی در پس آزمون گروه آزمایش افزایش بارزی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

گروه‌ها	تعداد	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
سازگاری زناشویی	آزمایش	۶	۸۴/۶۵	۹۶/۷۵	۹/۱۴
	کنترل	۶	۸۳/۱۵	۸۶/۱۸	۷/۷۲
	کل	۱۲	۸۳/۹	۹۰/۰۵	۸/۴۳
احساس‌های مثبت نسبت به همسر	آزمایش	۶	۸۳/۸۵	۹۹/۱	۶/۸۳
	کنترل	۶	۸۳/۱	۸۴/۹	۵/۲۵
	کل	۱۲	۸۳/۵	۸۸/۶	۶/۹

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زنان و مردان گروه آزمایش

آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین		انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
سازگاری زناشویی	زنان	۳	۸۴/۱	۹۹/۵	۱۰/۰۸
	مردان	۳	۸۷/۲	۹۴	۸/۶۱
	کل	۶	۸۵/۶۵	۹۶/۷۵	۹/۱۴
احساس‌های مثبت نسبت به همسر	زنان	۳	۸۱/۷۴	۸۹/۸	۱۰/۱۱
	مردان	۳	۸۵/۹۶	۹۹/۰۱	۸/۱۲
	کل	۶	۸۳/۸۵	۹۴/۴۵	۹/۱۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود جدول (۲) میانگین و انحراف معیار کسب شده توسط زنان و مردان گروه آزمایش را در دو متغیر سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. در تمام موارد نمره‌های پس آزمون افزایش معناداری را دارد.

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹۶/۷۵ و ۸۳/۳۵ و انحراف معیار آن‌ها نیز به ترتیب برابر ۱۰/۲۴ و ۷/۷۴ می‌باشد. آزمون آماری t با مقدار ۴/۶۷ و درجه آزادی ۱۰ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه با اطمینان ۹۹٪ از نظر آماری معنادار است و زوج درمانی هیجان‌مدار سازگاری زناشویی را در افراد دارای روابط خارج از ازدواج افزایش داده است.

جدول ۳: مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیر سازگاری زناشویی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
گروه آزمایش	۶	۹۶/۷۵	۱۰/۲۴	۴/۶۷	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
گروه کنترل	۶	۸۳/۳۵	۷/۷۴				

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹۹/۱ و ۸۴/۹ و انحراف معیار آن نیز به همان ترتیب برابر ۵/۸۳ و ۴/۹ می‌باشد. آزمون آماری t با مقدار ۳/۸۲ و درجه آزادی ۱۰ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه با ۹۹٪ اطمینان از نظر آماری معنادار است و زوج درمانی هیجان‌مدار احساس‌های مثبت نسبت به همسر را در افراد دارای روابط خارج از ازدواج افزایش داده است.

جدول ۴: مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیر احساس‌های مثبت نسبت به همسر

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
گروه آزمایش	۶	۹۹/۱	۵/۸۳	۳/۸۲	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
گروه کنترل	۶	۸۴/۹	۴/۹				

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۳۰/۶۶، ۳۴/۸۱ و انحراف معیار آن نیز به همان ترتیب برابر ۶/۱۴، ۶/۹۹ می‌باشد. آزمون آماری t با مقدار ۳/۴۷ و درجه آزادی ۱۰ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه با ۹۹٪

اطمینان از نظر آماری معنادار است و زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش رضایتمندی در افراد دارای روابط خارج از ازدواج شده است.

جدول ۵: مقایسه پیش آزمون- پس آزمون گروه آزمایشی در خرده مقیاس رضایتمندی زناشویی (DS)

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
پیش آزمون	۶	۳۰/۶۶	۶/۱۴	۳/۴۷	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
پس آزمون	۶	۳۴/۸۱	۶/۹۹				

همان طور که در جدول (۶) مشاهده می شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۱۳/۰۵، ۱۶/۵۰ و انحراف معیار آن نیز به همان ترتیب برابر ۳/۴، ۳/۹۲ می باشد. آزمون آماری t با مقدار ۲/۷۶ و درجه آزادی ۱۰ نشان می دهد تفاوت دو گروه با اطمینان ۹۹٪ از نظر آماری معنادار است و زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش همبستگی در افراد دارای روابط خارج از ازدواج شده است.

جدول ۶: مقایسه پیش آزمون- پس آزمون گروه آزمایشی در خرده مقیاس همبستگی (Dcoh)

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
پیش آزمون	۶	۱۳/۰۵	۳/۴	۲/۷۶	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
پس آزمون	۶	۱۶/۵۰	۳/۹۲				

همان طور که در جدول (۷) مشاهده می شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۳۶/۵۶، ۳۸/۱۳ و انحراف معیار آن نیز به همان ترتیب برابر ۵/۳۵، ۶/۰۸ می باشد. آزمون آماری t با مقدار ۱/۴۵ و درجه آزادی ۱۰ نشان می دهد تفاوت دو گروه با اطمینان ۹۹٪ از نظر آماری معنادار نیست و زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش توافق زناشویی در افراد دارای روابط خارج از ازدواج نمی شود.

جدول ۷: مقایسه پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایشی در خرده‌مقیاس توافق زناشویی (Dcon)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۶	۳۶/۵۶	۵/۳۵	۱/۴۵	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
پس‌آزمون	۶	۳۸/۱۳	۶/۰۸				

همان‌طور که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افتراقی کسب شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۵/۳۳، ۷/۳۵ و انحراف معیار آن نیز به همان ترتیب برابر ۱/۲۳، ۱/۹۸ می‌باشد. آزمون آماری t با مقدار ۲/۰۶ و درجه آزادی ۱۰ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه با اطمینان ۹۹٪ از نظر آماری معنادار است و زوج درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش ابراز محبت زناشویی در افراد دارای روابط خارج از ازدواج می‌شود.

جدول ۸: مقایسه پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایشی در خرده‌مقیاس ابراز محبت زناشویی (AE)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T محاسبه شده	t جدول	df	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۶	۵/۳۳	۱/۲۳	۲/۰۶	۱/۸۱۲	۱۰	٪۱
پس‌آزمون	۶	۷/۳۵	۱/۹۸				

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده بیانگر آنست که مردانی که درگیر روابط خارج از ازدواج بودند (قبل از انجام مداخله و در عین داشتن ارتباط) میزان سازگاری زناشویی بالاتر و سطح مطلوب‌تری از احساس‌های مثبت به همسر را در مقایسه با زنانی که درگیر این روابط بوده‌اند را داشته‌اند، که شاید این تفاوت، بیانگر متفاوت بودن نگاه جنسیتی مرد و زن به این روابط باشد، به این مفهوم که علت برقراری یا داشتن چنین روابطی در مردان، تنها ناراضی بودن از زندگی زناشویی و یا وجود نقص و مشکل در همسر نیست؛ بلکه نوع نگاه مرد به داشتن چنین روابطی، وجود گرایش‌ها یا تمایل‌ها در سکس، توانایی داشتن و حفظ چند رابطه و ... از جمله مؤلفه‌هایی هستند که می‌توانند در توجیه این مسئله دخیل باشند. همچنین اگر چه مردان در مقایسه میانگین‌های بدست آمده، سطح بالاتری از سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به

همسر را نشان داده بودند، اما پس از مداخله و طی دوره درمان، گروه زنان تأثیر پذیری بیشتری نسبت به این مسأله داشته‌اند. به این مفهوم که آنان در شاخصه‌های مطرح شده، میزان بالاتری از میانگین را به خود اختصاص داده بودند.

تحقیقات اسپیتزبرگ و کوپاچ^۱ (۱۹۹۸) که با هدف بررسی تفاوت‌های فردی و شخصیتی در افرادی که اعتراف به داشتن روابط خارج از ازدواج صورت گرفته بود بیانگر آنست که با استفاده از مدل تکاملی می‌توان به برخی از نتایج در این خصوص دست یافت. برخی از جنبه‌های منعکس کننده خیانت جنسی بیانگر تفاوت در نگرش جنسی نسبت به این موضوع است.

مردان به طور معمول تأکید کمتری بر دل بستگی در روابط جنسی خود دارند، بنابراین تمایل بیشتری برای برخورد های جنسی ناشناس با شرکای جنسی زن دارند. در حالی که زنان به طور معمول در روابط جنسی، ارزش عاطفی و دل بستگی بیشتری را در رابطه مد نظر قرار می‌دهند، این ممکن است نیاز تکاملی زن به منظور مطمئن بودن نسبت به تعهد مرد و تمایل داشتن در به اشتراک گذاشتن خود و منابعش، قبل از داشتن رابطه جنسی با او قلمداد گردد.

در مجموع نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که رویکرد EFT تأثیر مثبتی در بهبود سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج داشته است. این تحقیق با نتایج تحقیقات زیادی در حوزه EFT همخوان است (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵؛ الکساندر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴؛ جانسون و ویفن^۳، ۱۹۹۹).

در داخل کشور نیز پژوهشی توسط رسولی (۱۳۸۶) با عنوان تأثیر مداخله متمرکز بر هیجان در کاهش ناسازگاری زناشویی زوج‌های دارای فرزند بیمار مزمن صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان باعث کاهش ناسازگاری زناشویی این زوج‌ها می‌شود. همچنین عرفانی (۱۳۸۷) در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد که این رویکرد اثر بخشی مطلوبی در این خصوص دارد. از یافته‌های دیگر این تحقیق می‌توان به اثر پذیری بیشتر و مطلوب‌تر تأثیر مداخله EFT در زنان نسبت به مردان اشاره کرد. جنسیت ساختار پیچیده و چند وجهی است که تأثیر آن بر روابط صمیمانه به طور گسترده‌ای بررسی شده است. هزن و شیور^۴ (۱۹۹۷)، و فینی و نولر^۵ (۱۹۹۵) گزارش کرده‌اند که زنان در

1. Spitzberg & cupach

2. Alexander

3. Whiffen

1. Hazan & Shaver

5. Feeney & Noller

نزدیکی و صمیمیت نسبت به شوهران راحت‌تر ولی در ارتباط برقرار کردن با دیگران مطمئن‌تر هستند. شواهد نظری و تجربی نوعی تفاوت جنسی کلی را پیشنهاد می‌کنند مبنی بر اینکه عوامل مربوط به عواطف و روابط بین فردی برای زنان مهم‌تر و در نتیجه مؤثرتر از مردان هستند.

آیلمر^۱ (۱۹۸۹) معتقد است که هرچند در زندگی بزرگسالان، هم دلبستگی و هم خود مختاری اهداف مطلوب برای هر دو جنس می‌باشند. اما به هر حال هنجارهای اجتماعی، دلبستگی را در زنان و خود مختاری را در مردان تشویق و تقویت می‌کنند.

در خصوص خرده مقیاس‌های مربوط به متغیر سازگاری زناشویی نتایج نشان می‌دهد که EFT در خرده مقیاس‌های رضایتمندی، همبستگی و ابراز محبت زناشویی تأثیر مطلوب داشته است اما در مقیاس توافق زناشویی این مداخله تأثیر مثبتی نداشته است.

هر چند که این یافته با نتیجه پژوهش رسولی (۱۳۸۶) مبنی بر تأثیر گذاری مثبت EFCT در توافق زناشویی، همخوانی ندارد، اما شاید بتوان مطرح کرد که با توجه به مشکل خاص افراد این تحقیق (داشتن روابط خارج از ازدواج) و عدم حضور همسر در فرایند درمان، این مداخله باعث تغییر در فرایند توافق زناشویی نگردیده است. این تحقیق به صورت فردی اجرا شده است و زوج در فرایند درمان مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند، از این حیث این مسأله جزء محدودیت‌های تحقیق به شمار می‌آید.

منابع

- احمدی، خ. (۱۳۸۲). شناسایی عوامل موثر بر سازگاری زناشویی و مقایسه اثر بخشی دو روش مداخله ای تغییر یک زندگی و حل مسأله در زوجین دارای ناسازگاری زناشویی. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- اقلیما، مصطفی (۱۳۸۷) خیانت همسران. انجمن گفتگوی پرشین فروم. اینترنت
- برنشتاین، اف. ا. ج.؛ برنشتاین، ام. تی (۱۳۸۲). شناخت و درمان اختلال های زناشویی. ترجمه حمید رضا سهرابی، تهران: انتشارات رسا.
- ثناپی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- رسولی، رؤیا و همکاران (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن. فصلنامه خانواده پژوهی. شماره ۱۱، دوره سوم.
- عرفانی اکبری، معصومه (۱۳۷۸). بررسی مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین و تاثیر ارتباط درمانی زوجین بر آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهراء.
- کار، آلن (۱۳۸۴). خانواده درمانی: تحلیل روابط و تعارضات همسران. ترجمه غلامرضا تبریزی، نشر مرندیز.
- مظاهری، محمد علی (۱۳۷۹). نقش دلبستگی بزرگسالان در کنش وری ازدواج. مجله روانشناسی. ۱۵، ۳۱۸-۲۸۶.
- ملازاده، جواد؛ منصور، محمود؛ اژه ای، جواد؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸۱). سبکهای رویاروگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روانشناسی. شماره ۶، ۲۷۵-۲۵۵.

- Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A.E. & C.S.L. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ed., pp. 595-612). New York : Wiley.
- Aylmer, R. C. (1989). The launching of the single young adult. In B. Carter M. McGoldrick, (), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed., pp. 191-208). Boston , MA.
- Feeney, J. A., & Noller , P. (1995). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Gottman ,j. m (1999) predicting the longitudinal course of marriage. *journal of marital and family therapy*. 17, 3-7.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1997). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Behavior*, 52, 511 – 524.
- Johnson ,S.M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy :creating connrctions* (2 ed). New York : Burneer-Rouledge.

- Johnson ,S.M.,& Greenberg ,I .s.(1985a)Differential effects of experiential & problem solving marital conflict. *journal of consulting & clinical psychology*.53,175-184.
- Johnson ,S.M.,& Greenberg ,I. s.(1985b) Emotionally focused couple therapy:an outcome study. *journal of marital & family*,11:313-317.
- Johnson ,S.M., Makinen, J.A.& Millikin ,J.W.(2001). Attachment injuries in couple Relationship :a new perspective on impasses in couples therapy. *journal of marital & family*,23,135-152.
- Johnson ,S.M.,& whiffen ,V.E.(1999). Made to measure: Adapting emotionally focused therapy to attachment styles *journal of clinical psychology :science @ practice* ,6,366-381.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Simonfan .c.& hon-kwong lui(1999). Extra marital affairs ,marital satisfaction & Divorce:Evidence from Hong Kong,Contemporary economic policy,western economic association international,vol.22(4),pages 442-452,
- Spitzberg and Cupach, (1998). *The dark side of human relationships*, Lawrence Erlbaum Associates, London, UK.

صفایی، صدیقه؛ بیگدلی، ایمان اله؛ طالع پسند، سیاوش (۱۳۹۰). رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۵۲-۳۹.



رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند

صدیقه صفایی^۱، ایمان اله بیگدلی^۲، سیاوش طالع پسند^۳
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۰

چکیده

شناخت عوامل تأثیرگذار بر خودپنداره امری حیاتی تلقی می شود؛ زیرا خودپنداره اساس ارزیابی فرد از خود و جهان پیرامونش را تشکیل می دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان خودپنداره مادر، سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند انجام گرفت. نمونه آماری پژوهش، ۱۸۰ دانش آموز دختر بودند که در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ در دبیرستان های شهر سمنان تحصیل می کردند و به روش نمونه گیری تصادفی گزینش شده بودند. خودپنداره مادر و فرزند توسط پرسشنامه خودپنداره تنسی سنجیده شد و مقیاس دلبستگی بزرگسال برای ارزیابی سبک دلبستگی فرزندان به کار رفت. یافته ها نشان داد که همبستگی مثبتی میان خودپنداره مادر و فرزند و همبستگی منفی میان سبک های دلبستگی ناایمن و خودپنداره فرزند وجود دارد. در حالی که رابطه معناداری میان خودپنداره مادر و سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند دیده شد. نتایج نشان داد که خودپنداره مادر و سبک های ناایمن دلبستگی فرزند برخلاف دلبستگی ایمن فرزند می تواند خودپنداره فرزند را پیش بینی کنند.

واژه های کلیدی: خودپنداره مادر، خودپنداره فرزند، سبک دلبستگی

^۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی safaie.s@hotmail.com

^۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

^۳. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان

مقدمه

بر پایه بسیاری از نظریه‌های نوین، خود هم آموختنی است و هم ساختنی. خود با درونی سازی باورها و گرایش‌های افراد پیرامون فرد مانند والدین و آموزگاران آموخته می‌شود، و با شکل گیری باورها در نتیجه تعامل فرد با محیط ساخته می‌شود (لطف آبادی، ۱۳۷۹). عبارت خودپنداره به عوامل ارزشمندی همچون خشنودی از زندگی^۱، علاقه به خود^۲ و خود ارزشمندی^۳ مرتبط است و به صورت مجموعه‌ای از گرایش‌ها به خود تعریف شده که نگرش‌ها و رفتارهای خود فرد را توصیف و ارزیابی می‌کند (دان^۴، شیلدز^۵، تیلر^۶ و داد^۷؛ ۲۰۰۹). خودپنداره تحت تأثیر عوامل متعددی متحول می‌شود. بازخورد دیگران به ویژه والدین، تعامل‌های اجتماعی، ارتباط کودک و محیط و زمینه‌های محیطی از عواملی است که مورد بحث بسیاری از مؤلفان بوده است (پورحسین، دادستان، اژه‌ای و کیامنش، ۱۳۸۱).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که کیفیت مثبت روابط عاطفی والدین با فرزندان (از کودکی تا جوانی) در شکل گیری خودپنداره مناسب آنان تأثیر ارزشمندی دارد. تاب^۸ (۱۹۷۴) در بررسی که انجام داد نشان داد که میان خودپنداره والدین و فرزندان رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین عدم همانندی میان خودپنداره والدین به گونه منفی با خودپنداره فرزند مرتبط بود. فلاین^۹ (۱۹۹۳) در پژوهش خود دریافت که خودپنداره پدر و مادر با خودپنداره دختران و پسرانشان به گونه قدرتمندی مرتبط بودند.

گرچه رابطه نامطلوب میان والدین و فرزندان، به گونه کلی تأثیرات منفی در پی دارد، تأثیرات منفی رابطه نامطلوب با مادر بیش از تأثیرات منفی ناشی از وجود این گونه روابط با پدر است؛ زیرا کودکان زمان بیشتری را با مادر می‌گذرانند و در نتیجه تأثیر بیشتری از وی می‌پذیرند. همچنین می‌توان گفت رفتار اجتماعی کودکان بیشتر متأثر از رفتاری است که از مادر خود مشاهده کرده‌اند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۵). تورناگ^{۱۰} (۲۰۰۴) دریافت که تصور دختران شرکت کننده در پژوهش از خودشان توسط تأیید مادران تقویت شده بود. این یافته نشان می‌دهد که مادران به گونه موفق برای فراهم آوردن فضایی برای شکل گیری و توسعه تعریف خود دخترانشان، مؤثر بودند.

^۱ . life-satisfaction

^۲ . self-liking

^۳ . self-worth

^۴ . Dunn

^۵ . Shields

^۶ . Taylor

^۷ . Dodd

^۸ . Taub

^۹ . Flynn

^{۱۰} . Turnage

نوع برخورد والدین با کودک به ویژه مادر- کودک سبب پدید آمدن نوعی دلبستگی شده که در آینده تحول اجتماعی فرد نقش بسزایی دارد. منظور از دلبستگی رابطه نخستین میان مادر- کودک است که پس از شکل گیری، عامل محافظت فرد از نابودی خواهد بود (بالبی^۱، ۱۹۶۹؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴). از برجسته ترین نکات نظریه دلبستگی بالبی (۱۹۶۹) این است که تجربیات دلبستگی اولیه به گونه تظاهرات ذهنی از خود و دیگران درونی شده که الگوهای کاری درونی^۲ خوانده می شوند و تصور می شود که هسته هسته ویژگی های شخصیتی و اساس تفاوت های فردی در سبک های دلبستگی باشد. چنین تفاوت های فردی می توانند درون یک فضای دو بعدی با الگوهایی از خود و دیگران سازمان یابند که در صورت به هم پیوستن، چهار سبک دلبستگی اصلی حاصل می شوند: ایمن^۳ (خود مثبت و دیگران مثبت)، آشفته^۴ (خود منفی و دیگران مثبت)، طرد کننده^۵ (خود مثبت و دیگران منفی)، و ترس آور^۶ (خود منفی و دیگران منفی) (به نقل از گریفین^۷ و بارتولومئو^۸، ۱۹۹۴). در نتیجه این گونه فرض شده است که دلبستگی اضطرابی با باورهای منفی درباره خود و دیگران مرتبط است، در مقابل دلبستگی اجتنابی با خودانگاره های^۹ مثبت و انتظارات منفی درباره دیگران مشخص شده است. شواهد بدست آمده از بررسی های خود گزارشی به گونه گسترده ای با فرضیه های نظری همخوان است که دلبستگی ایمن با باورهای مثبت بیشتر درباره خود مرتبط است و در مقابل دلبستگی اضطرابی با عزت نفس پایین تر مرتبط است (دویت^{۱۰}، هاور^{۱۱} و بویسه^{۱۲}، ۲۰۰۸).

ورچورن^{۱۳}، دامن^{۱۴} و بویسه^{۱۵} (۲۰۱۱) نشان دادند که خودپنداره کلی با کیفیت دلبستگی به مادر مرتبط است. همچنین نقش غیر مستقیم کیفیت دلبستگی اولیه مادر- فرزند بر خودپنداره تحصیلی توسط تأثیر آن بر ارتباطات فرزند- بزرگسال در آموزشگاه آشکار شد.

^۱ . Bowlby

^۲ . internal working models(IWM)

^۳ . secure

^۴ . preoccupied

^۵ . dismissive

^۶ . fearful

^۷ . Griffin

^۸ . Bartholomew

^۹ . self view

^{۱۰} . Dewitte

^{۱۱} . Houwer

^{۱۲} . Buysse

^{۱۳} . Verschueren

^{۱۴} . Doumen

^{۱۵} . Buyse

با توجه به نظریهٔ دلبستگی، افراد با دلبستگی ایمن نسبت به افراد با دلبستگی ناایمن، به علت تجربه‌های متقابل اجتماعی اولیه‌شان، عزت نفس بالاتری دارند. برای نمونه، در دلبستگی ایمن مراقبان همواره متقابل اجتماعی اولیه‌شان، عزت نفس بالاتری دارند. برای نمونه، در دلبستگی ایمن مراقبان همواره بازخورد مثبتی را به شیوهٔ مؤثر و در زمان مناسب ارائه می‌دهند و به کودکان اجازه می‌دهند تا احساس اعتماد و وابستگی به مراقبان خود را رشد دهند. افزون بر این کودکان خودپندارهٔ مثبتی را در مدت دریافت بازخورد قابل پیش بینی و مستمر از مراقبان شکل می‌دهند و خودشان را به عنوان فردی دوست داشتنی می‌پذیرند. در برابر کودکان با دلبستگی ناایمن بازخورد کمتر و در بهترین حالت غیر مستمر از مراقبانشان دریافت می‌کنند. در این وضعیت غیر پشتیبانی کننده و ناپایدار، این کودکان الگویی از افراد دیگر را به صورت افراد غیر قابل اعتماد و غیر قابل پیش بینی ایجاد می‌کنند و خودشان را به صورت فردی غیر دوست داشتنی می‌پندارند (لیری^۱، تمبر^۲، تردال^۳ و دونز^۴، ۱۹۹۵؛ به نقل از وو^۵، ۲۰۰۹).

بر این اساس در پژوهش حاضر میزان رابطهٔ خودپنداره و سبک دلبستگی و همچنین رابطهٔ احتمالی این دو مؤلفه با خودپنداره مادر مورد توجه قرار گرفته است و پرسش اساسی مطرح شده در این پژوهش این است که «آیا ارتباط معنی داری میان خودپندارهٔ مادر و سبک دلبستگی و خودپندارهٔ فرزندان وجود دارد؟».

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیهٔ دانش آموزان دختر دبیرستانی بود که در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ در دبیرستان‌های روزانه (دولتی، غیرانتفاعی) در شهر سمنان تحصیل می‌کردند. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و با توجه به حجم نمونه، تعداد آموزشگاه‌ها و کلاس‌ها، نخست ۱۰ دبیرستان دخترانه شامل دبیرستان‌های متوسطه عمومی، هنرستان فنی، هنرستان حرفه‌ای و کاردانش انتخاب شدند و به گونهٔ تصادفی از هر آموزشگاه تعدادی کلاس در مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان انتخاب شدند. از هر کلاس نیز به صورت تصادفی تعدادی دانش آموزان گزینش شدند و

^۱. Leary

^۲. Tambor

^۳. Terdal

^۴. Downs

^۵. Wu

در نهایت ۱۸۰ نفر از دانش آموزان مورد ارزیابی قرار گرفتند. این شرکت کنندگان دارای میانگین سنی ۱۶ سال بودند که ۳۷ درصد آنان در پایه اول، ۲۹ درصد در پایه دوم و ۳۴ درصد در پایه سوم دبیرستان تحصیل می کرده‌اند.

ابزار

۱. مقیاس دلبستگی هزن و شیور (۱۹۸۷): این مقیاس توسط هزن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده است؛ و دارای ۱۵ گویه است که به هر یک از سه سبک دلبستگی ایمن، دوری جو و دوسوگرا پنج گویه تعلق می‌گیرد. نمره گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) صورت می‌گیرد. تحلیل عامل مقیاس هزن و شیور (۱۹۸۷) توسط کولینز^۱ و رید^۲ (۱۹۹۰) به استخراج سه عامل عمده دلبستگی ایمن، دوری جو و اضطرابی منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می‌شود. هزن و شیور اعتبار بازآزمایی کل این مقیاس را ۰/۸۱ و با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آوردند. اعتبار آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش رحیمیان بوگر، نوری، عریضی، مولوی و فروغی مبارکه (۱۳۸۶) برای کل آزمون، سبک اضطرابی، دوری جو و ایمن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بدست آمد، که اعتبار مطلوبی را نشان می‌دهد.

۲. پرسشنامه خود پنداره تنسی: پرسشنامه خودپنداره تنسی توسط فیتز^۳ و وارن^۴ (۱۹۹۶) ساخته شده و شامل ۱۰۰ گویه است که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت تدوین شده است. این پرسشنامه توانایی تشخیص نه عنصر را دارد که هشت عنصر آن اساس خودپنداره فرد را شکل داده‌اند و عنصر نهم خود انتقادی است. عناصر تشکیل دهنده خودپنداره شامل عناصر جسمانی، اخلاقی، شخصیتی، خانوادگی، اجتماعی، هویتی، رفتاری و خشنودی از خود هستند. برای هر آزمودنی یک نمره کل که نشان دهنده خودپنداره شخص است و یک نمره برای هر یک از عناصر این آزمون بدست می‌آید. آزمودنی‌ها از بین گزینه‌های کاملاً درست، تا کاملاً نادرست گزینه مورد نظر خود را انتخاب می‌کنند. هر گزینه از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. برای ۹۰ گویه (۱۰ گویه خود انتقادی را در بر نگرفته است) ۴۵ گویه مثبت و باقی منفی هستند گویه‌هایی که بر جنبه منفی خودپنداره تأکید دارند به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. گویه‌های انتقاد از خود (۱۰ گویه) همگی به صورت مثبت نمره گذاری شده‌اند (جمال الدین^۵، احمد^۱،

^۱. Coolins

^۲. Read

^۳. Fitts

^۴. Warren

^۵. Jamaludin

یوسف^۲ و عبدالله^۳، ۲۰۰۹). جمال الدین و همکاران (۲۰۰۹) با بهره بردن از شیوه تحلیل عامل، روایی نه عنصر مقیاس، از ۰.۴۱ تا ۰.۸۵ بدست آوردند در مطالعه رضازاده بهادران، با استفاده از روش بازآزمایی، اعتبار ۰/۸۲ گزارش شده است (به نقل از چناری، ۱۳۷۴). همچنین هوشمند (۱۳۷۶) با استفاده از روش زوج و فرد ضریب اعتبار ۰/۸۰ را گزارش کرده است. محمودی (۱۳۷۷) در پژوهش خود با استفاده از روش دو نیمه کردن سوال‌ها، اعتبار معادل $I = 0.74$ بدست آورد. در پژوهش پور عبدلی، کدیور و همایونی (۱۳۸۷) نیز ضریب اعتبار این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۴ به دست آمد.

روش گرد آوری داده‌ها

برای اجرای پژوهش، پس از تهیه پرسشنامه جهت دریافت مجوز ورود به آموزشگاه‌ها، هماهنگی‌های لازم با سازمان آموزش و پرورش به عمل آمد؛ و در نهایت مجوز اجرای پرسشنامه در ۱۰ دبیرستان دریافت شد. برای افزایش اعتبار پژوهش با مدیران و معاونان آموزشگاه هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. به این منظور یک کلاس برای تکمیل پرسش نامه توسط دانش آموزان در نظر گرفته شد که دانش آموزان در آن پس شنیدن توضیحات لازم از جمله این که پرسشنامه ارتباطی با وضعیت تحصیلی آن‌ها ندارد، هیچ گونه پاسخ درست یا نادرست وجود ندارد و تنها باید بر پایه ویژگی‌های شخصی خود به آن پاسخ دهند، نیاز به نوشتن نام و مشخصات خود ندارند و توضیحات لازم درباره چگونگی پاسخ دهی؛ پرسشنامه‌های سبک دلبستگی و خودپنداره را پاسخ دادند. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط هر فرد در حدود ۲۰ دقیقه به طول انجامید. سپس از آن‌ها خواسته شد پرسش نامه خودپنداره در اختیار مادران خود بگذارند تا با توجه به توضیحات ارائه شده، ایشان نیز آن را تکمیل کنند. در مجموع در طی ۲ ماه پس از توزیع ۲۶۵ پرسش نامه، ۱۸۰ پرسش نامه تکمیل شده جمع آوری شد.

یافته‌ها

برای بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش در آغاز میزان توزیع و کشیدگی فراوانی متغیرهای خودپنداره مادر، سبک دلبستگی دوری جو، ایمن و اضطرابی بررسی شده است. میزان چولگی متغیرها

^۱. Ahmad

^۲. Yusof

^۳. Abdullah

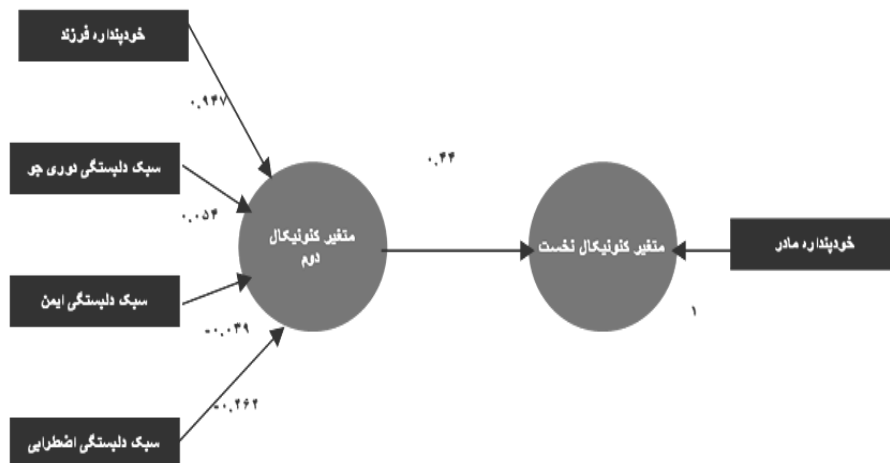
کمتر از ۱ بود و در دامنه ۰.۴۵- تا ۰.۱۷ قرار داشت. در جدول (۱) رابطه میان متغیرهای خودپنداره مادر، خودپنداره فرزند و سبک دلبستگی فرزند، با استفاده از روش همبستگی پیرسون آرایه شده است.

جدول ۱: خودپنداره فرزند، خودپنداره مادر و سبک‌های دلبستگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	n
خودپنداره فرزند	۰.۸۵					۱۷۸
خودپنداره مادر	۰.۴۱۷**	۰.۸۴				۱۸۰
سبک دلبستگی دوری جو	۰.۲۶۶**	-۰.۰۰۲	۰.۸۱			۱۸۰
سبک دلبستگی ایمن	۰.۰۹۳	-۰.۰۲۱	۰.۳۰۴**	۰.۷۷		۱۸۰
سبک دلبستگی اضطرابی	۰.۲۷۹**	-۰.۱۰۲	۰.۱۷۲*	۰.۰۶۵	۰.۸۳	۱۸۰

*ضرایب اعتبار بر روی قطر اصلی قرار دارند. **P<0.01 *P<0.05

تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که خودپنداره فرزند با خودپنداره مادر رابطه مثبت و در حد متوسط دارد. خودپنداره فرزند با سبک دلبستگی دوری جو و اضطرابی رابطه منفی دارد. شدت رابطه آن‌ها در حد ضعیف است. همان طور که در شکل (۱) مشاهده می شود برای بررسی رابطه همزمان خودپنداره مادر از یک سو و سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند از سوی دیگر از روش همبستگی کانونی بهره برده شد. همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می شود همبستگی کانونی بین خودپنداره مادر و متغیر نهفته کانونی معنادار بود ($R_c = .44, Wilks' \lambda = .08, X^2 = 37.47, p < .05$).



شکل ۱: مدل روابط بین متغیرها با توزیع بارهای کانونی

جدول ۲: همبستگی کانونی و لاندای ویکلز

R_c^2 (%)	R_c	سطح معناداری	درجه آزادی	χ^2	Wilks λ	
۱۹.۳۶	۰.۴۴	۰.۰۰۰۱	۴	۳۷.۴۷	۰.۸	خودپنداره مادر

رابطه میان دو متغیر کانونی برابر ۰.۴۴ است که مثبت و معنادار است. همچنین دیده می‌شود که رابطه متغیر خودپنداره مادر با متغیر کانونی نخست برابر ۱ است که به این معنی است که خودپنداره مادر تنها متغیر شکل دهنده متغیر کانونی نخست است. متغیر کانونی دوم شامل خودپنداره فرزند، سبک‌های دلبستگی دوری جو، ایمن و اضطرابی است که خودپنداره فرزند دارای بیشترین بار است (۰.۹۴۷). متغیرهای سبک دلبستگی اضطرابی (۰.۲۶۲-)، دوری جو (۰.۰۵۴) و ایمن (۰.۰۳۹-) میزان بار کانونی کمتری در مقایسه با خودپنداره فرزند دارند. به این ترتیب می‌توان مشاهده کرد که سهم زیادی از رابطه میان متغیر کانونی نخست و متغیر کانونی دوم مربوط به خودپنداره فرزند است که بیشترین بار را در متغیر کانونی دوم دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که پیش‌تر آمد، خود یک ساختار روانی است که به دلیل تجربه‌های درونی و بیرونی در یک نظام پویا شکل می‌گیرد و به تدریج پیچیده‌تر می‌شود. همچنین یک محصول اجتماعی به شمار می‌رود که در اثر تعامل و برخورد با دیگران به دست می‌آید (پورکی^۱؛ ترجمه میرکمالی، ۱۳۷۸). بالبی باور دارد که نوع الگوی دلبستگی مادر و فرزند، یا تعامل عاطفی نوزاد و پرستار او (معمولاً مادر) اثر بسیار ارزشمندی بر رشد شخصیت کودک دارد (درویزه، ۱۳۸۴).

در دلبستگی ایمن مراقبان همواره بازخورد مثبتی را به شیوه مؤثر و در زمان مناسب ارائه می‌دهند و به کودکان اجازه می‌دهند تا احساس اعتماد و وابستگی به مراقبان خود را رشد دهند؛ خودپنداره مثبتی را شکل دهند و خودشان را به عنوان فردی دوست داشتنی بپذیرند. در برابر کودکان با دلبستگی ناایمن

^۱ . Purkey

بازخورد کمتر و در بهترین حالت غیر مستمر از مراقبانشان دریافت می کنند. این کودکان الگویی از افراد دیگر را به صورت افراد غیر قابل اعتماد و غیر قابل پیش بینی ایجاد می کنند و خودشان را به صورت فردی غیر دوست داشتنی می پندارند (لیری و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از وو، ۲۰۰۹).

از این رو شناخت رابطه خودپنداره مادر و فرزند و رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی فرزند ارزشمند به نظر می رسد. به همین دلیل هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه خودپنداره مادر با خودپنداره و سبک دلبستگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر سمنان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود.

با توجه به نتایج بدست آمده از همبستگی پیرسون بین خودپنداره مادران و خودپنداره فرزندان رابطه وجود دارد و بر پایه نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون خودپنداره مادر قوی ترین پیش بینی کننده خودپنداره فرزند است. این یافته ها با نتایج پژوهش تاب (۱۹۷۴)؛ مکلید^۱ و نکدی^۲ (۲۰۰۰) و امیتای^۳، مونگرین^۴ و فزا^۵ (۲۰۰۸) همسو است.

در این باره می توان بیان داشت که مادر و پدر از جمله ارزشمندترین افراد برای فرزند هستند و احساس آن ها از خود بر احساس فرزندانشان از خود تأثیر خواهد داشت. همچنین فرزندان تمایل دارند تا خودپنداره والدین را رونوشت برداری کنند یا خودشان را دقیقاً همانند والدینشان ببینند. والدین در حقیقت در نقش الگو هستند. این مدل اغلب نظریه نگرستن در آینه خوانده شده است که بازتابی از خود کودک است؛ هنگامی که به والدینش می نگرد.

با توجه به نتایج بدست آمده از همبستگی پیرسون بین سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند رابطه معناداری وجود دارد و با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون سبک های دلبستگی از پیش بینی کنندگان خودپنداره فرزندان هستند. این نتایج با یافته های پژوهش های مربوط به سبک دلبستگی و خودپنداره از جمله گودوین^۶، میر^۷، تامسون^۸ و هیس^۹ (۲۰۰۸)؛ وو (۲۰۰۹) و نیشیکاوا^{۱۰}، هاگلوف^{۱۱} و سانام^{۱۲} (۲۰۱۰) همسو است.

^۱. Mukallid

^۲. Nakadi

^۳. Amitay

^۴. Mongrian

^۵. Fzaa

^۶. Goodvin

^۷. Meyer

^۸. Thompson

^۹. Hayes

^{۱۰}. Nishikawa

^{۱۱}. Hagglof

^{۱۲}. Sundbom

در این باره می‌توان بیان کرد که اشخاص دلبسته‌ایمن معمولاً به شیوه تأثیر گذار و در زمان مناسب از مراقبتشان بازخورد دریافت می‌کنند. این محیط پایدار و پایا، آن‌ها را به توجه به خودشان به گونه دوست داشتنی سوق می‌دهد و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا یک خودانگاره مثبت از خودشان شکل دهند. با وجود داشتن توجه به خود^۱ مثبت، آن‌ها اعتماد بیشتری به تعامل با دیگران دارند و فرصت‌هایی را برای بهره بردن از بازخورد دیگران پدید می‌آورند و می‌توانند یک خودپنداره واضح فراتر از بازخوردهای دریافت شده در محیط پایدار مثبتشان بسازند. در برابر، افراد دلبسته نایمن چنین ویژگی‌هایی در محیط اجتماعی‌شان ندارند.

همچنین نتایج نشان داد که میان خودپنداره مادر و سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به نقش بارز والدین در شکل‌گیری سبک دلبستگی فرزندان و خودپنداره آنان، بی‌تردید خودپنداره والدین به ویژه مادر نیز نمی‌تواند خالی از ارزش باشد. زیرا که تصور مادر از خود به صورت الگویی برای فرزند است و بر رفتارهای مراقبتی مادر تأثیر گذار است که نتیجه نهایی آن شکل دادن دلبستگی فرزند و در پی آن خودپنداره او است.

نتایج پژوهش‌های پیشین نیز بر این نکته تأکید داشته‌اند که با توجه به تأثیر پذیری فرزند از والدین و به ویژه از مادر، ثبات در خودپنداره مادر می‌تواند یکی از شرایط مهیا کننده خودپنداره مثبت فرزندان باشد. زیرا تعامل سازنده با والد دارای خودپنداره مثبت و پایدار به ویژه در کودکی و اوایل نوجوانی که زمان شکل‌گیری و تثبیت خودپنداره است، نقش بسزایی در تشکیل خودپنداره فرزندان دارد.

مادران با خودپنداره مثبت ضمن پذیرفتن ویژگی‌های خود و بها دادن به آن‌ها، توجه مثبت بیشتری به فرزندان خود معطوف می‌دارند که زمینه ایجاد روابط صمیمانه‌تر و در نتیجه تأثیر پذیری بیشتر فرزند از مادر و به نوبه خود شکل‌گیری خودپنداره مثبت در فرزندان را فراهم می‌آورد.

از دیگر عوامل تأثیر گذار بر خودپنداره فرزند، همان گونه که در پژوهش حاضر بدان اشاره شد؛ سبک دلبستگی است. با توجه به پژوهش‌های متعدد انجام گرفته در این زمینه و نظریه‌های پیش‌تر مطرح شده درباره اهمیت محیط حمایتی اولیه و شیوه نگهداری و مراقبت والدین، که به نوبه خود روابط دلبستگی را تشکیل می‌دهند؛ می‌توان ارزش پدیدآیی روابط عاطفی و حمایتی والد و فرزند را در ایجاد خودپنداره یکپارچه و پایدار دریافت. نقش مادر به ویژه در این زمینه حیاتی پنداشته می‌شود، زیرا که در

^۱. Self regard

فرهنگ‌ها و جوامع گوناگون، مادر به عنوان نخستین نگاره دلبستگی در نظر گرفته می‌شود که نوزاد با وی ارتباط تنگاتنگی را برقرار می‌سازد که ضامن بقا و سلامتی او است.

از این رو مادرانی که به گونه مناسبی پاسخگوی نیازهای فرزند خود به ویژه نیاز به کاوش محیط، هستند این امکان را به فرزند خود می‌دهند تا بتواند ضمن کاوش محیط از وجود منبع حمایتی پایداری اطمینان حاصل کند که افزون بر شکل دهی خودپنداره فرزند به صورت منسجم و مثبت، ضامن ایمنی در روابط عاطفی و دلبستگی در بزرگسالی وی خواهد بود. احساس عدم امنیت در روابط دلبستگی که ناشی از توجه ناکافی در ضمن مراحل حساس رشدی و شکل‌گیری دلبستگی است، پدید آورنده احساس ناشایستگی در خود می‌شود؛ به این معنی که کودک عدم ایجاد روابط پایدار با والد (مادر) در وهله نخست و با دیگر اطرافیان در وهله بعد را ناشی از عدم کفایت و لیاقت خود می‌داند. این احساس، اساس پدیدآیی خودپنداره منفی در این گونه کودکان و گسترش آن به دوران بزرگسالی است.

نخستین محدودیت پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مقطعی بودن آن است که امکان هر گونه تعیین روابط علی را از بین می‌برد. همچنین اجرای آن تنها در یک جنس بود که تعمیم نتایج را محدود می‌کند؛ افزون بر سن جامعه پژوهشی که امکان تعمیم نتایج را به مقاطع سنی و تحصیلی دیگر دشوار می‌سازد.

در نتیجه با توجه به محدودیت‌های پژوهش، می‌توان پیشنهادهایی برای کمک به اجرای بهتر پژوهش‌های آینده مطرح کرد از جمله اینکه با اجرای بررسی‌های طولی امکان تعیین روابط علی در شکل‌گیری خودپنداره فرزندان را فراهم ساخت و قدرت پیش‌بینی چنین پژوهش‌هایی را افزایش داد. با توجه به پژوهش‌های اندک انجام گرفته در حوزه دلبستگی و به ویژه مباحث الگوهای کاری، اجرای بررسی‌های دیگر در این زمینه از جمله اجرای آن در مورد افراد دچار آسیب‌های روانی می‌تواند روشن‌کننده ابعاد گوناگون این حوزه باشد. بررسی متغیرهای میانجی احتمالی که می‌تواند هر یک از متغیرهای خودپنداره و سبک دلبستگی را تحت تأثیر قرار دهد می‌تواند نکته شایان توجهی در اجرای پژوهش‌های بعدی باشد.

منابع

- احدی، حسن؛ بنی جمال، شکوه السادات (۱۳۸۵). *روان شناسی رشد*، چاپ شانزدهم، تهران: انتشارات شرکت پردیس ۵۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و هوش هیجانی. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی*، دوره ۱، شماره ۲ و ۳، ص ۱۴۲-۱۳۱.
- پورحسین، رضا؛ دادستان، پریخ؛ اژه ای، جواد؛ کیامنش، علی رضا (۱۳۸۱). بررسی تحولی خودپنداشت در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و رابطه آن با طبقه اجتماعی و جنس. *مجله روان شناسی*، سال ششم، شماره ۳، ص ۲۲۶-۲۱۱.
- پور عبدلی، محمد؛ کدیور، پروین؛ همایونی، علیرضا (۱۳۸۷). ارتباط بین شیوه‌های فرزند پروری مادر و فرزند پروری ادراک شده با مکان کنترل و خودپنداره فرزند. *دانش و پژوهش در روان شناسی*، شماره ۳۷، ص ۱۲۸-۱۰۷.
- پورکی، ویلیام، دیلو (۱۳۷۸). *خودپنداره و موفقیت تحصیلی*. برگردان سید محمد میرکمالی، تهران: نشر سیطرون.
- چناری، مهین (۱۳۷۴). *بررسی رابطه بین نگرش‌های تربیتی والدین و خودپنداری فرزندان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- درویزه، زهرا (۱۳۸۴). *بررسی همدلانه دختران نوجوان دبیرستانی با مادرانشان و رابطه آن با مهارت فراشناخت و پیشرفت تحصیلی در شهر تهران*. *مطالعات زنان*، ۸، ص ۸۲-۶۷.

- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ نوری، ابوالقاسم؛ عریضی، حمیدرضا؛ مولوی، حسین و فروغی مبارکه، عبدالرضا (۱۳۸۶). رابطه سبک‌های دلبستگی بزرگسالی با رضایت و استرس شغلی در پرستاران. *فصل نامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴۹، ص ۱۵۷-۱۴۸.
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۹). *روانشناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی*، جلد اول، تهران: نشر سپیده.
- محمودی، زهرا (۱۳۷۷). بررسی رابطه خودپنداره، یادگیری خود-تنظیم و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر پایه دوم راهنمایی شهریار در سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- هوشمند، عثمان (۱۳۷۶). بررسی رابطه خودپنداره کلی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان سرآمد و عادی سال اول راهنمایی شهر گرگان در سال تحصیلی ۷۵-۱۳۷۴. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

- Amitay, O. A., Mongrian, M. & Fazaa, N. (2008). Love and control: self-criticism in parent and daughters and perceptions of relationship parents. *Personality and Individual Differences*, 44, 75 – 85.
- Coolins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644 – 663.
- Dewitte. M., Houwer. J. D., Buysse. A., (2008), on the role of the implicit self concept in adult attachment, *European journal of Psychological Assessment*, 24, 282- 289.
- Dunn, N., Shields, N., Taylor, N.F, & Dodd, K. J. (2009). Comparing the self concept of children with cerebral palsy to the perceptions of their parents. *Disability and Rehabilitation*. 31. 385 – 393.
- Flynn. T. M., (1993), The effect of parental authority on the preschool child's self-concept , *Early Child Development and Care*, 84, 103 – 109.
- Goodvin, R., Meyer, S., Thompson, R. A. & Hayes, R. (2008). Self-understanding in early childhood : association with child attachment security and maternal negative affect. *Attachment & Human Development*, 10, 433 – 450.
- Griffin, D.W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other : Fundamental dimension underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 61, 430-445.
- Jamaludin, Hj., Ahmad, Hj., Yusof, R. & Abdullah, S. K. (2009). The reliability and validity of Tennessee Self Concept Scale (TSCS) instrument on residents of drug Rehabilitation center. *European Journal of Social Sciences*, 10, 349 – 363.
- Mukallid, S. & Nakadi, L. (2000). Comparison of self-concept of socially disadvantaged orphans and its relationship to academic achievement. *The E.R.C Journal*, 9, 29 – 42.
- Nishikawa, S., Hagglof. B. & Sundbom. E. (2010). Contributions of attachment and self – concept on internalizing and externalizing problems among Japanese adolescents. *J Child Fam Stud* , 19, 334 – 342.
- Taub. M., (1974), Self-Concepts of Parents and Children, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 3, 142- 145.

- Turnage, B. F.(2004). African american mother – daugther relationship, mediating daugthers self-esteem. *Child And Adolescent social working Journal*, 21, 155 – 173.
- Verschueren, K., Doumen, S. & Buyse, E.(2011). Relationships with mothers, teachers, and peers: Unique and joint effects on young children's self concept. Paper presented at the 15th European Conference on Developmental Psychology, Bergen, Norway.
- Wu, C. H. (2009). The relationship between attachment style and self concept clarity: The mediation effect of celf esteem. *Personality and Individual Differences*, 47,42-46.



بشارت، محمد علی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خود تنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۷۰-۵۳.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خود تنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایرانی^۱

محمد علی بشارت^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۰

چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خودتنظیم‌گری، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی و روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) بود. سیصد و پنجاه و هفت زن و مرد ایرانی (۱۵۰ مرد، ۲۰۷ زن) به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد مقیاس خود تنظیم‌گری (SRI-S)، پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک (EPQ-RS) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28) را تکمیل کنند. پایایی بازآزمایی ($r = 0/87$) و همسانی درونی ($\alpha = 0/93$) مقیاس خود تنظیم‌گری در حد رضایت بخش مورد تایید قرار گرفت. روایی محتوایی مقیاس خود تنظیم‌گری بر اساس داوری شش نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کدال برای زیرمقیاس‌های عملکرد مثبت، مهارت‌پذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی و خود تنظیم‌گری کلی مورد تایید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خود تنظیم‌گری از طریق محاسبه ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با ابعاد اصلی شخصیت و شاخص‌های سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها بررسی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های خود تنظیم‌گری با شاخص‌های برونگرایی و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با شاخص‌های نوروگرای و درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس خود تنظیم‌گری را تایید می‌کنند. بر اساس نتایج این پژوهش، فرم ۲۵ گویه‌ای مقیاس خود تنظیم‌گری برای سنجش این سازه در نمونه‌های ایرانی از پایایی و روایی کافی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: مقیاس خود تنظیم‌گری (SRI-S)، پایایی، روایی، روان‌سنجی

^۱. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

^۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تهران، besharat@ut.ac.ir

مقدمه

کنش‌وری سازش‌یافته (و سازش‌نیافته) در ابعاد مختلف تحول‌شناختی، عاطفی، اجتماعی، و رشد فیزیولوژیک در گستره زندگی، مستلزم فعالیت مستمر مجموعه‌ای از فرایندها و مکانیسم‌های نظارتی، کنترلی و مدیریتی است که در نظریه‌های مختلف، مخصوصاً در ادبیات روانشناسی تحولی، با عنوان «خود تنظیم‌گری»^۱ معرفی شده است. خود تنظیم‌گری، به دلیل اهمیت بی‌چون و چرایش، مورد توجه رویکردها و خطوط پژوهشی مختلف شامل نظریه‌های تحلیل روانی، رفتاری نگر، اجتماعی-فرهنگی و شناختی-تحولی قرار گرفته است (بامیستر^۲ و هس^۳، ۲۰۰۴؛ برانسون^۴، ۲۰۰۰؛ فلاول^۵، میلر^۶ و میلر^۷، ۲۰۰۲). بر این اساس، از خود خود تنظیم‌گری، به عنوان یک سازه روان‌شناختی پیچیده، بر حسب نظریه‌های مختلف، تعریف‌های متفاوت و البته با وجوه مشترک نسبتاً زیاد، ارایه شده است. در ابتدا به منظور آشنایی کلی با این سازه، به جمع‌بندی بعضی از تعریف‌ها اشاره می‌شود.

خود تنظیم‌گری سازه‌ای چند بعدی^۸ است و فرایندهای شناختی^۹، انگیزشی-عاطفی^{۱۰}، اجتماعی^{۱۱} و فیزیولوژیکی^{۱۲} تأثیرگذار بر کنترل فعال اعمال هدفمند را شامل می‌شود (روتبارت^{۱۳}، احدی^{۱۴}، هرشی^{۱۵} و فیشر^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ کالکینس^{۱۷} و فوکس^{۱۸}، ۲۰۰۲؛ کالکینس و هاوس^{۱۹}، ۲۰۰۴). در چهارچوب سیستم فرایندهای کنترل فعال و چند جنبه‌ای، کنش‌های آغازگری، تعدیل‌کنندگی، استمرار بخشی و هماهنگ‌سازی

¹. self-regulation

². Baumeister, R. F.

³. Vohs, K. D.

⁴. Bronson, M. B.

⁵. Flavell, J. H.

⁶. Miller, P. H.

⁷. Miller, S. A.

⁸. multidimensional

⁹. cognitive

¹⁰. motivational-affective

¹¹. social

¹². physiological

¹³. Rothbart, M. K.

¹⁴. Ahadi, S. A.

¹⁵. Hershey, K. L.

¹⁶. Ficher, P.

¹⁷. Calkins, S. D.

¹⁸. Fox, N. A.

¹⁹. Howse, R. B.

خود تنظیم‌گری اعمال می‌شوند (آیزنبرگ^۱، فابس^۲، گاتری^۳ و ریسر^۴؛ ۲۰۰۰؛ روتبارت، ۱۹۸۹). این سیستم، کنترل در اجرا^۵، توجه^۶، بازداری^۷ و فعال‌سازی^۸ را بر عهده دارد و فرونشانی^۹ پاسخ‌های نامناسب و آغازگری و آغازگری و استمرار بخشی پاسخ‌های ضروری را ممکن می‌سازد (پوسنر^{۱۰} و روتبارت، ۲۰۰۰).

در تعریف عملیاتی ویژگی‌های خودتنظیم‌گری، توانمندی‌های گسترده برای معرفی این مفهوم پیشنهاد شده است: توانایی اجابت یک درخواست؛ آغاز و/یا توقف رفتار بر حسب مطالبات موقعیتی؛ تعدیل شدت، فراوانی و طول مدت اعمال کلامی و حرکتی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی؛ به تأخیر انداختن موضوع یا هدف مطلوب؛ فعالیت‌های مطلوب اجتماعی در غیاب نظارت بیرونی؛ و تعدیل واکنش‌های هیجانی (برای مثال، فناگی و تارگت، ۲۰۰۲؛ کوپ، ۱۹۹۲؛ تامپسون، ۱۹۹۴؛ به نقل از برگر^{۱۱}، کافمن^{۱۲}، لیونه^{۱۳} و هنیک^{۱۴}، ۲۰۰۷).

علاوه بر اهمیت نظری خود تنظیم‌گری، به عنوان سازه‌ای کارآمد برای تبیین بسیاری از پدیده‌های روان‌شناختی، اهمیت تجربی خود تنظیم‌گری در کنش‌وری‌های روان‌شناختی و تحوّل بهنجار و همچنین پیدایش مشکلات سازگاری در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (برای مثال، آیزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ بشارت، قلعه بان، رحیمی نژاد و قربانی، ۱۳۸۸؛ روتبارت، احدی و ایونس، ۲۰۰۰؛ کالکینس و هاوس، ۲۰۰۴؛ کول^{۱۵}، میچل^{۱۶} و تتی^{۱۷}، ۱۹۹۴؛ لیبرمن^{۱۸}، گیسبرخت^{۱۹} و مولر^{۲۰}، ۲۰۰۷). یافته‌های این پژوهش‌ها، رابطه

¹. Eisenberg, N.

². Fabes, R. A.

³. Guthrie, I. K.

⁴. Reiser, M.

⁵. execution

⁶. attention

⁷. inhibition

⁸. activation

⁹. suppression

¹⁰. Posner, M. I.

¹¹. Berger, A.

¹². Kofman, O.

¹³. Livneh, U.

¹⁴. Henik, A.

¹⁵. Cole, P.

¹⁶. Michel, M. K.

¹⁷. Teti, L.

¹⁸. Lieberman, D.

¹⁹. Giesbrecht, G. F.

²⁰. Muller, U.

خود تنظیم گری با خودپیروی^۱، شایستگی اجتماعی^۲، همدلی^۳، مشکلات درونی سازی^۴ و برونی سازی^۵، اختلال‌های مصرف مواد را تایید کرده‌اند. خود تنظیم گری، به عنوان یکی از ویژگی‌های مهم تحول در دوره اوایل کودکی (برانسون، ۲۰۰۰)، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده تاب آوری^۶ در کودکان در معرض خطر شناخته شده است (باکتر^۷، مزاکاپا^۸ و بردسلی^۹، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها، همچنین نشان داده‌اند که نوجوانانی که در مورد ظرفیت‌های خود تنظیم گریشان در زمینه‌های موفقیت تحصیلی و اجتماعی تردید دارند، هدف‌های تحصیلی سطح پایین‌تری انتخاب می‌کنند، نسبت به احساس پوچی و افسردگی آسیب پذیرترند، و بیشتر به رفتارهای ضد اجتماعی مشکل ساز دیگر مبادرت می‌ورزند (برگر و همکاران، ۲۰۰۷).

خود تنظیم گری، همچنین در حلقه واسطه رابطه بین شخصیت و سلامت قرار می‌گیرد. شخصیت دست کم از طریق دو فرایند بر سلامت تأثیر می‌گذارد: فرایند نخست، فرد را برای رفتارهایی آماده می‌سازد که دو دسته عادت سالم (مثل تمرین بدنی یا رژیم مناسب) و ناسالم (مثل مصرف نوشیدنی‌های الکلی، توتون و سایر داروها) را به وجود می‌آورند؛ فرایند دوم از طریق سبک‌های مقابله عمل می‌کند، سبک‌هایی که به طور غیر مستقیم سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (برمودز^{۱۰}، ۱۹۹۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نیمرخ‌های شخصیتی متفاوت با هر یک از این فرایندها رابطه دارند. برای مثال، الگوهای رفتار ناسالم مرتبط با مصرف نوشیدنی‌های الکلی، توتون و سایر داروها با صفات مرتبط با پسیکوزگرای^{۱۱}، تهیج طلبی^{۱۲}، نوجویی^{۱۳} یا تکانشوری^{۱۴} رابطه دارند (آیسنک، ۱۹۹۷ الف، ۱۹۹۷ ب؛ کانوی^{۱۵}، سوینسن^{۱۶}، رونسویل^{۱۷} و مریکانگاس^{۱۸}،

1. autonomy
2. social competence
3. empathy
4. internalizing
5. externalizing
6. resilience
7. Buckner, J. C.
8. Mezzacappa, E.
9. Beardslee, W. R.
10. Bermudez, J.
11. psychoticism
12. sensation seeking
13. novelty seeking
14. impulsivity
15. Conway, K. P.
16. Swendsen, J. D.
17. Rounsaville, B. J.
18. Merikangas, K. R.

۲۰۰۲؛ کراگر^۱، هیکس^۲، پاتریک^۳، ارلسون^۴، لکون^۵ و همکاران، ۲۰۰۲؛ گرا^۶ و اورت^۷، ۱۹۹۹؛ یانگ^۸، یانگ^۹، استالینگر^{۱۰}، کورلی^{۱۱}، کراتر^{۱۲} و هویت^{۱۳}، ۲۰۰۰). مقیاس خود تنظیم گری^{۱۴} توسط گروسارت-ماتیک^{۱۵} و آیسنک (۱۹۹۵) برای سنجش رفتارهای مقابله‌ای مرتبط با سلامت و بر حسب رابطه آن با ابعاد اصلی شخصیت ساخته شد. یافته‌های پژوهشی روی هم رفته یک عامل سلامت-بیماری^{۱۶} را تایید کردند که بر اساس آن بعضی ابعاد و ویژگی‌های شخصیتی مستعد بیماری هستند (برای مثال، سرطان و بیماری‌های عروق کرونر قلب) و بعضی دیگر مستعد سلامت (برای مثال، آملانگ^{۱۷}، ۱۹۹۷؛ اسمدسلاند^{۱۸} و راندمو^{۱۹}، ۱۹۹۹؛ کیرک^{۲۰} و مارتین^{۲۱}، ۱۹۹۸).

مقیاس خود تنظیم گری گروسارت-ماتیک و آیسنک (۱۹۹۵) بر اساس این عامل (بعد) سلامت-بیماری و متشکل از سبک‌های مقابله‌ای مطالعه شده در پژوهش‌های مربوط به شخصیت و سلامت، ساخته شد. در این مقیاس، از گویه‌هایی استفاده شد که سودمندی آن‌ها برای پیش بینی سلامت و بیماری در هر دو گروه افراد سالم و بیمار، پیش تر تایید شده بود. این سبک‌های مقابله، با آسیب پذیری نسبت به بیماری در افراد سالم و پیشرفت بیماری‌های جسمی در بیماران، مرتبط است (گروسارت-ماتیک، آیسنک و بویل، ۲۰۰۰). تحلیل محتوای ۱۰۵ گویه مقیاس خود تنظیم گری (گروسارت-ماتیک و آیسنک، ۱۹۹۵) نشان می‌دهد که خود تنظیم گری در اصل ترکیبی است از سبک‌های مقابله بیشتر سازش یافته، یعنی مقابله مثبت یا

¹. Krueger, R. F.

². Hicks, B. M.

³. Patrick, C. J.

⁴. Carlson, S. R.

⁵. Lacono, W. G.

⁶. Grau, E.

⁷. Ortet, G.

⁸. Young, S. E.

⁹. Stallings, M. C.

¹⁰. Corley, R. P.

¹¹. Krauter, K. S.

¹². Hewitt, J. K.

¹³. Self-Regulation Inventory

¹⁴. Grossarth-Maticek, R.

¹⁵. health-disease factor

¹⁶. Amelang, M.

¹⁷. Smedslund, G.

¹⁸. Rundmo, T.

¹⁹. Kirk, K. M.

²⁰. Martin, N. G.

روی آوری بالا و مقابله منفی یا اجتنابی پایین (لازاروس ۱، ۱۹۹۰، هرمن - استال ۲، استملر ۳ و پترسن ۴، ۱۹۹۵).
 ۱۹۹۵). در مطالعات اولیه، آلفای کرونباخ و روایی بین مقیاس خود تنظیم گری تایید شد.
 در یک مطالعه پیش بین ۱۵ ساله، نمره‌های خود تنظیم گری با مرگ حاصل از سرطان، بیماری‌های
 عروق کرونر قلب و سایر علل مرگ و میر همبستگی معکوس داشت (گروسارت - ماتیک و آیسنک، ۱۹۹۵).
 مارکوس ۵ و همکاران (۲۰۰۵) نیز همسانی درونی ۶ و پایایی بازآزمایی ۷ فرم ۷۲ گویه ای اسپانیایی مقیاس خود
 خود تنظیم گری را تایید کردند.

نتایج تحلیل عاملی مقیاس، پنج عامل مرتبه اول و یک عامل کلی مرتبه دوم (خود تنظیم گری) را تایید
 کردند. پنج عامل مقیاس خود تنظیم گری عبارت بودند از: عملکرد مثبت ۸ (حل مسایل و تسهیل شادمانی)؛
 مهارپذیری ۹ (اسنادهای مهار درونی)؛ ابراز احساسات و نیازها ۱۰ (شناسایی و ابراز نیازها، آرزوها و احساسات)؛
 احساسات ۱۱ (قاطعیت ۱۱ (خود پیروی و اعتماد به خود)؛ و بهزیستی جویی ۱۲ (رضایت از خود و دیگران).
 مارکوس و همکاران (۲۰۰۵)، همچنین رابطه خود تنظیم گری را با ابعاد اصلی شخصیت، یعنی ثبات هیجانی^{۱۳}
 (نوروز گرایی پایین)، برون گرایی^{۱۴} و کنترل تکانه^{۱۵} (پسیکوز گرایی پایین) نشان دادند. در ادامه مطالعات
 روان‌سنجی مقیاس خود تنظیم گری و با توجه به موانع و مشکلات پژوهشی ابزارهای دارای تعداد سوالات
 زیاد، ایبازنر و همکاران (۲۰۰۵) فرم ۲۵ گویه ای این مقیاس را معرفی کردند. در این مطالعه، فرم کوتاه مقیاس
 خود تنظیم گری^{۱۶} با فرم بلند آن همبستگی زیاده‌اش داد، همسانی درونی آن نیز تایید شد، و روابط خود تنظیم
 گری با ابعاد اصلی شخصیت (برون گرایی، ثبات هیجانی و کنترل تکانه) همانند فرم بلند تکرار شد.

¹. Lazarus, R. S.

². Herman-Stahl, M. A.

³. Stemmler, M.

⁴. Petersen, A. C.

⁵. Marques, M. J.

⁶. internal consistency

⁷. test-retest reliability

⁸. positive actions

⁹. controllability

¹⁰. expression of feelings and needs

¹¹. assertiveness

¹². well-being seeking

¹³. emotional stability

¹⁴. extraversion

¹⁵. impulse control

¹⁶. Short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S)

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی ۲۵ گویه‌ای مقیاس خود تنظیم گری، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) در نمونه‌ای از جمعیت عمومی بود.

این پژوهش می‌تواند مقیاسی معتبر در زمینه سنجش سازه خود تنظیم گری در اختیار پژوهشگران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی از جمله روان‌شناسی شخصیت، روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی تحولی و روان‌شناسی تربیتی قرار دهد. علاوه بر تایید ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی این مقیاس در پژوهش‌های مقدماتی، کوتاه بودن آن نیز مزیت و دلیل دیگری برای انتخاب و اعتبار یابی فرم فارسی مقیاس خود تنظیم گری بود.

ابزار سنجش

۱. مقیاس خود تنظیم گری (SRI-S): مقیاس خود تنظیم گری (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵؛ گروسارت-ماتیک و آسنک، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۵ گویه‌ای است و خود تنظیم گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکار سازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر خود تنظیم گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خود تنظیم گری در پژوهش‌های مقدماتی خارجی (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵؛ گروسارت-ماتیک و آسنک، ۱۹۹۵؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵) مورد تأیید قرار گرفته است. گروسارت-ماتیک و آسنک (۱۹۹۵) روایی پیش بین مقیاس را در رابطه با علت مرگ در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی در یک پژوهش پانزده ساله نشان دادند.

ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ برای فرم ۷۲ گویه‌ای (مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵) و از ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ برای فرم ۲۵ گویه‌ای (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵)، همسانی درونی^۱ مقیاس را تایید کردند. مارکوس و همکاران (۲۰۰۵) پایایی بازآزمایی مقیاس خود تنظیم گری را در یک دوره یک ماهه ۰/۸۷

^۱. internal consistency

گزارش کردند. در این پژوهش‌ها، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس خود تنظیم‌گری از طریق رابطه خود تنظیم‌گری با برون‌گرایی، ثبات هیجانی (نوروزگرایی پایین) و کنترل تکانه (پسیکوزگرایی پایین) تایید شد. مقایسه نمره‌های زنان و مردان در مقیاس خود تنظیم‌گری نشان داد که میانگین نمره مردان در زیرمقیاس‌های اعمال مثبت و قاطعیت به صورت معنادار از میانگین نمره زنان در این زیرمقیاس‌ها بیشتر بود؛ میانگین نمره زنان در زیرمقیاس آشکارسازی احساسات و نیازها به صورت معنادار از میانگین نمره مردان در این زیرمقیاس بیشتر بود، اما در بقیه زیرمقیاس‌ها و نمره کلی خود تنظیم‌گری بین دو جنس تفاوت معنادار نبود (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵). پس از ترجمه فارسی مقیاس خود تنظیم‌گری، نسخه ترجمه شده ابتدا با همکاری یکی از متخصصان روانشناسی بررسی و اصلاح شد، سپس برای اطمینان بیشتر در مورد صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، در اختیار دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی قرار داده شد تا با استفاده از روش ترجمه معکوس^۱ آن را به فارسی و انگلیسی برگردانند. بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات، و تایید نهایی، بررسی پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس خود تنظیم‌گری در پژوهش حاضر آغاز گردید.

۲. پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک (EPQ-RS): فرم کوتاه پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک (آیسنک، آیسنک و بارت، ۱۹۸۵) یک ابزار خودسنجی ۴۸ سوالی است و سه بعد اصلی شخصیت شامل برون‌گرایی، نوروزگرایی و پسیکوزگرایی را در افراد سن ۱۶ تا ۷۰ سال با سیستم نمره دهی بلی و خیر می‌سنجد. این پرسشنامه، همچنین یک مقیاس دروغ سنج دارد که گرایش به خوبتر نمایی را اندازه می‌گیرد. هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۱۲ سوال تشکیل شده است. ضرایب پایایی زیرمقیاس‌ها به روش همسانی درونی، به ترتیب برای مردان و زنان در برون‌گرایی ۰/۸۸ و ۰/۸۴؛ در نوروزگرایی ۰/۸۴ و ۰/۸۰؛ در پسیکوزگرایی ۰/۶۲ و ۰/۶۱؛ و در خوبتر نمایی ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش شده است. همبستگی زیرمقیاس‌های دو فرم کوتاه و بلند پرسشنامه شخصیت آیسنک رضایت بخش و ساختار چهار عاملی آن‌ها برازش یافته، گزارش شده است (آلکسوپولس و کالایترز دیس، ۲۰۰۴؛ آلوچا، گارسیا و گارسیا، ۲۰۰۳؛ به نقل از بخشی پور و باقریان خسرو شاهی، ۱۳۸۵). در فرم فارسی ۴۸ سوالی پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک، ضرایب همسانی

^۱. back translation

درونی و پایایی بازآزمایی برای سه زیرمقیاس برون‌گرایی، نوروژگرایی و دروغ سنج رضایت بخش و برای زیرمقیاس پس‌یکوز گرایی ضعیف گزارش شده است (بخشی پور و باقریان خسرو شاهی، ۱۳۸۵). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، ساختار چهار عاملی فرم فارسی پرسشنامه را تأیید کردند، گرچه شاخص‌های برازش عامل‌ها چندان رضایت بخش نبودند (بخشی پور و باقریان خسرو شاهی، ۱۳۸۵).

۳. مقیاس سلامت روانی (MHI-28): مقیاس سلامت روانی - ۲۸ (بشارت، ۱۳۸۸)، فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳)، یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی^۱ و درماندگی روان‌شناختی^۲ را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ سؤالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار ($n = 277$ ؛ زن، ۱۷۳؛ مرد، ۱۰۴) و بهنجار ($n = 483$ ؛ زن، ۲۶۷؛ مرد، ۲۱۶) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = 92$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = 0.90$ و $r = 0.89$ و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n = 76$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = 0.88$ و $r = 0.83$ و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است.

روایی همزمان^۳ مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (گلدبرگ،

^۱. psychological well-being

^۲. psychological distress

^۳. concurrent validity

۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -0/87, P < 0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/89, P < 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

جدول (۱) شاخص‌های آماری آزمودنی‌ها را در مورد نمره‌های مقیاس‌های خود تنظیم‌گری، شخصیت و سلامت روانی نشان می‌دهد. مقایسه نمره‌های زنان و مردان در مقیاس خود تنظیم‌گری نشان داد که میانگین نمره مردان در زیرمقیاس اعمال مثبت به صورت معنادار از میانگین نمره زنان در این زیرمقیاس بیشتر است؛ میانگین نمره زنان در زیرمقیاس آشکارسازی احساسات و نیازها به صورت معنادار از میانگین نمره مردان در این زیرمقیاس بیشتر است، اما در بقیه زیرمقیاس‌ها و نمره کلی خود تنظیم‌گری بین دو جنس تفاوت معنادار نیست.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t نمره‌های مقیاس‌های خود تنظیم‌گری، شخصیت و

سلامت روانی برای مردان و زنان

P	کل		زنان		مردان		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/569	17/95	96/82	18/56	96/36	17/10	97/46	خود تنظیم‌گری
0/002	3/94	20/00	4/00	19/44	3/73	20/76	عملکرد مثبت
0/190	3/43	18/68	3/49	18/48	3/34	18/96	مهارپذیری
0/001	4/91	18/46	4/05	19/16	3/50	17/50	آشکارسازی احساسات
0/134	3/84	19/27	3/96	19/01	3/64	19/63	قاطعیت

¹. General Health Questionnaire

بهبودی طلبی	۲/۶۰	۳/۵۷	۲۰/۲۲	۳/۹۶	۲۰/۳۸	۳/۸۷	۰/۳۷۰
برونگرایی	۷/۷۳	۲/۹۸	۸/۱۷	۳/۰۴	۷/۹۹	۳/۰۲	۰/۱۷۰
نوروزگرایی	۵/۸۰	۲/۶۲	۶/۱۲	۲/۳۴	۵/۹۸	۲/۴۶	۰/۲۲۵
پسبک‌زگرایی	۳/۹۶	۲/۸۱	۲/۹۳	۲/۲۹	۳/۳۶	۲/۵۷	۰/۰۰۱
خوبتر نمایی	۴/۵۳	۲/۸۸	۵/۹۳	۲/۷۳	۵/۳۴	۲/۸۷	۰/۰۰۱
بهبودی روانشناختی	۵۳/۱۶	۱۱/۰۸	۵۱/۳۹	۱۱/۸۰	۵۲/۱۳	۱۱/۵۲	۰/۱۵۱
درماندگی روانشناختی	۳۱/۶۳	۸/۲۴	۳۲/۶۷	۹/۰۴	۳۳/۲۲	۸/۷۲	۰/۲۶۸

پایایی بازآزمایی

همانگونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۴ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی مقیاس خود تنظیم گری محاسبه شد. این ضرایب برای خود تنظیم گری (نمره کل) $r = 0.87$ برای عملکرد مثبت $r = 0.82$ برای مهارپذیری $r = 0.72$ برای آشکار سازی احساسات و نیازها $r = 0.78$ برای قاطعیت $r = 0.81$ و برای بهبودی طلبی $r = 0.85$ دست آمد و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس خود تنظیم گری هستند.

همسانی درونی

برای سنجش همسانی درونی مقیاس خود تنظیم گری از ضریب آلفای کرونباخ (۱۹۷۰) در مورد نمره‌های آزمودنی‌ها استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از مقیاس‌های خود تنظیم گری، برای نمونه ۷۴ نفری آزمودنی‌ها در جدول (۲) ارائه شده است که در نوبت اول به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۵، ۰/۹۰، ۰/۹۳، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ و در نوبت دوم به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های خود تنظیم گری برای کل آزمودنی‌ها ($n = 357$) به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ محاسبه شد. این ضرایب نشانه همسانی درونی رضایت بخش مقیاس خود تنظیم گری است.

جدول ۲: ضرایب آلفای کرونباخ و همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس خود تنظیم‌گری در نوبت اول و دوم ($n = 74$)

متغیر	نوبت اول			نوبت دوم			بازآزمایی
	میانگین	انحراف معیار	آلفا	میانگین	انحراف معیار	آلفا	
خود تنظیم‌گری	۹۵/۶۶	۱۸/۱۹	۰/۹۱	۹۶/۲۰	۱۷/۴۹	۰/۹۲	۰/۸۷
عملکرد مثبت	۱۹/۸۱	۳/۹۴	۰/۸۵	۱۹/۶۷	۳/۲۳	۰/۸۷	۰/۸۲
مهارپذیری	۱۸/۵۱	۳/۴۴	۰/۹۰	۱۸/۸۹	۳/۶۳	۰/۸۸	۰/۷۲
آشکار سازی احساسات	۱۸/۲۵	۳/۹۲	۰/۸۳	۱۸/۰۵	۳/۶۴	۰/۸۱	۰/۷۳
قاطعیت	۱۹/۰۲	۳/۸۸	۰/۸۹	۱۹/۳۶	۳/۱۸	۰/۸۹	۰/۸۱
بهزیستی طلبی	۲۰/۰۵	۴/۰۲	۰/۸۵	۱۹/۶۷	۳/۶۸	۰/۸۷	۰/۸۰

همه ضرایب معنادار هستند ($P \leq 0/001$). هر یک از زیرمقیاس‌های آزمون از پنج گویه تشکیل شده است.

روایی

روایی محتوایی مقیاس خود تنظیم‌گری بر اساس داوری شش نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و در جدول (۳) ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های خود تنظیم‌گری (نمره کل)، عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکار سازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ ارایه شده است.

جدول ۳: ضرایب توافق کندال بین نمره‌های ده داور در مورد زیر مقیاس‌های خود تنظیم‌گری

متغیر	X^2	df	Kendal's W	P
خود تنظیم‌گری (کل)	۱۱۰/۹۶	۲۴	۰/۷۷	۰/۰۰۱
عملکرد مثبت	۲۰/۰۰	۴	۰/۸۳	۰/۰۰۱
مهارپذیری	۱۹/۲۰	۴	۰/۸۰	۰/۰۰۱
آشکار سازی احساسات	۱۷/۰۹	۴	۰/۷۱	۰/۰۰۲
قاطعیت	۱۹/۲۰	۴	۰/۸۰	۰/۰۰۱
بهزیستی طلبی	۱۶/۸۰	۴	۰/۷۰	۰/۰۰۲

روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خود تنظیم گری از طریق اجرای همزمان فرم کوتاه پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های خود تنظیم گری با شاخص‌های برونگرایی و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار و با شاخص‌های نوروزگرایی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. این نتایج در جدول (۴) ارائه شده است. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس خود تنظیم گری را تایید می‌کنند.

جدول ۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین زیر مقیاس‌های خود تنظیم گری با ابعاد شخصیت و سلامت روانی

برای بررسی روایی همگرا و تشخیصی مقیاس خود تنظیم گری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
خود تنظیم گری (کل)	۰/۴۶**	-۰/۴۰**	-۰/۰۷	-۰/۰۲	۰/۴۵**	-۰/۳۴**
عملکرد مثبت	۰/۴۰**	-۰/۳۹**	-۰/۱۰	-۰/۰۶	۰/۴۴**	-۰/۳۵**
مهارپذیری	۰/۳۹**	-۰/۳۴**	-۰/۰۵	-۰/۰۳	۰/۴۴**	-۰/۳۳**
آشکار سازی احساسات	۰/۴۹**	-۰/۳۱**	-۰/۱۱*	-۰/۰۵	۰/۴۰**	-۰/۳۱**
قاطعیت	۰/۳۷**	-۰/۳۰**	-۰/۰۰۲	-۰/۰۳	۰/۳۹**	-۰/۳۲**
بهزیستی طلبی	۰/۵۲**	-۰/۵۳**	-۰/۱۶**	-۰/۱۲*	۰/۴۳**	-۰/۳۱**

۱= برونگرایی؛ ۲= نوروزگرایی؛ ۳= پسیکوز گرایی؛ ۴= خوثر نمایی؛ ۵= بهزیستی روان‌شناختی؛ ۶= درماندگی روان‌شناختی؛

$\alpha = 0/05$ *؛ $\alpha = 0/01$ **

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس خود تنظیم گری را مورد تایید قرار داد. همسانی درونی ماده‌های مقیاس خود تنظیم گری و زیرمقیاس‌های این آزمون بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. پایایی بازآزمایی مقیاس بر حسب محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای زیرمقیاس‌های عملکرد مثبت، مهارپذیری،

آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی و همین‌طور برای نمره کلی خود تنظیم‌گری در سطح $P < 0/001$ معنادار محاسبه شد. این ضرایب نشانه پایداری بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خود تنظیم‌گری (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵) مطابقت می‌کند.

روایی محتوایی مقیاس خود تنظیم‌گری بر اساس داوری متخصصان برای ابعاد مختلف خودتنظیم‌گری مورد تایید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی (افترافی) مقیاس خود تنظیم‌گری از طریق اجرای همزمان پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. ضرایب همبستگی میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های خود تنظیم‌گری و نمره کلی آزمون با شاخص‌های برونگرایی و بهزیستی روان‌شناختی مثبت معنادار و با شاخص‌های نوروگرایی و درماندگی روان‌شناختی منفی معنادار بود. بر اساس این نتایج، مقیاس خود تنظیم‌گری از روایی کافی برخوردار است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های انجام شده، در زمینه روایی مقیاس خود تنظیم‌گری (ایبانز و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵) مطابقت می‌کند.

پایمدهای این پژوهش در دو سطح نظری و عملی قابل استفاده خواهند بود. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش ضمن تایید این سازه و ابعاد مختلف آن، از شواهد موجود در مورد اهمیت خود تنظیم‌گری برای فرایندهای شناختی، انگیزشی-عاطفی، اجتماعی و فیزیولوژیکی تأثیرگذار بر کنترل فعال اعمال هدفمند (آیزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ پوسنر و روتبارت، ۲۰۰۰؛ روتبارت، ۱۹۸۹؛ روتبارت و همکاران، ۲۰۰۱؛ کالکینس و فوکس، ۲۰۰۲؛ کالکینس و هاوس، ۲۰۰۴) حمایت می‌کنند. این یافته‌ها، همچنین می‌توانند برای غنی‌سازی نظریه‌های مربوط به خود تنظیم‌گری، تنظیم عواطف و تنظیم هیجان‌ها (برای مثال، راستینگ و نولن-هاکسما، ۱۹۹۸؛ کالکینس و هاوس، ۲۰۰۴؛ گروس، ۱۹۹۸) مورد استفاده قرار گیرند. توجه به مفهوم خود تنظیم‌گری، در چهارچوب نظریه‌های تحلیل روانی، رفتاری نگر، اجتماعی-فرهنگی و شناختی-تحوّلی (بامیستر و هس، ۲۰۰۴؛ برانسون، ۲۰۰۰؛ فلاول و همکاران، ۲۰۰۲)، این نظریه‌ها را در شناخت، تبیین و تفسیر ابعاد مختلف خود تنظیم‌گری و نقش آن‌ها در شکل‌گیری فرایندهای بهنجار و نابهنجار در زمینه‌های درون شخصی و بین شخصی (فردی و اجتماعی)، موفق‌تر و توانمندتر می‌سازد.

در سطح عملی، با استناد به یافته‌های فعلی مقیاس خود تنظیم گری، می‌توان از این ابزار ارزشمند در پژوهش‌های مربوط به این سازه استفاده کرد. گرچه پژوهش حاضر در مورد نمونه‌ای خاص از جمعیت بهنجار انجام شده است، اما با توجه به شواهد پژوهشی موجود در مورد اهمیت بررسی فرایندها و مکانیسم‌های تنظیم گرانه (برای مثال، آیزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ باکتر و همکاران، ۲۰۰۳؛ برانسون، ۲۰۰۰؛ برگر و همکاران، ۲۰۰۷؛ روتبارت و همکاران، ۲۰۰۰؛ کالکینس و هاوس، ۲۰۰۴؛ کول و همکاران، ۱۹۹۴؛ لیبرمن و همکاران، ۲۰۰۷)، می‌توان از این مقیاس برای پژوهش‌های اکتشافی استفاده کرد.

نتایج پژوهش حاضر در تایید پایایی و روایی فرم کوتاه مقیاس خود تنظیم گری در عین حال با محدودیت‌های خاص مقدماتی بودن این مشخصه‌ها همراه است. این محدودیت‌ها، مخصوصاً در زمینه بررسی انواع روایی یک مقیاس که فرایندی مستمر است، بیشتر نمایان می‌شوند. بر این اساس تدارک طرح‌های پژوهشی به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی مقیاس خود تنظیم گری و حتی تکرار بعضی پژوهش‌ها برای تایید یافته‌های فعلی و بررسیدقیق‌تر میزان همبستگی‌های محاسبه شده در این پژوهش، به عنوان یک ضرورت پیشنهاد می‌شود. پژوهش‌های مربوط به مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس خود تنظیم گری در مورد نمونه‌های مختلف بهنجار و بالینی نیز گام‌های دیگری هستند که باید برداشته شوند. انجام چنین پژوهش‌هایی، مقدمات لازم برای هنجاریابی مقیاس خود تنظیم گری را، به عنوان فرایندی متمایز از اعتباریابی، در آینده فراهم خواهد ساخت.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است. از آن معاونت محترم، از اساتید و مسئولان ذی‌ربط دانشگاه تهران، همچنین از کسانی که به عنوان آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صادقانه آن‌ها این پژوهش انجام شد، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بخشی پور، عباس و باقریان خسرو شاهی، صنم (۱۳۸۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیسنک-فرم کوتاه (EPQ-RS). *روانشناسی معاصر*، ۲، ۱۲-۳.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۱-۱۶.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، محمد علی؛ قلعه بان، مریم؛ رحیمی نژاد، عباس و قربانی، نیما (۱۳۸۸). مقایسه ناگوطبعی و خودنظم جویی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد غیر مبتلا. *مجله علوم روانشناختی*، ۳۲، ۴۵۵-۴۳۳.

- Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 319-342.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation*. New York: Guilford Press.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Peogress in Neurobiology*, 82, 256-286.
- Bermudez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Bronson, M. B. (2000). Recognizing and supporting the development of self-regulation in young children. *Young Children*, 55, 32-37.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139-162.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulation process in early personality development: A multi-level approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 15, 55-71.
- Calkins, S. D., & Howse, R. B. (2004). Individual differences in self-regulation: Implications for childhood adjustment. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 307-332). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cole, P., Michel, M. K., & Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73-100.

- Conway, K. P., Swendsen, J. D., Rounsaville, B. J., & Merikangas, K. R. (2002). Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 225-234.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper and Row International.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Eysenck, H. I. (1997a). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology*, 12, 79-87.
- Eysenck, H. I. (1997b). Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1124-1137.
- Eysenck, S. B. J., Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (2002). *Cognitive Development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, 21, Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the Genral Health Questionnaire*. UK: NFER, Nelson.
- Grau, E., & Ortet, G. (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personality and Individual Differences*, 27, 1057-1066.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. I. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 19, 781-795.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. I., & Boyle, G. J. (2000). Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer and its prevention through psychological methods of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 35-50.
- Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 649-665.
- Ibanez, M. I., Ruiperez, M. A., Moya, J., Marques, M. J., & Ortet, G. (2005). A short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S). *Personality and Individual Differences*, 39, 1055-1059.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Lacono, W. G., & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 411-424.

- Kirk, K. M., & Martin, N. G. (1998). The short interpersonal reactions inventory, self-regulation and differentiation scales in an older Australian twin sample. *Personality and Individual Differences*, 25, 591-604.
- Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping and illness. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 97-120). New York: Wiley.
- Lieberman, D., Giesbrecht, G. F., & Muller, U. (2007). Cognitive and emotional aspects of self-regulation in preschoolers. *Cognitive Development*, 22, 511-529.
- Marques, M. J., Ibanez, M. I., Ruiperez, M. A., Moya, J., & Ortet, G. (2005). The Self-Regulation Inventory (SRI): Psychometric properties of a health related coping measure. *Personality and Individual Differences*, 39, 1043-1054.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12, 427-441.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. In G. Kohnstamm, J. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Handbook of temperament in childhood* (pp. 59-73). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 122-135.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Ficher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72, 1394-1408.
- Rusting, C. L., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 790-803.
- Smedslund, G., & Rundmo, T. (1999). Is Grosshart-Maticek's coronary-prone type II an independent predictor of myocardial infarction? *Personality and Individual Differences*, 27, 1231-1242.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Young, S. E., Stallings, M. C., Corley, R. P., Krauter, K. S., & Hewitt, J. K. (2000). Genetic and environmental influences on behavioural disinhibition. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 684-695.

کاظمی، پروانه؛ آقامحمدیان شرباف، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مرتضی؛ بهروز؛ مهram (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۸۶-۷۱.



بررسی اثربخشی برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان

پروانه کاظمی^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شرباف^۲، مرتضی مدرس غروی^۳، بهروز مهram^۴
تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۱۰

چکیده

افزایش میزان نارضایتی در ازدواج‌ها و اثرات سوء آن بر سلامت جسم و روان همسران و فرزندان، ضرورت انجام بهسازی در تعاملات زناشویی و تدوین برنامه‌های گوناگون غنی سازی را بیش از پیش مطرح ساخته است. پژوهش حاضر نیز در راستای پرداختن به این ضرورت، از شیوه آموزشی گاتمن^۵ که تحقیقات طولی مفصلی بر روی عوامل مؤثر بر دوام و تقویت روابط زناشویی انجام داده است، استفاده نموده است تا تأثیر برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان را نشان دهد. بدین منظور ۱۶ زوج به روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. شرکت کنندگان به سه آزمون انریچ، داس و سلامت روان عمومی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. بررسی نتایج با استفاده از آزمون t و تحلیل کواریانس، حاکی از آن بود که برنامه آموزشی استفاده شده، باعث افزایش رضایتمندی زناشویی و نیز سلامت روان در گروه آزمایش شده و این تغییرات در طول یک ماه پیگیری حفظ شده است.

واژه‌های کلیدی: برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین، رضایتمندی زناشویی، سلامت روان

^۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد kazemi774@yahoo.com

^۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

^۳. استادیار روان‌شناسی بالینی - مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری - بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی - دانشگاه

علوم پزشکی مشهد - ایران

^۴. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

^۵. Gottman

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی با ساختار عاطفی پیچیده‌ای است که محبت، وفاداری و تداوم عضویت از ویژگی‌های مهم آن است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۱۳۸۵) و در صورتی که روابط صمیمی بین زن و شوهر خدشه دار شود، عوارض مخرب و منفی در بهداشت روانی خانواده و فرزندان ایجاد می‌شود (میلانی فر، ۱۳۷۰). در مراحل اولیه یک رابطه، پذیرش و تحمل تفاوت‌ها در میان بیشتر زوجین به سادگی رخ می‌دهد. در واقع بسیاری از زوج‌ها این تفاوت‌ها را به عنوان منشأ جذابیتشان یاد می‌کنند، اما پس از گذشت زمان، تمایل برخی از زوجین به پذیرش، تحمل و سازش با تفاوت‌ها کاهش می‌یابد و بالاخره تلاش‌هایی را در جهت تغییر یکدیگر آغاز خواهند کرد (کریستنسن و جاکوبسون^۲، ۲۰۰۰).

غنی سازی ازدواج رویکردی است آموزشی برای بهبود روابط زوج‌ها و هدف آن کمک به آنان برای آگاهی از خود و همسر، کاوش احساسات و افکار همسر، گسترش همدلی و صمیمیت، رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله است. نتایج حاصل از کاربرد این روش‌ها، سودمندی برنامه‌های غنی سازی را نسبت به شیوه‌های زوج درمانی تأیید کرده است (بولینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). مرور پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که عوامل بسیاری بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان در خانواده اثر می‌گذارند. در این رابطه به طور خلاصه می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

رضایت و سازگاری زناشویی یکی از گسترده‌ترین مفاهیم برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و میزان پایداری رابطه است. وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند (سینها و مکرجی^۴، ۱۹۹۱). برخی محققان بر این باورند که هوش هیجانی یا حداقل برخی از جنبه‌های آن، ظرفیت غنی سازی یک ازدواج سازگارانه و توأم با رضایت مطلوب و با ثبات را دارد (گلمن^۵، ۱۹۹۵، به نقل از سالاری، ۱۳۸۶). یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که کیفیت هیجانی که مهم‌ترین نیاز برای تداوم رابطه است، می‌تواند رضایت زناشویی را پیش بینی کند. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نیازهای صمیمیت بزرگسالان با وضعیت روانی مشترک مادر و کودک پیوسته است (پاپوسک^۶ و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از کرو و ریدلی^۷، ۱۳۸۴).

^۱ . Goldenberg & Goldenberg

^۲ . Christensen, A. & Jacobson

^۳ . Bowling

^۴ . Sinha & Mukerjee

^۵ . Gelman

^۶ . Papousek

^۷ . Crowe & Ridley

صمیمیت در ازدواج غالباً به عنوان یک فرایند پویا توصیف می‌شود و به طور مثبتی با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است. باگاروزی^۱ (۱۳۸۷) صمیمیت را یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر می‌داند که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر و همین طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه با یکدیگر است. داده‌های پژوهشی حاکی از آن است که همدلی نیروی مؤثری برای خوب بودن است. فرد همدل نه تنها در دیگران تغییرات سازنده ایجاد می‌کند، بلکه با این همدلی به خود نیز کمک می‌کند تا در جهت مثبت تحول پیدا کند. در واقع همدلی یکی از بهترین نشانه‌های بلوغ روان‌شناختی است (بولتون^۲، ۱۳۸۴).

فیزر^۳ (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان داد که شادکامی در رابطه با خود و زندگی، احترام به نفس مثبت، تماس با خویش، احساس خودگردانی، انتظارات واقعی، مهارت‌های بین فردی خوب، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و توانایی حفظ نگرش مثبت با وجود شرایط دشوار، در رضایت زناشویی نقش مهمی دارد. بررسی پیشینه مربوط به رضایتمندی زناشویی و اهمیت آن در کارکرد خانواده می‌تواند مؤید این حقیقت نیز باشد که، لحظات غالباً زودگذری که یک زوج به طور روزمره تجربه می‌کنند، با سلامتی یا وخامت یک رابطه (مثل تعارض، بحث و ناراحتی به عنوان اساس زندگی زوج) مرتبط است (دراپور و گاتمن^۴، ۲۰۰۴). تعارضات زناشویی به عنوان یک عامل خطر برای سلامتی پایین در ازدواج همسران و فرزندان آنان شناسایی شده است. با وجود این مکانیسم‌هایی که تعارضات زناشویی از آن طریق روی سلامتی تأثیر می‌گذارند، به طور کامل روشن نشده‌اند. بعلاوه خود تعریف سلامت نیز در تحقیقات مربوط به تعارضات زناشویی متغیر است (ویتسون و ال شیخ^۵، ۲۰۰۳).

به اعتقاد وارینگ^۶ و همکاران (۱۹۸۱) نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی به طور معناداری با شیوع اختلالات عاطفی-هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد. در حالی که ازدواج‌های رضایت بخش، باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روان‌شناختی در آنها می‌شود. مشکلات و نابسامانی زندگی زناشویی پیامدهای منفی برای سلامت عاطفی و جسمانی همسران دارد.

^۱ . Bagarozzi

^۲ . Bolton

^۳ . Fizer

^۴ . Driver & Gottman

^۵ . Whitson & El-Sheikh

^۶ . Waring

یافته دیگری نیز حاکی از آن است که ناسازگاری زناشویی با بیماری‌های پیشرونده نظیر تغییر در نظام ایمنی، بیماری‌های قلبی-عروقی و عملکرد سیستم اندوکرین مرتبط است (ویتسون و ال شیخ^۱، ۲۰۰۳). با بررسی تحقیقات مربوط به رضایتمندی زناشویی و سلامت روان نتیجه گیری می‌شود که متأسفانه عدم وجود این عوامل مؤثر در بسیاری از ازدواج‌ها، منجر به افزایش نارضایتی زناشویی و عوارض گسترده آن شده است. استامن و سالتز^۲ (۱۹۹۳) بیان کرده‌اند که پریشانی‌های فردی، تعارضات زوجین، جدایی‌ها و اثرات آن بر فرزندان، مشکلات مربوط به گسترش یافتن خانواده، دوستان و محل کار به درمان‌های شفابخش، آموزش‌های پیشگیرانه و برنامه‌های غنی سازی منجر شده است.

برنامه‌های پیشگیری و بهبود روابط زوجین به هرگونه مداخله‌ای اطلاق می‌گردد که در طی آن رفتارهای رابطه‌ای مخرب کاهش یابد و در رفتارهای رابطه‌ای خوب، بهبود ایجاد گردد؛ و در نتیجه از بدکاری در روابط بین فردی پیشگیری می‌شود (برگر^۳ و دیگران، ۱۹۹۹؛ به نقل از کانینگهام^۴، ۲۰۰۳)، می‌توان گفت غنی سازی ازدواج یک شیوه آموزشی برای کمک به تقویت روابط زوجین است. اگر چه هدف اولیه آن کمک به زوج‌ها برای آگاه شدن از خود و همسرانشان، کشف احساسات و افکار همسران، تشویق همدلی و صمیمیت، توسعه ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله بود، ولی بعداً برای زوجین دارای مشکل نیز به کار رفت (هاف و میلر^۵، ۱۹۸۱؛ به نقل از بالینگ^۶ و همکاران ۲۰۰۵).

گاتمن یکی از روان‌شناسان حوزه زناشویی است که برنامه‌های آموزشی متنوعی برای تقویت روابط زوجین ابداع کرده است. وی معتقد است گرچه توانمندی‌ها و نقاط ضعف ازدواج‌ها تحت شرایط بحران‌های بیرونی از قبیل بیکاری یا مشکلات مالی تشدید می‌شود، ولی خود این بحران‌ها به تنهایی عامل متلاشی شدن ازدواج نیست. مسائلی از قبیل روابط جنسی کم یا زیاد نیز تنها عامل نیست. حتی داشتن سازگاری و توافق در هر مورد نیز ملاک پایداری ازدواج و موفقیت آن نیست چون بسیاری از ازدواج‌های سعادتمند نیز نارضایتی را تجربه می‌کنند، آن چه مهم است، توافق بر سر آن چه قابل قبول است، می‌باشد (گاتمن، ۱۳۷۸).

نظریه گاتمن (۱۹۷۷) یک رویکرد تلفیقی است و از مبانی و اصول اعتقادی نظریه‌های مختلف درمانی یاری جسته است. آن جا که می‌گوید مانند یک چرخه، زن از شوهر و شوهر از زن متأثر می‌شود،

^۱ . Whitson & El-Sheikh

^۲ . Stahman & Salts

^۳ . Berger

^۴ . Cunnigham

^۵ . Miller

^۶ . Bowling

از نظریه سیستمی حمایت می‌کند. از دیدگاه وجودی نیز حمایت می‌کند چون فقط به آن چه که این تعارض‌ها به آن مربوط می‌شوند نگاه نمی‌کند، بلکه به ورای آن تعارض‌ها و در واقع به رؤیاهای زندگی نظر دارد؛ و زمانی که این رؤیاها شرح داده می‌شوند، از قصه درمانی حمایت می‌کند. روش گاتمن از یک دیدگاه روان‌کاوانه نیز حمایت می‌کند، چون رؤیاها معمولاً به کودکی شخص و معانی سمبلیک موقعیت‌هایی که به نوعی دردناک شده‌اند، بر می‌گردد؛ و آن جا که به دنبال تغییر رفتار است از رویکرد رفتاری حمایت می‌کند. چون معتقد است بهترین شیوه برای تغییر نتایج، به جای تلاش برای تغییر ادراک شخص، تغییر دادن رفتار است. چون ادراک اغلب به دنبال رفتار می‌آید؛ لذا تمام این روان‌درمانی‌های متفاوت با یافته‌های گاتمن حمایت می‌شوند (رنдал،^۱ ۱۹۹۸).

گاتمن (۱۹۹۱) برای تکمیل مطالعات خود در مورد ارتباط، دست به ایجاد یک آزمایشگاه مخصوص ازدواج زد و با استفاده از رویکرد چند شیوه‌ای در پژوهش‌های خویش با دقت بسیار بالایی (۹۰ درصد) موفق به پیش‌بینی دوام و پایداری طولی ازدواج گردید. نتیجه بررسی‌های مفصل گاتمن (۲۰۰۲) در آزمایشگاه ازدواج این بود که او و همکارش لونسون^۲ (۱۹۹۴) برای نخستین بار توانستند با بررسی تبادل‌های سی زوج ثابت کنند که رضایت از زندگی زناشویی با واکنش‌های فیزیولوژیکی اشخاص در ارتباط است. گاتمن تلاش کرد تا بر مبنای این ادعا که احساسات، فیزیولوژی و تعاملات ارتباطی با همدیگر در ارتباط هستند، بتواند توصیفی ریاضی از روابط بین احساسات مثبت و منفی به همان صورت تقابل احساسات منفی ارائه دهد.

به نظر گاتمن (۱۹۹۹) زوج‌ها باید یاد بگیرند که چگونه جو را آرام کنند، آرامش خود را بازیابند و توجه خود را دوباره متمرکز کنند. آن‌ها باید دریابند که چگونه می‌توان هیجانات شدید متفاوت را تنظیم و تعدیل کرد. آرام کردن خود و دیگری نه تنها راه را برای یک گفتگوی پربارتر هموار می‌کند، که در سلامت هیجانی و جسمانی هر یک از زوجین، سهم بسزایی دارد (هیکس^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). گاتمن (۱۹۸۲، ۱۹۹۴، ۲۰۰۲) معتقد است گرچه در تمام ازدواج‌ها میان نیروهای پاسدار ازدواج و نیروهای برهم زننده آن نبرد و درگیری وجود دارد، اما آن چه مهم است تعادل میان جنبه‌های مثبت و منفی در ازدواج است. وی چهار عامل منفی بسیار مهم انتقاد، اهانت، رفتار تدافعی و همکاری نکردن را، برهم زننده ازدواج می‌داند.

^۱. Randall

^۲. Levenson

^۳. Hicks

۱. انتقاد که مستلزم حمله به شخصیت یا منش دیگری است و نه حمله به یک رفتار خاص او و غالباً با سرزنش در ارتباط است. تفاوت انتقاد با شکایت این است که شکایت شکل خاصی از ابراز خشم، ناخشنودی، پریشانی یا سایر حالات منفی است که متوجه عملکرد شخص است در حالی که انتقاد جنبه عمومی و فراگیر داشته و به کل شخصیت فرد حمله می‌کند.

۲. اهانت اقدامی از روی عمد و قصد برای اهانت به همسر و بدرفتاری روانی با اوست. در اهانت با کلمات و زبان تن به قلب طرف مقابل رسوخ کرده و او را مورد اهانت و تحقیر قرار می‌دهد. آن چه این اهانت را سبب می‌شود، داشتن افکار منفی در باره همسر است. گاتمن (۱۳۸۶) معتقد است زوج‌هایی که به یکدیگر اهانت می‌کنند، در مقایسه با دیگران بیشتر از بیماری‌های عفونی مانند سرماخوردگی و آنفلوآنزا رنج می‌برند.

۳. رفتار تدافعی به منظور حراست از خود در برابر حمله است و از آن جا که واکنشی در برابر احساس در محاصره و تحت فشار قرار گرفتن است، بسیار مخرب می‌باشد. کسی که احساس قربانی بودن می‌کند، اشکالی در این که رفتار تدافعی را به نمایش بگذارد نمی‌بیند. اما عبارات تدافعی و طرز تلقی و نگرشی را که منتقل می‌سازد، به جای حل مسأله بر شدت بحران می‌افزاید و مشکل را تشدید می‌کند.

۴. همکاری نکردن و سکوت مرحله تازه‌ای است که بعضاً در مواقعی که زن و شوهر از حملات و انتقادات و حتی رفتار تدافعی خسته می‌شوند، پیش می‌آید و در واقع ارتباط بد، جای خود را به گفتگو نکردن و همه چیز را به سکوت برگزار نمودن می‌دهد. کسی که از این روش استفاده می‌کند، نمی‌خواهد وضع از آن چه هست خراب‌تر شود، اما غافل از آن است که تبدیل به دیوار سنگی شدن و از صحنه بیرون رفتن خود، یک اقدام مخرب است و صحبت کردن را برای طرف مقابل (به خصوص اگر مردی اقدام به سکوت کند)، دشوار می‌کند (گاتمن، ۱۳۷۸). این روش در مردان بیشتر استفاده می‌شود که علتش می‌تواند بیولوژیکی باشد. مردها در مقایسه با زن‌ها بیشتر و سریع‌تر، تحت تأثیر مشکلات زناشویی کلافه می‌شوند و در زمان بروز مشاجره، نبض و فشار خونسشان هم بیشتر و سریع‌تر بالا می‌رود. به همین دلیل ترجیح می‌دهند به سرعت تمام، خود را از مخمصه نجات دهند تا سلامت خود را حفظ نمایند (جانسون^۱، ۲۰۰۰). گاتمن برای مقابله با جنبه‌های منفی ازدواج تأکید زیادی بر ایجاد عشق و احترام دارد و برای افزودن بر جنبه‌های مثبت به موارد زیر اشاره می‌کند: نشان دادن علاقه، مهربانی و محبت، توجه داشتن، قدرشناسی، همدردی، همدلی، پذیرنده بودن، بذله‌گویی، و سهمیم شدن در شادی‌ها.

^۱. Johnson

در انجام این پژوهش از شیوه آموزشی گاتمن و هفت اصل کارآمد وی برای تقویت روابط زناشویی استفاده شده است.

تحقیقات زیادی بر اساس نظریه گاتمن انجام شده است که به طور خلاصه به چند مورد آن‌ها اشاره می‌شود. کوان، گاتمن^۱ و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی که بر روی گرایش مردان به طرد تسلط و نفوذ همسرانشان و نیز وجود تفاوت‌های فردی در این گرایش به عنوان یک استعداد وابسته به دو نوع خشونت خانگی انجام دادند، رفتار عاطفی آنان را در یک تعامل زناشویی ۱۵ دقیقه‌ای بررسی کردند و دو نوع تیپ را شناسایی کردند: الف) کسانی که در طول یک تعامل زناشویی ضربان قلبشان کندتر از حد معمول می‌شود. ب) کسانی که ضربان قلبشان تندتر می‌شود. آنان دریافتند که تنها شوهران نوع الف هر یا همه نفوذ همسرانشان را طرد می‌کنند و این رفتار به معنای حفظ قدرت و کنترل برای آنان است.

نتایج مطالعه‌ای که بر روی شرکت کنندگان در دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی ازدواج با شیوه گاتمن (۱۹۹۹) برای پایدار سازی روابط زناشویی انجام شد، حاکی از آن بود که هم خود شرکت کنندگان و هم همسرانشان در مهارت‌های ارتباطی بهبود نشان دادند، و این بهبودی برای مدت طولانی باقی ماند. امیدواری به بهبود رابطه نیز افزایش یافت و زنان دارای مهارت‌های ارتباطی بهتری شدند (وستروپ^۲، ۲۰۰۲).

در مطالعه‌ای مارک من^۳ (۱۹۹۳) و همکاران اثربخشی یک برنامه آموزشی طولی را در پیشگیری از نارضایتی زناشویی و طلاق با استفاده از تکنیک گوینده-شنونده در نظریه گاتمن آزمایش کردند. تحلیل نتایج یک پیگیری ۴-۵ ساله، تأثیرات طولانی مدت برنامه آموزشی را بر آشفستگی زناشویی نشان داد. زوج‌هایی که داوطلبانه در برنامه‌ها شرکت کرده بودند، به طور معناداری عواطف مثبت بیشتر، ارتباط بهتر و رفتارهای حل مسئله مناسب‌تری را نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند (مارک من و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از کورنلیوس و آلسی^۴، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای که جانسون (۲۰۰۰) بر اساس نظر گاتمن با موضوع تفاوت‌های رفتاری بر روی زوج‌های پریشان و عادی انجام داد، نتایج نشان داد که زوج‌هایی که گرایش دارند تا بر جنبه‌های مثبت همسر تمرکز کنند و روی جنبه‌های منفی تمرکز کمتری دارند، زندگی شادتر، رضایت بیشتر و روابط پایدارتری دارند. یافته دیگر تحقیق جانسون آن بود که غلبه نسبت رفتارها و افکار منفی بر مثبت، باعث تیرگی رابطه و

^۱ . Coan & Gottman

^۲ . Westerop

^۳ . Markman

^۴ . Cornelius & Alessi

اضمحلال تدریجی آن می‌شود. هم چنین این تحقیق نشان داد هنگامی که شوهر نفوذ همسرش را می‌پذیرد و قدرت‌ش را با او شریک می‌شود، این رفتار به رابطه پایدارتری منجر می‌شود.

با توجه به مرور پیشینه در خصوص عوامل مؤثر در رضایتمندی زناشویی و یا عوامل برهم زننده آن، و هم چنین بررسی نظرات گاتمن در خصوص عوامل مؤثر در موفقیت ازدواج، به نظر می‌رسد که هفت اصل کارآمد وی برای دوام و پایداری ازدواج، به دلیل استفاده از رویکرد تلفیقی و ادغام دیدگاه‌های گوناگون مطالعه انسان، از قابلیت شایان توجهی برای افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان برخوردار باشد؛ لذا پژوهش حاضر بر آن شد تا با بهره‌گیری از رویکرد تلفیقی گاتمن در جهت بهبود رابطه و ارتقا کیفیت زندگی زوج‌های دانشجوی گام بردارد. به این منظور برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه گاتمن طی هفت جلسه برای هشت زوج دانشجوی برگزار گردید و در انتها نتایج آموزش گروه آزمایش با نتایج هشت زوج گروه گواه که در این مدت هیچ برنامه آموزشی و درمانی را دریافت نکرده بودند، مقایسه شد. یافته‌ها حاکی از آن است که برنامه آموزشی ارتقا کیفیت زندگی زوجین نمرات رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. همچنین این برنامه نمرات گروه آزمایش را در آزمون سلامت عمومی نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است؛ لذا هر دو فرضیه تحقیق مبنی بر اثربخشی برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی بر افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان دانشجویان، پذیرفته شدند.

روش

روش پژوهش شبه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است و از نوع پژوهش‌های کاربردی محسوب می‌شود. در این مطالعه از طرح گروه کنترل نابرابر استفاده شده است. این طرح مشتمل است بر دو گروه، که گروه آزمایش قبل و بعد از این که در معرض متغیر مستقل قرار گیرد، با گروه کنترل که هیچ برنامه‌ای را دریافت نمی‌کند، مقایسه می‌شوند. جامعه آماری این تحقیق را ۱۶ زوج دانشجوی مراجعه کننده به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی تشکیل داده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

در انجام این پژوهش برای ارزیابی میزان رضایتمندی زناشویی از دو پرسشنامه انریچ و داس و نیز برای بررسی میزان سلامت روان از پرسشنامه سلامت روان عمومی استفاده شده است.

۱. پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ^۱ (پربار سازی و تقویت رابطه، ارتباط و خشنودی): این پرسشنامه یک ابزار ۱۱۵ سؤالی است که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. ۱۲ حیطه مورد سنجش پرسشنامه انریچ که در این پژوهش به کار برده شده است عبارت از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، رضایتمندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان، مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹).

ضرایب آلفای پرسشنامه انریچ در گزارش (اولسون^۲، فورنیر^۳ و دراکمن^۴، ۱۹۸۹؛ به نقل از بحرینیان و یآوری، ۱۳۸۸) برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، رضایتمندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان و مساوات طلبی به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱ در ضمن اعتبار این پرسشنامه ۹۳٪ محاسبه شده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳؛ به نقل از بحرینیان و یآوری، ۱۳۸۸).

۲. مقیاس سازگاری زن و شوهری^۵ (داس): این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی ساخته شده توسط اسپینر^۶ است؛ که برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر به کار می‌رود و قابلیت استفاده با چند هدف را دارا می‌باشد تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد: رضایت دو نفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت. اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ می‌باشد و از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. روایی مقیاس فوق با قدرت تمیز دادن افراد متأهل و مطلقه در هر سؤال اثبات شده است. علاوه بر این مقیاس داس روایی همزمان با مقیاس رضایت زناشویی لاک والاس^۷ نیز دارا می‌باشد. در مقیاس سازگاری زن و شوهر نمره چهار مقیاس و نمره کل مقیاس بدست می‌آید. نمره کل حاصل جمع نمره تمامی سؤالات و بین ۰ تا ۱۵۱ است. سؤالات مختلف به شیوه‌های مختلف نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر رضایت بالاتر در ازدواج می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹).

1 . ENRICH: Enriching and Nurturing Relationship Issues. Communication and Happiness

2 . Olson

3 . Fournier

4 . Druckman

5 . Dyadic Adjustment Scale (DAS)

6 . Spanier

7 . Locke - Wallace Marital Adjustment Scale

۳. پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ): این پرسشنامه توسط کلبِرگ^۲ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است (یعقوبی، ۱۳۷۳؛ به نقل از معدنی، ۱۳۷۴). فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی چهار مقیاس فرعی را در بر می‌گیرد که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، افسردگی اساسی. روش نمره گذاری با استفاده از مدل لیکرت می‌باشد. دامنه نمرات نیز بین ۰ تا ۸۴ است. علاوه بر نمره هر مقیاس یک نمره کلی وجود دارد. نمره برش ۲۳ برای تفکیک افراد سالم از افراد مشکوک به اختلال روانی مشخص شده است. هم چنین در هر خرده آزمون نمره برش ۶ گزارش شده است. پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری شده است. مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه سلامت روان است. روایی پرسشنامه سلامت عمومی بیشتر متکی بر نوعی روایی سازه است که از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر ابزارهای مشابه که برای سرند اختلالات روانی کارآیی داشته‌اند، تعیین گردیده است (رسول زاده، ۱۳۸۶ به نقل از مداح، ۱۳۸۸).

جهت اجرای پژوهش از شیوه آموزشی گاتمن برای تقویت روابط زناشویی استفاده شده است. به این منظور ۱۶ زوج در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند و سه آزمون انریچ، داس و سلامت روان، به عنوان پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس متغیر مستقل برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی زوجین در هفت جلسه برای گروه آزمایش ارائه گردید و در جلسه آخر نیز هر سه آزمون به دو گروه ارائه شد. یک ماه پس از اتمام جلسات جهت بررسی پایداری نتایج پژوهشی، مجدداً هر سه آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. خلاصه‌ای از برنامه آموزشی تحقیق طی هفت جلسه در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱: برنامه آموزشی تحقیق

جلسات	محتوای برنامه آموزشی
۱	بررسی شیوه‌های بهبود رابطه عشقی میان زوجین از طریق افزایش شناخت از خود و همسر در حوزه‌های شخصیتی، عاطفی، شناختی، فلسفی، فکری، علائق و سلیقه‌ها و غیره. شناخت دنیای احساسی و عاطفی همسر و درک نگرانی‌ها و دغدغه‌های وی و افزایش هر چه بیشتر فضای شناختی هر یک از همسران درباره یکدیگر.

1. General Health Questionary

2. Kohlberg

۲	آموزش شیوه‌های مؤثر در افزایش محبت، احترام و تعاملات مثبت میان زوجین. احیای احساسات مثبت، افزایش قدرشناسی، بالا بردن توانایی درک امتیازات و محاسن همسر، پرداختن به امتیازات فلسفه زندگی و تاریخچه ازدواج و جایگزینی نگرشی مثبت تر به همسر.
۳	تمرکز بر نزدیک شدن به همدیگر و افزایش ابعاد صمیمیت، شیوه‌های مؤثر گوش دادن و صحبت کردن و به عبارتی مهارت‌های ارتباط مؤثر و هم چنین شیوه‌های جلب توجه و محبت بیشتر از سوی همسر و در نهایت بررسی عوامل ایجاد کننده سردی در رابطه و رفع آن‌ها.
۴	آموزش اهمیت پذیرش نفوذ همسر از سوی شوهران و شریک کردن همسر در تصمیم گیری‌ها و احترام قائل شدن برای نظرات و احساسات وی، انجام تمرین‌هایی برای بررسی اشکال مقاومت مردان برای شریک شدن در قدرت تصمیم گیری با همسرانشان، راه‌های افزایش هوش عاطفی و پذیرش تسلیم شدن.
۵	آموزش شیوه‌های رفع مشکلات قابل حل، شناسایی سبک شروع مشاجرات، آموزش به کارگیری اقدامات جبرانی، توجه به فیزیولوژی خود در طول مشاجرات، آموزش شیوه‌های مختلف آرام سازی و نیز راه‌های مقابله با مشکلات قابل حل ویژه.
۶	راه‌های غلبه بر مشکلات دائمی و غیر قابل حل، توجه به رؤیاها و دلایل پنهانی و عمیق این مشکلات، تمرین‌هایی برای کشف رؤیاها، کار روی موارد به بن بست رسیده، آرام کردن یکدیگر و نحوه توافق بر روی مشکلات غیر قابل حل.
۷	توانمند سازی همسران برای خلق مفهومی مشترک در زندگی زناشویی خویش از طریق خلق زندگی درونی توسط هر دو زوج، تمرین‌هایی جهت رسیدن به ارزش‌ها و نقاط مشترک از طریق بررسی نمادها، آداب، نقش‌ها، اهداف و آیین‌های خانوادگی.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو فرضیه مورد قبول واقع شده‌اند. فرضیه اول بیان می‌داشت که برنامه آموزشی ارتقای کیفیت زندگی زوجین میزان رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد. در جدول (۲) مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش آورده شده است.

جدول ۲: مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه ENRICH) - آزمون تی مستقل

میانگین		فرضیات تست		تست لون		تست t	
پیش	پس	لون (همگنی	مقدار	سطح	مقدار t	درجه	سطح
آزمون	آزمون	واریانس‌ها)	f	معناداری		آزادی	معناداری

گروه آزمایش	۲۵۸/۳۱	۳۰۰/۳۸	فرض همگن بودن واریانس‌ها	۰/۸۹۲	۰/۳۵۲	۷/۴۴ -	۳۰	۰/۰۰۰
گروه کنترل	۳۰۴/۰۶	۳۰۲/۳۱	فرض همگن نبودن واریانس‌ها			۷/۴۴ -	۲۸/۹۵	۰/۰۰۰

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۰/۳۵۲) از ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد، فرض همگن بودن واریانس‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مقدار آماره تی برابر است با ۷/۴۴ - با درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری آزمون تی برابر است با صفر. از آنجا که سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد، فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرضیه اول تحقیق به اثبات می‌رسد.

فرضیه دوم بیان می‌داشت که برنامه آموزشی ارتقا کیفیت زندگی زوجین میزان رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد (با استفاده از مقیاس داس). در جدول (۳) مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه DASS) - آزمون تی مستقل

میانگین	میانگین	فرضیات تست	تست لون		تست t		DASS	
پیش آزمون	پس آزمون	لون (همگنی واریانس‌ها)	مقدار f	سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری	
۹۱/۵	۱۱۴/۳۱	فرض همگن بودن واریانس‌ها	۰/۳۰۲	۰/۰۷۹	۸/۹ -	۳۰	۰/۰۰۰	گروه آزمایش
۱۲۰/۳۱	۱۱۹/۳۷	فرض همگن نبودن واریانس‌ها	۳		۸/۹ -	۲۲/۹۱	۰/۰۰۰	گروه کنترل

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۰/۰۷۹) از ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد، فرض همگن بودن واریانس‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مقدار آماره تی برابر است با ۸/۹ - با درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری آزمون تی برابر است با صفر. از آنجا که سطح معناداری آزمون تی کمتر از ۰/۰۰۱ مشاهده شده است، فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم تحقیق پذیرفته می‌شود.

فرضیه سوم بیان می داشت که برنامه آموزشی ارتقا کیفیت زندگی زوجین میزان سلامت روان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می دهد. در جدول (۴) مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

GHQ	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	فرضیات تست لون (همگنی واریانس ها)	تست لون		تست t	
				مقدار f	سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی
گروه آزمایش	۲۲/۶۸۸	۱۳/۸۱۲۵	فرض همگن بودن واریانس ها	۳/۴۹۴	۰/۰۷۱	۳/۴۶	۳۰
گروه کنترل	۱۸/۰۶۳	۱۶/۵	فرض همگن نبودن واریانس ها			۳/۴۶	۱۷/۷۳

جدول ۴: مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه GHQ) - آزمون تی مستقل

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۰/۰۷۱) از ۰/۰۵ بزرگ تر می باشد، فرض همگن بودن واریانس ها رد نمی شود، بنابراین مقدار آماره تی برابر است با ۳/۴۶ با درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری آزمون تی برابر است با ۰/۰۰۲. از آنجا که سطح معناداری آزمون تی از ۰/۰۱ کمتر می باشد، فرض برابر بودن میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل رد می شود، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۳ تحقیق نیز قبول می شود.

بحث و نتیجه گیری

چنانچه مشاهده شد، هشت زوج شرکت کننده در گروه آزمایش این پژوهش طی هفت جلسه تحت آموزش های متنوعی برای بهبود روابط عاشقانه، افزایش میزان جذب محبت و احترام، بهبود ابعاد صمیمیت، تقسیم قدرت، مهارت های حل تعارض، غلبه بر مشکلات دائمی و معنا بخشیدن به زندگی قرار گرفتند، که اثربخشی آن مشاهده شد، بنابراین فرضیه افزایش رضایتمندی زناشویی به اثبات رسیده است. نتایج حاصله از این پژوهش با بسیاری از یافته های پژوهشی دیگر همسو است. به طور مثال یافته های کوان،

گاتمن و همکاران (۱۹۹۷) بر روی گرایش مردان به طرد تسلط و نفوذ همسرانشان، وجود تفاوت‌های فردی در این گرایش را نشان داد.

مطالعه وستروپ (۲۰۰۲) نیز بر روی شرکت کنندگان در دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی ازدواج با شیوه گاتمن (۱۹۹۹)، بهبود قابل ملاحظه‌ای را در مهارت‌های ارتباطی و هم چنین پایداری آن در طول زمان را نشان داد.

مارک من و همکاران (۱۹۹۳) نیز در مطالعه‌ای اثربخشی یک برنامه آموزشی طولی را در پیشگیری از ناراضی‌ت زناشویی و طلاق با استفاده از تکنیک گوینده-شنونده در نظریه گاتمن نشان داده و گزارش نمودند که به طور معناداری عواطف مثبت، ارتباط بهتر و رفتارهای حل مسئله مناسب‌تر در گروه آزمایش افزایش یافته است (کورنلیوس و آلسی، ۲۰۰۷). تحقیق جانسون (۲۰۰۰) نیز بر اساس نظر گاتمن بر روی تفاوت‌های رفتاری بر روی زوج‌های پریشان و عادی نشان داد که زوج‌هایی که گرایش دارند تا بر جنبه‌های مثبت همسر به جای جنبه‌های منفی تمرکز کنند، زندگی شادتر، رضایت بیشتر و روابط پایدارتری دارند.

نمرات آزمودنی‌ها حاکی از آن است که تفاضل میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل (با استفاده از آزمون سلامت عمومی) در پیش آزمون و پس آزمون، معنادار می‌باشد و فرضیه سوم تحقیق پذیرفته می‌شود. به علاوه فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز (در آزمون سلامت عمومی) رد نشده است. یعنی گذشت زمان بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را بین دو گروه کنترل و آزمایش ایجاد نکرده است؛ و لذا پایداری نتایج مثبت در زمینه سلامت روان در طول زمان اثبات شده است.

همان گونه که ذکر شد، پژوهش‌های مختلفی رابطه بین رضایتمندی زناشویی و سلامت روان را تأیید نموده‌اند، لذا در تحقیق حاضر نیز به نظر می‌رسد برخورداری همسران از همدلی، صمیمیت، پذیرش و تفاهم، آگاهی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله بیشتر در ازدواج، منجر به افزایش رضایتمندی زناشویی و ایجاد آرامش بیشتر در خود و در تعاملات با همدیگر شده و میزان سلامت روان آنان را افزایش داده است. مطالعات گاتمن و همکارانش علاوه بر تأکید بر اهمیت سلامت روان، برای اولین بار به وجود رابطه بین رضایتمندی زناشویی و سلامت جسمانی نیز رهنمود گشته است. توجه به نشانه‌های فیزیولوژیک و زبان بدن، آموزش شیوه‌های کنترل جسمی و جلوگیری از کلافه شدن همگی بیانگر اهمیت توجه به رابطه جسم

و روان به عنوان یک رابطه تنگاتنگ دوسویه و متقابل است، که توجه به سلامت هر یک، در بهبود سلامت دیگری نیز نمود پیدا می کند.

منابع

- ابراهیمی، سمیه (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی برنامه کاربرد مهارت های روابط صمیمانه (Pairs) بر افزایش میزان رضایتمندی زناشویی و تعدیل ابعاد دل بستگی دختران شاهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- بحرینیان، عبدالمجید؛ یاوری کرمانی، مریم (۱۳۸۸). رضایتمندی جنسی و رضایتمندی زندگی. مجله تازه های روان درمانی، شماره ۵۱ و ۵۲، ۶۷-۸۵.
- بولتون، رابرت (۱۳۸۴). روان شناسی روابط انسانی. ترجمه حمیدرضا سهرابی، چاپ سوم. تهران: رشد.
- ثناایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: بعثت.
- دلاور، علی (۱۳۸۴). مبانی عملی و نظری پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، چاپ چهارم تهران: رشد.
- سالاری، ملیحه (۱۳۸۶). تأثیر گروه درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر افزایش هوش هیجانی و رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کرو، مایکل؛ ریدلی، جین (۱۳۸۴). زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی رفتاری. ترجمه اشرف سادات موسوی، چاپ دوم. تهران: کاویان.
- گاتمن، جان (۱۳۷۸). انتخاب با شماست (ازدواج خوب، ازدواج بد). ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران: رایین.
- گاتمن، جان (۱۳۸۶). هفت اصل اخلاقی برای موفقیت در ازدواج. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: آسیم.
- گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۵). خانواده درمانی. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند، چاپ دوم. تهران: روان.
- معدنی، صدیقه (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین رفتارهای بهنجار دینی و سلامت روان. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- مینوچین، سالوادور (۱۳۷۵). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثناایی. تهران: امیر کبیر.

- Bowling, Tiffany K. Hill, Carmella M. Jencius, Marty. (2005). An Overview of marriage Enrichment. *The Family Journal*.
- Christensen, A. & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable Differences*. New York: Guilford Press.
- Coan, James. Gottman, John M. Babcock, Julia. Jacobson, Neil. (1997). Battering and the Male Rejection of Influence from Women. *Aggressive Behavior*. Vol. 23.
- Cornelius, T. L., Alessi G. (2007). The Effectiveness of Communication Skills Training with Married Couples: Does the Issue Discussed Matter?. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2(15). Pp 124-132.
- Cunningham, O. Mary. (2003). *A Secondary Prevention and Enhancement Program for Married Couples*. Texas A & M University.
- Driver, Janice L. and Gottman, John M. (2004). Daily Marital Interactions and Positive Affect During Marital Conflict Among Newlywed Couples. University of Washington and the Gottman Relationships Research Institute. *Family Process*, Volume 43, Number 3. pp. 301-314(14).
- Gottman, J. & Markman, H. & Notarius, C. & Bank, S. & Yoppi, B. (1976). Behavior exchange theory and marital decision making. *Journal of personality and social psychology*. 34, 14-23.
- Gottman, J. M. & Markman, H. & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of marriage and the family*, 39. 461- 477.
- Gottman, John. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigation*. New York: Academic Press.
- Gottman, J. Proterfield, K. (1981). Communicative competence in the nonverbal behavior of married couples. *Journal of marriage and family*. 817-824.
- Gottman, John. M. (1991). Predicting the longitudinal course of marriages. *Journal of Marital and family Therapy*. 17(1), 3-7.
- Gottman, John. M. (1994). *What Predicts Divorce?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gottman, J. (1994). *Why marriage succeed or fail*. New York.
- Gottman, J. Coan, J. Carrere, S. Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of marriage and family*. 60. 3-22.
- Gottman, John. M. (1999). *The Marriage Clinic: A scientifically based marital therapy*. New York.
- Gottman, John. Murray, James. Swanson, Catherine Tyson, Rebeca. Swanson, Kristin. (2002). *The mathematics of marriage, Dynamic Nonlinear Models*. Massachusetts Institute of Technology. MIT Press.
- Hicks, M. W., Mcwey, L. M., Benson, K. E. & Hernandez West, S. (2004). *Using what premarital couples already know to inform marriage education integration of a Gottman model perspective*.
- Johnson, Sandra A. (2000). *John Gottman's research on the Behavioral Differences Between Distressed and non Distressed Couples*. Salisbury State University.
- Randall C. Wyatt. (1998). *An Interview with John Gottman*.
- Silliman, Benjamin. Schumm, Walter R. (2000). Marriage Preparation Programs: A Literature Review. *The Family Journal*. 8, 133.

- Sinha,P.&Mukerjee.N.(1991).Marital adjustment and space orientation.*journal of social psychology*.
- Westerop, Karem. (2002). *Building healthy couple relationship: Do communication skills, gender, hope, and family types make a difference?* . Trinity western university. Canada.
- Whitson, Stephanie. El-Sheikh, Mona. (2003). Marital conflict and health:Processes and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*. 283–312.



مشهدی، علی؛ حمیدی، ندا؛ سلطانی فر، عاطفه؛ تیموری، سعید (۱۳۹۰). بررسی بازداري پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی: کاربرد آزمون استروپ رایانه‌ای. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۸۷-۱۰۴.

بررسی بازداري پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی:

کاربرد آزمون استروپ رایانه‌ای

علی مشهدی^۱، ندا حمیدی^۲، عاطفه سلطانی فر^۳، سعید تیموری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۴

چکیده

نظریه نارساکنش‌وری اجرایی در اختلال‌های طیف درخودماندگی زیربنای بسیاری از ویژگی‌های اصلی این اختلال‌ها در زمینه‌های اجتماعی و غیر اجتماعی است. هدف این پژوهش بررسی بازداري پاسخ با استفاده از آزمون استروپ رایانه‌ای در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی بود. این پژوهش در طبقه پژوهش‌های غیر آزمایشی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. بدین منظور با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۵ کودک پسر مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی که دارای بهره هوشی بالاتر از ۷۰ بودند از مرکز تخصصی درخودماندگی نور هدايت در شهر مشهد انتخاب شدند. همچنین ۱۵ کودک بهنجار که از نظر سن و جنس با این گروه هم‌تا شده بودند به عنوان گروه مقایسه از یکی از مدارس ابتدایی به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. در این پژوهش جهت سنجش بازداري پاسخ از آزمون استروپ رایانه‌ای استفاده شد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در مؤلفه‌های آزمون استروپ به طور کلی وجود داشت. بررسی دقیق‌تر عملکرد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در مقایسه با گروه کودکان بهنجار نشان داد که در مؤلفه‌های تعداد صحیح و تعداد خطا در محرک‌های همخوان و ناهمخوان و مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های همخوان تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت و عملکرد گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در این مؤلفه‌ها ضعیف‌تر بود. اما این تفاوت‌ها در مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های ناهمخوان و نمره تداخل معنادار نبود.

واژه‌های کلیدی: اختلال‌های طیف درخودماندگی، کنش‌های اجرایی، بازداري پاسخ، آزمون استروپ.

^۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد mashhadi@um.ac.ir

^۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی

^۳. استادیار روان‌پزشکی - فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان - مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری - بیمارستان ابن سینا -

دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد - ایران

^۴. استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

مقدمه

اختلال‌های طیف درخودماندگی^۱ مجموعه‌ای از اختلال‌های تحولی هستند که با نارسایی‌های معنادار در ارتباط^۲، تعامل اجتماعی^۳، رفتارهای قالبی^۴ و علائق محدود^۵ مشخص می‌شوند. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۶ انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلال‌های طیف درخودماندگی زیر عنوان اختلال‌های فراگیر تحولی^۷ قرار گرفته‌اند و شامل اختلال درخودماندگی^۸، اختلال آسپرگر^۹، اختلال رت^{۱۰}، اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی^{۱۱} و اختلال فراگیر تحولی نامشخص^{۱۲} می‌باشند (APA،^{۱۳} ۲۰۰۰).

در حال حاضر میزان شیوع اختلال‌های طیف درخودماندگی ۱ در هر ۱۶۶ کودک گزارش شده است. دلایل افزایش میزان شیوع این اختلال‌ها در طول چند دهه گذشته هنوز مشخص نیست. اما از سوی متخصصان چند دلیل از جمله، تعاریف دقیق‌تر، گسترش معیارهای استفاده شده در تشخیص، دقت در سنجش و ابزارهای تشخیصی و آگاهی بیشتر عموم مردم و به خصوص متخصصان در مورد این اختلال‌ها مطرح شده است (هالاها، کافمن و پولین^{۱۴}، ۲۰۰۹). این اختلال‌ها معمولاً در نخستین سال‌های زندگی بروز کرده و اغلب با ناتوانی هوشی همراهند و فراوانی آن‌ها بجز اختلال رت در جنس پسر بیشتر از دختران است (APA، ۲۰۰۰؛ سادوک و سادوک^{۱۵}، ۲۰۰۷).

در حال حاضر نظریه‌ها و الگوهای مختلفی سعی نموده‌اند تا نشانه‌های اصلی افراد مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی را زمینه‌های ارتباطی، زبان، تعامل اجتماعی، رفتارها و علائق محدود تبیین نمایند.

^۱ . autism spectrum disorders (ASD)

^۲ . communication

^۳ . social interaction

^۴ . repetitive behaviors

^۵ . restricted interests

^۶ . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)

^۷ . pervasive developmental disorders(PDD)

^۸ . autistic disorder

^۹ . asperger's disorder

^{۱۰} . rett's Disorder

^{۱۱} . childhood disintegrative disorder

^{۱۲} . prevasive developmental disorder non otherwise (PDD Nos)

^{۱۳} . American Psychiatric Association

^{۱۴} . Hallahan, Kauffman & pullen

^{۱۵} . Sadock & Sadock

سه نظریه اصلی در ادبیات پژوهشی جدید این حوزه عبارتند از: نظریه ذهن^۱، نظریه انسجام مرکزی^۲ و کنش‌های اجرایی^۳ (پلیکانو^۴، ۲۰۱۰؛ هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۰۹). پژوهشگران حوزه نظریه ذهن مطرح می‌کنند که نارسایی در تحول نظریه ذهن می‌تواند علت نارسایی در عملکرد اجتماعی شود. به عبارت دیگر افراد مبتلا به درخودماندگی به علت نارسایی در نظریه ذهن در درک باورها، امیال و مقاصد خود و دیگران محدودیت‌های عمده‌ای دارند (بارون-کوهن، لزلی و فریث^۵، ۱۹۸۵؛ بارون-کوهن ۱۹۸۸؛ تاگر-فلوزبرگ^۶، ۲۰۰۷).

در نظریه انسجام مرکزی، مشکل اصلی افراد مبتلا به درخودماندگی به نارسایی در پردازش اطلاعات و یکپارچه ساختن معنادار آن‌ها نسبت داده می‌شود. این توانایی در افراد درخودمانده دچار آسیب است، زیرا آن‌ها آن قدر درگیر جزئیات می‌شوند که کلیت اشیاء و رویدادها پیرامون خود را درک نمی‌کنند (فریث، ۲۰۰۳؛ فریث و هپی^۷، ۱۹۹۴؛ شاه^۸، فریث، ۱۹۹۳؛ هپی، ۱۹۹۷؛ هپی و بوث^۹، ۲۰۰۸). نظریه سوم که به عنوان تأثیرگذارترین نظریه در تبیین اختلال‌های درخودماندگی ارائه شده، نظریه کنش‌های اجرایی است (پنینگتون و اوزونوف^{۱۰}، ۱۹۹۶؛ گیورتس، بیگر و استوکمن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ راسل^{۱۲}، ۱۹۹۷؛ هیل^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ پلیکانو، ۲۰۱۰؛ رابینسون، گدارد، دریچل، ویسلی و هولین^{۱۴}، ۲۰۰۹).

سازه کنش‌های اجرایی یک اصطلاح چترگونه است که فرایندهای شناختی متعددی که در راه خدمت به رفتارها و اعمال هدفمندند^{۱۵} را در بر می‌گیرد (لزاک، هوینسون، لورینگ، هانای^{۱۶}، ۲۰۰۴) تعاریفی که که در زمینه کنش‌های اجرایی وجود دارد متعدّدند، اما بیشتر- و نه همه آن‌ها-

^۱ . theory of mind (TOM)

^۲ . central coherence(CC)

^۳ . executive function(EF)

^۴ . Pellicano

^۵ . Baron-Cohen, Leslie & Frith

^۶ . Tager-Flusberg

^۷ . Happe'

^۸ . Shah

^۹ . Booth

^{۱۰} . Pennington and Ozonoff

^{۱۱} . Geurts, Begeer, Stockmann

^{۱۲} . Russell

^{۱۳} . Hill

^{۱۴} . Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley, Howlin

^{۱۵} . goal- directed

^{۱۶} . Lezak, Howieson, Loring & Hannay

شامل عناصر و مؤلفه‌هایی از قبیل این مواردند: برنامه‌ریزی^۱ و هدفمندی، سازماندهی رفتار در طول زمان، بازداری پاسخ^۲، توجه^۳ و نظام‌های حافظه‌ای که هدایتگر آن‌ها هستند، حافظه کاری^۴، فرایندهای خود نظم‌جویی^۵، خود کنترل^۶ و خود نظارتی^۷، انعطاف‌پذیری^۸ (پنینگتون و اوزونوف، ۱۹۹۶؛ ولش^۹ و پنینگتون، ۱۹۸۸؛ بارکلی^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ جیویا و اسکیو^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ دنکلا^{۱۲}، ۲۰۰۷؛ مک‌کلوزکی، پرکینز و واندایوندر^{۱۳}، ۲۰۰۹). کنش‌های اجرایی به عملکرد مغز و به خصوص عملکرد لوب پیش‌پیشانی^{۱۴} مغز وابسته‌اند و به طور مستقل اما هماهنگ مسئولیت کنترل، نظم‌دهی و هدایت‌گری رفتار فرد را بر عهده دارند (نِیگ^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ استوس و الکساندر^{۱۶}، ۲۰۰۰).

نظریه نارساکنش‌وری اجرایی در درخودماندگی زیربنای بسیاری از ویژگی‌های اصلی این اختلال‌ها در حوزه‌های اجتماعی و غیر اجتماعی است. افراد مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی نارساکنش‌وری‌های متعددی در زمینه اعمال و رفتارهای سازمان‌نیافته، محافظه‌کار بودن^{۱۷}، مشکلاتی در آغاز رفتارهای جدید، خشکی و انعطاف‌پذیری ذهنی و نیز بازداری اعمال نامناسب را بروز می‌دهند، که مبنای بسیاری از مشکلات رفتاری، شناختی و اجتماعی آن‌ها است (گیورتس، ورتی، اوسترن، رویرز و سرجنت^{۱۸}، ۲۰۰۴؛ هیل، ۲۰۰۴). یکی از مهم‌ترین کنش‌های اجرایی که در افراد مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی دچار آسیب می‌شود، کنش اجرایی بازداری پاسخ است. بازداری پاسخ یکی از اصلی‌ترین فرایندهای کنترل

1. planning

2. inhibition

3. attention

4. working memory

5. self regulating

6. self control

7. self monitoring

8. flexibility

9. Welsh

10. Barkley

11. Gioia & Isquith

12. Denckla

13. McCloskey, Perkins & Van Divner

14. frontal lobe

15. Nigg

16. Stuss & Alexander

17. preservation

18. Geurts, Verte, Oosterlaan, Roeyers & Sergeant

اجرایی است که در فرایندهای شناختی و رفتار سازشی پیچیده ما نقش اساسی دارد (دامپستر^۱، ۱۹۹۲). بارکلی (۱۹۹۷) بر این باور است که بازداری پاسخ یک سازه چند بعدی و شامل سه فرایند به هم پیوسته است: ۱- بازداری پاسخ غالب^۲ به یک رویداد؛ ۲- توقف پاسخ^۳ یا الگوی پاسخ جاری و ایجاد فرصت درنگ (تأخیر^۴) در تصمیم گیری برای پاسخ دادن یا ادامه پاسخ؛ ۳- حفظ این دوره درنگ (تأخیر) و پاسخ‌های خود فرمان که از قطع رویدادها و پاسخ‌های رقیب در این دوره اتفاق می‌افتند (کنترل تداخل^۵).

در اختلال‌های طیف درخودماندگی چندین رفتار وجود دارد که ناشی از نارساکنش‌وری در بازداری پاسخ می‌باشد. ناتوانی در بازداری رفتار نامتناسب منجر به ایجاد رفتارها و حرکات نامتناسب می‌شوند که در اکثر افراد مبتلا به این اختلال مشاهده می‌شود (کانا، کلر، مینشو و جاست^۶، ۲۰۰۷). در زمینه عملکرد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در زمینه کنش اجرایی بازداری پاسخ، نتایج پژوهش‌ها نامتجانس می‌باشد. در حالی که برخی از پژوهش‌ها، آسیب‌های معناداری در بازداری پاسخ افراد مبتلا به اختلال‌های درخودماندگی را گزارش کرده‌اند (آمز و جرولد^۷، ۲۰۰۷؛ اوزونف، استرایر، مک ماهون و فیلولز^۸، ۱۹۹۴؛ بیشاپ، نوربوری^۹، ۲۰۰۵؛ چریست، هولت، وایت و گرین^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ گیورتنس و همکاران، ۲۰۰۴؛ ۱۹۹۴؛ رابینسون، گدارد، دریچل، ویسلی و هولین، ۲۰۰۹؛ مینشو، لونا و سونی^{۱۱}، ۱۹۹۹) برخی از پژوهش‌ها چنین تفاوت‌هایی را در کودکان (اسکس، بریسون و مک کورمیک^{۱۲}، ۱۹۹۰؛ اوزونف و استرایر^{۱۳}، ۱۹۹۷؛ اوزونف و جنسن^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ گریفیت، پنینگتون، وهنر و راجرز^{۱۵}، ۱۹۹۹؛ گیورتنس، بیگر و استوکمن^{۱۶}، ۲۰۰۹؛ لوپز، لینکولن، اوزونف، لای^{۱۷}، ۲۰۰۵؛ گلدبرگ و همکاران^۱، ۲۰۰۵) و بزرگسالان (جانستون، مادن،

1. Dempster

2. prepotent response

3. ongoing response

4. delay

5. interference control

6. Kana, Keller, Minshew & Just

7. Ames & Jarrod

8. McMahon, & Fillouz

9. Bishop & Norbury

10. Christ, Holt, White & Green

11. Minshew, Luna & Sweeney

12. Eskes, Bryson & McCormick

13. Strayer

14. Jensen

15. Griffith, Pennington, Wehner & Rogers

16. Begeer, Stockmann

17. Lopez, Lincoln, Ozonoff & Lai

برامهام و راسل^۲، ۲۰۱۰) گزارش نکرده‌اند. عدم تجانس در نتایج پژوهش‌ها ممکن است به عوامل مختلف از جمله تکالیف مختلفی که برای اندازه‌گیری بازداری پاسخ مورد استفاده قرار گرفته و یا شیوه استفاده از تکالیف (دستی یا رایانه‌ای) وابسته باشد (چریست، هولت، وایت و گرین، ۲۰۰۷). در پژوهش‌های مختلف جهت سنجش بازداری پاسخ از الگوها و آزمون‌های مختلف استفاده می‌شود. از جمله معروف‌ترین این تکالیف و آزمون‌ها می‌توان به آزمون استروپ^۳، آزمون برو-نه-برو^۴، آزمون ایست-علامت^۵ و آزمون فلانکر^۶ اشاره کرد. آزمون استروپ (استروپ، ۱۹۳۵) که یکی از مستندترین ابزارهای سنجش بازداری است، در برخی از پژوهش‌ها جهت سنجش بازداری پاسخ و کنترل تداخل کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی مورد استفاده قرار گرفته است و به نتایج نامتجانسی منتج شده است (اسکس، بریسون و مک کورمیک، ۱۹۹۰؛ اوزونف و استرایر، ۱۹۹۷؛ اوزونف، استرایر، مک ماهون و فیلوز، ۱۹۹۴؛ اوزونف و جنسن، ۱۹۹۹؛ چریست، هولت، وایت و گرین، ۲۰۰۷؛ لوپز، لینکولن، اوزونف، لای، ۲۰۰۵؛ گلدبرگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ آدامز و جرولد^۷، ۲۰۰۹؛ هیل، ۲۰۰۴؛ رایینسون، گدارد، دریچل، ویسلی و هولین، ۲۰۰۹). با توجه به چنین نتایج نامتجانسی، هدف این پژوهش بررسی بازداری پاسخ با استفاده از آزمون استروپ رایانه‌ای در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی بود.

روش

جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری:

این پژوهش در طبقه پژوهش‌های غیر آزمایشی (توصیفی) و از نوع علی-مقایسه‌ای یا پس رویدادی بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کودکان پسر (۳-۶) ساله مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی شهر مشهد بودند.

^۱. Goldberg et al

^۲. Johnston, Madden, Bramham & Russell

^۳. Stroop test

^۴. GO- No-Go

^۵. Stop- Signal

^۶. Flanker

^۷. Adams & Jarrold

بدین منظور با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس^۱ تعداد ۱۵ کودک پسر مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی که دارای بهره هوشی^۲ بالاتر از ۷۰ بودند از مرکز تخصصی نور هدایت مشهد انتخاب شدند. همچنین ۱۵ کودک بهنجار که از نظر سن و جنس با این گروه هم‌تا شده بودند به عنوان گروه مقایسه از یکی از مدارس ابتدایی به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. لازم به ذکر است که در انتخاب نمونه در گروه مقایسه به وضعیت اجتماعی و عدم سابقه مشکلات و اختلال‌های حاد روان‌شناختی توجه شد.

ابزارهای پژوهش

۱. آزمون استروپ: به منظور اندازه‌گیری بازداري پاسخ در این پژوهش از آزمون رایانه‌ای استروپ استفاده شد. آزمون (رنگ-واژه) استروپ اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط رایسلی استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی ساخته شد. آزمون استروپ یکی از مهم‌ترین آزمون‌هایی است که به منظور اندازه‌گیری بازداري پاسخ مورد استفاده پژوهشگران واقع شده و تاکنون به زبان‌های مختلف از جمله چینی، آلمانی، سوئدی، ژاپنی و ... ترجمه شده است. در حقیقت آزمون استروپ یک آزمون واحد نیست، بلکه تاکنون شکل‌های مختلفی از آن جهت اهداف پژوهشی تهیه شده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش به صورت رایانه‌ای بر اساس زبان برنامه‌نویسی دلفی آماده شده. در این آزمون ۴۸ کلمه رنگی همخوان^۳ (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان است؛ رنگ قرمز، زرد، سبز و آبی) و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان^۴ (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست؛ به عنوان مثال کلمه آبی که با رنگ قرمز نشان داده می‌شود)، با فاصله ارایه محرک ۸۰۰ میلی ثانیه و مدت زمان ارائه محرک ۲۰۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود. تکلیف آزمودنی این است که تنها، رنگ صحیح را انتخاب کند.

به منظور نمره دهی و تفسیر نتایج حاصل از این آزمون، نمرات زیر به صورت مجزا برای گروه کلمات همخوان و ناهمخوان محاسبه می‌شوند: تعداد خطا، تعداد صحیح، زمان واکنش^۵ و نمره تداخل. نمره تداخل از

^۱. convenience

^۲. IQ

^۳. congruent

^۴. incongruent

^۵. reaction time

طریق محاسبه نمره تفاوت بین زمان واکنش کلمات ناهمخوان و کلمات همخوان (نمره تداخل = زمان واکنش کلمات ناهمخوان - زمان واکنش کلمات همخوان) محاسبه می‌شود. پژوهش‌های انجام شده پیرامون این آزمون نشانگر اعتبار^۱ و روایی^۲ مناسب آن در سنجش بازداری در بزرگسالان و کودکان می‌باشد. اعتبار این آزمون از طریق باز آزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (بارون^۳، ۲۰۰۴؛ مک لئود^۴، ۱۹۹۱؛ مک لئود و گورفین^۵، ۲۰۰۷؛ لزاک، هویسن، لورینگ، هانای، ۲۰۰۴؛ مشهدی، رسول زاده طباطبایی، آزاد فلاح، سلطانی فر، ۱۳۸۸).

۲. آزمون نقاشی گودیناف: آزمون ترسیم آدمک گودیناف^۶ در سال ۱۹۲۶ توسط فلورانس لورا گودیناف^۷ برای سنجش توانایی‌های شناختی، ذهنی و هوش کودکان ابداع شد. این آزمون برای کودکان ۳ تا ۱۵ سال قابل اجرا است. در ۱۹۶۳ هریس^۸ با افزودن دو شکل جدید، تدوین روش نمره گذاری مفصل‌تر و هنجاریابی گسترده‌تر به تجدید نظر در آزمون نقاشی آدمک پرداخت. نظام نمره گذاری جدید شامل ۷۳ ماده نمره گذاری برای تصویر مرد (در مقایسه با ۵۱ ماده گودیناف) و ۷۱ ماده برای تصویر زن است. در حین اجرای آزمون دستورالعمل‌ها بسیار کوتاه‌اند، آزمودنی باید آزادانه بنشیند و یک برگ کاغذ سفید، مداد (در مورد نقاشی‌های غیر رنگی) و یک مداد پاک‌کن در اختیارش گذاشته می‌شود و از او خواسته می‌شود تا تصویر یک شخص را بکشد (گراث مارنات^۹، ۲۰۰۰).

مک کارتی ضرایب اعتبار این آزمون را برای کودکان سوم و چهارم دبستان با استفاده از شیوه باز آزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۹۹ و هریس نیز دامنه ضرایب اعتبار این آزمون را با استفاده از روش باز آزمایی به فاصله یک هفته تا ۳ ماه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ گزارش نمودند. تشکری و همکاران در مورد این آزمون ضریب اعتبار دو نیمه کردن را ۰/۸۰ و ضریب باز آزمایی را پس از ۱۲ هفته ۰/۷۵ گزارش نمودند (رجبی، نجاریان، عطاری، ۱۳۷۹).

^۱ . reliability

^۲ . validity

^۳ . Baron

^۴ . MacLeod

^۵ . MacLeod & Gorfien

^۶ . Draw-A-Man Test Goodenough

^۷ . Florence Laura Goodenough

^۸ . Harris

^۹ . Groth-Marnat

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش تشخیص کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی با استفاده از ابزارهای سنجشی مناسب از جمله، مصاحبه، مشاهده و ابزارهای غربالگری توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان انجام شد. همچنین پس از ایجاد شرایط مناسب ارتباطی بین کودک و پژوهشگر، هوش کودکان از طریق آزمون هوشی گودیناف سنجیده شد.

قبل از اجرای آزمون استروپ رایانه‌ای، یک آزمونگر آموزش دیده به کودکان مهارت لازم برای استفاده از موشواره و کار با نرم افزار را آموزش داد. در جلسه بعد آزمون استروپ رایانه‌ای اجرا گردید. این آزمون توسط یک رایانه قابل حمل به صورت فردی برای هر آزمودنی اجرا شد. پس از ورود اطلاعات هر کودک در قسمت مربوطه آزمونگر با نشان دادن صفحه نمایش به آزمودنی گفت: به شما شکلی با رنگ‌های قرمز، زرد، سبز و آبی بر روی صفحه رایانه به طور پی در پی نشان داده می‌شود و شما می‌بایست با کلیک کردن (زدن) روی کلیدهای مشخص شده رنگ صحیح را با حداکثر سرعت مشخص سازید. پس از اجرای این قسمت که به منظور آشنایی فرد با فرایند اجرای آزمون بود، قسمت بعدی به کودک آموزش داده شد. در این قسمت به کودک گفته شد، به شما کلمات رنگی نشان داده می‌شود که می‌بایست تنها بر روی رنگ صحیح نشان داده شده پاسخ دهید. در این مرحله به فرد گفته شد که ممکن است کلمات رنگی ارائه شده دارای رنگی دیگر باشند (به عنوان مثال کلمه آبی که با رنگ قرمز نشان داده می‌شود). تکلیف آزمودنی در کل این آزمون این است که تنها، رنگ صحیح را مشخص سازد. سپس قسمت مثال آزمون در اختیار کودک قرار گرفت و از آزمودنی خواسته شد مطابق دستورالعمل عمل نماید. این قسمت با توجه به مشکلات کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی چند بار تکرار شد تا کودکان واقعاً دستورالعمل را درک کنند.

وقتی آزمودنی کاملاً متوجه دستورالعمل شد، آزمونگر به کودک گفت «اگر آماده هستی آزمون را شروع می‌کنیم» وقتی کودک اعلام آمادگی کرد آزمون شروع شد. مرحله ۱ نامیدن رنگ، در این مرحله از آزمودنی خواسته شد تا در یک مجموعه رنگی، رنگ شکل مورد نظر را مشخص کنند (مثلاً شکل X که در چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و آبی نشان داده می‌شود و آزمودنی می‌بایست رنگ شکل مورد نظر را مشخص سازد). هدف این مرحله تنها تمرین و شناخت رنگ‌ها و جای کلیدها بر روی صفحه کلید رایانه بود. سپس

مرحله تمرین قبل از اجرای اصلی آزمون به منظور آشنایی و شناخت هر چه بیشتر جای کلیدها و فرایند آزمون اجرا شد و بعد از آن، مرحله اصلی آزمون استروپ اجرا گردید. در این مرحله تعداد ۴۸ کلمه رنگی همخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان است، برای مثال کلمه آبی که با رنگ آبی نشان داده می‌شد) و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست، برای مثال کلمه آبی که با رنگ قرمز نشان داده می‌شد)، مجموعاً ۹۶ کلمه رنگی همخوان و ناهمخوان به صورت تصادفی و به صورت متوالی در یک مرحله در اختیار کودک قرار گرفت. رایانه زمان واکنش فرد در پاسخ‌دهی به هر کلمه و نیز تعداد صحیح و غلط فرد در پاسخ‌دهی را به صورت دقیق محاسبه کرد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار ۱۹ Spss و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) انجام شد. دلیل استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس کنترل متغیر هوش در مقایسه دو گروه بود.

یافته‌های پژوهش

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و هوش در دو گروه کودکان بهنجار و کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف در خودماندگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول ملاحظه می‌شود، دو گروه از نظر سنی تقریباً هم‌تا می‌باشند و از نظر هوشی نیز میانگین هوشی گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف در خودماندگی در سطح مرزی و گروه کودکان بهنجار در سطح متوسط قرار داشت.

جدول ۱: فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد سن و هوش نمونه پژوهش

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	بهنجار	۱۵	۹/۸۷	۱/۰۶
	ASD	۱۵	۹/۷۳	۲/۲۵
هوش	بهنجار	۱۵	۱۰۴/۸۰	۲۷/۸۵
	ASD	۱۵	۸۲/۴	۲۹/۹۷

به منظور مقایسه بازداری پاسخ در گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی و بهنجار، مؤلفه‌های آزمون استروپ شامل تعداد خطا، تعداد صحیح و زمان واکنش در محرک‌های همخوان و ناهمخوان و نیز نمره تداخل مورد تحلیل واقع شدند.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی عملکرد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در مقایسه با گروه بهنجار را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در اکثر مؤلفه‌ها، تفاوت‌هایی بین دو گروه وجود دارد.

به منظور بررسی چگونگی تفاوت دو گروه در این مؤلفه‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. بدین منظور مؤلفه‌های آزمون استروپ به عنوان متغیر وابسته، متغیر گروه‌های پژوهش به عنوان متغیر مستقل و متغیر هوش به عنوان متغیر همپراش یا کووریت وارد تحلیل شدند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی عملکرد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی و بهنجار در آزمون استروپ رایانه‌ای

مؤلفه‌های		کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی		کودکان بهنجار	
آزمون استروپ		M	SD	M	SD
تعداد خطا	همخوان	۱۰/۲۷	۱۰/۴۹	۱	۱
	ناهمخوان	۱۲/۲۷	۱۱/۶۱	۳/۴	۳/۱۸
تعداد صحیح	همخوان	۲۴/۹۳	۱۶/۴۰	۴۴/۹۳	۱/۹
	ناهمخوان	۲۲/۴۷	۱۶/۱۲	۴۲/۶۷	۴/۰۱
زمان واکنش	همخوان	۱۲۷۱/۶۰	۲۳۹/۶۹	۱۰۸۴/۱۳	۱۴۶
	ناهمخوان	۱۲۴۲/۱۳	۳۱۶/۹۷	۱۰۹۶/۰۷	۱۵۷/۹۴
نمره تداخل		-----	۲۹/۴۷-	۱۱/۹۳	۵۱/۶۵

نتایج آزمون MANCOVA نشانگر آن بود که تفاوت معناداری بین دو گروه در مؤلفه‌های آزمون استروپ وجود دارد. $p < 0/01$ ، $F_{(8,20)} = 3/95$ ، $\eta^2 = 1/05$ اثر هتئینگ. چون آزمون MANCOVA تفاوت‌های معناداری را بین دو گروه نشان داد،

بنابراین به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها در هر یک از مؤلفه‌ها نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول (۳) گزارش شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی مؤلفه‌های آزمون استروپ

مؤلفه‌های آزمون استروپ	مجموع مجدورها	درجه آزادی	میانگین مجدورها	F	ضریب اتا η^2
همخوان	۳۹۵/۷۵	۱	۳۹۵/۷۵	۷/۳۸*	۰/۲۱
تعداد خطا					
ناهمخوان	۴۴۲/۰۲	۱	۴۴۲/۰۲	۵/۹۳*	۰/۱۸
همخوان	۲۲۱۵/۱۸	۱	۲۲۱۵/۱۸	۱۶/۱۸**	۰/۳۷
تعداد صحیح					
ناهمخوان	۲۴۹۴/۹۲	۱	۲۴۹۴/۹۲	۱۷/۵۳**	۰/۳۹
همخوان	۲۷۴۱۹۵/۷۶	۱	۲۷۴۱۹۵/۷۶	۶/۸*	۰/۲
زمان واکنش					
ناهمخوان	۲۲۴۲۱۴/۰۹	۱	۲۲۴۲۱۴/۰۹	۳/۶	۰/۱۲
نمره تداخل	-----	۱	۲۵۱۲/۴۷	۰/۲۲	۰/۰۰۸

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

همان‌طور که در جدول شماره (۳) ملاحظه می‌شود در مؤلفه‌های تعداد خطا در محرک‌های همخوان $\eta^2 = 0/21$ ، $F_{(27,1)} = 7/38$ ، $p < 0/05$ و محرک‌های ناهمخوان $\eta^2 = 0/18$ ، $F_{(27,1)} = 5/93$ ، $p < 0/05$ ؛ مؤلفه تعداد صحیح محرک‌های همخوان $\eta^2 = 0/37$ ، $F_{(27,1)} = 16/18$ ، $p < 0/01$ و ناهمخوان $\eta^2 = 0/39$ ،

$F_{(۳۷,۱)}=۱۷/۵۳, p<۰/۰۱$ مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های همخوان $\eta^2=۰/۲$ ، $F_{(۳۷,۱)}=۶/۸, p<۰/۰۵$ ، تفاوت‌های معناداری بین دو گروه وجود داشت و عملکرد گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی ضعیف‌تر بود، اما این تفاوت‌ها در مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های ناهمخوان $\eta^2=۰/۱۲$ ، $F_{(۳۷,۱)}=۳/۶, p>۰/۰۵$ و نمره تداخل $\eta^2=۰/۰۰۸$ ، $F_{(۳۷,۱)}=۰/۲۲, p>۰/۰۵$ معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

بازداري پاسخ به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سازه کنش‌های اجرایی، در حوزه روان‌شناسی مرضی تحولی و اختلال‌های تحولی همواره مورد توجه پژوهشگران مختلف بوده است (پنینگتون و اوزونف، ۱۹۹۶). در بررسی مؤلفه بازداري پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی، پژوهش‌ها، نتایج نامتجانس را گزارش نموده‌اند. از این رو هدف این پژوهش بررسی بازداري پاسخ با استفاده از آزمون استروپ رایانه‌ای در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی بود.

نتایج این پژوهش نشانگر آن بود که تفاوت معناداری بین دو گروه در مؤلفه‌های آزمون استروپ به طور کلی وجود داشت. بررسی دقیق‌تر عملکرد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در مقایسه با گروه کودکان بهنجار نشان داد که در مؤلفه‌های تعداد صحیح و تعداد خطا در محرک‌های همخوان و ناهمخوان و مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های همخوان تفاوت‌های معناداری بین دو گروه وجود داشت و عملکرد گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در این مؤلفه‌ها ضعیف‌تر بود. اما این تفاوت‌ها در مؤلفه زمان واکنش در محرک‌های ناهمخوان و نمره تداخل معنادار نبود.

نتایج این پژوهش به طور کلی با نتایج پژوهش‌های اوزونف، استرایر، مک ماهون و فیروز (۱۹۹۴)؛ گیورتس و همکاران (۲۰۰۴)؛ رابینسون، گدارد، دریچل، ویسلی و هولین (۲۰۰۹)؛ مینشو، لونا و سویی (۱۹۹۹) همخوان و با نتایج پژوهش‌های آدامز و جرولد (۲۰۰۹)؛ اسکس، بریسون و مک کورمیک (۱۹۹۰)؛ اوزونف و استرایر (۱۹۹۷)؛ اوزونف و جنسن (۱۹۹۹)؛ جانستون، مادن، برامهام و راسل (۲۰۱۰)؛ چریست، هولت، وایت و گرین (۲۰۰۷)؛ گلدبرگ و همکاران (۲۰۰۵)؛ گریفیت، پنینگتون، وهر و راجرز (۱۹۹۹)؛ گیورتس، بیگر و استوکمن (۲۰۰۹)؛ لویز، لینکولن، اوزونف، لای (۲۰۰۵) ناهمخوان می‌باشد.

دو عامل ممکن است بر عملکرد کودکان در آزمون استروپ تأثیر داشته باشد: روان‌خوانی خودکار^۱ و سرعت نامیدن^۲ (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۰۵). وجود مشکلات و اختلال‌های همبود در زمینه خواندن می‌تواند بر زمان واکنش و دقت در پاسخ‌دهی به محرک‌های همخوان و ناهمخوان در آزمون استروپ تأثیر بگذارد؛ بنابراین با توجه به وجود مشکلات گفتاری در تعداد زیادی از کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی می‌توان انتظار داشت که عملکرد این کودکان به طور کلی در آزمون استروپ پایین‌تر باشد. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد میزان تداخل در آزمون استروپ در گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی در مقایسه با کودکان عادی یکسان بود. این یافته نیز با توجه به همان دو عامل روان‌خوانی خودکار و سرعت نامیدن (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۰۵). قابل تبیین است. زیرا همان‌طور که آدامز و جرولد (۲۰۰۹) نشان دادند، سطح درک خواندن بر میزان تداخل در آزمون استروپ کاملاً تأثیر دارد؛ بنابراین استفاده از ابزارهای دیگر سنجش بازداری که تمرکز کمتری بر عامل خواندن داشته باشند از جمله آزمون برو-نه-برو، آزمون ایست-علامت و آزمون فلانکر می‌تواند منجر به سنجش دقیق‌تری از عملکرد این گروه در کنش بازداری پاسخ این افراد شود.

همچنین وجود اختلال‌های همبود دیگر از جمله اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی دیگر می‌تواند بر میزان عملکرد این کودکان تأثیر بگذارد و منجر به نتایج متفاوتی شود. به علاوه عامل دیگری که می‌تواند تبیین کننده عدم تجانس در پژوهش‌های مربوط به بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف درخودماندگی شود، وجود انواع بازداری است. نیگ (۲۰۰۰، ۲۰۰۶) بیان می‌کند که سازه بازداری پاسخ دارای انواعی است و در این زمینه می‌توان به یک طبقه-بندی در مورد آن اشاره کرد. وی انواع مختلف بازداری شامل بازداری حرکتی، اجرایی، توجهی، رفتاری و انگیزی را در روان‌شناسی شناختی، شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بازشناسی می‌کند و معتقد است هر یک از این انواع در اختلال‌های مختلف متفاوت بوده و ابزارهای سنجش هر کدام نیز متفاوت است. از این رو شاید

^۱. fluent automatic reading

^۲. speed of naming

بتوان عدم تجانس در پژوهش‌های بازداري پاسخ را با توجه به نوع تکليف يا آزمون مورد استفاده تبين نمود. به عنوان مثال نتايج پژوهش چريست، هولت، وايت و گرین (۲۰۰۷) نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال‌های طيف درخودماندگي در آزمون استروپ عملکرد مشابه با کودکان بهنجار و در آزمون برو-نه-برو و آزمون فلانکر عملکرد ضعيف‌تری در مقايسه با گروه بهنجار داشتند. همچنين عدم تجانس در اين پژوهش‌ها را می‌توان به عوامل ديگر از جمله حجم نمونه مورد بررسی، شیوه اجرای آزمون (رایانه‌ای يا دستی) نیز نسبت داد. بنابراین با توجه به اهمیت نظریه نارساکنش‌وری اجرایی در تبیین مشکلات کودکان مبتلا به اختلال‌های طيف درخودماندگي پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی انواع مختلف بازداري با استفاده از ابزارهای گوناگون و به شیوه‌های مختلف (دستی و رایانه‌ای) در محیط‌های بالینی و موقعیت‌های روزمره زندگی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد و از سوی دیگر سایر کنش‌های اجرایی از جمله انعطاف پذیری ذهنی، برنامه‌ریزی، حافظه کاری و ... نیز بررسی شود. از آنجا که در اين پژوهش تنها آزمودنی‌های پسر مورد بررسی قرار گرفتند پژوهش‌های آینده می‌توانند با در نظر گرفتن عامل جنسیت و نیز سنجش کنش‌های اجرایی در بزرگسالان و کودکان خردسال چگونگی تحول اين کنش‌ها را در اين کودکان بررسی نمایند.

تشکر و قدردانی

از مدیریت مرکز نور هدایت سرکار خانم حجتي که در فراهم نمودن امکانات پژوهشی صمیمانه همکاری نمودند، کمال قدردانی را ابراز می‌داریم.

منابع

- رجبی، غلام‌رضا؛ نجاریان، بهمن؛ عطاری، علی (۱۳۷۹). هنجاریابی آزمون نقاشی مقیاس مردان آدمک گودیناف هریس بر روی کودکان ۶ تا ۱۱ ساله بوشهر. *مجله روان شناسی*. ۱۵، ۲۶۶-۲۴۷.
- مشهدی، علی؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ آزاد فلاح، پرویز؛ سلطانی فر، عاطفه (۱۳۸۸). مقایسه بازداري پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی و کودکان بهنجار. *مجله روان شناسی بالینی*، ۵۰، ۵۲-۳۷.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text revision). Washington DC: Author.
- Adams, A.C., Jarrold, C. (2009). Inhibition and the Validity of the Stroop Task for Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1112–1121.
- Ames, C. S., & Jarrold, C. (2007). The problem with using eye-gaze to infer desire: A deficit of cue inference in children with autism spectrum disorder? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1761–1775.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Baron, I.S. (2004). *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University press.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 379–402.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37–46.
- Bishop, D.V.M., Norbury, C.F. (2005). Executive functions in children with communication impairments, in relation to autistic symptomatology 2: Response inhibition. *Autism*, 9, 29–43.
- Christ, S. E., Holt, D. D., White, D. A., & Green, L. (2007). Inhibitory control in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1155–1165.
- Dempster, F. (1992). The rise and fall of the inhibitory mechanism: Toward a unified theory of cognitive development and aging. *Developmental Review*, 12, 45–75.
- Denckla, M. B. (2007). *Executive function: Building together the definitions of attention deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities*. In L. Meltzer (Ed.), *Executive function in education* (pp. 5–18). New York: Guilford Press. (2nd ed.). Oxford, England: Blackwell.
- Eskes, G., Bryson, S., & McCormick, T. (1990). Comprehension of concrete and abstract words in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 61–73.
- Frith, U., & Happe, F. (1994). Autism: Beyond “theory of mind.” *Cognition*, 50, 115–132.
- Geurts, H.M., Begeer, S., Stockmann, L. (2009). Brief Report: Inhibitory Control of Socially Relevant Stimuli in Children with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1603–1607.
- Geurts, H. M., Corbett, B., & Solomon, M. (2009). The paradox of cognitive flexibility in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 74–82.
- Geurts, H. M., Verte, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2004). How specific are executive functioning deficits in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and autism? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 836–854.
- Gioia, G.A., & Isquith, P.K. (2004). Ecological assessment of executive function in traumatic brain injury. *Developmental Neuropsychology*, 25, 135–158.

- Goldberg, M. C., Mostofsky, S. H., Cutting, L. E., Mahone, E. M., Astor, B. C., Denckla, M. B., et al. (2005). Subtle executive impairment in children with autism and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 279–293.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*, 4th ed. New York: Wiley.
- Griffith, E., Pennington, B., Wehner, E., & Rogers, S. (1999). Executive function in young children in autism. *Child Development*, 70, 817–832.
- Hallahan, D.P., Kaufman, J.M., & Pullen, P.C (2009). *Exceptional Learners: an introduction to special education*. New York: Allyn& Bacon, Pearson.
- Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation of autism. *Nature Neuroscience*, 9, 1218–1220.
- Happé, F. G. E. (1997). Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 1–12.
- Happé, F. G. E., & Booth, R. (2008). The power of the positive: Revisiting weak coherence in autism spectrum disorders. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61, 50–63.
- Hill, E. L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24, 189–233.
- Johnston, K., Madden, A.K., Bramham, J., & Russell, A.J. (2010). Response Inhibition in Adults with Autism Spectrum Disorder Compared to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, DOI 10.1007/s10803-010-1113-9.
- Kana, R.K., Keller, T.A., Minshew, N.J. & Just, M.A. (2007). Inhibitory Control in High-Functioning Autism: Decreased Activation and Underconnectivity in Inhibition Networks. *Biology Psychiatry*, 62:198–206.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., & Loring, D.W. Hannay, H.J. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Lopez, B. R., Lincoln, A. J., Ozonoff, S., & Lai, Z. (2005). Examining the relationship between executive functions and restricted, repetitive symptoms of autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 445–460.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163–203.
- MacLeod, C., & Gorfein, D. (2007). *Inhibition in cognition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McCloskey, G., Perkins, L.A., Van Divner, B. (2009). *Assessment and intervention for executive function difficulties*. New York: Taylor & Francis Group.
- Minshew, N., Luna, B., & Sweeney, J. (1999). Oculomotor evidence for neocortical systems but no cerebellar dysfunction in autism. *Neurology*, 52, 917–922.
- Nigg, J. T. (2000). On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126, 200–246.
- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD?: Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: The Guilford Press.

- Ozonoff, S., & Jensen, J. (1999). Brief report: Specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 29, 171–177.
- Ozonoff, S., & Strayer, D. (1997). Inhibitory function in nonretarded children with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 27, 59–77.
- Ozonoff, S., Strayer, D., McMahon, W., & Fillouz, F. (1994). Executive function abilities in autism and Tourette syndrome: an information processing approach. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 35, 1015–1031.
- Pellicano, E. (2010). Individual Differences in Executive Function and Central Coherence Predict Developmental Changes in Theory of Mind in Autism. *Developmental Psychology*, 46, 530–544.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 51–87.
- Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M., & Howlin, P. (2009). Executive functions in children with Autism Spectrum Disorders. *Brain and Cognition*, 71, 362–368.
- Russell, J. (1997). *Autism as an executive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*(10th Ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Shah, A., & Frith, U. (1993). Why do autistic individuals show superior performance on the Block Design task? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1354–1364.
- Stroop, J. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643–662.
- Stuss, D. T., & Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual review. *Psychological Research*, 63, 289–298.
- Tager-Flusberg, H. (2007). Evaluating the theory-of-mind hypothesis of autism. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 311–315.
- Welsh, M.C. & Pennington, B.Y. (1988). Assessing frontal lobe functioning in children: View from developmental psychology. *Developmental Neuropsychology*, 4, 199–230.



انصاری نژاد، سمیه؛ موللی، گیتا؛ ادیب سرشکی، نرگس (۱۳۹۰). اثر بخشی آموزش نظریه ذهن بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۲۰-۱۰۵.

اثر بخشی آموزش نظریه ذهن بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر^۱

سمیه انصاری نژاد^۲، گیتا موللی^۳، نرگس ادیب سرشکی^۴
تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۲۷

چکیده

هدف از این مطالعه تعیین اثر بخشی آموزش نظریه ذهن بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی بود. پژوهش از نوع مطالعات تجربی با پیش آزمون- پس آزمون با یک گروه کنترل بود. ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر کم توان ذهنی با دامنه سنی ۸-۱۲ سال با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. بعد از همتا سازی بر اساس سن تقویمی و هوش و نمرات نظریه ذهن، به دو گروه آزمایش (۱۵ دانش آموز) و گروه کنترل (۱۵ دانش آموز) تقسیم شدند. نظریه ذهن به مدت ۹ جلسه به دانش آموزان در گروه آزمایش، آموزش داده شد، اما گروه کنترل هیچ نوع آموزشی در این زمینه دریافت نکردند و فقط در جریان برنامه های معمول مدرسه قرار گرفتند. پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. ابزار پژوهش شامل آزمون ۳۸ سوالی نظریه ذهن و آزمون ماتریس های پیشرونده ریون بود. داده های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش نظریه ذهن اثر معناداری بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن دارد ($p < 0/001$).

واژه های کلیدی: آموزش نظریه ذهن، سطوح نظریه ذهن، کم توان ذهنی.

^۱. این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است.

^۲. کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. s.ansari39@gmail.com

^۳. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۴. کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی

مقدمه

شناخت اجتماعی به عنوان احاطه کننده همه مهارت‌های مورد نیاز کودک برای این که تمایلات، هیجانات و احساسات دیگر کودکان و بزرگسالان را درک کند، شناخته می‌شود (سبولا^۱ و ویشارت^۲، ۲۰۰۸). اخیراً برخی مطالعات به بررسی سازه‌های شناخت اجتماعی نظیر ادراک شخص^۳، مهارت‌های پذیرش نقش^۴ و نظریه ذهن^۵ پرداخته‌اند (گرادی^۶ و کیتلی^۷، ۲۰۰۲). سازه اخیر یعنی نظریه ذهن یکی از بحث‌برانگیزترین موضوعات مطرح در روان‌شناسی رشد می‌باشد (تیلور^۸ و کیندرمن^۹، ۲۰۰۲). کیندرمن^۹، ۲۰۰۲). اصطلاح نظریه ذهن برای اولین بار توسط پریماک^{۱۰} و وودراف^{۱۱} (۱۹۷۸) مطرح گردید تا به بررسی این فرضیه پردازد که آیا میمون‌ها برای درک، تبیین و پیش بینی رفتار، قادر به نسبت دادن حالات ذهنی به خود و دیگران هستند (امین یزدی، ۱۳۸۳).

از اصطلاحات دیگری مانند ذهنی سازی^{۱۲} (ساندکوئیست^{۱۳} و رونبرگ^{۱۴}، ۲۰۱۰)، ذهن خوانی، روان‌شناسی عامه^{۱۵} (گلان^{۱۶} و بارون-کوهن^{۱۷}، ۲۰۰۶) و درک اجتماعی^{۱۸} (فرنی هوگ^{۱۹}، ۲۰۰۸) به جای اصطلاح نظریه ذهن استفاده شده است.

نظریه ذهن، توانایی درک افکار و احساسات دیگران بر اساس استنباط حالات ذهنی^{۲۰} است (دالگرین^{۲۱}، سندبرگ^{۲۲} و لارسون^{۲۳}، ۲۰۱۰). حالات ذهنی، نگرش‌های گزاره‌ای^{۲۴} هستند که شامل

^۱ . Cebula, K.R

^۲ . Wishart, J

^۳ . person perception

^۴ . role- taking skills

^۵ . theory of mind

^۶ . Grady, C.L

^۷ . Keightley, M

^۸ . Taylor, L

^۹ . Kinderman, P

^{۱۰} . Premack, D

^{۱۱} . Woodruff, G

^{۱۲} . mentalizing

^{۱۳} . Sandqvist, A

^{۱۴} . Ronnberg, J

^{۱۵} . folk psychology

^{۱۶} . Golan, O

^{۱۷} . Baron-Cohen, S

^{۱۸} . social understanding

^{۱۹} . Fernyhough, C

^{۲۰} . mental states

^{۲۱} . Dahlgren, S

^{۲۲} . Sandberg, A

^{۲۳} . Larsson, M

^{۲۴} . propositional attitude

امیال^۱، هیجانات^۲، باورها^۳، نیت^۴ و ... می شود (دوهرتی^۵، ۲۰۰۹). بسیاری از شواهد تجربی نشان می دهند می دهند که کودکان از حوالی سنین سه تا چهار سالگی بر هیجانات، باورها و تمایلات دیگران شناخت می یابند (گاتیر^۶، ۲۰۰۵، به نقل از تیریون^۷ و نادر - گرس بویس^۸، ۲۰۰۸). هیجانات به مجموعه پیچیده ای از پیچیده ای از حالاتی که فراتر از احساسات خوب یا بد است اطلاق می شود که شامل احساس شادی، غم، عصبانیت، پرخاشگری و غیره می شود (ایروانی و باقریان، ۱۳۸۳). امیال که مشخص کننده اهداف فرد است در برگیرنده پیامدها و حالت های خواسته شده و دوری جستن از پیامدها و حالت های منفی است (کازدین^۹، ۲۰۰۰، به نقل از مشهدی، ۱۳۸۲).

ولمن^{۱۰} (۱۹۹۰) بیان می کند که مفهوم میل در دو سالگی کسب می شود و فلاول^{۱۱} (۱۹۹۹) معتقد است که در سه سالگی کودکان آمادگی پیدا می کنند تا ارتباط های علی ساده بین امیال، پیامدها، هیجانات و اعمال را درک کنند. باور که بر اساس آن ما آنچه را که یک فرد حالت درستی از جهان می داند را پیش بینی می کنیم، شیوه ای را که جهان می باشد یا دست کم ما می خواهیم باشد را منعکس می کند؛ بنابراین اگر ما بفهمیم باورمان اشتباه است سعی خواهیم کرد آن را مطابق با حقیقت اشیای خارجی تغییر دهیم. به طور کلی پذیرفته شده است که کودک برای به دست آوردن مفهوم باور باید درک کند که آنچه دیگری باور دارد می تواند نادرست باشد (آستینگتون^{۱۲}، ۱۹۹۳)؛ بنابراین توانایی پیش بینی و تبیین رفتار دیگران و خود، مستلزم داشتن نظریه ذهن است.

فلاول و همکاران (۱۹۹۳) با حمایت از دیدگاه رشدی در مورد نظریه ذهن، معتقدند نظریه ذهن دارای سه سطح است که عبارتند از سطح اول نظریه ذهن که همان شکل گیری نظریه ذهن مقدماتی است، سطح دوم که در آن یک نظریه ذهن واقعی، ولی اولیه شکل گرفته است و سطح سوم که جنبه های پیشرفته تر نظریه ذهن نظیر درک شوخی و قضاوت های پیچیده را شامل می شود. داشتن نظریه ذهن ما را قادر به شناخت هیجانات، درک باورها و امیال و پیش بینی و تبیین رفتارهای دیگران می سازد (بودن^{۱۳}،

¹ . desieres

² . emotions

³ . beliefs

⁴ . intention

⁵ . Doherty, M

⁶ . Gauthier, C

⁷ . Thirion, A

⁸ . Nader-Grosbois, N

⁹ . Kazdin, A.E

¹⁰ . Wellman, H.M

¹¹ . Flavell, J.H

¹² . Astington, J.W

¹³ . Bodden, M.E

دودل^۱ و کالبل^۲، ۲۰۱۰). درک نظریه ذهن بر مهارت‌های اجتماعی^۳ تأثیر دارد (جنکینز^۴ و آستینگتون، ۲۰۰۰) و به نوبه خود صلاحیت نظریه ذهن ممکن است برای موفقیت در مدرسه مهم باشد زیرا مهارت‌های اجتماعی کودکان با پیشرفت تحصیلی آن‌ها در ارتباط هستند (چن^۵، رابین^۶ و لی^۷، ۱۹۹۷ به نقل از کلو^۸ و پرر^۹، ۲۰۰۸). پژوهشگران نقص نظریه ذهن در کودکان اتیسم^{۱۰} (بارون - کوهن، لزل^{۱۱} و فریث^{۱۲}، ۱۹۸۵ به نقل از هاریس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۸)، ناشنوا^{۱۴} (پترسون^{۱۵}، ۲۰۰۴)، کم توانی ذهنی^{۱۶} و سندرم داون^{۱۷} (یرمییا^{۱۸}، شالمن^{۱۹} و پیل و سکی^{۲۰}، ۱۹۹۶، به نقل از ساندکوئیست و رونبرگ، ۲۰۱۰) را گزارش کرده‌اند. پس از این گزارش‌ها تلاش‌هایی جهت آموزش نظریه ذهن به کودکان اتیسم انجام شده است. در یکی از اولین کارهای آموزش نظریه ذهن، گاپنیک^{۲۱} و اسلاتر^{۲۲} (۱۹۹۶) به نقل از کلو و پرر، ۲۰۰۸) نشان دادند که آموزش باور، ادراک و میل باعث بهبود عملکرد نظریه ذهن کودکان اتیستیک می‌شود. آن‌ها به یک گروه از کودکان مبتلا به اتیسم مفهوم باور را آموزش دادند (آموزش باور) و گروه دوم کودکان، آموزشی مرتبط با مفاهیم پیش بینی و تمایل دریافت کردند (آموزش انسجام). گروه کنترل در تعدادی از تکالیف نگهداری آموزش دیدند، آموزش را در طول دو هفته انجام دادند. در هر دو گروه آموزش باور و همچنین آموزش انسجام، عملکرد کودکان گروه آزمایش در پس آزمون باور کاذب در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافت. در ایران نیز نساتیان (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش باور کاذب بر اکتساب نظریه ذهن دانش آموزان ۸-۱۱ سال کم توان ذهنی پرداخت. از تعداد ۳۸ دانش آموز پسر کم توان ذهنی تعداد ۳۰ دانش آموز را به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش

^۱ . Dodel, R

^۲ . Kalble, E

^۳ . social skills

^۴ . Jenkins, J. M

^۵ . Chen, X

^۶ . Rubin, K. H

^۷ . Li, D

^۸ . Kloo, D

^۹ . Perner, J

^{۱۰} . autism

^{۱۱} . Leslie, A

^{۱۲} . Frithe, U

^{۱۳} . Harris, M. J

^{۱۴} . deaf

^{۱۵} . Peterson, C. C

^{۱۶} . intellectual disability

^{۱۷} . syndrome down

^{۱۸} . Yirmiya, N

^{۱۹} . Shulman, C

^{۲۰} . Pilowsky, T

^{۲۱} . Gopnik, A

^{۲۲} . Slaught, V

تقسیم کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه در جریان آموزش قرار گرفتند. پس آزمون نظریه ذهن بلافاصله پس از اجرای آموزش و همچنین پس از دو هفته برای هر دو گروه اجرا شد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل عملکرد بهتری در پس آزمون نظریه ذهن و همچنین در موقعیت پیگیری داشته است و دریافتند که آموزش باور کاذب موجب اکتساب نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی ۸ تا ۱۱ سال می شود.

از آنجا که بیشتر پژوهش ها در گروه کودکان استثنایی، کودکان اتیسم را مورد توجه قرار داده اند (فیشر^۱ و هاپه^۲، ۲۰۰۵؛ فینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۸، مک گریگور^۴ و همکاران، ۱۹۹۸؛ بارون - کوهن و همکاران، ۱۹۹۷؛ اسویتنهام^۵، ۱۹۹۶؛ هادوین^۶ و همکاران، ۱۹۹۶) کودکان عقب مانده ذهنی به ندرت مورد مورد پژوهش قرار گرفته اند و در همان پژوهش های اندک، بیشتر به عنوان گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفته اند (چارمن^۷ و کامپبل^۸، ۲۰۰۲) و این در حالی است که گروه کم توانان ذهنی آموزش پذیر حدود ۲ درصد از تعداد کل کودکان سنین مدرسه رو را تشکیل می دهند. این گروه از افراد در درک احساسات، هیجان ها و افکار دیگران، درک موضوع های عاطفی خود و دیگران، شناخت روابط اجتماعی و هیجانی و به طور کلی در درک دیدگاه ها و احساسات دیگران ناتوان هستند (گرهات^۹ و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از نسائیان، ۱۳۸۸). با توجه به این که با آموزش نظریه ذهن می توانیم به ارتقای آن در کودکان کم توان ذهنی کمک کنیم تا از این طریق حالات ذهنی دیگران را درک کنند و از آن برای برقراری تعاملات اجتماعی استفاده کنند و بدین ترتیب از اختلالات روان شناختی که به دلیل مهارت نداشتن در برقراری تعاملات اجتماعی به وجود می آید (سمرود - کلیکمن^{۱۰}، ۲۰۰۷)، جلوگیری کنیم، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می رسد و در این پژوهش، گروه کودکان کم توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفتند. حال با توجه به این که پژوهش ها نشان دادند که کودکان کم توان ذهنی نیز در قیاس با کودکان عادی از لحاظ مهارت های نظریه ذهن نقص داشته (زلازو^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۶؛ بنسون^{۱۲} و

¹. Fisher, N

². Happe, F

³. Feng, H

⁴. MC Gregor, E

⁵. Swettenham, J

⁶. Hadwin, J

⁷. Charman, T

⁸. Compbell, A

⁹. Grehat, E

¹⁰. Semrud-Clikeman, M

¹¹. Zelazo, P.D

¹². Benson, G

همکاران، ۱۹۹۳؛ کارمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۸) و به سطوح بالای نظریه ذهن دست نمی‌یابند (قمرانی و البرزی، ۱۳۸۴)، هدف کلی از پژوهش حاضر بررسی این است که آیا آموزش نظریه ذهن (میل، باور و هیجان) سطوح نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی را افزایش می‌دهد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به این که هدف این تحقیق، تعیین اثر بخشی آموزش نظریه ذهن (متغیر مستقل) بر ارتقاء سطوح نظریه ذهن (متغیر وابسته) بود، لذا از روش تحقیق تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعه آماری در پژوهش حاضر مشتمل است بر کلیه دانش آموزان دختر کم توان ذهنی سنین ۸ تا ۱۲ سال که در سال تحصیلی ۹۰ - ۱۳۸۹ در مدارس استثنایی (مدارس ویژه کم توانان ذهنی) شهر مشهد مشغول به تحصیل بودند. گروه نمونه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در نخستین مرحله پس از مراجعه به سازمان آموزش و پرورش، شهر مشهد را به ۵ منطقه جنوب، شمال، غرب، شرق و مرکز تقسیم‌بندی شد؛ سپس به طور تصادفی یک منطقه (منطقه ۳) انتخاب شد و از منطقه مذکور، مرکز آموزشی اندیشه به تصادف برگزیده شد و در نهایت از مرکز آموزشی مورد نظر نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورودی پژوهش (کم توان ذهنی آموزش پذیر باشند) با بهره‌هوشی ۷۵-۵۰، در دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال با نمرات پایین‌تر از متوسط (نمره ۱۹) در آزمون نظریه ذهن برگزیده شدند. پس از اجرا و ثبت نمرات آزمون نظریه ذهن آزمودنی‌ها از نظر سن تقویمی، هوشبهر و نمرات نظریه ذهن همسازی شدند و ۱۵ نفر از این کودکان در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل به شکل تصادفی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

داده‌های مربوط به نظریه ذهن با استفاده از آزمون ۳۸ سؤالی نظریه ذهن (۱۳۸۵) جمع‌آوری گردید. همچنین از آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون (۱۹۳۸) جهت سنجش هوش آزمودنی‌ها استفاده شد.

۱. آزمون نظریه ذهن ۳۸ سؤالی: فرم اصلی این آزمون به وسیله استیرنمن^۲ (۱۹۹۹) به منظور سنجش

^۱. Carman, T

^۲. Steerneman

نظریه ذهن در کودکان عادی و مبتلا به اختلالات فراگیر رشد با سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است و اطلاعاتی راجع به گستره درک اجتماعی، حساسیت و بینش کودک، همچنین میزان و درجه‌ای که وی قادر است احساسات و افکار دیگران را بپذیرد، فراهم می‌آورد.

قمرانی، البرزی و خیر (۱۳۸۵) آزمون مورد نظر را تغییراتی دادند. آن‌ها تعداد سؤالات آزمون را از ۷۲ به ۳۸ کاهش دادند و به جای اسامی خارجی از اسامی فارسی استفاده کردند. سپس بر روی گروهی از دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و دانش آموزان عادی شهر شیراز روایی و پایایی آن را سنجیدند. برای بررسی روایی این آزمون از روش‌های روایی محتوایی، همبستگی خرده آزمون با نمره کل و روایی همزمان استفاده شده است. روایی همزمان از طریق همبستگی آزمون با تکلیف خانه عروسک‌ها ۸۹٪، برآورد گردیده است که در سطح یک صدم معنادار بوده است. ضرایب همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل آزمون نیز در تمام موارد معنادار و بین ۸۲٪ تا ۹۶٪ متغیر بوده است. پایایی آزمون به وسیله سه روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار نمره گذاران بررسی گردیده است. پایایی بازآزمایی بین ۷۰٪ تا ۹۴٪ متغیر بوده و کلیه ضرایب در سطح $(\alpha = 0.1)$ معنادار بوده است. ثبات درونی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون و هر یک از خرده آزمون‌ها به ترتیب ۸۶٪، ۷۲٪، ۸۰٪ و ۸۱٪ محاسبه گردیده است. همچنین ضریب پایایی نمره گذاران ۹۸٪ بدست آمده است (قمرانی، البرزی و خیر، ۱۳۸۵). زمان مورد نیاز برای اجرای کل آزمون بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه می‌باشد. نحوه نمره گذاری بدین صورت است که به پاسخ صحیح آزمودنی نمره ۱ و به پاسخ غلط وی نمره صفر داده می‌شود. این آزمون بر اساس یک دیدگاه تحولی و چند بعدی از نظریه ذهن طراحی شده است و نسبت به آزمون‌های قدیمی گستره سنی بیشتر و سطوح پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر نظریه ذهن را ارزیابی می‌کند. این آزمون سه خرده مقیاس به ترتیب زیر دارد:

- ۱- خرده مقیاس اول: نظریه ذهن مقدماتی، یعنی نظریه ذهن سطح اول یا باز شناسی عواطف و وانمود، مشتمل بر ۲۰ سؤال.
- ۲- خرده مقیاس دوم: اظهار اولیه یک نظریه ذهن واقعی، یعنی نظریه ذهن سطح دوم یا باور غلط اولیه و درک باور غلط، مشتمل بر ۱۳ سؤال.
- ۳- خرده مقیاس سوم: جنبه‌های پیشرفته‌تر نظریه ذهن^۱ یعنی نظریه ذهن سطح سوم یا درک باور غلط ثانویه یا درک شوخی، مشتمل بر ۵ سؤال.

^۱ . more advanced aspects of theory of mind

آزمودنی‌ها می‌توانند در خرده مقیاس اول نمره‌ای بین ۰ تا ۲۰ در خرده مقیاس دوم نمره‌ای بین ۰ تا ۱۳ و در خرده مقیاس سوم نمره‌ای بین ۰ تا ۵ و در کل آزمون، نمره‌ای بین ۰ تا ۳۸ دریافت کنند. از جمع سه خرده مقیاس بالا یک نمره کلی برای نظریه ذهن بدست می‌آید. هر قدر این نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده این است که کودک به سطوح بالاتر نظریه ذهن دست یافته است (موریس^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). این آزمون به صورت انفرادی اجرا می‌شود و شامل تصاویر و داستان‌هایی می‌باشد که آزماینده بعد از ارائه آن‌ها به آزمودنی، سؤالات را مطرح می‌کند. این آزمون از ۹ مثال جداگانه شکل گرفته است. هر مثال تعدادی سؤال دارد که جلوی هر سؤال سطح نظریه ذهن (اول، دوم و سوم) مشخص گردیده است.

۲. آزمون ماتریس‌های پیشرونده ریون (۱۹۳۸): فرم اول آزمون ماتریس‌های پیشرونده ریون در سال ۱۹۳۸ و فرم دوم آن در سال ۱۹۴۷ توسط پن روز و ریون تهیه شده است. فرم اول آزمون دارای ۶۰ سؤال تصویری است و از پنج سری ۱۲ تایی (سری‌های A, B, C, D, E) با درجه دشواری فزاینده، تشکیل شده است. آزمون برای سنین ۵ تا ۶۵ ساخته شده است، ولی بهترین کاربرد را بین سنین ۱۰ تا ۱۸ سالگی دارد. این آزمون با تصویرهای سیاه و سفید تدوین شده است (کرمی، ۱۳۸۶). در هنجاریابی این آزمون توسط براهنی (۱۳۵۶) به نقل از معتمدی شارک، (۱۳۸۶) بر روی ۳۰۱۰ نفر در سطح شهر تهران، پایایی ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ و دامنه روایی بین ۰/۲۴ تا ۰/۶۱ گزارش گردیده است.

روش اجرا

ابتدا آزمون‌های ماتریس‌های پیشرونده ریون و نظریه ذهن اجرا شد و کلیه دانش آموزانی که در آزمون نظریه ذهن ۳۸ سؤالی نمرات کمتر از متوسط (نمره ۱۹) دریافت کردند، شناسایی شدند بعد از این که از نظر سن تقویمی و هوشبهر و نمرات نظریه ذهن هم‌تا شدند (شایان ذکر است که آزمون هوش توسط محقق قبل از اجرای پیش آزمون به صورت انفرادی اجرا شد)؛ به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرده و تنها در جریان آموزش‌های عادی مدرسه، برای این که مورد توجه قرار گیرند به آن‌ها تصاویری جهت رنگ آمیزی داده شد؛ ولی گروه آزمایش به صورت روزانه به مدت ۱ ماه، ۹ جلسه آموزش دریافت کردند. در هر جلسه ۲۰-۱۵ دقیقه با استفاده از کارت‌های تصویری آموزش دیدند. آموزش شامل موارد زیر بود:

۱. آموزش هیجانات (شادی، غم، خشم و ترس): تصاویر و عکس‌هایی از چهره که حالات هیجانی مختلف (شادی، غم، خشم و ترس) را نشان می‌دادند، بدون نظم و ترتیب مشخصی به آزمودنی ارائه

^۱ . Muris, P

گردید و از وی خواسته شد تا آن‌ها را شناسایی کند. علاوه بر این آزمونگر بر روی میز خود مکان‌هایی را از قبل آماده کرده بود که هر مکان برای حالت هیجانی مشخصی بود. بعد از ارائه تصویر یا عکس به کودک از وی درخواست شد که هر تصویر یا عکس را در مکان مخصوص به خود بگذارد. در صورت رخ دادن اشتباه بلافاصله پاسخ صحیح ارائه گردید و بازخورد به کودک داده شد.

۲. آموزش هیجانات موقعیتی با استفاده از تصاویر: یک مجموعه از تصاویر کارتونی که انواع موقعیت‌های هیجانی مختلف را نشان می‌دادند، به کودک ارائه شد. در ابتدا تصویر به کودک نشان داده شد و اتفاقی که در تصویر افتاده، برای وی شرح داده شد. سپس در مورد هیجان شخصیت داستان پرسیده شد. بعد از آن کودک باید به سوالی با مضمون چرا شخصیت داستان این احساس را داشت، پاسخ می‌داد. در صورت رخ دادن اشتباه در هر سوالی، بلافاصله پسخوراند توسط آموزشگر ارائه می‌گردید.

۳. آموزش میل: یک مجموعه از تصاویر کارتونی، به کودک ارائه شد. در اینجا برای هر داستان دو تصویر وجود داشت. ابتدا هر دو تصویر به کودک نشان داده شده و اتفاقی که در آن‌ها افتاده، برای وی شرح داده شد. سپس در مورد خواسته و میل شخصیت داستان پرسیده شد. در همین حال با اشاره به تصویر، به وی کمک می‌شد تا پاسخ صحیح را ارائه کند. بعد از آن، کودک باید به سوالی در مورد هیجان شخصیت داستان پاسخ گوید. به وی سرنخ‌هایی (شخصیت داستان خوشحال یا ناراحت است) جهت ارائه پاسخ صحیح داده می‌شد. در صورت رخ دادن اشتباه در هر سوال، بلافاصله پسخوراند توسط آموزشگر ارائه می‌گردید.

۴. آموزش باور (میل برآورده شده و باور درست)، (میل برآورده نشده و باور درست)، (میل برآورده شده و باور غلط)، (میل برآورده نشده و باور غلط): یک مجموعه از تصاویر کارتونی، به کودک ارائه گردید. برای هر داستان دو تصویر وجود داشت. ابتدا هر دو تصویر به کودک نشان داده می‌شد و اتفاقی که در آن‌ها افتاده، برای وی شرح داده می‌شد. سپس در مورد باور شخصیت داستان پرسیده می‌شد. در همین حال با اشاره به تصویر، به وی کمک می‌شد تا پاسخ صحیح را ارائه کند. بعد از آن، کودک باید به سوالی در مورد هیجان شخصیت داستان پاسخ می‌داد. به وی سرنخ‌هایی (شخصیت داستان خوشحال یا ناراحت است) جهت ارائه پاسخ صحیح داده می‌شد. بعد از آن کودک باید به سوالی در مورد اینکه چرا شخصیت داستان این احساس را خواهد داشت، پاسخ می‌داد. در صورت رخ دادن اشتباه در هر سوال، بلافاصله پسخوراند توسط آموزشگر ارائه می‌گردید. پس از اتمام جلسات آموزشی، آزمون نظریه ذهن پس از دو هفته پیگیری برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

روش آماری

با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری تحلیل کوواریانس، اطلاعات بدست آمده از موقعیت‌های پیش آزمون و پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار حاصل شده از ۳۰ آزمودنی مورد مطالعه به شرح زیر است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سطوح نظریه ذهن آزمودنی‌ها در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

موقعیت	سطوح نظریه ذهن	آزمایش		کنترل	
		SD	M	SD	M
پیش آزمون	سطح اول	۲/۱۵	۱۰/۲۷	۲/۲۹	۹/۶۰
	سطح دوم	۱/۱۲	۳/۴۰	۱/۱۰	۳/۷۳
	سطح سوم	۰/۵۱۶	۰/۴۷	۰/۵۰۷	۰/۴۰
پس آزمون	سطح اول	۲/۵۴	۱۶/۷	۲/۳۲	۱۰/۴۷
	سطح دوم	۱/۳۰	۰/۷	۱/۱۲	۳/۸۷
	سطح سوم	۰/۵۰۷	۱/۴۰	۰/۵۰۷	۰/۴۰

همان‌طوری که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، میزان میانگین هر یک از سطوح نظریه ذهن آزمودنی‌های گروه آزمایش در قبل از آموزش به ترتیب ۱۰/۲۷، ۳/۴۰ و ۰/۴۷ بوده است و این میزان پس از جلسات آموزشی و در پس آزمون به ۱۶/۷، ۰/۷ و ۱/۴۰ افزایش یافته است. اما در میزان میانگین گروه کنترل در پس آزمون افزایش چندانی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲: مقایسه میانگین بازشناسی عواطف و هیجانات (سطح اول نظریه ذهن) گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	آماره f	مقدار احتمال
پیش آزمون	۱۱۳/۷۲	۱	۱۱۳/۷۲	۵۸/۰۴	<۰/۰۰۱
گروه	۱۸۲/۷۹	۱	۱۸۲/۷۹	۹۳/۲۷	<۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول (۲) نمایان است، پیش آزمون اثر معناداری بر بازشناسی عواطف و وانمود (سطح اول نظریه ذهن) در پس آزمون داشته است ($p < 0/001$). پس از کنترل آماری اثر پیش آزمون، متغیر مستقل (یا گروه) اثر معناداری بر بازشناسی عواطف و وانمود (سطح اول نظریه ذهن) در پس آزمون داشته است ($p < 0/001$). بنابراین می توان بیان کرد که آموزش نظریه ذهن، توانایی بازشناسی عواطف و وانمود (سطح اول نظریه ذهن) دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر را افزایش می دهد.

جدول ۳. مقایسه میانگین درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	آماره f	مقدار احتمال
پیش آزمون	۳/۱۷	۱	۳/۱۷	۲/۲۲	۰/۱۴۸
گروه	۷۶/۶۱	۱	۷۶/۶۱	۵۳/۶۴	< ۰/۰۰۱

داده های موجود در جدول (۳) نشان می دهد که پیش آزمون اثر معناداری بر درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) در پس آزمون نداشته است ($p = 0/148$). پس از کنترل آماری اثر پیش آزمون، متغیر مستقل (یا گروه) اثر معناداری بر درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) در پس آزمون داشته است ($p < 0/001$). بنابراین می توان گفت که آموزش نظریه ذهن توانایی درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر را افزایش می دهد.

جدول ۴. مقایسه میانگین درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	آماره f	مقدار احتمال
پیش آزمون	۱/۰۶	۱	۱/۰۶	۴/۷۰	۰/۰۳۹
گروه	۷/۰۹	۱	۷/۰۹	۳۱/۲۲	< ۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول (۴) نمایان است، پیش آزمون اثر معناداری بر درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) در پس آزمون داشته است ($p = 0/039$). پس از کنترل آماری اثر پیش آزمون، متغیر مستقل (یا گروه) اثر معناداری بر درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) در پس آزمون داشته است ($p < 0/001$).

بنابراین می‌توان گفت که آموزش نظریه ذهن، توانایی درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر را افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش پاسخگویی به این پرسش بود که، آیا آموزش نظریه ذهن، باعث ارتقاء سطوح نظریه ذهن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر می‌شود؟ برای پاسخگویی به این پرسش باید بگوییم که آموزش نظریه ذهن، توانایی بازشناسی عواطف و وانمود (سطح اول نظریه ذهن)، درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) و درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر را افزایش می‌دهد.

این نتایج با نتایج پژوهش ادیب، عبدالله‌زاده رافی و پورمحمد رضا تجربی (۱۳۸۹) و فینگ و همکاران (۲۰۰۸) همسوست. ادیب سرشکی، عبدالله‌زاده رافی و پورمحمد رضا تجربی (۱۳۸۹) ۶۰ دانش‌آموز دختر و پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر که از شهر ری بودند، را آموزش دادند. نهایتاً دریافتند که پس از مداخله ۳/۳۱ نمره به میانگین نمرات توانایی بازشناسی عواطف و وانمود (سطح اول نظریه ذهن)، ۱/۲۸ نمره به میانگین نمرات درک باور غلط اولیه (سطح دوم نظریه ذهن) و ۰/۳۰ نمره به میانگین نمرات درک باور غلط ثانویه (سطح سوم نظریه ذهن) گروه آزمایش افزوده شده است. آن‌ها آموزش نظریه ذهن را بر هر سه سطح نظریه ذهن مؤثر یافتند.

فینگ و همکاران (۲۰۰۸) به یک دختر ۱۱ ساله مبتلا به اتیسم، نظریه ذهن را آموزش دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که آزمودنی در سطح اول نظریه ذهن ۲۲/۷٪، در سطح دوم ۴۶/۶٪ و در سطح سوم نظریه ذهن ۱۰۰٪ افزایش نمره داشت.

نتایج بدست آمده از پژوهش‌های گذشته (ادیب سرشکی و همکاران، ۱۳۸۹، عبدالله‌زاده رافی ۱۳۸۹) پیشنهاد می‌کنند که رسش به تنهایی برای تحول نظریه ذهن کفایت نمی‌کند، بلکه تجربه می‌تواند بر تحول نظریه ذهن مؤثر واقع شود. در پژوهش‌های گذشته نیز نشان داده شده است که گفتگوهای والدین با کودکان در مورد حالات ذهنی، با تحول نظریه ذهن کودک (درک باور غلط اولیه) رابطه مثبت دارد (لبونتی^۱ و همکاران، ۲۰۰۸)؛ علاوه بر آن رابطه نظریه ذهن با سبک تربیتی والدین (پیرس^۲ و موسس^۳،

^۱. Labounty, J

^۲. Pears, K

^۳. Moses, L, J

(۲۰۰۳)، با تعداد همشیران (مک آلیستر^۱ و پترسون، ۲۰۰۷؛) مشخص شده است (عبداله زاده رافی، ۱۳۸۹). این پژوهش‌ها بیان می‌دارند که تجربه برای تحول نظریه ذهن لازم است. زیرا تجربه، فرصت‌های بیشتری برای یادگیری درباره تفکر سایر افراد برخوردار بوده و اصولاً ارتباطات و یادگیری اجتماعی می‌تواند منشاء مهمی برای رشد درک کودکان از ذهن باشد (براون^۲، دونلن^۳ - مک کال^۴ و دان^۴، ۱۹۹۶).

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کودکان کم توان ذهنی دارای نقص در مهارت‌های نظریه ذهن (بازشناسی عواطف و وانمود، درک باور غلط اولیه و درک باور غلط ثانویه یا درک شوخی) هستند، لذا ضروری به نظر می‌رسد که والدین کودکان کم توان ذهنی و یا کلیه مربیان مدارس استثنایی که با این کودکان سروکار دارند، با فراهم ساختن محیط غنی و ارائه آموزش‌های لازم جهت پرورش استعداد های ذهنی و شناختی این کودکان تا حد امکان بتوانند از شدت آسیب‌های وارد بر کارکرد نظریه ذهن در مبتلایان بکاهند و فرصتی را برای آن‌ها فراهم کنند تا مهارت‌های مربوط به نظریه ذهن این دانش آموزان افزایش یابد.

این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری در کنار پاسخگویی به برخی از سؤالات موجود در زمینه موضوع تحقیق، دارای محدودیت‌هایی نیز بود، از جمله: نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم و بهره‌گیری در مورد سایر گروه‌های استثنایی مانند کودکان با اختلالات بینایی، شنوایی، اتیسم، اختلالات حرکتی و ... را ندارد. دیگر محدودیت این پژوهش محدوده سنی (۱۲-۸ سال) آزمودنی‌هاست و یافته‌های آن قابل تعمیم به دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر در سنین دیگر نیست.

پیشنهاد می‌شود این تحقیق روی سایر گروه‌های استثنایی انجام شود و در صورتی که نتایج یکسانی به دست آید، از نتایج آن استفاده بیشتری به عمل آید و در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش‌های حاضر، خانواده‌ها و کارشناسان آموزشی در جریان این نتایج قرار بگیرند.

^۱. McAlister, A

^۲. Brown, J

^۳. Donelan-McCal, N I

^۴. Dunn, J

منابع

- ادیب سرشکی، نرگس؛ پورمحمد رضا تجریشی، معصومه؛ عبدالله زاده رافی، مهدی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش نظریه ذهن بر بهبود رفتار انطباقی دانش آموزان کم توان ذهنی. طرح پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- امین یزدی، امیر (۱۳۸۳). شناخت اجتماعی: تحولات استدلال نظریه ذهن در کودکان. مطالعات تربیتی و روان شناسی. سال ۵، ۴۳-۶۶.
- ایروانی، محمود؛ باقریان، فاطمه (۱۳۸۳). شناخت اجتماعی (روان شناسی اجتماعی). تهران: انتشارات ساوالان.
- عبدالله زاده رافی، مهدی (۱۳۸۸). رابطه نظریه ذهن با عوامل فردی و خانوادگی در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۸ تا ۱۴ سال. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- قمرانی، امیر؛ البرزی، شهلا (۱۳۸۴). بررسی تحولی نظریه ذهن در دانش آموزان عقب مانده ذهنی خفیف و عادی ۷ تا ۹ سال. مطالعات روان شناختی. شماره ۴-۵، ۳۰-۷.
- قمرانی، امیر؛ البرزی، شهلا؛ خیر، محمد (۱۳۸۵). بررسی روایی و اعتبار آزمون نظریه ذهن در گروهی از دانش آموزان عقب مانده ذهنی و عادی شهر شیراز. مجله روان شناسی، سال ۱۰، شماره ۲، ۱۹۹-۱۸۱.
- نسائیان، عباس (۱۳۸۸). تأثیر آموزش باور کاذب بر اکتساب نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی ۸ تا ۱۱ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۶). اندازه گیری هوش کودک (آزمون‌های روان سنجی شماره ۲: آزمون ماتریس‌های پیشرونده ریون، ۱۹۳۸). تهران: نشر روان سنجی.
- مشهدی، علی (۱۳۸۲). نظریه ذهن: رویکردی جدید به روان شناسی تحولی. تازه‌های علوم شناختی. سال ۵، شماره ۳، ۷۰-۸۳.
- معمودی شارک، فرزانه؛ افروز، غلامعلی (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبک‌های اسنادی و سلامت روان در دانش آموزان تیزهوش و عادی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۲، ۱۸۱-۱۷۳.
- Baron-Cohen, S., Hadwin, J., Hill, k., & Howlin, P. (1997). Does teaching theory of mind have an effect on the ability to develop conversation in children with autism? *Journal of autism and developmental disorders*, 27, 519-537.

- Bodden, M.E., Dodel, R., Kalble, E. (2010). Theory of mind in parkinsons disease and related basal gonglia disorders : a systematic review. *movement disorder*, 25, 1, 13-27.
- Brown, J.R., Donelan-McCall, N., Dunn, J. (1996) Why talk about mental states? The significance of children's conversations with friends, siblings, and mothers. *Child Development*, 67, 3, 836-849.
- Brune, M. (2006). Theory of mind and social competence in schizophrenia. *Clinical neuropsychiatry*, 2, 132-138.
- Cebula, K. R. & Wishart, J. G. (2008). Social Cognition in Children with Down syndrome. In M.G. Laraine (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (Volume 35 ed., pp. 43-86). Academic Press.
- Charman, T., & Campbell, A. (2002). Theory of mind and social competence in individuals with a mental handicap. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14, 263-276.
- Dahlgren, S., Dahlgren Sandberg, A., Larsson, M. (2010). Theory of mind in children with sever speach and physical impairments. *Research in developmental disabilities*, 31, 617-624.
- Doherty, M. (2009). *Theory of Mind: How Children Understand Others' Thoughts and Feelings*. Hove and New York, Psychology Press.
- Feng, H., Yulo, y., Tsai, Sh., & Cartledge, G. (2008). The effects of theory of mind and social skill taining on the social competence of sixth – grade student with autism. *Journal of positive behavior interventions*, 10(4), 228-242.
- Fernyhough, C. (2008). Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental review*, 28, 225-262.
- Flavell, J.H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual review of psychology*, 50, 21-45.
- Flavell, J.H., Miller, P.H., & Miller, S.A. (1993). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Golan, o., Baron-Cohen, S. (2006). Syatemizing empathy : teaching adults with asperger syndrome or high functioning autism or recognize complex emotions using interactive multimedia. *Development and psychopathology*, 18, 591-617.
- Grady, C.L., Keightley, M.L. (2002). Studies if altered of social neuroimaging . *candian journal of psychiatry*, 47(4), 327-355.
- Hadwin, J., Baron cohen, s ., Howlin, p ., & Hill, k. (1996). can we teach children with autism to understand emotions, belief, or pretence? *development and psychopathology*, 8(2), 345-365.
- Harris, M.J., Best, S.C., Moffat, J.V., Spencer, D.M., Philip, C.M.R., Power, J.M., Johnstone, C.E. (2008). Autistic traits and cognitive performance in young people with mild intellectual impairment. *journal autism developmental disorder*, 38, 1241-1249.
- Jenkins, J. M., & Astington, J. W. (2000). Theory of mind and social -behavior: Causal models tested in a longitudinal study. *Merrill - Palmer Quarterly*, 46, 203 – 220 .
- Kloo, D ., Perner, J. (2008). Training theory of mind and executive control: A tool for improving school achievement ? *journal compilation, international mind , brain and education*, 2(3), 122-127.
- Peterson, C.C. (2004). Theory of mind development in oral deaf children with cochlear implants or conventional hearing aids. *journal of child psychology and psyciatry*, 45, 1096-1106.

- Sandqvist, A., & Ronnberg, J. (2010). Advanced theory of mind in children using augmentative and alternative communication. *Communication disorders quarterly*, 31, 2, 86-97.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. Springer Verlag.
- Taylor, L.J., & Kinderman, P. (2002). An analogue study of attribution complexity theory of mind deficits and paranoia. *British journal of psychology*, 93, 137-140.
- Thirion-Marissiaux, A., & Nader-Grosbois, N. (2008). Theory of mind 'beliefs', developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 547-566.
- Wellman, H.M. (1990). *The child's theory of mind*. Cambridge, MA: MIT press.



غفاری، ابوالفضل؛ ارفع بلوچی، فاطمه (۱۳۹۰). رابطه انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۳۶-۱۲۱.

رابطه انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد

ابوالفضل غفاری^۱، فاطمه ارفع بلوچی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۲۷

چکیده

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است که با هدف بررسی رابطه انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد صورت گرفته است. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی و سهمیه‌ای، نمونه‌ای به حجم ۳۰۸ نفر از دانشجویان تحصیلات تکمیلی از تمامی دانشکده‌های دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های انگیزش پیشرفت هرمنس، خودپنداره بک و استیر، و مقیاس اضطراب امتحان ابوالقاسمی و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی - فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی، رگرسیون چندگانه - و آمار استنباطی - تحلیل واریانس چند متغیری - تحلیل شدند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ترکیب متغیرهای انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی می‌تواند به خوبی اضطراب امتحان را پیش‌بینی کنند. همچنین نتایج حاصل از اجرای تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که بین دو گروه از دانشجویان دختر و پسر تفاوت آماری معنی‌داری در خودپنداره تحصیلی، انگیزش پیشرفت و اضطراب امتحان وجود ندارد. با توجه به یافته‌های پژوهشی توجه به باورها و ادراکات افراد در مورد خود و توانمندی‌هایشان، و همچنین توجه به متغیرهای انگیزشی اثرگذار بر عملکرد افراد در تمامی موقعیت‌های آموزشی حائز اهمیت و توجه فراوان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی، اضطراب امتحان، تحصیلات تکمیلی

^۱. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد ghaffari@um.ac.ir

^۲. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

انگیزش و هیجان از جمله سازه‌های مهم در تمامی عرصه‌های زندگی هستند که تا اندازه زیادی مستقیماً ریشه در شخصیت دارند و تا حدودی نیز متأثر از محیط می‌باشند. چنانچه انگیزش و هیجانات جنبه منفی و مخرب داشته باشند، آسیب روان‌شناختی و افکار و پیامدهای نامطلوبی به همراه خواهند داشت و بر عملکرد افراد اثری سوء می‌گذارند. از جمله موقعیت‌هایی که منجر به بروز هیجانات منفی می‌شود، موقعیت امتحان می‌باشد. هنگامی که عملکرد ما مورد ارزیابی قرار می‌گیرد احتمال بروز واکنش هیجانی از جانب ما وجود دارد. در هر مرحله از ارزیابی اگر احساس کنیم که آمادگی لازم را نداریم، یا شک در توانایی خود داشته باشیم و یا حتی تصور کنیم که نمی‌توانیم بهترین عملکرد را ارائه دهیم در آن زمان احساس ناراحتی، فشار عصبی و یا افسردگی خواهیم کرد و برعکس اطمینان به آمادگی و یا توانایی عملکرد خوب، همراه با هیجانات مثبتی چون اعتماد به نفس، غرور و انبساط خاطر است (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷).

از جمله هیجانات منفی که نقش اصلی در زندگی هر کسی بازی می‌کند، اضطراب^۱ می‌باشد. یکی از انواع اضطراب‌ها، اضطراب امتحان^۲ یا ادراک هر ارزشیابی تحصیلی است که یکی از مهم‌ترین جنبه‌های انگیزش منفی می‌باشد و اثرات نامطلوبی بر عملکرد کلاسی دانش آموزان دارد. دوسک^۳ اضطراب امتحان را به عنوان احساس نامطلوب یا حالت هیجانی می‌داند که افراد در آزمون‌های رسمی یا سایر موقعیت‌های ارزشیابی تجربه می‌کنند (هیل و ویگفیلد^۴، ۱۹۸۴؛ رضا زاده و توکلی، ۲۰۰۹). با وجود اینکه تفکر درباره منشاء و معنی اضطراب طی سده‌های پیاپی مورد توجه الهیون و فلاسفه بوده است، اغلب گفته می‌شود که فروید^۵ نخستین بررسی روان‌شناختی اضطراب را انجام داده است. از نظر فروید اضطراب دارای سه بخش خصلت نامطبوع ویژه، پدیده تخلیه یا بیرون ریز، و ادراکی از این دو حالت می‌باشد. دو نوع اضطراب حالت^۶ و صفت^۷ شناسایی شده است. اضطراب حالت به احساس بیم و تشدید فعالیت سیستم عصبی خود مختار گفته می‌شود که در اوقات گوناگون از نظر شدت تفاوت داشته و در نوسان است اما اضطراب صفت به تفاوت‌های فردی افراد در مستعد بودن برای اضطراب گفته می‌شود. افراد نسبت به موقعیت‌های تهدید آور سطوح متفاوتی از اضطراب را نشان می‌دهند. شخصی که دارای اضطراب صفت بالایی است

^۱. anxiety

^۲. test anxiety

^۳. Dusek

^۴. Hill & Wigfield

^۵. Freud

^۶. state anxiety

^۷. trait anxiety

در بیشتر موقعیت‌ها در حد بالایی مضطرب می‌شود و شخصی که دارای اضطراب صفت پایینی است، حتی در شرایطی که نسبتاً تهدید آور است، فقط اندکی اضطراب نشان می‌دهد (بال، ۱۳۷۳).

در حوزه آسیب شناسی اضطراب امتحان عوامل بسیار زیادی چون عدم آمادگی کافی، تجربیات منفی قبلی، افکار منفی و عوامل خانوادگی، آموزشگاهی، شخصیتی به چشم می‌خورند (جمعه پور، ۱۳۸۷). هیل و ویگفیلد (۱۹۸۴)، بر این باورند که اضطراب امتحانی برخی از دانش آموزان در طی سال‌های دوران ابتدایی و پیش دبستانی یعنی زمانی که والدین تقاضاهای غیر واقع‌بینانه یا انتظارات سطح بالایی برای عملکرد کودکان در نظر می‌گیرند، به وجود می‌آید. بر این اساس برخورد منفی والدین با شکست کودکان که مغایر با انتظاراتشان است، باعث می‌شود که کودکان همواره از موقعیت‌های ارزشیابی به خاطر ترس از عکس‌العمل نامناسب والدینشان در مقابل عملکردشان، مضطرب شوند (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷). در بین زمینه‌های شخصیتی مستعد کننده اضطراب امتحان نیز ویژگی‌هایی چون عزت نفس^۱ پایین، منبع کنترل درونی^۲ و تیپ شخصیتی A^۳ نیز به چشم می‌خورد. سنخ شخصیتی A مشخصه افرادی است که پرخاشگر، اهل رقابت، واجد احساسات خصمانه، تحت احساس فشار زمان و در تلاش مداوم برای کسب موفقیت هستند (جمعه پور، ۱۳۸۷).

انگیزش پیشرفت^۴ و خودپنداره تحصیلی^۵ نیز از دیگر ویژگی‌های شخصیتی اثرگذار بر اضطراب امتحان می‌باشند. خودپنداره یکی از مفاهیم اساسی در روان‌شناسی است. بر اساس نظریه خودپنداره که از جمله نظریات مرتبط با خود ارزشیابی است، خودپنداره شبکه‌ای از عقاید و باورهای مثبت و منفی در مورد خود، پذیرش یا رد خود می‌باشد. در پژوهش‌های مختلفی که پیرامون خودپنداره انجام گرفته است، این مفهوم را با اصطلاحات متفاوتی تعریف کرده‌اند و برخی نیز آن را مترادف با عزت نفس و خودتنظیمی دانسته‌اند (احمد و برواینسما^۶، ۲۰۰۶). خودپنداره تحصیلی نیز فرایند شکل‌گیری ارزشیابی از خودپنداره متأثر از تجارب آموزشی دانش آموزان و تفسیر محیط آموزشی می‌باشد (جی^۷ و همکاران، ۲۰۱۰) و بیانگر دانش و ادراکات فردی درباره نقاط قوت و ضعف خودمان در یک حوزه تحصیلی معین و عقاید فردی درباره توانایی‌هایمان در انجام موفقیت آمیز تکالیف تحصیلی در سطوح طراحی شده است و یکی از بهترین پیش‌بینی کننده‌ها و میانجی‌ها برای متغیرهای انگیزشی اثر بخش و غیر اثر بخش (اضطراب) و از

^۱. self-esteem

^۲. internal locus of control

^۳. type a personality

^۴. achievement motivation

^۵. academic self-concept

^۶. Ahmed & Bruinsma

^۷. Guay

جمله عوامل بسیار مهم و اثر گذار در فرایند یادگیری می‌باشد (اکرم رانا و ضفر اقبال^۱، ۲۰۰۵). خودپنداره تحصیلی به شدت بر اطلاعات اجتماعی نسبی متکی است و انعکاسی از ارزیابی‌های سایرین می‌باشد و ماهیتی هنجاری دارد. به عبارتی خودپنداره تحصیلی هر فرد در نتیجه قیاس خود با سایرین حاصل می‌شود (فرلا^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

افرادی که در انجام کارها، خود را اثربخش‌تر، مطمئن‌تر و توانمندتر می‌دانند در مقایسه با سایرین از خودپنداره تحصیلی بالایی برخوردار خواهند بود و بالطبع چنین خودپنداره‌ای منجر به رشد و پیشرفت تحصیلی آتی فرد و عدم بروز هیجانات منفی در وی می‌شود. بر این اساس افرادی که در آغاز تحصیل تفکر و برداشت مثبتی از خود و توانمندی‌های خود دارند، چنین تفکر مثبتی منجر به پیشرفت تحصیلی آن‌ها می‌شود. همچنین پیشرفت تحصیلی، آنان بازخورد مثبتی به خودپنداره و صحت برداشت‌شان از خود و توانمندی‌هایشان می‌بخشد (مارش^۳، ۲۰۰۲؛ اکرم رانا و ضفر اقبال، ۲۰۰۵). یافته‌های پژوهش بوناسی و ریو^۴ حاکی از آن می‌باشد که دانش آموزان ادراک از امتحان، از خود و توانایی‌هایشان و ادراکشان از موقعیت و مکان امتحان را به عنوان منابع اصلی اضطرابشان معرفی می‌کنند. در میان این عوامل سه‌گانه معرفی شده از سوی دانش آموزان، ادراک دانش آموزان از خودشان (خودپنداره) به وضوح با سطح اضطراب امتحانی که دانش آموزان تجربه می‌کنند، مرتبط است (۲۰۱۰). در پژوهشی که به بررسی رابطه اضطراب امتحان، خودپنداره تحصیلی و شایستگی تحصیلی پرداخته شد، یافته‌ها حاکی از آن می‌باشد که اضطراب امتحان نتیجه خودپنداره منفی و درک پایین دانشجویان از شایستگی تحصیلی‌شان است. بر این اساس اضطراب امتحان بالا، اثر منفی بر ادراک دانش آموزان از توانایی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی‌شان دارد و همچنین دانش آموزان با خودپنداره تحصیلی پایین، خودشان را به عنوان افرادی با صلاحیت‌ها و قابلیت‌های پایین درک می‌کنند که چنین برداشت منفی از توانمندی‌ها منجر به بروز هیجانات منفی از جمله اضطراب امتحان در موقعیت‌های آموزشی می‌شود (جینگ^۵، ۲۰۰۷). بر این اساس خودپنداره تحصیلی مثبت در افراد با ایجاد افکار مثبت در آن‌ها باعث ظهور هیجانات مثبت و دوری از هیجاناتی منفی چون اضطراب می‌شود. گتز و همکاران^۶ (۲۰۱۰) در جریان پژوهشی دریافتند که هیجانات مثبتی چون لذت، افتخار و سربلندی روابط مثبتی با خودپنداره و هیجانات منفی چون اضطراب و عصبانیت رابطه منفی

^۱. Akram Rana & Zafar Iqbal

^۲. Ferla

^۳. Marsh

^۴. Bonacio & Reeve

^۵. Jing

^۶. Goetz

با خودپنداره تحصیلی نشان می‌دهند.

از سوی دیگر، این مسأله که پیشرفت تحصیلی به طور وسیعی با هوش کلی مرتبط بوده است و حدود ۲۵ درصد از تغییرات پیشرفت کلاسی از طریق هوش قابل پیش بینی است پذیرفته شده می‌باشد اما به سایر مفاهیم چون انگیزش^۱ و ارزش بالای آن در زمینه‌های آموزشی که در کنار هوش نقش مهمی در تبیین پیشرفت تحصیلی دارد، توجه چندانی نشده است (استین مای و اسپیناس^۲، ۲۰۰۹). انگیزش عامل شناختی اثرگذار بر عملکرد و رفتارهای فردی می‌باشد که به طور به خصوصی بر نوع فعالیت‌هایی که افراد انتخاب می‌کنند و سطح درگیری‌شان در فعالیت، میزان پافشاری در انجام آن‌ها و نتیجه اعمال اثر می‌گذارد (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۰۲؛ پاسکوا^۳، ۲۰۰۷). به لحاظ پرورشی، انگیزش، هم هدف و هم وسیله است. در انگیزش به عنوان هدف از دانش آموزان انتظار می‌رود که نسبت به موضوعات مختلف علمی و اجتماعی علاقه کسب کنند و به عبارتی دارای انگیزه باشند. بنابراین تمام برنامه‌های درسی که برای آن‌ها فعالیت‌های مربوط به جنبه‌های عاطفی در نظر گرفته شده است دارای هدف‌های انگیزشی هستند. انگیزش به عنوان وسیله به صورت آمادگی روانی یک پیش‌نیاز یادگیری محسوب می‌شود و تأثیر آن بر یادگیری کاملاً آشکار است. اگر دانش آموزان نسبت به درس بی‌علاقه باشند و از انگیزش سطح پایینی برخوردار باشند تکالیف خود را با جدیت انجام نخواهند داد و در نتیجه پیشرفت زیادی نصیب شان نخواهد شد. اما چنانچه دانش آموزان از انگیزش بالایی برخوردار باشند، هم تکالیف درسی خود را با جدیت انجام خواهند داد و هم به دنبال کسب اطلاعات بیشتری در زمینه مطلب درسی خواهند رفت و پیشرفت زیادی نصیب آن‌ها خواهد شد. رویکردهای انگیزشی مختلفی در مورد انگیزش وجود دارد که در این میان رویکرد شناختی^۴ اندیشه‌های فرد را سرچشمه انگیزش فرد می‌داند. بر اساس این رویکرد، رفتارها توسط هدف‌ها، انتظارات و نسبت دادن‌های فرد و هر عاملی که منجر به برهم خوردن تعادل حیاتی فرد شود، ایجاد می‌شوند. از جمله نظریه‌های مربوط به انگیزش، نظریه انگیزش پیشرفت یا نیاز به پیشرفت است (رئسی، ۱۳۸۰؛ سیف، ۱۳۸۶).

پیشرفت یک رفتار مبتنی بر وظیفه است که اجازه می‌دهد عملکرد فرد طبق ملاک‌های وضع شده درونی یا بیرونی مورد ارزیابی قرار گیرد، که در برگیرنده قیاس فرد با دیگران است، یا به نحو دیگری در برگیرنده نوعی ملاک‌های عالی است (بناب، ۱۳۸۴). انگیزش پیشرفت به عنوان یک زمینه نسبتاً ثابت در

^۱ . motivation

^۲ . Steinmay & Spinath

^۳ . Paskova

^۴ . cognitive approach

افراد، از جمله مهم‌ترین انگیزه‌ها یا نیازهای اکتسابی هر فرد می‌باشد که برای نخستین بار توسط موری^۱ در سال‌های ۱۹۳۰ مطرح شد (بیابانگرد، ۱۳۸۴) وی نیاز و میل به پیشرفت را به عنوان یکی از نیازهای اساسی و از ویژگی‌های سازگار شخصیت انسان می‌داند. مک کلند^۲ و همکاران نیز نیاز و انگیزش پیشرفت را نتیجه تعارض هیجانی بین امید به موفقیت و میل به دوری و گریز از شکست می‌دانند و اینکه امید به موفقیت از سویی به هیجانات و عقاید مثبت پیرامون موفقیت وابسته است و از سوی دیگر ترس از شکست به هیجانات منفی و اینکه موقعیت پیشرفت دور از دسترس و خارج از توان او می‌باشد، مرتبط است (استین مای و اسپیناس، ۲۰۰۹).

بر این اساس انگیزش پیشرفت، میل یا اشتیاق فرد برای کسب موفقیت در موقعیت‌هایی است که موفقیت در آن‌ها به کوشش و توانایی فرد وابسته است. افراد دارای سطح انگیزش پیشرفت بالا برای حل مشکلات و رسیدن به موفقیت بسیار کوشا هستند. این افراد حتی پس از آنکه شکست می‌خورند دست از تلاش بر نمی‌دارند و تا رسیدن به موفقیت به کوشش ادامه می‌دهند (سیف، ۱۳۸۶). انگیزش پیشرفت به عنوان عامل مهمی در پیشرفت تحصیلی شناخته شده است که شواهد بسیاری پیرامون اثر گذاری آن بر عملکرد کلاسی وجود دارد (بیابانگرد، ۱۳۸۴؛ هیل و ویگفیلد، ۱۹۸۴؛ زیتناکوا^۳، ۲۰۰۷).

یافته‌های پژوهشی پک ران^۴ و همکاران (۲۰۱۱) حاکی از آن است که انگیزش پیشرفت با یادگیری و پیشرفت تحصیلی و بروز افکار و هیجانات منفی چون استرس، اضطراب که منجر به افت عملکرد می‌شود، رابطه دارد که بر این اساس افرادی که از انگیزش و میل به پیشرفت بالایی برخوردارند، در تمامی حوزه‌ها و به خصوص در زمینه تحصیل، پشتکار و تلاش بالایی خواهند داشت و در مواجهه با مسائل پیش‌بینی نشده به جای اینکه تحت تأثیر هیجانات و افکار منفی قرار گیرند، راهکارهایی هرچه بهتر را به کار می‌بندند. همچنین اختلافات جنسیتی در سبک‌های اسنادی که افراد برای رفتارهایشان به کار می‌برند وجود دارد؛ که منجر به بروز هیجانات منفی از جمله اضطراب در عرصه‌های آموزشی می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهشی زنان بیشتر سبک‌های اسناد بدبینانه و مردان سبک‌های اسناد خوش‌بینانه‌ای را به موفقیت یا شکست‌هایشان نسبت می‌دهند. به عبارتی زنان بیشتر به خاطر شکست، خودشان را سرزنش می‌کنند و مردان دیگران و عوامل بیرونی را مسبب شکست شان می‌دانند و با خودپنداره مثبت با موقعیت‌های شکست برخورد می‌کنند و در نتیجه چنین اسنادی، تصور موقعیت‌های هیجان‌آور و

^۱. Murry

^۲. McClelland

^۳. Zitiakova

^۴. Pekrun

سرنوشت ساز برایشان اضطراب آور نخواهد بود (هنری و کامپبل^۱، ۱۹۹۹).

بنابراین افراد با سبک‌های اسناد درونی موفقیت و اسناد بیرونی شکست همواره از انگیزش پیشرفت بالایی برخوردار می‌باشند و در شرایط و موقعیت‌های جدید از جمله امتحانات سطح اضطراب پایینی را تجربه می‌کنند زیرا شکست در امتحان را به عوامل درونی چون توانایی نسبت نمی‌دهند (استیری^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های انجام شده در مورد رابطه جنسیت و اضطراب امتحان یافته‌های متناقضی را ارائه می‌دهند، از جمله اینکه رضازاده و توکلی (۲۰۰۹)، کاپل^۳ و همکاران (۲۰۰۵)، ماریا و ناوو^۴ (۱۹۹۰)، اکبری و امین یزدی (۱۳۸۸)، کریمی و ون کاتسن^۵ (۲۰۰۹) و برونسما^۶ (۲۰۰۴) دریافتند که دختران در مقایسه با پسران به طور معنادارتری اضطراب امتحان بالاتری را تجربه می‌کنند؛ اما شعیری و همکاران (۱۳۸۳) در بررسی رابطه اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی با توجه به جنسیت و رشته تحصیلی، اختلافات جنسیتی پیرامون اضطراب امتحان مشاهده نکردند. در رابطه با اختلافات جنسیتی پیرامون انگیزش پیشرفت یافته‌ها حاکی از آن است که دختران در تمام پایه‌های تحصیلی انگیزه پیشرفت بیشتری نسبت به پسران دارند (هومن، ۱۳۷۹) و علاقمندی شان در حوزه‌های مختلفی می‌باشد و اینکه پسران در ریاضیات، علوم و دختران در شعر و ادبیات خود را توانمندتر و علاقمند می‌بینند (می‌سی^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

در رابطه با نمره کلی خودپنداره نیز، نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که پسران در مقایسه با دختران از خودپنداره بالاتری برخوردار می‌باشند (مارش، ۱۹۸۹؛ ناجی و همکاران، ۲۰۱۰) و اختلافات اساسی در باورهای مبتنی بر شایستگی - که پیش‌بینی قوی برای عملکرد می‌باشند - دارند که بیانگر تفاوت در ابعاد گوناگون خودپنداره می‌باشد از جمله اینکه دختران پیرامون شایستگی شان در ریاضیات همیشه تردید داشته و این مسأله بر عملکردشان همواره تأثیر گذاشته است و در مقابل پسران در مورد توانایی خود در زمینه خواندن شک و تردید دارند که منجر به عملکرد نامطلوبشان در زمینه خواندن می‌شود (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۰۲) اما نتایج پژوهشی اکرم رانا و ضفر اقبال (۲۰۰۵) پیرامون تأثیرات جنسیت و خودپنداره بر پیشرفت تحصیلی حاکی از آن است که دختران به طور متوسط از خودپنداره تحصیلی بالاتری در مقایسه با پسران برخوردار می‌باشند.

^۱. Henry & Campbell

^۲. Stiry

^۳. Chapell

^۴. Maria & Nuovo

^۵. Karimi & Venkatesan

^۶. Bruinsma

^۷. Mecce

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد رابطه معناداری وجود دارد.
۲. بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه فردوسی مشهد به لحاظ متغیرهای انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن کلیه دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران ۳۰۸ نفر برآورد شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی^۱، ۷۱ نفر از دانشجویان مقطع دکترا و ۲۳۷ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد در دو جنس (دختر ۱۴۰ نفر و پسر ۱۶۸ نفر) از دانشکده‌های دانشگاه فردوسی به نسبت سهم‌شان انتخاب شدند جدول (۱) فراوانی و درصد نمونه را به تفکیک مقطع تحصیلی و جنسیت نشان می‌دهد.

جنسیت	فراوانی	درصد
ارشد		
دختر	۱۰۸	۳۵/۱٪
پسر	۱۲۹	۴۱/۸٪
دکترا		
دختر	۳۲	۱۰/۴٪
پسر	۳۹	۱۲/۷٪
جمع	۳۰۸	۱۰۰

جدول ۱: فراوانی و درصد نمونه پژوهش به تفکیک مقطع تحصیلی و جنسیت

ابزار گردآوری داده‌ها

۱. پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس^۲: این پرسشنامه ۲۹ سؤال چهار گزینه‌ای دارد. بعضی از سؤال‌ها به صورت مثبت و بعضی به صورت منفی ارائه شده‌اند. در سؤال‌های شماره ۱، ۴، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰،

^۱ . comparative stratified sampling

^۲ . Hermans achievement motivation inventory

۲۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹ به الف، ۱ نمره؛ به ب، ۲ نمره؛ به ج، ۳ نمره؛ به دال، ۴ نمره داده می‌شود و در مابقی سؤال‌ها نمره دهی به صورت عکس می‌باشد. دامنه تغییرات نمرات از ۲۹ تا ۱۱۶ می‌باشد. هرمنس برای برآورد روایی آزمون، روش روایی محتوا را به کار گرفت که بنیان آن بر پژوهش‌های پیشین درباره انگیزش پیشرفت بود. او همچنین ضریب همبستگی دو تا از پرسش‌ها را با رفتارهای پیشرفت‌گرا برآورد کرد که نشان‌دهنده روایی بالای آزمون ($r = 0/88$) بود. برای برآورد پایایی نیز دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی پس از گذشت ۳ هفته به کار گرفته شد که پایایی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ به دست آمد (هومن، ۱۳۷۹ به نقل از بیانگر، ۱۳۸۴). پایایی ابزار در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۶۱ برآورد شد و سؤال‌ها نیز از همسانی درونی بالایی برخوردار بودند که بیانگر روایی آزمون می‌باشد.

۲. پرسشنامه خودپنداره بک و استیر^۱: پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای می‌باشد و در هر سؤال آزمودنی خود را با دیگران مقایسه می‌کند و به سؤال مورد نظر پاسخ می‌دهد. در سؤال‌های ۱، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۵ به ترتیب به گزینه‌های الف، ب، ج، دال و ه نمرات ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره داده می‌شود و در سؤال‌های ۲، ۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳ نیز به گزینه الف، نمره ۱؛ به گزینه ب، نمره ۲؛ به گزینه ج، نمره ۳؛ به گزینه دال، نمره ۴ و در نهایت به گزینه ه نمره ۵ داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۵۵ گزارش شده است (دیباچ نیا، ۱۳۸۳ به نقل از هرمزی، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ نیز در پژوهش حاضر نشان داد که پایایی آزمون ۰/۷۲ است. نتایج همبستگی پیرسون سؤال‌های آزمون و نمره کل نیز نشان داد که سؤال‌ها از همسانی درونی بالایی برخوردارند که بیانگر روایی مطلوب آزمون می‌باشد.

۳. مقیاس اضطراب امتحان^۲ ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۷۵): این مقیاس ۲۵ سؤال ۴ گزینه‌ای دارد که گزینه هرگز نمره صفر، گزینه بندرت نمره ۱، گزینه گاهی اوقات نمره ۳ و گزینه اغلب اوقات نمره ۴ دریافت می‌کنند. دامنه نمرات در این آزمون، صفر تا ۷۵ می‌باشد و نمره بالا در این آزمون بیانگر اضطراب امتحان بالا است. ابوالقاسمی و همکاران از طریق بازآزمایی، پایایی مقیاس اضطراب امتحان را برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۸ و ۰/۶۷ مشاهده کردند. همچنین به منظور سنجش روایی TAI، از مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت^۳ استفاده کردند. ضرایب همبستگی نمره‌های کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر در مقیاس عزت نفس با TAI

^۱. Beck & steer Self-concept test

^۲. Test Anxiety Inventory

^۳. Coppersmith Self-Esteem Inventory

به ترتیب $-۰/۵۷$ ، $-۰/۶۸$ ، $-۰/۴۳$ و $p = ۰/۰۰۱$ می‌باشد. پایایی آزمون در اجرای نهایی با استفاده از آلفای کرونباخ، $۰/۹۲$ برآورد شد. ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون نیز در دامنه $۰/۷۲ - ۰/۴۵$ و معنی دار می‌باشد که بیانگر تجانس درونی سؤال‌های آزمون می‌باشد. پس از تهیه پرسشنامه‌های انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان و تعیین حجم نمونه مورد نیاز، با توجه به در نظر گرفتن نسبت دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع ارشد و دکتری، پرسشنامه‌های مربوطه با توجه به سهم هر دانشکده در میان دانشجویان توزیع گردید و داده‌های پژوهش گردآوری شد.

یافته‌ها

در بررسی رابطه بین انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی مشهد ابتدا میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان برآورد شد. نتایج در جدول (۲) مشاهده می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳
انگیزش پیشرفت	۳۰۸	۸۷/۷۲	۶/۷۷	۱		
خودپنداره تحصیلی	۳۰۸	۸۳/۹۹	۸/۴۲	۰/۴۶	۱	
اضطراب امتحان	۳۰۸	۲۳/۶۳	۱۴/۳۲	-۰/۲۷۳	-۰/۲۷۹	۱

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد انگیزش پیشرفت $۸۷/۷۲$ و $۶/۷۷$ ، خودپنداره تحصیلی $۸۳/۹۹$ و $۸/۴۲$ و اضطراب امتحان نیز به ترتیب $۲۳/۶۳$ و $۱۴/۳۲$ است. همبستگی متغیرهای انگیزش پیشرفت ($r_{xy} = -۰/۲۷۳$, $p < ۰/۰۰۱$) و خودپنداره تحصیلی ($r_{xy} = -۰/۲۷۹$, $p < ۰/۰۰۱$)، با اضطراب امتحان منفی، ضعیف و معنی‌دار می‌باشد. همچنین بین متغیرهای انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی نیز رابطه مثبت، متوسط و معنی داری وجود دارد ($r_{xy} = ۰/۴۶$, $p < ۰/۰۰۱$).

بنابراین چون بین متغیرهای پژوهش همبستگی‌های معنی داری وجود دارد قبل از تحلیل‌های پیش‌بینی، مفروضه هم خطی متغیرهای پژوهش بررسی می‌شود. با اجرای تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی

اضطراب امتحان، نتایج نشان داد که شاخص تحمل، رضایت بخش و شاخص تورم واریانس (VIF) کمتر از ۱۰ و قابل قبول است. در جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس رگرسیون نیز نشان می‌دهد که مجموع مجذورهاى رگرسیون و خطا با درجات آزادی ۲ و ۳۰۵ به ترتیب ۶۵۵۰/۰۰۱ و ۵۶۴۷۲/۲۲ می‌باشد. ضریب تعیین (R^2) نیز ۰/۱۰ می‌باشد بدین معنی که ۱۰ درصد تغییرات متغیر ملاک اضطراب امتحان از طریق متغیرهای پیش بین قابل تبیین است. همچنین ترکیب متغیرهای پیش بین انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی می‌تواند پیش‌بین خوبی برای متغیر ملاک اضطراب امتحان باشد ($p < ۰/۰۰۱$), $(F_{(۲, ۳۰۵)} = ۱۷/۶۸)$.

جدول ۳: تحلیل واریانس رگرسیون انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی در پیش‌بینی اضطراب امتحان

منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	متوسط مجذورها	F	معنی داری
رگرسیون	۶۵۵۰/۰۰۱	۲	۳۲۷۵	۱۷/۶۸	* ۰/۰۰۱
خطا	۵۶۴۷۲/۲۲	۳۰۵	۱۸۵/۱۵		
کل	۶۳۰۲۲/۲۲	۳۰۷			

* معنی دار در سطح ۰/۰۰۱

همچنین ضرایب رگرسیون استاندارد شده نشان داد که متغیرهای پیش بین انگیزش پیشرفت ($t = -۲/۹۸, p < ۰/۰۰۱$) و خودپنداره تحصیلی ($t = -۳/۱۵, p < ۰/۰۰۱$)، هر یک به تنهایی در پیش‌بینی اضطراب امتحان سهمیم هستند و می‌توانند به خوبی آن را پیش‌بینی کنند.

به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در هر یک از متغیرهای انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت

متغیرهای پژوهش	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
انگیزش پیشرفت	دختر	۱۴۰	۸۸/۴	۶/۹۲
	پسر	۱۶۸	۸۷/۱۶	۶/۶۱
خودپنداره تحصیلی	دختر	۱۴۰	۸۴	۸/۱۵
	پسر	۱۶۸	۸۳/۹۸	۸/۶۶
اضطراب امتحان	دختر	۱۴۰	۲۴/۳۷	۱۵/۱
	پسر	۱۶۸	۲۳/۰۲	۱۳/۶۶

همان‌طور که در جدول (۴) ملاحظه می‌شود بیشترین میانگین در متغیرهای انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان مربوط به دختران می‌باشد که به ترتیب شامل مقادیر ۸۸/۴، ۸۴ و ۲۴/۳۷ می‌باشد. برای آزمون مقایسه تفاوت میانگین‌های نمرات پسران و دختران در متغیرهای وابسته انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از پاسخگویی به سوال پژوهش، مفروضه‌های آماری MANOVA، بررسی شد. مفروضه همگنی واریانس کوواریانس از طریق آزمون باکس ($p > 0/05$) و همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون ($p > 0/05$) برای هر کدام از متغیرهای وابسته نشان داد که هیچ گونه تخطی از مفروضه‌ها صورت نگرفته است. پس از بررسی مفروضه‌ها، معناداری یا عدم معناداری ترکیب خطی متغیرهای وابسته بر اساس متغیر مستقل جنسیت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به پیلایی تریس (Pillai's Trace) نشان داد که بین میانگین خطی سه متغیر انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی و اضطراب امتحان در بین دو گروه جنسیتی دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F = 1/53, p > 0/01$)؛ بنابراین بین دو گروه در هیچ یک از متغیرهای مذکور تفاوت معنی داری ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه انگیزش پیشرفت و خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان صورت گرفت. در مورد رابطه انگیزش پیشرفت و اضطراب امتحان نتایج پژوهش همخوان با پژوهش ویگفیلد و همکاران (۲۰۰۲)، پاسکوا (۲۰۰۷)؛ هیل و ویگفیلد (۱۹۸۴)؛ زیتناگورا (۲۰۰۷) و پک ران و همکاران (۲۰۱۱) می‌باشد که بیانگر آن است که افرادی که از انگیزش پیشرفت بالاتری برخوردار می‌باشند، در موقعیت‌های امتحانی سطح اضطراب کمتری خواهند داشت. معنی داری رابطه خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان نیز با یافته‌های پژوهشی گتز و همکاران (۲۰۱۰)، رانا و ظفر اقبال (۲۰۰۵)، مارش (۲۰۰۲)، بوناسی و ریو (۲۰۱۰) و جینگ (۲۰۰۷) همخوان می‌باشد که بیان می‌دارند افرادی که نسبت به خود و توانمندی‌هایشان به ویژه در بعد تحصیلی و آموزشگاهی ادراک و دانش مثبت و سازنده‌ای دارند، چنین ادراک و تفکری خود به عنوان مانعی در برابر بروز افکار و اعمال نامطلوب در تمامی عرصه‌های زندگی و موقعیت‌های سرنوشت ساز عمل می‌کند. وجود چنین روابط معناداری در میان متغیرهای انگیزش پیشرفت، خودپنداره تحصیلی با اضطراب امتحان را می‌توان ناشی از ماهیت ارزشیابی‌ها در مقطع تحصیلات تکمیلی دانست که صرفاً محدود به آزمون‌های کتبی نمی‌باشد بلکه افراد می‌توانند توانایی‌هایشان را در حوزه عمل نشان دهد که هم به لحاظ عمق یادگیری، و هم به لحاظ نقش انگیزشی که

بر افراد دارد، قابل توجه می‌باشد زیرا این مسأله که دانشجویی بتواند دانش نظری خود را در قالب پروژه، مقاله و غیره درآورد، می‌تواند معرف توانمندی و باور فرد به توانایی‌هایش باشد که چنین باوری از بروز رفتارهایی چون اضطراب امتحان که نشأت گرفته از انگیزش منفی می‌باشد، پیشگیری می‌کند.

از سوی دیگر مقطع تحصیلات تکمیلی جزء مراتب عالی نظام آموزشی می‌باشد، بنابراین دستیابی افراد به این مرتبه خود می‌تواند اثر انگیزشی مطلوبی بر افراد، پیرامون تفکرشان در مورد خود و توانمندی‌هایشان برای عمل و پیشرفت در حوزه‌های مختلف داشته باشد. همچنین بین گروه‌های دختر و پسر در هر یک از متغیرهای پژوهش، هیچ تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه پژوهش در رابطه با عدم اختلاف دو گروه دختر و پسر در نمره اضطراب با یافته‌های پژوهش شعیری و همکاران (۱۳۸۳) همخوان و با یافته‌های رضازاده و توکلی (۲۰۰۹)، کاپل و همکاران (۲۰۰۵)، ماریا و ناوو (۱۹۹۰)، اکبری و امین یزدی (۱۳۸۸) ون کاتس (۲۰۰۹) و برونسما^۱ (۲۰۰۴) ناهمخوان می‌باشد.

علت مشاهده عدم اختلاف جنسیتی در سطح اضطراب بین دختران و پسران را می‌توان از سویی ناشی از باز شدن عرصه پیشرفت برای دختران جهت ورود به مراتب بالاتر تحصیل دانست و اینکه دختران به عنوان رقیبی برای پسران شناخته شده‌اند که عرصه را برای آنان تنگ خواهد کرد که این مسأله منجر به بیشتر شدن میزان نگرانی و اضطراب در میان پسران در مقایسه با گذشته شده است و از سویی دیگر این عدم اختلاف جنسیتی در اضطراب را می‌توان به تغییر نقش جنسیتی دختران و پسران مربوط دانست زیرا دختران همواره به پذیرش اضطراب و قبول آن به عنوان یک ویژگی زنانه تشویق می‌شدند و در مقابل پسران به مقابله با اضطراب می‌پردازند زیرا آن را تهدیدی برای حس مردانگی‌شان می‌دانند.

همچنین در این پژوهش در نمره خودپنداره نیز تفاوتی میان دو گروه مشاهده نشد که این یافته ناهمخوان با یافته‌های پژوهشی مارش (۱۹۸۹)، ناجی و همکاران (۲۰۱۰) و رانا و ضفر اقبال (۲۰۰۵) می‌باشد. در رابطه با اختلاف جنسیتی در انگیزش پیشرفت نتایج پژوهش مغایر با یافته‌های پژوهشی می‌سی و همکاران (۲۰۰۶) و هومن (۱۳۷۹) می‌باشد که اختلاف جنسیتی در دو گروه دختر و پسر را گزارش نموده‌اند. در توجیه این یافته می‌توان به این مسأله اشاره کرد که برخلاف گذشته که تحصیل در مقاطع تحصیلی عالی و اشتغال در حرفه‌ها و حوزه‌های مختلف محدود به مردان بوده است و به عبارتی غلبه نقش جنسیتی وجود داشته است؛ اما امروزه زمینه ورود دختران به مقاطع تحصیلی عالی چون ارشد و دکترا به واسطه رشد فرهنگی جامعه بیش از پیش مهیا گردیده است. ورود دانشجویان دختر به این مقاطع تحصیلی

^۱. Bruinsma

که جزء مراتب عالی آموزشی می‌باشند، خود باعث ایجاد افکاری مثبت در این دانشجویان در مورد توانمندی‌شان برای موفقیت در عرصه رقابت با سایرین می‌شود که کسب چنین موفقیت‌هایی بار انگیزشی بالایی نیز به همراه خواهد داشت.

با توجه به یافته‌های پژوهشی توجه به باورها و ادراکات افراد در مورد خود و توانمندی‌هایشان، و همچنین توجه به متغیرهای انگیزشی اثرگذار بر عملکرد افراد در تمامی موقعیت‌های آموزشی حائز اهمیت و توجه فراوان می‌باشد. علاوه بر این با توجه به اینکه موقعیت‌های امتحانی که به صورت سنتی و در قالب آزمون‌های مداد و کاغذی اجرا می‌شوند هنوز هم با گذشت سال‌هایی چند برای فراگیران مقاطع تحصیلی مختلف همواره توأم با استرس و اضطراب بوده است و افت عملکرد را به همراه داشته است توصیه می‌شود که در مقاطع تحصیلی به ویژه ارشد و دکترا آزمون‌ها در قالب آزمون‌های عملکردی و مهارتی باشند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ اسدی مقدم، عزیزه؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین (۱۳۷۵). ساخت و اعتبار یابی مقیاسی برای سنجش اضطراب امتحان در دانش آموزان پایه سوم دوره راهنمایی تحصیلی اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، شماره ۳ و ۴، ۷۳-۶۱.
- اکبری بورنگ، محمد؛ امین یزدی، امیر (۱۳۸۸). باورهای خودکارآمدی و اضطراب امتحان در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد خراسان جنوبی. *افتق دانش؛ فصلنامه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد*، دوره ۱۵، شماره ۳، ۷۷-۷۰.
- بال، ساموئل (۱۳۷۳). *انگیزش در آموزش و پرورش*، برگردان علی اصغر مسدد. شیراز: مرکز نشر دانشگاه شیراز.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). رابطه میان عزت نفس، انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان‌های تهران. *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱، شماره ۴ و ۵، ۱۴۴-۱۳۱.
- جمعه پور، احمد (۱۳۸۷). *رهایی از اضطراب امتحان*. مشهد: فرا انگیزش.
- رئسی، زهره (۱۳۸۰). *روان شناسی تربیتی (پرورشی)*. اصفهان: مانی.
- سیف، علی اکبر (۱۳۸۶). *روان شناسی پرورشی نوین: روان شناسی یادگیری و آموزش*. تهران: دوران.
- شعیری، محمدرضا؛ ملا میرزایی، محمد علی؛ پروری، مریم؛ شه مرادی، فاطمه؛ هاشمی، اختر (۱۳۸۳). مطالعه اضطراب امتحان و پیشرفت تحصیلی با توجه به جنسیت و رشته تحصیلی در دانش آموزان دبیرستانی. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال ۱۱، دوره جدید، شماره ۶، ۶۲-۵۵.

محی الدین بناب، مهدی (۱۳۷۴). روان شناسی انگیزش و هیجان. تهران: دانا.

موسوی، معصومه؛ حق شناس، حسن؛ علیشاهی، محمد جواد و نجمی، بدرالدین (۱۳۸۷). اضطراب امتحان و برخی از عوامل فردی- اجتماعی مرتبط با آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۶، شماره ۱، ۱۷-۲۵.

هرمزی، محمود (۱۳۸۷). نقش پیش دانسته‌ها و ویژگی‌های فردی در پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه پیام نور. *فصلنامه روان شناسی و علوم تربیتی*، شماره ۲، ۱-۲۷.

هومن، حیدر علی (۱۳۷۹). تهیه و استاندارد کردن آزمون انگیزه پیشرفت. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، شماره ۱-۲ (پیاپی ۱۱)، ۹-۳۲.

- Ahmed, W. & bruinsma, m. (2006). A structural model of self concept, autonomous motivation and academic performance in cross cultural perspective. *Electronic journal of research in educational psychology*, vol. 4, no. 10, p: 551-576.
- Akram rana, R. & Zafar iqbal, M. (2005). Effect of students' self-concept and gender on academic achievement in science. *Bulletin of education & research*, V 27, no 2, p: 19-36.
- Bonaccio, S. & Reeve, C. L. (2010). The nature and relative importance of students' perceptions of the sources of test anxiety. *Learning and Individual Difference*, 20, p: 617-625.
- Bruinsma, M. (2004). Motivation, cognitive processing and achievement in higher education. *Learning and Instruction*, 14, p: 549-568.
- Chapell, M. S.& Blanding, Z. B.& Silverstein, M. E.& Takahashi, M.& Newman, B.& Gubi, A.& Mccann, N.(2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, vol.97, Issue 2, p: 268-274.
- Ferla, J. & Valke, M. & Cai, Y. (2009). Academic Self-efficacy and Academic Self-concept: Reconsidering Structural Relationships. *Learning and Individual Differences*, 19, p: 499-505.
- Goetz, T. & Cronjaeger, H. & Frenzel, A. C. & Ludthe, O. & Hall, N. C. (2010). Academic self concept and emotion relations: domain specificity and age effects. *Contemporary Educational Psychology*, 35, p: 44-58.
- Henry, john w. & Campbell, c. r. (1999). Gender different in self- attributions: relationship of gender to attributional consistency, style, and expectations for performance in a college course. *Sex roles: a journal of research*, V. 41, n 1/2, p: 95-104.
- Hill, Kennedy T. & Wigfield, A.(1984). Test Anxiety: A Major Educational Problem and What Can Be Done about It. *The Elementary School Journal*, V. 12, No 1. P: 105-126.
- Jing, H. (2007). Analysis on the relationship among test anxiety, self-concept and academic competency. *Jan*, V. 5, no1, p: 48-51.
- Karimi, A. & Venkatesan, S. (2009). Mathematics anxiety, mathematics performance and academic hardiness in high school students. *Int. J Edu. Sci.*, 1(1),p: 33-37.
- Maria, F. D. & Nuovo, S. D. (1990). Gender differences in social and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, vol.11, Issue 5, p: 525 -530.

- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of educational psychology*, vol.81, no.3, p: 417-430.
- Marsh, H. W. (2002). Causal Ordering of Academic, Self-Concept and Achievement. Self-Concept Research: Driving International Research Agendas. *University of western Sydney Australia*, pp: 1-10.
- Meece, J. L. & Glienke, B. & Burg, S. (2006). Gender and motivation. *Journal of school psychology*, 44, p: 351-373.
- Nagy, G. & Watt, H. m.g. & Eccles, J. S. & Trautwein, U.& ludthe, O.& baumert, J. (2010). The Development of student s mathematics self-concept in relation to gender: different countries, different trajectories?. *Journal of research on adolescence*, 20(2), p: p: 482-506.
- Paskova, L. (2007). Gender differences in achievement motivation. *The new educational review*, vol.13, no. 3-4, p: 245-252.
- Pekrun, R. & Goetz,T.& Frenzel, Anne C.& Barchfeld, P.& Perry, Raymond P. (2011). Measuring emotions in students' learning and performance: The Achievement Emotions Questionnaire (AEQ). *Contemporary Educational Psychology*, 36, p: 36-48.
- Resazadeh, M. & Tavakoli, M. (2009). Investigating the relationship among test anxiety, gender, academic achievement and years of study: a case of Iranian efl university student. *English Language Teaching*, vol.2, no.4, P: 68-74.
- Steinmay, R. & Spinath , B. (2009). The Importance of Motivation as a Predictor of School Achievement. *Learning and Individual Differences*, 19, P: 80-90.
- Stiry, P. A. & Hart, J. W. & Stasson, M. F. & Mahoney, J. M. (2009). Using a two-factor theory of Achievement motivation to examine performance-based outcomes and self-regulatory processes. *Personality and Individual Difference*, 46, P: 391-395.
- Wigfield, A. & Battle, A. & Keller, L. B.& Eccles, J. S. (2002). *Biology, society and behaviore the development of sex differences in cognition*, chapter 4, P: 93-126.
- Zitniakova-Gurgova, B. (2007). The influence of gender on achievement motivation of students. *The New Educational Review*, vol.13, no3-4, P: 233-243.



داودی، ایران؛ افشاری، افروز (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین الکسی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۵۰-۱۳۷.

بررسی رابطه بین الکسی تایمیا با صفات شخصیتی در دانشجویان

ایران داودی^۱، افروز افشاری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سازه الکسی تایمیا و صفات شخصیتی در دانشجویان دانشگاه بود. نمونه‌ای به حجم ۱۱۲ نفر (۵۶ دختر و ۵۶ پسر) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و به هر یک پرسشنامه‌های ۲۰ ماده‌ای الکسی تایمیا، تورنتو (TAS-۲۰) و پرسشنامه شخصیتی نئو-فرم ۶۰ سوالی (NEO-FFI) ارائه گردید. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل همبستگی متعارف استفاده شد. نتایج نشان داد که فقط یکی از دو تابع متعارف به دست آمده، معنی دار است. این تابع متعارف نشان می‌دهد که روان رنجور خوبی بالا و توافق و فراخ‌ذهنی پایین با الکسی تایمیا رابطه دارد، اما برون‌گرایی و وجدانی بودن در پیش‌بینی الکسی تایمیا نقش به‌سزایی ندارند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که صفات شخصیتی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده ویژگی‌های الکسی تایمیک در افراد باشند.

واژه‌های کلیدی: الکسی تایمیا، صفات شخصیت، تحلیل همبستگی متعارف

^۱. استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز، davoudi_i@scu.ac.ir

^۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، afroozafshari@gmail.com

مقدمه

الکسی تایمیا سازه‌ای چند وجهی است که با هوش هیجانی^۱ ارتباط تنگاتنگ و معکوسی دارد و واجد مشخصاتی است که عبارتند از: ۱- دشواری در شناخت احساس‌ها و توصیف احساس‌ها، ۲- توانایی کم در تمایز میان احساس‌ها و حس‌های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی ۳- کم بودن تخیل و ۴- تفکر درون‌نگرانه ضعیف و عینی (لسر^۲، ۱۹۸۵؛ لولاس و فون^۳، ۱۹۸۹؛ نمیا^۴، ۱۹۹۷؛ سیفنوس^۵، ۱۹۹۶؛ تیلور، بگی و پارکر^۶، ۱۹۹۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از تیلور، ۲۰۰۰). همچنین این سازه با توانایی ارزیابی و ابراز هیجان، یعنی آگاهی فرد از خلق و تفکرات مرتبط با آن رابطه دارد و در واقع فرد الکسی تایمیک قادر به ارزیابی و بیان هیجان‌های خود به صورت کلامی نیست.

پارکر، تیلور و بگی (۲۰۰۳) مشکل اصلی در الکسی تایمیا را نقص در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها دانسته‌اند و اظهار می‌دارند که مشکلات مربوط به تجربه هیجان‌ها می‌تواند پدیده‌هایی مانند الکسی تایمیا در نظر گرفته شود. با این حال، یک دیدگاه در حال تکوین دیگر آن است که این سازه اساساً منعکس‌کننده نقایصی در ظرفیت تجربه آگاهانه احساس‌های هیجانی است که از برانگیختگی هیجانی فعالیت‌های سیستم خودمختار ناشی می‌شود. در واقع توصیف‌های اصلی این حقیقت را آشکار می‌سازند که تجلیات بالینی الکسی تایمیا، می‌تواند با کاهش یا فقدان کامل تجربه هیجانی آگاهانه، مرتبط باشد (هنری، فیلیپس، میلور، هوسی، میلنه و میر^۷، ۲۰۰۶)؛ بنابراین الکسی تایمیا اصطلاحی است که اغلب برای توصیف افرادی به کار می‌رود که مشکلاتی در تشخیص، پردازش و تنظیم هیجان‌های خود دارند.

بسیاری از پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که الکسی تایمیا افراد را در معرض خطر بالاتری برای اختلال‌های روان‌پزشکی و پزشکی قرار می‌دهد (ازجمله سیزرنکا و سزیمورا^۸، ۲۰۰۸؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۷؛ ریک و وانهوله^۹، ۲۰۰۷؛ روفر، هاند، براتز، آلزلبن و فریکه^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ داگوش^{۱۱}، ۲۰۰۳). از جمله پژوهش‌های صورت گرفته که به بررسی این سازه در نمونه‌های بالینی پرداخته و اهمیت آن را در طیفی از بیماری‌ها نشان داده‌اند می‌توان به این موارد اشاره کرد: الکسی تایمیا در سوء مصرف کنندگان مواد و

^۱. emotional intelligence

^۲. Lesser

^۳. Lolas & Fone

^۴. Nemiah

^۵. Sifneos

^۶. Taylor, Bagby & Parker

^۷. Henry, Phillips, Maylor, Hosie, Milne & Meyer

^۸. Czernecka & Szymura

^۹. Rick & Vanheule

^{۱۰}. Rufer, Hand, Braatz, Alsleben & Fricke

^{۱۱}. De Gucht

الکل (کلند، ماگورا، فوت، روزنبلوم و کازانکه^۱، ۲۰۰۵؛ هاویلند، هندریکس، شاو و هنری^۲، ۲۰۰۴)، بیماران واجد اختلال‌های خوردن (اسپرانزا، لووآس، والییر و کورکاس^۳، ۲۰۰۷)، اختلال‌های اضطرابی و هراس (دواین، استوارت و وات^۴، ۱۹۹۹)، وسواسی-اجباری (روفر و همکاران، ۲۰۰۴)، اختلال نعوظ^۵ (میچتی، روسی، بونانو، تیزی و سیمونلی^۶، ۲۰۰۶)، افسردگی (هونکالامپی، هینتیکا، تاسکانن، لهتونن، ویناماک^۷، ۲۰۰۰)، درد مزمن (لوملی، اسلین، نورمن^۸، ۱۹۹۷)، اختلال‌های گوارشی (پورسلی، داکارنه^۹، ۲۰۰۱)، اختلال استرس پس از سانحه^{۱۰} (میجر-دیگن و لانس^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ زلوتنیک، ماتیا و زیمرمان^{۱۲}، ۲۰۰۵)، برخی از انواع اختلال‌های شخصیت (ریک و وانهوله، ۲۰۰۷؛ زلوتنیک و همکاران، ۲۰۰۵) و در فیبرومیالژیا^{۱۳} و فشار خون بالا (یولا، سالمین و ساریجاروی^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ تیلور، گریم^{۱۵}، بگی، مایکل^{۱۶} و پارکر، ۱۹۹۷). علاوه بر این الکسی تایمیا منجر به کاهش کیفیت زندگی در افراد می‌گردد (ماتیلا، پوتانن، کوویستو، سالوکانگاس و یوکاما^{۱۷}، ۲۰۰۷).

برخی از پژوهشگران (از جمله تیلور و همکاران، ۱۹۹۷؛ داگوش، ۲۰۰۳) الکسی تایمیا را به عنوان یک صفت شخصیتی معرفی کرده‌اند. شخصیت معمولاً یک برچسب تشخیص کلی برای رفتار قابل مشاهده فرد و تجارب درونی و قابل بیان ذهنی او تعریف شده است (سادوک و سادوک^{۱۸}، ۱۳۸۲). همچنین صفات را می‌توان به عنوان ابعادی از تفاوت‌های فردی در نشان دادن الگوهای ثابت و پایدار افکار، احساس‌ها و فعالیت‌ها تعریف کرد. در حوزه شخصیت پژوهش‌های گوناگونی صورت گرفته، که از آن جمله می‌توان به پژوهش مک کری و کوستا^{۱۹} (۱۹۸۵، ۱۹۸۷) و شناسایی پنج عامل شخصیت، معروف به ۵ عامل نیرومند یا پنج صفت بزرگ اشاره کرد. این پنج عامل عبارتند از: روان‌رنجورخویی^{۲۰}

^۱ . Cleland, Magura, Foote, Rosenblum & Kosanke

^۲ . Haviland, Hendryx, Shaw & Henry

^۳ . Speranza, Loas, Wallier & Corcos

^۴ . Devine, Stewart & Watt

^۵ . erectile dysfunction

^۶ . Michetti, Rossi, Bonanno, Tiesi, & Simonelli

^۷ . Honkalampi, Hintikka, Taskanen, Lehtonen & Viinamaki

^۸ . Lumley, Asselin, Norman

^۹ . Porcelli & De Carne

^{۱۰} . post traumatic stress disorder

^{۱۱} . Meijer-degen & Lansen

^{۱۲} . Zlotnick, Mattia & Zimmerman

^{۱۳} . fibromyalgia

^{۱۴} . Jula, Salminen, Saarijärvi

^{۱۵} . Graeme

^{۱۶} . Michael

^{۱۷} . Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas, & Joukamaa

^{۱۸} . Sadock

^{۱۹} . Mc Crea & Costa

^{۲۰} . Neuroticism

(N) که با تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، ترحم جویی، خصومت، تکانشوری، افسردگی، عزت نفس کم و سلامت هیجانی پایین ارتباط دارد؛ برون‌گرایی^۱ (E) که تمایل فرد برای مثبت بودن، مردم‌آمیزی، جرأت‌طلبی، لذت جویی، بامحبت بودن را نشان می‌دهد؛ فراخ‌ذهنی یا گشودگی به تجربه^۲ (O) به تمایل فرد برای کنجکاوی، استقلال، عشق به هنر، انعطاف‌پذیری، خردورزی و سازندگی اشاره دارد؛ توافق^۳ (A) به تمایل فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی و همفکری، نوع دوستی، اعتماد ورزی و ادب مربوط می‌شود؛ و سرانجام وجدانی بودن^۴ (C) که گرایش به منظم بودن، کارا بودن، قابلیت اعتماد و اتکا، خودنظم‌بخشی، پیشرفت‌مداری، منطقی بودن و آرام بودن است. باید توجه داشت که این عوامل مربوط به صفات غیر مرضی شخصیت است و نشان‌دهنده ابعادی از تفاوت‌های فردی در گرایش به الگوهای ثابت و پایدار افکار، احساس‌ها و فعالیت‌ها هستند. شناسایی رابطه بین ۵ صفت بزرگ شخصیت و الکسی تایمیا می‌تواند به روشن شدن همپوشانی این صفات با یکدیگر اشاره کند و نشان دهد که کدام دسته از صفات شخصیتی به لحاظ همپوشی با این سازه می‌توانند در ابتلا به اختلال‌های طبی و روان پزشکی، تداوم آن‌ها و دشواری در درمان، تأثیرگذار باشند.

نتایج برخی از مطالعه‌ها که از مدل ۵ عاملی شخصیت در بررسی الکسی تایمیا استفاده کرده‌اند بیانگر آن است که بخش اعظم واریانس نمرات الکسی تایمیا توسط سه بعد شخصیت قابل توضیح می‌باشد: برون‌گرایی کم، فراخ‌ذهنی کم و روان‌رنجورخویی بالا (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴؛ زیمرمان و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از ریک و وانپوله، ۲۰۰۷)، در حالی که سایر مطالعه‌ها مانند مطالعه موریگوچی، میدا، ایگاراشی، ایشیکاوا، شوجی^۵ و همکاران (۲۰۰۷) مقابله ضعیف با عوامل فشارزا را - که بین افراد الکسی تایمیک و روان‌رنجور دیده می‌شود- با احتمال خطر بالاتر این افراد برای بیماری‌های روان پزشکی و روان‌تنی مرتبط دانسته‌اند. همچنین روان‌رنجورخویی بالا و فراخ‌ذهنی و وجدانی بودن کم را بهترین عوامل تبیینی مرتبط با الکسی تایمیا عنوان کرده‌اند.

با توجه به یافته‌های عنوان شده، پژوهش حاضر برای بررسی مسئله ارتباط الکسی تایمیا با صفات شخصیتی طرح‌ریزی شد، یافته‌های این پژوهش می‌تواند به بالاتر رفتن شناخت ما نسبت به این سازه خصوصاً در جمعیت غیر بالینی و مشخصاً دانشجویان منتهی شود.

^۱. Extroversion

^۲. Openness to experience

^۳. Agreeableness

^۴. Conscientiousness

^۵. Muriguchi, Maeda, Igarashi, Ishikawa & Shoji

روش

جامعه این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۸۷ بود. نمونه مورد بررسی شامل ۱۱۲ نفر (۵۶ زن و ۵۶ مرد) بود، که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، به این ترتیب که با مراجعه به لیست دانشجویان شرکت کننده در کلاس های گروه معارف دانشگاه که شامل کلیه افراد مقطع کارشناسی (از رشته های مختلف و ورودی سال های متفاوت) بود، نمونه مورد نظر به طور تصادفی ساده انتخاب گردید. به هر یک از آزمودنی ها دو پرسشنامه زیر ارائه گردید و از آن ها خواسته شد که حتی الامکان به کلیه پرسش ها پاسخ دهند.

ابزار

۱. مقیاس بیست ماده ای الکسی تایمیا تورنتو (TAS-۲۰): این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، تیلور و پارکر تجدید نظر گردید و در بین روش های متفاوت سنجش الکسی تایمیا، پراستفاده ترین و احتمالاً معتبرترین پرسشنامه می باشد. در این مقیاس، سازه الکسی تایمیا در سه زیر مقیاس دشواری تشخیص احساس ها^۱ (DIF)، دشواری توصیف احساس ها^۲ (DDF) و تفکر با جهت گیری بیرونی یا تفکر برون مدار^۳ (EOT) ارزیابی می شود.

این آزمون همسانی درونی و پایایی بازآزمایی خوبی دارد. مطالعه های صورت گرفته در زمینه این ابزار ثبات درونی (آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و پایایی مناسبی را از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته ($r=0/77$) گزارش کرده اند (برسی^۴ و همکاران ۱۹۹۶؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). قربانی، بینگ، واتسون و دویسون^۵ (۲۰۰۲)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در تشخیص احساس ها، ۰/۷۴ و برای دشواری در توصیف احساس ها، ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت گیری بیرونی ۰/۵۰ گزارش دادند (به نقل از شاه قلیان، ۱۳۸۶). افشاری (۱۳۸۷) نیز روایی هم زمان این مقیاس را با استفاده از مقیاس هوش هیجانی شوت، در نمونه ای ۸۰ نفری (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) برابر با $r = -0/47$ و پایایی آن را نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۷۵ و برای هر یک از مؤلفه های DIF برابر ۰/۷۲، DDI برابر ۰/۷۳ و EOT برابر با ۰/۵۳ گزارش کرد.

^۱. difficulty identifying feelings

^۲. difficulty describing feelings

^۳. externally oriented thinking

^۴. Bressi

^۵. Bing, Watson & Davison

۲. سیاهه پنج عاملی نئو: سیاهه پنج عاملی نئو (کاستا و مک کری، ۱۹۸۹) یک نسخه ۶۰ ماده‌ای از فرم بلند NEO-PI-R است که فقط ۵ حیطه اصلی NEO-PI-R، یعنی روان‌رنجورخویی، فراخ‌ذهنی، توافق، برون‌گرایی و وجدانی بودن را مورد سنجش قرار می‌دهد و NEO-FFI^۱ نامیده می‌شود و از آن می‌توان برای سنجش صفات شخصیتی افراد بالاتر از ۱۷ سال استفاده کرد. همسانی درونی NEO-FFI از ۰/۶۸ (خرده مقیاس توافق) تا ۰/۸۶ (خرده مقیاس روان‌رنجورخویی) گزارش شده است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). ضرایب بازآزمایی NEO-FFI نیز در نمونه‌های ایرانی از ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ (کیا مهر، ۱۳۸۱؛ به نقل از امان الهی، ۱۳۸۴) و از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ (امان الهی، ۱۳۸۴) گزارش شده است. ضریب روایی همگرایی آزمون نیز از ۰/۵۶ تا ۰/۶۲ گزارش شده است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). به طور کلی یافته‌ها مؤید روایی افتراقی آزمون است (مک کری، ۱۹۹۱، به نقل از داودی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در زنان، مردان و در کل نمونه در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در نمونه زنان ($n = ۵۶$)، مردان ($n = ۵۶$) و کل نمونه

متغیر	مردان میانگین (انحراف معیار)	زنان میانگین (انحراف معیار)	کل میانگین (انحراف معیار)
الکسی تایمیا	۴۹/۴۸ (۱۲/۵۵)	۵۰/۰۷ (۱۱/۶۶)	۴۹/۷۷ (۱۲/۰۶)
دشواری در شناسایی احساس‌ها	۱۶/۴۲ (۶/۱۸)	۱۷/۱۰ (۵/۹۹)	۱۶/۷۶ (۶/۰۷)
دشواری در توصیف احساس‌ها	۱۲/۸۷ (۴/۶۰)	۱۳/۰۷ (۴/۵۴)	۱۲/۹۷ (۴/۵۵)
تفکر برون‌مدار	۲۰/۱۷ (۴/۰۴)	۱۹/۸۹ (۴/۹۰)	۴۹/۷۷ (۱۲/۰۶)
روان‌رنجورخویی	۱۹/۹۶ (۷/۷۵)	۲۲/۳۵ (۸/۱۹)	۲۱/۱۶ (۸/۰۳)
فراخ‌ذهنی	۲۸/۶۰ (۵/۲۴)	۲۸/۶۶ (۵/۱۲)	۲۸/۶۳ (۵/۱۶)
توافق	۲۹/۸۴ (۴/۴۵)	۳۱/۳۲ (۵/۰۵)	۳۰/۵۸ (۴/۸۰)
برون‌گرایی	۲۹/۳۵ (۶/۴۷)	۲۹/۶۴ (۶/۹۳)	۲۹/۵۰ (۶/۶۷)
وجدانی بودن	۳۲/۵۳ (۵/۹۳)	۳۴/۲۱ (۶/۸۴)	۳۳/۳۷ (۶/۴۳)

^۱. NEO Five-Factor Inventory

نتایج نشان می‌دهد که میانگین گروه زنان در سازه الکسی تایمیا $50/07$ و میانگین گروه مردان برابر با $49/48$ است. همچنین میانگین گروه زنان در زیر مقیاس‌های دشواری در شناسایی و دشواری در توصیف احساس‌ها نیز بالاتر از گروه مردان است. تنها در زیر مقیاس تفکر برون‌مدار میانگین گروه مردان ($20/17$) بالاتر از میانگین زنان ($19/89$) می‌باشد. همچنین بالاترین میانگین صفات شخصیتی در گروه زنان و مردان، مربوط به وجدانی بودن و کم‌ترین نمره مربوط به روان‌رنجورخویی است.

برای بررسی رابطه متغیرهای پژوهش از روش تحلیل همبستگی متعارف^۱ استفاده گردید. همبستگی متعارف نوعی روش آماری چند متغیری است که رابطه میان یک دسته (دو یا بیشتر) متغیر ملاک و یک دسته (دو یا بیشتر) متغیر پیش بین را بررسی می‌کند. در این روش برای هر دسته از متغیرها یک ترکیب خطی ایجاد می‌شود که همبستگی میان دو دسته متغیر را به حداکثر می‌رساند.

در پژوهش حاضر تحلیل همبستگی متعارف با استفاده از پنج صفت شخصیتی به عنوان پیش بین سه مؤلفه الکسی تایمیا انجام شد تا رابطه چند متغیری مشترک میان این دو دسته متغیر بررسی شود. جدول (۲) نتایج آزمون‌های معنی داری برای مدل کامل^۲ تحلیل همبستگی متعارف را نشان می‌دهد.

جدول ۲: آزمون‌های معنی‌داری برای مدل کامل تحلیل همبستگی متعارف

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۵۳۱	۴/۵۵۸	۱۵	۳۱۸	$<0/001$
ویلکز لامبدا	۰/۵۲۳	۵/۰۷۵	۱۵	۲۷۵/۵	$<0/001$
اثر هتلینگ	۰/۸۱۲	۵/۵۵۹	۱۵	۳۰۸	$<0/001$

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود معنی‌داری مقدار لامبدای ویلکز ($p < 0/001$)، ($\lambda = 0/523$ ، $F = (5/075)$) نشان می‌دهد که بین دو دسته متغیر (مؤلفه‌های الکسی تایمیا و صفات شخصیتی) رابطه معنی‌دار وجود دارد. لامبدا نشان دهنده واریانس است که توسط مدل تبیین نمی‌شود، در نتیجه، $1 - \lambda$ اندازه اثر^۳ مدل کامل را در ماتریس R^2 آشکار می‌سازد. بر این مبناء اندازه اثر سه تابع متعارف این تحلیل برابر است با $0/477 = 1 - 0/523$. اندازه اثر، مقدار واریانس مشترک بین دو دسته متغیر است که مدل کامل

^۱. canonical correlation analysis

^۲. full model

^۳. effect size

قادر به تبیین آن می‌باشد، بنابراین مدل به دست آمده در این پژوهش، ۴۷/۷ درصد از واریانس بین متغیرهای شخصیتی و الکسی تایمیا را تبیین می‌نماید.

تعداد توابع یا ابعادی که در تحلیل متعارف به دست می‌آید برابر با تعداد متغیرها در کوچک‌ترین دسته (پیش بین یا ملاک) است. چون در این پژوهش متغیرهای ملاک (مؤلفه‌های الکسی تایمیا) شامل سه متغیر است؛ بنابراین سه تابع یا بُعد به دست آمد. اطلاعات مربوط به این ۳ تابع در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳: ویژگی‌های توابع حاصل از تحلیل متعارف

شماره تابع	مقدار ویژه	درصد	درصد تجمعی	همبستگی متعارف	همبستگی مجذور
۱	۰/۶۷۲	۸۲/۷۱	۸۲/۷۱	۰/۶۳۴	۰/۴۰
۲	۰/۱۰۶	۱۳/۰۹	۹۵/۸۰	۰/۳۱۰	۰/۰۹۶
۳	۰/۰۳۴	۴/۲۰	۱۰۰	۰/۱۸۱	۰/۰۳۳

در تحلیل متعارف راه آسانی برای آزمون معنی‌داری توابع به صورت جداگانه وجود ندارد. یک روش برای بررسی معنی‌داری توابع، توجه به مقدار واریانسی است که هر تابع تبیین می‌نماید.

در جدول (۳) مشاهده می‌شود که مجذور همبستگی‌های متعارف (R^2_C) توابع به ترتیب برابر با ۰/۴۰، ۰/۰۹۶ و ۰/۰۳۳ است. پیرو شری^۱ و همکاران (۲۰۰۵) توابعی که کمتر از ۱۰ درصد واریانس را تبیین نمایند، کنار گذاشته و تفسیر نمی‌کنند؛ بنابراین، فقط تابع اول که ۴۰ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌نماید، تفسیر می‌شود و تابع دوم (۹/۶ درصد) و سوم (۳/۳ درصد) مورد تفسیر قرار نمی‌گیرد. علاوه بر روش فوق، آزمون معنی‌داری آماری توابع به کمک تحلیل کاهش بُعد^۲ نیز به محقق اجازه می‌دهد که به کمک چیدمان سلسله مراتبی^۳ توابع، معنی‌داری آن‌ها را آزمون نماید. در جدول (۴) نتایج تحلیل کاهش بُعد توابع سه‌گانه این پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کاهش بُعد برای توابع متعارف

شماره ریشه	لامبدای ویلکز	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
۱ تا ۳	۰/۵۲۳	۵/۰۷	۱۵	۲۸۷/۵۰	<۰/۰۰۱
۲ تا ۳	۰/۸۷۴	۱/۸۲	۸	۲۱۰	۰/۰۷۴
۳ تا ۳	۰/۹۶۷	۱/۲۰	۳	۱۰۶	۰/۳۱۲

^۱. Sharry

^۲. dimension reduction analysis

^۳. hierarchical arrangement

در ردیف اول جدول (۴) نتایج آزمون معنی داری اثر تجمعی^۱ توابع ۱ تا ۳ نشان داده شده است. این آزمون نشان می‌دهد که آیا ترکیب هر سه تابع معنی دار است یا خیر. همان‌طور که پیش از این گفته شد اثر تجمعی توابع ۱، ۲ و ۳ (یا مدل کامل) از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/001$)، $F = (5/075)$ ، $\lambda = 0/523$ ، اما اثر تجمعی تابع ۲ و ۳ (یا ترکیب تابع ۲ و ۳ با: $p < 0/074$)، $F = (1/82)$ ، $\lambda = 0/874$ و هم چنین تابع ۳ به تنهایی ($p < 0/312$)، $F = (1/20)$ ، $\lambda = 0/967$ معنی دار نیست. به عبارت دیگر توابع ۲ و ۳ میزان معنی داری از واریانس مشترک میان دو دسته متغیرها را تبیین نمی‌کنند و رابطه بین دو دسته متغیر بیشتر توسط تابع اول تبیین می‌شود.

نتایج تا به این جا نشان داد که بین دو دسته متغیر رابطه معنی دار وجود دارد و تنها یکی از ابعاد یا توابع به دست آمده، مقدار معنی داری از واریانس بین دو دسته متغیر را تبیین می‌نماید، اما نقش هر کدام از متغیرهای پیش بین و ملاک در این تابع چقدر است؟ برای پاسخ به این سوال به ضرایب استاندارد و ساختاری متغیرها رجوع می‌کنیم. جدول (۵) ضرایب استاندارد، ضرایب ساختاری و مجذور آن‌ها (یا واریانس تبیین شده) را در تابع متعارف نشان می‌دهد.

جدول ۵: ضرایب استاندارد، ساختاری و مجذور ضرایب ساختاری متغیرها در تابع

متغیر	ضریب استاندارد	ضریب ساختاری	مجذور ضریب ساختاری (%)
دشواری در تشخیص احساس‌ها	-۰/۶۳۹	-۰/۸۸۲	۷۷/۷۹
دشواری در توصیف احساس‌ها	-۰/۱۸۴	-۰/۷۷۸	۶۰/۵۳
تفکر برون‌مدار	-۰/۴۳۱	-۰/۶۸۰	۴۶/۲۴
R^2_C			۴۰
روان‌رنجورخویی	-۰/۶۱۱	-۰/۷۴۳	۵۵/۲۱
برون‌گرایی	-۰/۲۷۰	۰/۳۰۹	۹/۵۵
فراخ‌ذهنی	۰/۵۲۳	۰/۶۶۱	۴۳/۶۹
توافق	۰/۳۸۱	۰/۶۹۲	۴۷/۸۸
وجدانی بودن	۰/۰۶۱	۰/۳۴۱	۱۱/۶۳

^۱. cumulative effect

پیرو شری و همکاران (۲۰۰۵) فقط متغیرهای دارای ضرایب ساختاری حداقل ۰/۴۵ مورد توجه و تفسیر قرار می‌گیرند. به این ترتیب مندرجات جدول (۵) نشان می‌دهد که مؤلفه‌های الکسی تایمیا به ترتیب اهمیت در متغیر خطی ملاک^۱ عبارت از: دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار هستند. از سوی دیگر، از بین پنج متغیر شخصیتی سه متغیر که به ترتیب اهمیت عبارتند از روان‌رنجورخویی، توافق و فراخ‌ذهنی، در متغیر خطی پیش بین سهم هستند. این متغیرها بزرگ‌ترین ضرایب استاندارد متعارف را نیز دارند. دو متغیر دیگر یعنی وجدانی بودن و برون‌گرایی با ضریب ساختاری کمتر از ۰/۴۵ واریانس قابل توجهی را تبیین نمی‌کنند. مجذور ضرایب ساختاری نیز این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کنند. در جدول (۵) مشاهده می‌شود که ضرایب ساختاری همه متغیرهای پیش بین، به جز روان‌رنجورخویی، علامت مشابه دارند که نشان می‌دهد این متغیرها با یکدیگر ارتباط مثبت دارند. روان‌رنجورخویی با سایر صفات شخصیتی رابطه عکس دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان صفات شخصیتی و الکسی تایمیا بود. ضرایب ساختاری به دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهند که الگویی از نمرات پایین در روان‌رنجورخویی و نمرات بالا در توافق و فراخ‌ذهنی، با الگویی از نمرات پایین در سه مؤلفه الکسی تایمیا همبسته هستند. بنابراین یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ترکیب روان‌رنجورخویی بالا و توافق و فراخ‌ذهنی پایین احتمال الکسی تایمیک بودن فرد را بالا می‌برد. این یافته‌ها با یافته‌های بگبی و همکاران (۱۹۹۴) و زیمرمان و همکاران (۲۰۰۵) هم‌خوانی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، روان‌رنجورخویی افراد را مستعد تجربه پریشانی و هیجان‌های منفی همچون اضطراب، خشم، افسردگی، ناایمنی و راهبردهای غیر مؤثر مقابله با استرس می‌کند، صفاتی که عمدتاً در میان افراد الکسی تایمیک نیز به لحاظ ناتوانی‌هایشان در آگاهی هیجانی و پردازش شناختی، دشواری در توصیف و شناسایی هیجان‌ها مشاهده می‌شود (هونکالامپی و همکاران، ۲۰۰۰؛ مونتهباروسی، کودیسپوتی، بالدارو و روسی^۲، ۲۰۰۴).

برخلاف افراد موافق که دارای صداقت، نوع دوستی و همدردی بوده و در تضاد با خصومت بدبینانه هستند، افراد با سطوح بالای الکسی تایمیا عمدتاً به دلیل ناتوانی در ابراز کلامی هیجان‌های خود و تشخیص هیجان‌ها از چهره افراد دیگر، قدرت همدلی و درک احساس‌های دیگران را نداشته (تیلور، بگبی

^۱. synthetic criterion variable

^۲. Montebanocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi

و پار کر (۱۹۹۹) و مشکلات بین فردی را تجربه می کنند (وانهوله، دسمنت، مگانک و بوگیرتز^۱، ۲۰۰۸). ریک و وانهوله (۲۰۰۷) مشاهده کردند که در آزمودنی های گروه غیر بالینی، الکسی تایمیا با صفات شخصیتی پارانوئیدی ارتباط دارد، آن ها این یافته را مبنی بر مشکوک بودن این افراد به دیگران، تمایل به استقلال در روابط میان فردی و در نتیجه عدم همدلی و ارتباط های کلامی با سایر افراد می دانند. در پژوهشی دیگر نتایج بیانگر روابط بین فردی کم، کم بودن تماس های تلفنی، نداشتن دوستان صمیمی در بین افراد الکسی تایمیک بود (ماتیلا، لوتونن، یلینن، سالوکانگاس^۲ و یوکاما). یافته دیگری که تایید کننده رابطه معکوس الکسی تایمیا با صفت توافق است.

یافته دیگر این پژوهش همبستگی منفی فراخ ذهنی با الکسی تایمیا بود. کاستا و مک کری (۱۹۹۲) در توصیف افراد غیر فراخ ذهن عنوان کرده اند که «این افراد در تخیل ضعیف به نظر می رسند، به هنر و زیبایی حساس نیستند، در عواطف محدودند، از لحاظ رفتاری خشک و از لحاظ ایدئولوژیکی متعصب هستند». زندگی درونی افراد الکسی تایمیک نیز به علت کم بودن تخیل ها و هیجان های واقعی، کم رنگ و ناچیز است و در عوض به جزئیات رویدادهای پیرامونی و بی اهمیت پرداخته می شود، که آن را به فقدان ظرفیت سمبل سازی، تخیل و تداعی نسبت داده اند، در حالی که افراد هنرمند به وضوح از دنیای تخیلی و تجسمی قوی برخوردار می باشند. برخی از هنر درمانگران اشاره کردند که افراد الکسی تایمیک حتی دنیای درونی خود را به صورت خالی ترسیم می کنند و در مقابل، تصویر دنیای پیرامونی آن ها واجد رنگ و شکل است. این پژوهشگران یکی از اشکال موثر درمان غیر کلامی افراد الکسی تایمیک را هنر درمانی عنوان کرده اند (میجر-دیگن و لانسن، ۲۰۰۶). نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که برون گرایی و وجدانی بودن در پیش بینی الکسی تایمیا نقش قابل توجهی ندارند. در مجموع، این یافته ها نشان می دهد که با توجه به در نظر گرفته شدن همپوشی بین متغیرها در پیش بینی الکسی تایمیا، صفات روان رنجورخویی، توافق و فراخ ذهنی از اهمیت بالاتری برخوردار هستند.

منابع:

افشاری، افروز (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک های دلبستگی، رویدادهای استرس زای زندگی و جنسیت به عنوان پیش بین های ناگویی خلقی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، اهواز: دانشگاه شهید چمران.

^۱. Vanheule, Desmet, Meganck & Bogaerts

^۲. Luotonen, Ylinen, Salokangas

امان الهی فرد، عباس، عطاری، یوسف علی و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۴). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و عوامل فردی و خانوادگی با رضایت زناشویی در کارکنان اداره‌های دولتی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اهواز: دانشگاه شهید چمران.

داودی، ایران (۱۳۸۶). بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشارها و زندگی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش بین‌های ابتلا به اختلال وسواسی-اجباری و مقایسه زیرگروه‌های این اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش‌بین در شهرستان اهواز. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، اهواز: دانشگاه شهید چمران.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری- روان‌پزشکی (جلد دوم). ترجمه نصرت اله پور افکاری، تهران: انتشارات شهرآب.

شاه قلیان، مهناز، مرادی، علیرضا و کافی، سید موسی (۱۳۸۶). بررسی رابطه ناگویی خلقی با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۴۸-۲۳۸.

- Bagbay, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Alexithymia Scale: Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bressi, C., Taylor, G., Parke J., Bressi, R. S., Brambilla, V., Aguglia, I., & et.al. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users, *Journal of psychosomatic research*, 58 (3) , 299-306.
- Costa, P. T., & Mc Crea, R. R. (1992). Validity of Neo PI-R Factor Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 101-112.
- Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia – Imagination – Creativity. *Personality and Individual Differences*, 45, 445-450.
- De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization, *Comprehensive Psychiatry*, 44 (6), 466-471.
- Devine, H. Stewart, Sh. H. & Watt, M. C. (1999). Relationship between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample, *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (2), 145-158.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G. & Henry, J. P. (2004). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence, *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2), 124-128.
- Henry, J. D., Phillips, L. H., Maylor, E. A., Hosie, J., Milne, A. B., & Meyer, C. (2006). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 535-543.

- Honkalampi, K., Hintikka, J., Taskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Jula, A., Salminen, J. K., Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33 (4), 1057-1061.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., Perez-Diaz, F., Guelfi, J. D., Flament, M. & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20- item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples, *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.
- Lumley, M., Asselin, L. A., & Norman, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients, *Comprehensive Psychiatry*, 38 (3), 160-165.
- Mattila AK, Poutanen O, Koivisto AM, Salokangas RKR, Joukamaa M (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary Healthcare patients. *Psychosomatics*, 48, 523-529.
- Mattila AK, Luutonen S, Ylinen M, Salokangas RK, Joukamaa M. (2010). Alexithymia, human relationships, and mobile phone use. *Journal of Nervie Mental Disorders*. 198(10), 722-727.
- Mc Crea, R. R., & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and Psychoticism Scale with measure of five factor model of personality. *Journal of Personality and Individual Differences*, 6, 586-597.
- Mc Crea, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five factor model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- Meijer-degen, F., & Lansen, J. (2006). Alexithymia: A challenge to art therapy, the story of Rita. *The Art in Psychotherapy*, 33, 167-179.
- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., Tiesi, A., & Simonelli, C. (2006). Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED), *International Journal of Impotence Research*, 18 (2), 170.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 499-507.
- Muriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, Ch., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial Medicine*, 1-7.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.K., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. K. (1993). Factorial validity of the 20 item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Porcelli, P., & De Carne, M. (2001) Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with gastrointestinal disorders, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 184-188.
- Rick, A.D., & Vanheule, S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 119-129.
- Rufer, M., Hand, I., Braatz, H., Alsleben, H. & Fricke, S. (2004). A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 101-106.

- Sharry, A. & Henson, R. K. (2005). Conducting and interpreting canonical correlation analysis in personality research: A user-friendly primer. *Journal of personality assessment*, 84 (1), 37-48.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (4), 365-371.
- Taylor, G. J. (2000). Recent development in alexithymia theory and research, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, S., Graeme, J., Bagby, R., Michael and Parker, James D. A. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press. 1997.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1999). *Relationships between alexithymia and related constructs*. In: A. Vingerhoets, F. Van Bussel & J. Boelhouwer, (ed.), *The (non)- expression of emotions in health and disease*, Tilburg University Press, 103-114.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2008). Alexithymia and interpersonal problems, *Journal of Clinical Psychology*, 63 (1), 109-117.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., Zimmerman, M. (2005). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), 177-188.



عریضی سامانی، حمیدرضا؛ دیباجی، سید میثم؛ صادقی، میثم (۱۳۹۰). بررسی رابطه تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط یابی در کارکنان اقماری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۷۰-۱۵۱.

بررسی رابطه تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط یابی در کارکنان اقماری

حمیدرضا عریضی سامانی^۱، سید میثم دیباجی^۲، میثم صادقی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۳/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۲۷

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط یابی در بین کارکنان ایستگاه‌های طرح اقماری منطقه دو عملیات انتقال گاز انجام گردید. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای ۷۵ نفر از کارکنان انتخاب شدند که ۶۶ پرسشنامه بازگردانده شد (نرخ بازگشت ۸۲ درصد). نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد بعد تداخل کار-خانواده در کارکنان اقماری نسبت به میانگین جامعه، بالا می‌باشد. علاوه بر این تعارض کار-خانواده با هر سه مقیاس ملاک پژوهش شامل حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط یابی رابطه معنی‌داری نشان داد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور پیش‌بینی متغیرهای ملاک، نشان داد بعد تداخل کار-خانواده پیش بین مهمی در حمایت سازمانی ادراک شده توسط کارکنان است و بعد تداخل خانواده-کار می‌تواند متغیرهای استرس شغلی و خودتسلط یابی را پیش‌بینی کند. واریانس تبیینی برای متغیر حمایت سازمانی ادراک شده توسط بعد تداخل کار-خانواده ۲۲ درصد، برای استرس شغلی توسط بعد تداخل خانواده-کار ۲۲ درصد و برای خودتسلط یابی ۲۶ درصد از واریانس آن توسط بعد تداخل خانواده-کار تبیین می‌شود. بدین ترتیب با توجه به نتایج به دست آمده، لزوم سرمایه‌گذاری به منظور تلاش برای کاهش تعارضات بین دو حیطه کار و خانواده در کارکنان با الگوی کار اقماری مشخص می‌شود.

واژه‌های کلیدی: تعارض کار-خانواده، تداخل کار-خانواده، تداخل خانواده-کار، حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی، خودتسلط یابی، کارکنان اقماری

^۱. استادیار دانشگاه اصفهان dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir

^۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی دانشگاه اصفهان sm.diba@gmail.com

^۳. دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

کارکنان اقماری به کارکنانی گفته می‌شود که به علت مقتضیات شغلی در محلی دور از خانواده به کار مشغول هستند. معمولاً کارکنان اقماری در شرکت گاز در ایستگاه‌های تقویت فشار و خطوط انتقال گاز مشغول به کار می‌باشند. در مورد این که کارکنان اقماری، از میان افراد بومی یا غیربومی گزینش شوند در سطح مدیران ارشد گاز دو دیدگاه متمایز وجود دارد. رویکردی که بر کارکنان بومی تأکید می‌کند بر این باور است که آن‌ها تمایل بیشتری به ماندن در محیط داشته و انگیزش بالاتری برای کار دارند؛ در حالی که رویکرد دوم اعتقاد دارد که معمولاً تخصص و مهارت لازم در افراد بومی وجود ندارد. در گذشته رویکرد دوم در مدیران ارشد، رویکرد غالب بوده است؛ در حالی که اینک با رشد دانش و مهارت مستقل از محیط‌های خاص نظریه اول نیز هوادارانی پیدا کرده است (حسینی، ۱۳۸۸). یکی از موارد چالش برانگیز در مورد کارکنان اقماری غیر بومی، افزایش تعارض کار- خانواده در میان آنان نسبت به کارکنان بومی است که مورد توجه مدیران ارشد انتقال گاز و وزارت نفت قرار گرفته است. نمونه موجود در میان کارکنان اقماری نمونه‌ای محدود و به شدت با اهمیت است، زیرا در آینده ممکن است این نمونه دیگر وجود نداشته باشد و کارکنان اقماری از افراد بومی انتخاب شوند؛ لذا پژوهش بر روی آنان اهمیت بیشتری داشته و در آینده ممکن است به عنوان یک پیشینه پژوهشی برای تصمیم‌گیری برای کارکنان اقماری به کار رود. با این دیدگاه پژوهش حاضر بر روی تعارض کار خانواده شامل تداخل کار- خانواده (تأثیر مسوولیت‌های کاری بر تعهدات خانوادگی) و تداخل خانواده- کار (تأثیر مسوولیت‌های خانوادگی بر تعهدات کاری) بر روی کارکنان اقماری منطقه دو عملیات انتقال گاز انجام گرفته است.

در طی دهه‌های اخیر تحقیقات زیادی روی عوامل به وجود آورنده و نتایج تعارض شغل- خانواده انجام گرفته است (برای مثال، بیرون^۱، ۲۰۰۵؛ فورد، هینن، و لنگکامر^۲، ۲۰۰۷) اما تمرکز این تحقیقات بیشتر بر روی زنان (برای مثال، وی، یینگ و وو^۳، ۲۰۰۹) و یا بر روی خانواده‌هایی که هر دو نفر شاغلند (برای مثال، هسیانگ هوانگ، همر، نیل، پرین^۴، ۲۰۰۴) بوده است. گزینه دیگری که در آن می‌تواند بین مسائل کاری و خانوادگی تعارض جدی پیش آید، کارکنان اقماری هستند. این کارکنان به دلیل نوع شغلشان که مستلزم کار در مناطق دور از شهر است مجبور به خدمت دور از خانواده هستند. امروزه کار اقماری به سرعت در حال افزایش و پیدا کردن جایگاهی اساسی برای سازمان‌هاست (هرلمن، بریت و

^۱. Byron

^۲. Ford, Heinen & Langkamer

^۳. Wei, Ying & Wu

^۴. Hsiang Huang, Y., Hammer, L. B., Neal, M. B., Perrin

هاشیم^۱، ۲۰۰۸). سازگار کردن کارکنان اقماری و خانواده آن‌ها با این الگوی کاری، ارتباط بسیار محکمی با موفقیت این کارکنان دارد (تاکیچی، یان و تسلوک^۲، ۲۰۰۲). از مهم‌ترین مواردی که می‌تواند آنان را با کار اقماری سازگار کند هم‌افزایی و حمایت خانوادگی و سازمانی است.

کار و خانواده دو سیستم اساسی زندگی هر فرد هستند که هر یک جنبه‌ای منحصر به فرد از رفتار انسانی را شکل می‌دهند و هر فرد باید میان آن چه که هرکدام از این دو جنبه زندگی از او طلب می‌کنند تعادل برقرار سازد. آدامز، کینگ و کینگ^۳ (۱۹۹۶) بیان می‌کنند تعارض کار- خانواده^۴ وقتی اتفاق می‌افتد که خواسته‌های یکی از این دو حیطه (مثلاً کار) با تقاضاهای حیطه دیگر (مثلاً خانواده) ناسازگار باشد که این تعارض می‌تواند هم بر کیفیت زندگی خانوادگی و هم بر کیفیت زندگی کاری تأثیر بگذارد. محققان انواع متفاوتی از تعارض را با توجه به رفتار، زمان و مقدار تنش ایجاد شده توصیف کرده‌اند (کارلسون^۵، ۱۹۹۹؛ کورابیک، لرو و آیمان^۶، ۲۰۰۳). تعارض زمان محور^۷ به طول مدت زمانی که فرد باید به وظایف مربوط به شغلش پردازد مرتبط است (مثلاً کار کردن تا دیروقت در روزهای تعطیل برای اتمام یک پروژه که احتمالاً با زمانی که فرد می‌تواند با خانواده سپری کند تداخل دارد). تعارض تنش محور^۸، زمانی ایجاد می‌شود که فشار روانی انجام یکی از نقش‌ها با توانایی فرد برای انجام مؤثر وظایف مربوط به نقش دیگر فرد تداخل پیدا می‌کند (برای مثال زمانی که یک کارمند نمی‌تواند روی کارش تمرکز کند چون نگران کودک بیمارش است) و تعارض رفتار محور^۹ به نیازمندی‌های رفتاری هر نقش که برای نقش دیگر ناسازگار تلقی می‌شود، اشاره دارد (برای مثال، از یک مقام اجرایی سطح بالای بانکی انتظار می‌رود در کار سخت و خشن باشد ولی با همسرش مهربان و با ملاحظه باشد).

در گذشته این باور وجود داشت که هرکدام از حیطه‌های کار و خانواده بر اساس قوانین مخصوص به خود عمل می‌کنند و باید به طور جداگانه مطالعه گردند. این استدلال امروزه با عقیده‌ای که رابطه بین کار و خانواده را پویا و متقابل می‌داند جایگزین شده است؛ بدین معنا که نه تنها عامل‌های محیط کاری بر زندگی خانوادگی تأثیر دارند بلکه مسائل خانوادگی هم تأثیری قوی بر زندگی کاری می‌گذارند

^۱ . Herleman, Britt & Hashima

^۲ . Takeuchi, Yun & Tesluk

^۳ . Adams, King & King

^۴ . work- family conflict(wfc)

^۵ . Carlson

^۶ . Korabik, Lero & Ayman

^۷ . time-based

^۸ . strain-based

^۹ . behavioral-based

(مثلاً، کروتز^۱؛ ۱۹۹۸؛ نیر، رایس و هانت^۲، ۱۹۸۰). بر این مبنا تعارض کار- خانواده از دو منبع می‌تواند ناشی شود؛ تداخل مسائل کار با خانواده، زمانی روی می‌دهد که وظایف شغلی مانع انجام وظایف خانوادگی می‌گردد و تداخل مسائل خانوادگی با کار، زمانی روی می‌دهد که نقش فرد در خانواده از انجام مؤثر وظایف کاری وی جلوگیری می‌کند (بویار، مائرتز، موسلی و کار^۳، ۲۰۰۸؛ لوک و شافر^۴، ۲۰۰۵؛ کوپلمن، گرین هاوز و کانلی^۵، ۱۹۸۳).

تعارض پایدار بین دو حیطه کار و خانواده با مواردی همچون فرسودگی شغلی فزاینده^۶، استرس‌های خانوادگی و کاری، نشانه‌های بیماری جسمانی، افسردگی، سوء مصرف الکل، رابطه نامناسب کودک- والد، رفتارهای منفی کودکان، کاهش رضایت شغلی و افزایش ترک شغل^۷ و غیبت شغلی^۸ ارتباط دارد (لامبرت، هوگان، کمپ و ونچورا^۹، ۲۰۰۶؛ آلن، هرست، براک و ستون^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ فرن^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ گرژی واچ و باس^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ هیل^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ هسیانگک هوانگک، همر، نیل و پرین^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ کوسک و ازکی^{۱۵}، ۱۹۹۸، هپ برن و بارلینگ^{۱۶}، ۱۹۹۶؛ پری-جنکینز، رپتی و کروتز^{۱۷}، ۲۰۰۰).

در تبیین تعارض کار- خانواده، نظریه حفظ منابع^{۱۷} هوب فول^{۱۸} به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است (گراندی و کروپانزانو^{۱۹}، ۱۹۹۹). این نظریه فرض می‌کند که تلاش‌های افراد در کار به منظور دستیابی، حفظ و پرورش منابعی است که برای آن‌ها ارزش بیشتری دارد. زمانی که این منابع به هر شکلی مورد تهدید قرار گیرند فرد دچار استرس می‌شود. در واقع استرس در فرآیند تعارض کار- خانواده نتیجه از دست رفتن وقت و انرژی در جدال نیازمندی‌های این دو حیطه است (یانسن، نیکول، کانت، کریستنسن، تیج و نیجهویس^{۲۰}، ۲۰۰۳). همچنین برخی رابطه تعارض کار- خانواده با استرس شغلی را با

^۱. Crouter

^۲. Near, Rice & Hunt

^۳. Boyar, Maertz, Mosley & Carr

^۴. Luk & Shaffer

^۵. Kopelman, Greenhaus & Connolly

^۶. increased job burnout

^۷. turnover

^۸. job absenteeism

^۹. Lambert, Hogan, Camp & Ventura

^{۱۰}. Allen, Herst, Bruck & Sutton

^{۱۱}. Frone

^{۱۲}. Grzywacz & Bass

^{۱۳}. Hill

^{۱۴}. Kossek & Ozeki

^{۱۵}. Hepburn, C. G., & Barling

^{۱۶}. Perry-Jenkins, Repetti & Crouter

^{۱۷}. conservation resource theory

^{۱۸}. Hobfoll

^{۱۹}. Grandey, A. A., & Cropanzano

^{۲۰}. Jansen, Kant, Kristensen & Nijhuis

توجه به نظریه هویت^۱ (برک^۲، ۱۹۸۰) توضیح داده‌اند (برای مثال، فرون، راسل و بارنز^۳، ۱۹۹۶). بر طبق نظریه هویت، شغل و خانواده دو عامل بسیار مهم و تعیین کننده در هویت یابی توسط فرد می‌باشند که تعارض بالا در این دو می‌تواند باعث ایجاد استرس از طریق مورد تهدید قرار دادن تصویر خود^۴ در فرد گردد.

بر اساس نظریه حمایت سازمانی ادراک شده^۵ (آیزنبرگر، هانتینگتون، هاتچیسون و سوا^۶، ۱۹۸۶؛ شور و شور^۷، ۱۹۹۵) کارمندان به منظور ادراک آمادگی سازمان برای پاداش دهی به تلاش‌های کاری و برآورده کردن نیازهای هیجانی اجتماعی، باورهای عمومی را در مورد مقداری که سازمان به مشارکت و بهزیستی آن‌ها اهمیت می‌دهند پرورش می‌دهد. حمایت سازمانی ادراک شده همچنین به اطمینان از کمک سازمان در مواقعی که فرد با موقعیت‌های استرس‌زا روبروست و یا در انجام مؤثر شغل خود دچار مشکل است اشاره دارد (جورج، رید، بالارد، کولین و فیدلینگ^۸، ۱۹۹۳). تعارض کار- خانواده را می‌توان جزء موارد مرتبط با بهزیستی روانی در تعریف آیزنبرگر و همکاران و یا موقعیت‌های استرس‌زا در مواقعی که فرد در انجام کارآمد شغل دچار مشکل است در تعریف جورج و همکاران محسوب کرد. با این توضیح زمانی که فرد بین مسائل کاری و خانوادگی احساس تعارض می‌کند این احساس می‌تواند به حمایتی که از طرف سازمان احساس می‌کند نیز سرایت کند. احتمال می‌رود در این مواقع فرد به رفتارهای سازمان در قبال خود حساس‌تر شده و به دنبال نشانه‌هایی در سازمان می‌گردد که نشان دهد سازمان در موقعیت‌های حساس حامی و پشتیبان او بوده و به سلامت فردی او اهمیت می‌دهد؛ لذا احتمالاً تعارض بین مسائل شغلی و خانوادگی می‌تواند ادراک کارکنان را از حمایتی که سازمان از آن‌ها انجام می‌دهد تحریف کند. در مجموع حمایت سازمانی ادراک شده در ایجاد تعادل بین مسوولیت‌های کاری و خانوادگی نقشی کلیدی ایفا می‌کند (آلن، ۲۰۰۱؛ بهسون^۹، ۲۰۰۲).

بیان شده است که افراد در مقابل تعارضات و عدم حمایت در محیط کار به سه گونه پاسخ می‌دهند: ۱- افراد ممکن است تعارضات محیط کار را به خانواده آورند ۲- ممکن است سعی کنند محیط کار را از محیط خانه جدا نگه دارند ۳- ممکن است سعی کنند محیط خانه را به صورت آرمانی و ایده آل

^۱. identity theory

^۲. Burke

^۳. Frone, Russell & Barnes

^۴. self image

^۵. perceived organizational support theory

^۶. Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa

^۷. Shore & Shore

^۸. George, Reed, Ballard, Colin & Fielding

^۹. Behson

در آورده، در محیط خانه آرامش داشته باشند. این سه گروه در ادبیات تعارض کار- خانواده به ترتیب؛ گروه سرریزکننده، گروه جداکننده و گروه جبران کننده نامیده می‌شوند (استینز^۱، ۱۹۸۰). پژوهش‌ها نشان نشان داده‌اند که اکثر افراد در گروه سرریز کننده قرار می‌گیرند (برای مثال، بون^۲، ۱۹۹۸)؛ لذا به نظر می‌رسد در صورتی که فرد احساس کند مسایل کاری او مانع انجام مسوولیت‌های خانوادگی می‌گردد (تداخل کار- خانواده) بر ادراک او از حمایت سازمانی تأثیر می‌گذارد. در نتیجه، فرضیه اول پژوهش را می‌توان این گونه تنظیم کرد: تداخل کار- خانواده، حمایت سازمانی ادراک شده را پیش بینی می‌کند.

پرلین واسکولر^۳ (۱۹۷۸) خودتسلطیابی^۴ را منبعی شخصی می‌داند که به گستره‌ای که فرد روی برون داده‌های زندگی خویش احساس کنترل می‌نماید، اشاره دارد؛ لذا به نظر می‌رسد زمانی که فرد احساس می‌کند که در ایجاد تعادل بین زندگی کاری و خانوادگی خود دچار اشکال است، حس تسلط و کنترل او بر کلیت زندگی، تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. زمانی که فرد احساس خودتسلطیابی بالایی داشته باشد، احساس می‌کند توانایی انجام کارهای خود را به بهترین نحو دارد؛ لذا با ایجاد تعارض بین دو حیطه کار و خانواده فرد باور خود به کنترل نتایج مسائل مرتبط با زندگی را از دست خواهد داد.

باید اشاره کرد که هرگاه فرد در محیط خانه نتواند بر انجام امور کنترل داشته باشد، احساس خودتسلطیابی در او کاهش می‌یابد زیرا واضح است که فرد نمی‌تواند در تداخل کار- خانواده خود را مقصر بداند؛ زیرا رویدادها در محیط کار تابع خط مشی سازمانی و مدیرانی است که کاملاً مستقل از او هستند و انواع رویدادهای محاط بر سازمان از قبیل وضعیت بازار نیز بر تعارضات در محیط کار می‌افزاید و همه افراد می‌دانند که در این امور نقش چندانی ندارند؛ لذا پیش بینی می‌شود خودتسلطیابی نسبت به زمانی که تداخل خانواده- کار وجود داشته باشد، کمتر صدمه ببیند؛ زیرا انتظار می‌رود کنترل فرد بر مسایل زناشویی با مذاکره و تبادل با سهولت بالایی انجام شود. بنابراین فرضیه دوم پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد: تداخل خانواده- کار، خودتسلطیابی را پیش بینی می‌کند.

در مورد استرس شغلی بر خلاف دو سازه فوق نمی‌توان به وضوح تصمیم گیری کرد که بیشتر تحت تأثیر تداخل کار- خانواده قرار می‌گیرد یا تداخل خانواده- کار. برای مثال، استرس ناشی از فشار زمانی، از زمان مورد نیاز برای تعهدات کاری و خانوادگی نشأت می‌گیرد که نمی‌توان مشخص کرد کدام نوع از تعارض کار- خانواده سبب این استرس شده است. یک هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال

^۱. Staines

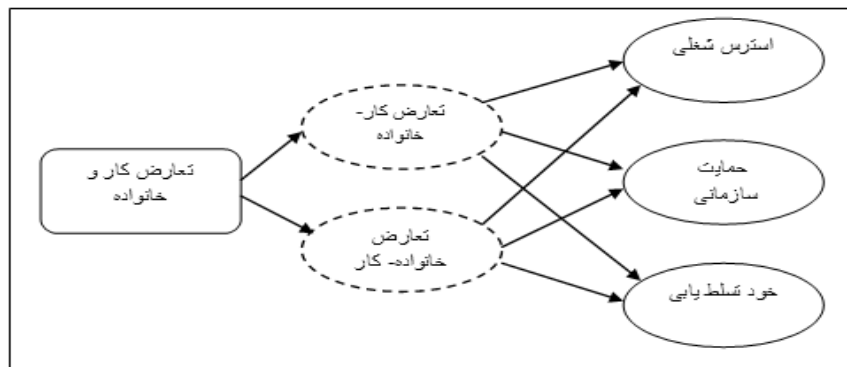
^۲. Bowen

^۳. Pearlman & Schooler

^۴. self-mastery

است که کدام یک از سازه‌های تداخل کار- خانواده و خانواده- کار با استرس شغلی بیشتر مرتبط است. بنابراین فرضیه سوم برخلاف دو فرضیه قبلی بدون جهت گیری در مورد نوع تعارض کار- خانواده بیان می‌شود: تداخل کار- خانواده و تداخل خانواده- کار، استرس شغلی را پیش بینی می‌کنند. با توجه به توضیحات فوق چهارچوب کلی این پژوهش در شکل (۱) آمده است.

شکل ۱- بررسی متغیرهای تعارض کار و خانواده، استرس شغلی، حمایت سازمانی ادراک شده و خود تسلط‌یابی در کارکنان اقماری



روش پژوهش

با توجه به این که در این پژوهش وضعیت موجود کارکنان اقماری در تعارض کار- خانواده، حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط‌یابی بررسی شده است پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان ایستگاه‌های اقماری منطقه دو عملیات انتقال گاز است که در سال ۱۳۸۹ مشغول به کار بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به دلیل وجود ۲ ایستگاه (به صورت ۲ طبقه)، روش طبقه‌ای نسبتی انتخاب شد. حجم نمونه، ۷۵ نفر تعیین گردید و تعداد نمونه هر یک از طبقات با توجه به درصد آن طبقه در جامعه تعیین گردید. بدین ترتیب ۴۲ نفر از ایستگاه پتاه و ۳۳ نفر از ایستگاه دوراهان انتخاب شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌ها با حضور پژوهشگران در ایستگاه‌ها، در نهایت ۶۶ پرسشنامه از دو ایستگاه بازگردانده شد (نرخ بازگشت=۸۸ درصد).

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه تعارض کار- خانواده^۱: این پرسشنامه توسط نت مایر و مک ماریان^۲ (۱۹۹۶) ساخته شده و دارای ۱۰ سؤال است که پنج سؤال اول آن تعارض کار- خانواده و پنج سؤال دوم تعارض خانواده- کار را بررسی می‌کند. افراد بایستی روی یک طیف لیکرتی پنج درجه‌ای از (۱) بسیار مخالفم تا (۵) بسیار موافقم وضعیت خود را در آن ماده پرسشنامه مشخص کنند و تمام ماده‌ها به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شوند. فیلدز^۳ (۲۰۰۲) ضریب پایایی ۰/۹۴ را برای این پرسشنامه گزارش داده است. در ایران این پرسشنامه برای اولین بار به وسیله فاطمی زاده (۱۳۸۴) ترجمه گردیده و پایایی بازآزمایی آن برای قسمت اول ۰/۸۲ و برای قسمت دوم ۰/۹۲ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب پایایی درونی آلفای کرونباخ آن برای تداخل کار- خانواده ۰/۸۶ و برای تداخل خانواده- کار ۰/۸۲ به دست آمد. روایی پرسشنامه توسط سازندگان آن به روش همبستگی همگرا و واگرا با ۱۶ سازه روان‌شناختی مانند رضایت از زندگی، رضایت شغلی، تعارض نقش و ابهام نقش بررسی شده است. نتایج این بررسی حاکی از آن است که رضایت شغلی و رضایت از زندگی با این پرسشنامه رابطه منفی معنادار و ابهام نقش با پرسشنامه رابطه مثبت معنادار دارد ($P < 0/05$).

۲. پرسشنامه زمینه یابی حمایت سازمانی ادراک شده^۴: متغیر حمایت سازمانی ادراک شده در این پژوهش توسط پرسشنامه حمایت سازمانی ادراک شده سنجیده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط آیزنبرگر و همکاران ساخته شد. دو فرم بلند ۳۶ گویه‌ای و فرم کوتاه ۱۷ گویه‌ای از این پرسشنامه وجود دارد که در این پژوهش از فرم بلند آن استفاده شده است که در آن نمره گذاری سؤالات ۲۸، ۳۴، ۳۲، ۳۱، ۲۶، ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۷، ۶، ۴، ۳، ۲ به صورت معکوس می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای تنظیم شده است که فرد از (۱) بسیار مخالفم تا (۷) بسیار موافقم ادراک خود را از میزان حمایت‌های سازمان مشخص می‌کند. این ابزار در ۷۳ تحقیق علمی به صورت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و از میزان پایایی بسیار مطلوبی برخوردار بوده است. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۵ توسط زکی ترجمه گردیده و میزان پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای ۱۰۰ آزمودنی ۰/۸۹ گزارش شده است (زکی، ۱۳۸۵). ضریب پایایی درونی آلفای کرونباخ آن در این پژوهش نیز برابر ۰/۸۹ به دست آمده است. روایی سازه این پرسشنامه توسط عریضی و گل پرور (۱۳۸۶) با دو روش تحلیل

^۱. Work-Family Conflict Scale

^۲. Netmeyer, & Mucmarian

^۳. Fields

^۴. Perceived Organizational Support Survey

عامل (اکتشافی و تأییدی) و هم از طریق روایی همگرا و واگرا حاصل شده است و تک بعدی بودن آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مشخص گردیده است. در کارکنان شرکت پخش فرآورده‌های نفتی (۱۴ تحقیق مستقل در ۱۴ سازمان سراسر کشور) روایی همگرای آن با متغیر حمایت سرپرست ادراک شده در همه حالت‌ها بالاتر از ۰/۴ و روایی واگرای آن با تعهد سازمانی و رضایت شغلی کمتر از ۰/۲۵ بوده است (عریضی و گل پرور، ۱۳۸۶).

۳. پرسشنامه فشار روانی در شغل (استرس شغلی)^۱: برای ارزیابی میزان فشار روانی کارکنان، از پرسشنامه فشار روانی استفاده شده است. این پرسشنامه توسط الیوت در ۲۰ ماده، در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۱-۴) از هرگز تا اغلب برای هر سؤال در نظر گرفته شده است. مقیمی (۱۳۸۷) این پرسشنامه را برای اولین بار ترجمه کرده است. روایی این پرسشنامه توسط الیوت مشخص شده است و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۵ محاسبه شده است (شوشتری، ۱۳۸۴). در این پژوهش نیز ضریب پایایی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ را نشان داد. روایی سازه این پرسشنامه در ایران توسط شوشتری (۱۳۸۷) هم از طریق روایی همگرا و هم روایی واگرا در پژوهشی روی کارکنان فولاد مبارکه مورد تأیید قرار گرفته است.

۴. مقیاس خودتسلط‌یابی^۲: برای ارزیابی ادراک کنترل شخصی از مقیاس خودتسلط‌یابی پرلین و اسکولر (۱۹۷۸) که توسط عریضی (۱۳۸۳) ترجمه گردید، استفاده شد. در این مقیاس ۷ ماده‌ای افراد مشخص می‌کنند تا چه اندازه احساس می‌کنند بر پیامدهای زندگی خویش کنترل دارند و شامل پنج سؤال یا عبارت منفی (مانند، من کنترل کمی روی اموری دارم که برایم روی می‌دهند) و دو سؤال یا عبارت مثبت می‌باشد (مانند، من هر کاری را که تصمیم به انجام آن گرفته‌ام می‌توانم انجام دهم). پاسخ دهندگان می‌بایست به یک مقیاس چهارگزینه‌ای با درجاتی از (۱) بسیار مخالفم تا (۵) بسیار موافقم، جواب دهند. لازم به ذکر است که در سوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۷ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این ابزار دارای ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت بخشی می‌باشد (پرلین، لیبرمن، مناقان و مولان^۳، ۱۹۸۱، پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸، ترنر و نوه^۴، ۱۹۸۸). ضریب پایایی درونی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۶ به دست آمد. به منظور بررسی روایی مقیاس خودتسلط‌یابی، مارشال

^۱. Stress Questionnaire

^۲. Self-Mastery Scale

^۳. Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan

^۴. Turner & Noh

و لانگ^۱ (۱۹۹۰) با استفاده از شیوه تحلیل عاملی نشان دادند که همه هفت آیتم بارهای عاملی بالایی در یک متغیر درونی داشتند که معرف خودتسلط‌یابی بود.

به منظور بررسی پایایی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش در مطالعه مقدماتی با استفاده از ۳۵ نفر، همسانی درونی (آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف) ابزارها مورد مطالعه قرار گرفتند که شرح آن به صورت زیر است.

جدول ۱: ضریب پایایی مقیاس‌های پژوهش*

ملاک‌های پایایی مقیاس	آلفای کرونباخ	ضریب تنصیف	ضریب گوتمن
تداخل کار خانواده	۰/۸۶	۰/۸۰	۰/۸۰
تداخل خانواده کار	۰/۸۲	۰/۷۶	۰/۷۷
حمایت سازمانی ادراک شده	۰/۸۹	۰/۸۲	۰/۸۳
استرس شغلی	۰/۷۴	۰/۷۵	۰/۷۴
خودتسلط‌یابی	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۷۱

*محاسبه شده بر مبنای نمونه ۳۵ تایی تصادفی از داده‌ها

در مجموع جدول شماره (۱) پایایی مبتنی بر همسانی درونی مقیاس‌های مورد استفاده در پژوهش را تأیید می‌کند. روایی محتوایی در پژوهش حاضر از طریق مطالعه پرسشنامه‌ها توسط اساتید روان‌شناسی صنعتی، که در زمینه پژوهش از تجارب کافی برخوردار بودند، مورد مطالعه قرار گرفت و بر اساس نظرات آن‌ها اصلاحات لازم انجام شد.

یافته‌های پژوهش

از نظر خصوصیات جمعیت شناختی ۲۱/۲ درصد از جامعه پژوهش در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۳۷/۸ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۱/۳ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۹/۷ درصد بالای ۵۰ سال بوده‌اند. ۷/۶ درصد افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۴/۲ دیپلم، ۲۱/۲ فوق دیپلم، ۴۵/۵ لیسانس، و ۱/۵ درصد فوق لیسانس یا بالاتر بودند. ۴۵/۴ درصد واحد‌های پژوهش کمتر از ۱۰ سال سابقه داشته‌اند، ۱۸/۲ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال، ۲۱/۷ درصد ۲۱ تا ۳۰ سال و ۱۳/۶ درصد دارای سابقه‌ای بیش از ۳۰ سال در سازمان بودند.

^۱. Marshall & Lang

جدول ۲. یافته‌های توصیفی و ماتریس همبستگی مقیاس‌های تحقیق در ایستگاه‌های اقماری

آماره	تعداد	میانگین جامعه	میانگین اقماری	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
تداخل کار خانواده	۶۶	۱۷/۵	۲۳/۷۳	۷/۵۷	۱				
تداخل خانواده کار	۶۶	۱۷/۵	۱۰/۵۸	۴/۸۹	**۰/۴۴	۱			
حمایت سازمانی	۶۶	۱۲۶	۱۳۹/۶۵	۲۱/۵۸	**۰/۴۷	-۰/۰۸	۱		
استرس شغلی	۶۶	۴۰	۳۶/۵۵	۶/۴۸	*۰/۳۰	**۰/۴۶	**۰/۵۰	۱	
خودتسلط یابی	۶۶	۱۴	۲۰/۶۸	۳/۶۴	**۰/۳۰	**۰/۵۱	*۰/۳۵	**۰/۴۳	۱

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که روابط ساده بین کلیه متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش به غیر از رابطه متغیر تداخل خانواده کار و حمایت سازمانی ادراک شده در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشند اما در سطح ۰/۰۱ رابطه تداخل کار- خانواده و استرس شغلی، و رابطه حمایت سازمانی ادراک و خودتسلط یابی نیز معنادار نمی‌باشد. همچنین نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای پژوهش در کارکنان اقماری، متفاوت از میانگین فرضی جامعه می‌باشند. از این رو به منظور آزمون این فرضیه، با در نظر گرفتن فرض نرمال بودن توزیع در هر یک از متغیرها، آزمون‌های t تک نمونه‌ای (آزمون دو دامنه) گروه اقماری با میانگین فرضی جامعه در هر یک از متغیرها از آزمون‌های t تک نمونه‌ای (آزمون دو دامنه) استفاده شد.

جدول ۳: تجزیه تحلیل آزمون تفاوت با میانگین فرضی جامعه

آماره	df	نمره t	ρ	سطح معناداری
تداخل کار خانواده	۶۵	۶/۶۷	*۰/۰۰۱	۰/۰۱
تداخل خانواده کار	۶۵	۱۱/۴۹	*۰/۰۰۱	۰/۰۱
حمایت سازمانی	۶۵	۵/۱۵	*۰/۰۰۱	۰/۰۱
استرس شغلی	۶۵	۴/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۰۱
خود تسلط یابی	۶۵	۱۱/۸۸	*۰/۰۰۱	۰/۰۱

* $P < 0/01$

طبق نتایج حاصل شده با ۹۹٪ اطمینان متغیرهای تعارض کار خانواده، حمایت سازمانی ادراک شده و خودتسلط‌یابی بیشتر از میانگین فرضی جامعه و متغیر تعارض خانواده- کار و استرس شغلی کمتر از میانگین فرضی جامعه می‌باشند ($p < 0/05$).

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده تعارض کار- خانواده (تداخل کار- خانواده و تداخل خانواده- کار) برای متغیرهای حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلط‌یابی از روش آماری تحلیل رگرسیون خطی گام به گام استفاده شده است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون خطی گام به گام

پیش‌بین	آماره ملاک	R^2	ΔR^2	F	F change	B	β	SEB	t
تداخل کار خانواده	حمایت سازمانی	۰/۲۲	۰/۲۲	۱۷/۶۳*	۱۷/۶۳	-۱/۳۲	-۰/۴۶	۰/۳۱	۴/۲۰*
تداخل خانواده کار	استرس شغلی	۰/۲۱	۰/۲۱	۱۷/۰۵*	۱۷/۰۵	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۱۵	۴/۱۳*
تداخل خانواده کار	خودتسلط‌یابی	۰/۲۶	۰/۲۶	۲۲/۷۵*	۲۲/۷۵	-۰/۳۸	-۰/۵۱	۰/۸۰	۴/۷۷*

* $P < 0/01$

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد زیر مقیاس تداخل کار- خانواده، به عنوان پیش‌بینی‌کننده متغیر حمایت سازمانی ادراک شده و زیر مقیاس تداخل خانواده- کار، به عنوان پیش‌بینی‌کننده متغیرهای استرس شغلی و خودتسلط‌یابی وارد معادله رگرسیون می‌شود.

ضرایب تبیین نشان می‌دهد که ۲۲ درصد تغییرات حمایت سازمانی ادراک شده را تداخل کار- خانواده، و ۲۱ درصد تغییرات استرس شغلی، و ۲۶ درصد تغییرات خودتسلط‌یابی را زیر مقیاس تداخل خانواده- کار تبیین می‌کند.

هم چنین وزن β بدست آمده نشان می‌دهد به ازای هر واحد تغییر در تداخل کار- خانواده، ۰/۴۶ واحد تغییر در جهت عکس در حمایت سازمانی ادراک شده، و به ازای هر واحد تغییر در تداخل خانواده- کار، ۰/۴۶ واحد تغییر در استرس شغلی و ۰/۵۱ واحد تغییر در جهت عکس در متغیر خودتسلط‌یابی حاصل می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تداخل کار- خانواده در کارکنان اقماری از سطح میانگین جامعه بیشتر می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به دلیل این که محل کار کارکنان اقماری از محل زندگی آنها فاصله دارد این کارمندان- که مجبور هستند در مدتی که در مناطق با الگوی کار اقماری کار می‌کنند دور از خانواده به سر برند- احساس می‌کنند که مسایل کاری آنها سبب شده است نقش‌های خانوادگی را به درستی انجام ندهند؛ چرا که به ویژه به لحاظ زمانی، در طول مدتی که کار می‌کنند از انجام وظایفی که در خانه به طور معمول برای آنها تعریف شده است ناتوان هستند. این فشار می‌تواند از جانب خود شخص وارد شود که به آن اجبارهای خود^۱ گویند و یا فشارهای عینی یا ادراک شده‌ای باشد که فرد از جانب محیط پیرامونش احساس می‌کند (کان، ولف، کوئین، اسنوک و روزنتال^۲، ۱۹۶۴). از سویی دیگر نتایج این تحقیق از پایین بودن سطح تداخل خانواده- کار در کارکنان اقماری خبر می‌دهد. با وجود نیازی که کار اقماری برای دور بودن از خانواده دارد منطقی به نظر می‌رسد که نیازمندی‌های خانوادگی نمی‌توانند در کار دخالت کنند؛ چرا که نیازمندی‌های خانوادگی مثل خانه‌داری یا مراقبت از فرزندان (یانگ، چن و زو^۳، ۲۰۰۰) با نیازمندی‌های مرتبط با کار اقماری- کار دور از محل زندگی متناسب نیستند.

این یافته از آن جهت قابل توجه است که علی‌رغم این که همبستگی بین تداخل کار- خانواده با تداخل خانواده- کار بالاست (۰/۴۴) اما میانگین تداخل خانواده- کار در کارکنان اقماری به طور معناداری پایین‌تر از میانگین فرضی جامعه است. این یافته ما را به این تبیین احتمالی رهنمون می‌سازد که افرادی که در مسوولیت‌های کاری و خانوادگی احساس تداخل می‌کنند، این فشار را از هر دو سوی کار و خانواده ادراک می‌کنند؛ علی‌رغم این که می‌دانند این مسوولیت‌های کاری است که با فشار نامتعارف خود به زندگی خانوادگی آنها لطمه وارد کرده است. به تعبیری دیگر یک حالت سرریزشدگی از ادراک تداخل کار- خانواده به ادراک فرد از این که مسوولیت‌های خانوادگی در کار ایجاد خلل می‌کنند، اتفاق می‌افتد که می‌تواند سبب هم‌افزایی نیز گردد و فرد را قویاً به این احساس برساند که تنهاست و ادراک حمایت اجتماعی نیز در او کاهش یابد؛ چرا که نه کار و نه خانواده قادر به درک وضعیّت او نیستند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند کارکنان اقماری در حمایت سازمانی ادراک شده و

^۱. own forces

^۲. Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal

^۳. Yang, Chen & Zou

خودتسلطیابی نیز از میانگین جامعه نمره بالاتری کسب کرده‌اند. با توجه به موارد حمایتی، پاداش و مزایایی که شرکت برای کارکنان اقماری فراهم می‌کند و همچنین امکانات تفریحی متنوعی که در محل کار اقماری برای این کارکنان در نظر گرفته شده است - با وجود این که کار در مناطق اقماری ممکن است چندان مطلوب به نظر نرسد (برای مثال، تانگ^۱، ۱۹۸۱؛ شافر، هریسون، گریگن، بلک و فرزاندی^۲، ۲۰۰۶) - اما این کارکنان احساس می‌کنند که سازمان به آن‌ها و شرایطشان که با الگوهای معمول مکانی کار متفاوت است توجه داشته و از آنان حمایت می‌کند. یک تبیین احتمالی برای بالا بودن خودتسلطیابی در این کارکنان، علی‌رغم وجود تداخل‌ها خانوادگی و مشکلات دیگر، توجیه پس از تصمیم است. بر طبق نظریه ناهماهنگی شناختی^۳ (فستینگر^۴، ۱۹۵۷)، می‌توان گفت این کارکنان زمانی که علی‌رغم آگاهی از این که کار اقماری مشکلات خاصی را به دنبال دارد، به کار ادامه می‌دهند خود را توجیه کرده و سعی می‌کنند از طریق یافتن اطلاعات تأییدکننده تصمیم خویش احساس اطمینان و تسلط خود را بر موقعیت افزایش دهند (الریخ، گاتمن، شونباخ و میلز^۵، ۱۹۵۷). در نتیجه این افراد ادراکی را مبنی بر این که انتخاب آن‌ها بهترین انتخاب ممکن بوده است پرورش می‌دهند که لزوماً با واقعیت بیرونی منطبق نیست.

با توجه به همبستگی معنادار متغیرهای ملاک پژوهش با تداخل کار - خانواده و تداخل خانواده - کار می‌توان گفت با بالا رفتن تعارض بین دو حیطه کار و خانواده، افراد احساس می‌کنند سازمان با آن‌ها به عنوان یک انسان که نیازهایش برای سازمان اهمیت دارد، رفتار نمی‌کند و آنان را صرفاً به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف خودش در نظر گرفته و از آن‌ها سوءاستفاده می‌کند؛ لذا ادراک آن‌ها از حمایت سازمانی کاهش می‌یابد. از سویی دیگر تعارض بین کار و خانواده می‌تواند باعث شود استرس شغلی به دلیل این که فرد منابع محدودی از انرژی دارد و خواسته‌های این دو حیطه را بیش از توانایی‌های خود احساس می‌کند؛ ایجاد شود، چرا که استرس شغلی زمانی ایجاد می‌شود که نیروها و فشارهای روانی و اجتماعی به شکل رخداد یا موقعیت‌های خاص، تعادل شخص را بر هم زند (آزاد مرزآبادی، طرخورانی، امامی خوانساری، ۱۳۸۶)؛ لذا با توجه به نظریه تقاضا - منابع شغلی (بیکر، دمروتی، دی بوئر و شافلی^۶، ۲۰۰۳b؛ بیکر، دمروتی، تاريس، شافلی و اسکروس، دمروتی، ۲۰۰۳c؛ بیکر، ناچرینر و شافلی،

^۱. Tung

^۲. Shaffer, Harrison, Gregeren, Black & Ferzandi

^۳. cognitive dissonance

^۴. Festinger

^۵. Ehlich, Guttman, Schonbach & Mills

^۶. Bakker, Demerouti, De Boer and Schaufeli

۲۰۰۱a؛ دمرتوی، بیکر، دی یونگ، یانسن و شافلی، ۲۰۰۱b) با افزایش تداخل تقاضاهای کار و خانواده فرد بین تقاضاهای شغلی و منابعی که شغل برای برآورده کردن این انتظارات برای فرد فراهم می‌کند احساس عدم تعادل می‌کند که این عدم تعادل منجر به استرس می‌شود. در تبیین رابطه تعارض کار- خانواده و خودتسلطیابی باید گفت با افزایش تداخل‌ها نیازمندی‌های این دو حیطه با هم، فرد احساس تسلط خود را بر برون دادها و نتایج زندگی شخصی‌اش از دست می‌دهد. این مسئله نوعی درماندگی آموخته شده (مایر، سلگمن، سولومون^۱، ۱۹۶۹) را برای فرد به همراه دارد که منجر می‌شود فرد پس از مدتی نه تنها احساس عدم کنترل روی زندگی‌اش داشته باشد بلکه به این احساس نیز برسد که هر قدر تلاش کند هم نمی‌تواند روی مسائل متفاوت زندگی‌اش تسلط یافته و آن‌ها را کنترل کند؛ بدین ترتیب حس خودتسلطیابی وی با سرعت فزاینده‌ای تحلیل می‌رود.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور پیش بینی متغیرهای ملاک پژوهش نشان داد که تداخل کار- خانواده توانایی تبیین ۲۲ درصد از واریانس حمایت سازمانی ادراک شده توسط کارکنان را دارا می‌باشد و با کاهش هر واحد از تداخل کار- خانواده می‌توان پیش بینی کرد ۰/۴۶ به ادراک حمایت سازمانی در کارکنان اضافه می‌شود و فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. آیکن و اسکین^۲ (۲۰۰۵) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که حمایت سازمانی ادراک شده با تعارض کار- خانواده رابطه منفی دارد اما با تداخل خانواده- کار رابطه معناداری ندارد. در تحلیل رگرسیون گام به گام استرس شغلی، تداخل خانواده- کار وارد می‌شود و توانایی تبیین ۲۱ درصد از واریانس استرس شغلی را به دست می‌دهد. وزن رگرسیونی هم نشان می‌دهد با کاهش هر واحد از تداخل خانواده- کار، ۰/۴۶ از مقدار استرس شغلی نیز کاسته می‌شود که نشان می‌دهد در فرضیه سوم، این تداخل خانواده- کار است که توان پیش بینی استرس شغلی را دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با ادراک این مسئله که وظایف خانوادگی در مسوولیت‌های کاری فرد اختلال ایجاد می‌کند فرد احساس می‌کند نمی‌تواند وظایف کارش را به درستی انجام دهد. مردان ممکن است احساس کنند که شغل آن‌ها به دلیل درگیری آن‌ها در مسایل خانوادگی مورد تهدید قرار گرفته است و یا درگیری آن‌ها در زندگی روزمره خانوادگی، عواملی در شغل که آن‌ها از آن متنفر هستند را برجسته کند که نتیجه‌اش استرس شغلی است (استوارت^۳، ۱۹۹۰). همچنین با توجه به نظریه حفظ منابع هوب فول، با افزایش درگیری فرد در حیطه خانواده، فرد توانایی برآورده سازی

^۱. Maier, Seligman & Solomon

^۲. Aycan & Eskin

^۳. Stewart

ملزومات شغل را- که در دنیای پرشتاب امروزی نیازمند تلاش مستمر است- از دست می‌دهد؛ لذا واکنش وی به این مسئله می‌تواند افزایش استرس کاری باشد.

تداخل خانواده- کار همچنین توانایی تبیین ۲۶ درصد از واریانس خودتسلطیابی را در تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد و با کاهش هر واحد از تعارض خانواده- کار پیش بینی می‌شود ۰/۵۱ به خودتسلطیابی فرد اضافه گردد که تأیید کننده فرضیه دوم است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با افزایش مداخلات خانواده در حیطه کاری فرد، احساس عدم کنترل بر جریاناتی که زندگی فرد را راهبری می‌کنند به فرد دست می‌دهد. در حقیقت فرد احساس می‌کند توان کنترل نتایج مرتبط با زندگی خود را از دست داده است و به نوعی عدم تعادل بین دو حیطه کار و خانواده را به سایر حیطه‌های زندگی شخصی تعمیم می‌دهد. به تدریج فرد به یک درماندگی خود آموخته شده می‌رسد که ثمره‌اش به وجود آمدن این دیدگاه است که تلاش‌های وی در رابطه با زندگی شخصی‌اش تأثیری بر آن‌ها ندارد؛ مسئله‌ای که به کاهش احساس خودتسلطیابی در فرد منجر می‌گردد.

از آن جا که پژوهش حاضر، اعتبار افتراقی دو نوع تعارض کار- خانواده و خانواده- کار در پیش بینی حمایت سازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خودتسلطیابی را نشان داد؛ این امر می‌تواند بر لزوم مشخص ساختن سایر سازه‌هایی که به صورت افتراقی تحت تأثیر این دو نوع تعارض مستقل ولی مرتبط با یکدیگر تبیین می‌شوند برای پژوهشگران آتی تأکید کند. از طرفی دیگر یافته کاربردی پژوهش حاضر برای مدیران ارشد تصمیم گیرنده در صنایع، آن است که برنامه‌هایی را به منظور کاهش تعارض کار- خانواده به ویژه برای کارکنان اقماری در نظر بگیرند. برای مثال، مدیران ارشد می‌توانند در تعارض‌هایی که از به عهده گرفتن نقش‌های مکمل در سازمان ایجاد می‌شود با کارکنان خویش مشورت کنند و در دادن مسوولیت‌های کاری، مسایل مرتبط با تعارض کار- خانواده و پیامدهای آن را در نظر بگیرند. کارکنانی که دریابند مدیران آن‌ها به یک خانواده سالم اهمیت می‌دهند، احساسی از حمایت سازمانی خواهند داشت. برای مثال، در شرکت اتومبیل سازی سایپا، داورزنی (۱۳۸۷ و ۱۳۸۸) از خانواده کارکنان شرکت سایپا دعوت کرد که در یک تور خانواده در شرکت حضور یابند و از نزدیک با دشواری‌های مشاغل همسرانشان آشنایی پیدا کنند. نتایج این پژوهش نشان داد که فشارها درون خانواده کاهش یافت و تداخل خانواده- کار به سطحی پایین‌تر رسید که بر طبق پژوهش حاضر می‌تواند استرس شغلی را نیز کاهش و خودتسلطیابی را افزایش دهد.

منابع

- آزاد مرز آبادی، اسفندیار؛ طرخورانی، حمید؛ امامی خوانساری، نسرين (۱۳۸۶). بررسی استرس‌های شغلی گروهی از کارکنان سپاه. *طب نظامی*، ۹(۱)، ۲۲-۱۵.
- حسینی، محمود (۱۳۸۸). *مصاحبه کیفی حضوری با رئیس واحد آموزش شرکت ملی گاز ایران*. گزارش کارآموزی. تایید شده توسط دانشگاه اصفهان.
- داورزنی، س (۱۳۸۷ و ۱۳۸۸). *تأثیر تورهای خانواده بر کاهش تعارض‌های درون خانواده شرکت اتومبیل سازی سایپا*. واحد تحقیقات.
- شوشتری، فاطمه (۱۳۸۴). *بررسی رابطه بین ادراک سر و صدا با عواطف، سرزندگی و فشار روانی در کارکنان مشاغل اداری و صنعتی مجتمع فولاد مبارکه اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان.
- فاتحی زاده، م (۱۳۸۴). *بررسی رابطه عوامل قبل از ازدواج با رضایت زناشویی خانواده‌های شهر اصفهان*. فصلنامه خانواده و پژوهش. شماره اول، سال دوم.
- عریضی و گل پرور (۱۳۸۶). *حمایت سازمانی ادراک شده در بین کارکنان شرکت پخش فرآورده‌های نفتی ایران*. طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان.

- Adams, G. A., King, L. A., & King, D.W. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 81, 411-420.
- Allen, T. D., Herst, D. E., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 278- 308.
- Allen, T. D. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of Vocational Behavior*, 58, 414-435.
- Aycan, Zeynep, Eskin, Mehmet. (2005). Relative Contributions of Childcare, Spousal Support, and Organizational Support in Reducing Work-Family Conflict for Men and Women: The Case of Turkey. *Sex Roles*, Vol. 53, Nos. 7/8, 453-471.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., De Boer, E. and Schaufeli, W.B. (2003b), "Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency", *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 62, pp. 341-56.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufeli, W.B. and Schreurs, P. (2003c), "A multi-group analysis of the Job Demands-Resources model in four home care organizations", *International Journal of Stress Management*, Vol. 10, pp. 16-38.
- Behson, S. J. (2002). Which dominates? The relative importance of work-family organizational support and general organizational context on employee outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 53-72.

- Bowen, G. L. (1998), "Effects of leader support in the work unit on the relationship between work spillover and family adaptation". *Journal of Family and Economic Issues*, 19 (1), 25-52.
- Boyar, S. L., Maertz, C. P., Mosley, D. C., & Carr, J. C. (2008). The impact of work/family demand on work-family conflict. *Journal of Managerial Psychology*, 23, 215-235.
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family interference and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.
- Burke, Peter J. (1980). "The Self: Measurement Requirements from an Interactionist Perspective." *Social Psychology Quarterly*, 43:18-29.
- Carlson, D. S. (1999). Personality and role variables as predictors of three forms of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 55, 236-253.
- Crouter, A. (1984). Spillover from family to work: The neglected side of the work-family interface. *Human Relations*, 37, 425-552.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. and Schaufeli, W.B. (2001a), "The job demands-resources model of burnout", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, pp. 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., De Jonge, J., Janssen, P.P.M. and Schaufeli, W.B. (2001b), "Burnout and engagement at work as a function of demands and control", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, Vol. 27, pp. 279-86.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Ehlrich, D., Guttman, I., Schonbach, P., & Mills, J. (1957). Postdecision exposure to relevant information, *Journal of Abnormal and social Psychology*, 57, 98-102.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fields, D. (2002). *Taking the Measure of Work: A Guide to Validated Scales for Organizational Research and Diagnosis*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Ford, M. T., Heinen, B. A., & Langkamer, K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *Journal of Applied Psychology*, 92, 57-80.
- Frone, M., Russell, M., & Barnes, G. (1996) Work-family conflict, gender, and health related outcomes: a study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143-162). Washington, DC: American Psychological Association.
- George, J. M., Reed, T. F., Ballard, K. A., Colin, J., & Fielding, J. (1993). Contact with AIDS patients as a source of work-related distress: Effects of organizational and social support. *Academy of Management Journal*, 36, 157-171.
- Grandey, A. A., & Cropanzano, R. (1999). The conservation of resources model applied to work-family conflict and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 350-370.
- Grzywacz, J. G., & Bass, B. L. (2003). Work, family, and mental health: Testing different models of work-family fit. *Journal of Marriage and Family*, 65, 248-262.
- Hepburn, C. G., & Barling, J. (1996). Eldercare responsibilities, interrole conflict, and employee absence: A daily study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 311-318.

- Herleman, H. A., Britt, T. W., Hashima, P. Y.(2008). Ibasho and the adjustment, satisfaction, and well-being of expatriate spouses. *International Journal of Intercultural Relations*, 32 ,282-299.
- Hill, E. J. (2005). Work-family facilitation and conflict, working fathers and mothers, work-family stressors and support. *Journal of Family Issues*, 26, 793-819.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hsiang Huang, Y., Hammer, L. B., Neal, M. B., Perrin, N. A.(2004). The relationship between work-to family conflict and family-to-work conflict: A longitudinal study. *Journal of Family and Economic Issues*, Vol. 25(1), 79-100.
- Jansen, N.W., Kant, I., Kristensen, T.S., & Nijhuis, F.J. (2003). Antecedents and consequences of work-family conflict: a prospective cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(5), 479-491.
- Kahn, R. L., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A.(1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Kopelman, R. E., Greenhaus, J. H., & Connolly, T. F. (1983). A model of work, family, and inter role conflict: A construct validation study. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32, 198-215.
- Korabik, k., Lero, d.s., & Ayman, r. (2003). A multi-level approach to cross cultural work-family research: A micro and macro perspective. *International Journal of Cross Cultural Management*, 3, 289-303.
- Kossek, E. E., & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83, 139-149.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., Camp, S. D., & Ventura, L. A. (2006). The impact of work-family conflict on correctional staff: A preliminary study. *Criminology & Criminal Justice: An International Journal*, 6, 371-387.
- Luk, D. M., & Shaffer, M. A. (2005). Work and family domain stressors and support: Within and cross-domain influences on work-family conflict. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 489 - 508.
- Maier, S. F., Seligman, M. E. P., & Solomon, R. L.(1969). *Pavlovian fear conditioning and learned helplessness: Effects of escape and avoidance behavior of (a) CS-US contingency and (b) the independence of the US and voluntary responding*. In B. A. Campbell and R. Church (Eds.), *Punishment*. New York: Appleton-Century- Crofts.
- Marshall, Grant N.; Lang, Eric L.(1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 132-139.
- Near, J., Rice, R., & Hunt, R. (1980). The relationship between work and non work domains: A review of empirical research. *Academy of Management Review*, 5, 415- 429.
- Pearlin, L. I., Schooler, C.(1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19. 2-21.
- Pearlin, Leonard I., Lieberman, Morton, Menaghan, Elizabeth and Mullan, Joseph(1981). "The Stress Process." *Journal of Health and Social Behavior* 22:337-56.
- Perry-Jenkins, M., Repetti, R., & Crouter, A. C. (2000). Work and family in the 1990s. *Journal of Marriageand Family*, 62, 981-998.

- Shaffer, M. A., Harrison, D. A., Gregeren, H., Black, J. S., & Ferzandi, L. A. (2006). You can take it with you: Individual differences and expatriate effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 91, 109–125.
- Shore, L. M., & Shore, T. H. (1995). Perceived organizational support and organizational justice. In R. S. Cropanzano & K. M. Kacmar (Eds.), *Organizational politics, justice, and support: Managing the social climate of the workplace* (pp. 149–164). Westport, CT: Quorum.
- Staines, G. L. (1980). Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human Relations*, 33, 111–129.
- Stewart, Carol Lynn.(1990). *Job stress, Burnout and work-family conflict*. A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctoral of Philosophy in Psychology. University of California.
- Takeuchi, R., Yun, S., & Tesluk, P. E. (2002). An examination of crossover and spillover effects of spousal and expatriate cross-cultural adjustment on expatriate outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 655–666.
- Tung, R. L.(1981). *Selection and training of personnel for overseas assignments*. Columbia Journal of World Business, 16(1), 68-78.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23–37.
- Wei, F., Ying, F., Wu, L.(2009). The stressors in professional women's work-family conflict: A chinese study. *Canadian Social Science*, Vol.5 No.3 ,62-67.
- Yang, Nini., Chen, Chao. c., Zou, Yimin.(2000). Sources of work-family conflict: A sino-U. S. comparison of the effects of work and family demands. *Academy of Management Journal*, Vol. 43, No. 1, 113-123.



رجبی، غلامرضا؛ عباسی، قدرت اله (۱۳۹۰). بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۸۲-۱۷۱.

بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان

غلامرضا رجبی^۱، قدرت اله عباسی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۴

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده دانشجویان انجام گرفت. ۸۲ مرد و ۱۰۰ زن (جمعاً ۱۸۲ نفر) از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شهید چمران با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برگزیده شدند. داده‌ها از طریق مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، خود انتقادی، ترس از شکست و شرم درونی شده جمع‌آوری و توسط ضریب همبستگی ساده و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که: همسانی درونی مقیاس‌های فوق‌الذکر همگی رضایت بخش بودند. بین متغیرهای خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده رابطه مثبت معنی‌داری دیده شد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد متغیرهای خود انتقادی و اضطراب اجتماعی در پیش‌بینی واریانس متغیر ملاک (شرم درونی شده) سهم دارند و متغیر ترس از شکست در این زمینه نقشی ندارد. در نتیجه می‌توان بیان کرد که انتقادهای افراد از خودشان و اضطرابی که آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی از خود نشان می‌دهند باعث شرم درونی شده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خود انتقادی، اضطراب اجتماعی، ترس از شکست، شرم درونی شده.

^۱. دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز rajabireza@scu.ac.ir

^۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

در ادبیات روان‌شناسی بالینی نقش شرم^۱ در همه طبقه‌های اصلی آسیب مرتبط با اختلال، شناسایی شده است (بادن^۲، ۲۰۰۹). شرم احساس دردناکی است که با بسیاری از مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، اختلال جسمی، اضطراب، اختلال وسواس، حساسیت بین فردی، اختلال‌های شخصیتی، مصرف مواد مخدر، اختلال استرس پس از سانحه و عزت نفس پایین، ارتباط دارد (هارد^۳، ۱۹۹۵؛ لويس^۴، ۱۹۷۱؛ ناتانسون^۵، ۱۹۹۲؛ تانجی و دیرینگ^۶، ۲۰۰۲، برگرفته از الیسون^۷، ۲۰۰۶). شرم یک تجربه هیجانی انزجاری است که با تمایلات اجتنابی و کناره‌گیری در ارتباط است (ماسکولو و فیشر^۸، ۱۹۹۵). اخیراً این سازه روان‌شناختی به عنوان مؤلفه اصلی دامنه‌ای از مشکلات، سلامتی و مستعد بودن به پرخاشگری تشخیص داده شده است (گیلبرت^۹، ۱۹۹۷، ۲۰۰۳، برگرفته از گیلبرت و پروکتر^{۱۰}، ۲۰۰۶). شرم عموماً با یک عاطفه دردناک، که اغلب با ادراک‌هایی که شخص از ویژگی‌های شخصی دارد (مثلاً، شکل بدن، اندازه یا ظاهر)؛ ویژگی‌های شخصیتی (ملال‌آوری) یا در رفتارهایی که از نظر دیگران جالب به نظر نمی‌رسند (مثلاً، تقلب، دزدی) که منجر به طرد یا نوعی از افت اجتماعی می‌شود، در ارتباط است. شرم می‌تواند بیرونی^{۱۱} و درونی^{۱۲} باشد. شرم بیرونی با تفکرات و احساس‌هایی که شخص چگونه در اذهان دیگران به نظر می‌رسد، مرتبط است (گیلبرت، ۱۹۹۷). در این شرم کانون توجه بر دیدگاه دیگران از خود می‌باشد. شرم درونی با رشد خودآگاهی و چگونه شخص برای دیگران نمود پیدا می‌کند، آشکار می‌گردد (لويس^{۱۳}، ۱۹۹۲، برگرفته از گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ لويس، ۲۰۰۳). کانون توجه این شرم بر احساس‌ها و ارزیابی‌های خود به عنوان یک فرد بی‌کفایت یا بد است. گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) معتقدند که یکی از مؤلفه‌های مهم شرم درونی بی‌ارزشی خود^{۱۴} و خود انتقادی^{۱۵} می‌باشد. به نظر می‌رسد شرم می‌تواند افراد را به آسانی در نشخوار سبک‌های خود انتقادی قرار دهد و منجر به افزایش آسیب‌پذیری در

^۱. shame^۲. Budden^۳. Harder^۴. Lewis^۵. Nathanson^۶. Tangney, & Dearing^۷. Elison^۸. Mascola, & Fisher^۹. Gilbert^{۱۰}. Procter^{۱۱}. external^{۱۲}. internal^{۱۳}. Lewis^{۱۴}. self-devaluation^{۱۵}. self-criticism

طیف وسیعی از مشکلات شود. بنابراین، خود انتقادی ارتباط گسترده‌ای با انواع مختلف مشکلات روان‌شناختی دارد. نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که خود انتقادی و شرم نقش مهمی در خشم، اضطراب اجتماعی، اختلال خلقی، بزهکاری، اختلال استرس پس از ضربه، الکلیسم، اختلال شخصیت و مشکلات بین شخصی دارند. خود انتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس‌زا و تضعیف کننده خود می‌باشد، نگریسته می‌شود (گیلبرت و ایرونز^۱، ۲۰۰۴). در نتیجه، خود انتقادی به طور معنی داری با استعداد به شرم رابطه دارد (گیلبرت و پروکتر^۲، ۲۰۰۶؛ گیلبرت و مایلز^۳، ۲۰۰۰). شاهار^۴ (۲۰۰۱) نشان داد که شرم یک اثر میانجی بین خود انتقادی در متغیرهای مبتنی بر حمایت اجتماعی، وقایع مثبت و منفی زندگی و رضایت در روابط نزدیک دارد و به نوبه خود، شرایطی را برای کمک به ایجاد علایم افسردگی فراهم می‌کند. گیلبرت و تانجی (۱۹۹۸)، برگرفته از گیلبرت و مایلز، ۲۰۰۰) معتقدند تجربه انتقاد، درک مرتبه اجتماعی و سبک‌های سرزنش، نقش مهمی در شرم و اضطراب اجتماعی ایفا می‌کنند. همچنین، آن‌ها بر این باورند که انتقاد و پسرفت اجتماعی^۵ می‌تواند به احساس شرم منجر شود، به ویژه اگر شخص مورد انتقاد معتقد باشد، انتقاد صحیح است و متوجه شود که جنبه‌های نامطلوب و غیر جذابش، توسط دیگران مشاهده شده است.

مطالعات نشان می‌دهند که ترس از شکست^۶ با شرم در ارتباط است. بیشتر مطالعات اخیر، ترس از شکست را به عنوان یک گرایش به ارزیابی تهدید کننده و احساس اضطراب در شرایطی که امکان شکست وجود دارد، تعریف کرده‌اند. طبق دیدگاه شناختی-انگیزشی-رابطه‌ای^۷، شکست احتمالاً برای افرادی تهدید کننده است که آن را یاد گرفته‌اند و آن را با نتایج آزاردهنده مرتبط می‌سازند. پیامدهایی که با ترس از شکست در ارتباطند عبارتند از: تجربه شرم و خجالت، خود ارزیابی بی‌ارزش کننده، داشتن آینده‌ای نامشخص، از دست دادن علاقه افراد مهم، پنهان شدن از افراد مهم (کونروی^۸، ۲۰۰۱؛ کونروی، پوکزواردوسکی و هنسچن^۹، ۲۰۰۱؛ کونروی، ویلو و متزلر^{۱۰}، ۲۰۰۲، برگرفته از کونروی، کای و فifer^{۱۱}، ۲۰۰۷).

^۱. Irons

^۲. Miles

^۳. Shahar

^۴. social put down

^۵. fear of failure

^۶. cognitive-motivational-relational view

^۷. Conroy

^۸. Poczwardowski, & Henschen

^۹. Willow, & Metzler

^{۱۰}. Kaye, & Fifer

اتکینسون^۱ (۱۹۷۵)، برگرفته از مک‌گریگور و الیوت^۲ (۲۰۰۵) نیاز پیشرفت را به عنوان «ظرفیتی برای احساس غرور در انجام یک کار» و ترس از شکست را «ظرفیتی برای میل به شرم در تجارب شکست توصیف می‌کند» (ص. ۳۶۰). او بیان می‌کند که شرم هسته اصلی ترس از شکست است که توجه تجربی را دریافت می‌کند. به نظر می‌رسد که اتکینسون شرم را با ترس از شکست گره زده است زیرا شرم را به عنوان تقابلی از غرور و ترس از شکست را به عنوان تقابلی از نیاز به پیشرفت در نظر می‌گیرد. از این رو ترس از شکست به عنوان یک چارچوب خود ارزیابی که بر چگونگی جهت‌ها و تجارب شکست در موقعیت‌های پیشرفت تأثیر می‌گذارد، ملاحظه می‌شود (هک هاسن^۳، ۱۹۹۱، برگرفته از مک‌گریگور و الیوت، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان می‌دهد که شرم ریشه در جامعه‌پذیری والدین و روابط آن‌ها با فرزندان دارد. سی اسمیت^۴ (۱۹۶۹)، برگرفته از مک‌گریگور و الیوت، ۲۰۰۵) نشان داد که مادران با ترس بالا از شکست، مجموعه معیارهای پیشرفت بالایی را برای فرزندانشان در نظر می‌گیرند اما به نظر می‌رسد که این فرزندان توانایی تحقق این معیارها را نداشته باشند.

مطالعات متعددی ارتباط بین شرم و اضطراب اجتماعی^۵ را مورد بررسی قرار داده‌اند. واتسون و فریند^۶ (۱۹۶۹)، برگرفته از زایدات، سالیناس، سیرا و پارا^۷ (۲۰۰۷) معتقدند که اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال پیچیده‌ای است که شامل اجزاء و ابعاد مختلفی برای بررسی و ارزیابی می‌باشد. اضطراب اجتماعی، به عنوان تجربه استرس، ناراحتی و ترس مربوط به موقعیت‌های اجتماعی که منجر به اجتناب عامدانه از موقعیت‌ها و ترس از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن از سوی دیگران می‌شود، تعریف شده است. گیلبرت (۲۰۰۰) دریافت که بین شرم، افسردگی و اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد. زونگ، وانگ، اویان، زانگ، گائو، یانگ و چن^۸ (۲۰۰۸) دریافتند که شرم نقش مهمی در اضطراب اجتماعی دارد. شرم و عوامل شخصی مثل عصبیت و برونگرایی - درونگرایی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در دانشجویان چینی همبسته‌اند. لوت واک و فراری^۹ (۱۹۹۷) دریافتند که شرم با پریشانی/اجتناب اجتماعی و اضطراب تعاملی و ترس از ارزیابی اجتماعی در ارتباط است. همچنین آن‌ها نشان دادند که پریشانی/اجتناب اجتماعی و

^۱. Atkinson

^۲. McGregor, & Elliot

^۳. Heckhausen

^۴. C. Smith

^۵. social anxiety

^۶. Watson, & Frind

^۷. Zubeidat, Salinas, Sierra, & Parra

^۸. Zong, Wang, Qian, Zhang, Gao, Yang, Li, & Chen

^۹. Lutwak, & Ferrari

اضطراب تعاملی پیش‌بین‌های معنادار مربوط به مستعد بودن به شرم می‌باشند. نتایج تحقیقات پیشنهاد می‌کند که توجه به اضطراب اجتماعی احتمالاً در درمان افراد مستعد به صفت شرم ارزشمند است.

شرم یک پدیده گسترده است که در نزد افراد، خانواده‌ها، جوامع و فرهنگ‌های مختلف معانی گوناگونی دارد. در کشور ما که تعالیم آن بر اساس ارزش‌های قرآنی و توصیه‌های اخلاقی و تکالیف شرعی به صورت فردی و گروهی و قبول مسئولیت‌های انسانی و اجتماعی است، در نتیجه انسان‌ها در این نوع از جوامع باید در یکسری از وظایف اخلاقی و مهارت‌های ارتباط متقابل اجتماعی سودمند باشند.

در واقع، این مطالعه به دنبال بررسی عوامل تأثیرگذار بر شرم از روی متغیرهای خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست در دانشجویان می‌باشد. دانشجویان از دید افراد جامعه انسان‌هایی با روابط اجتماعی بالا به حساب می‌آیند و اگر در تردید، دلواپسی، سرزنش‌های درونی و ترس از موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند به رشد اجتماعی متعادل و متوازن منجر نخواهد شد. در نتیجه، آن‌ها در انجام بسیاری از وظایف تحصیلی و مسئولیت‌های اجتماعی توفیق لازم را بدست نمی‌آورند. در حال حاضر، یکی از اهداف کشور ما این است که ابزارها و راهکارهایی را تدارک ببیند تا روحیه خمودی، ترس، دلواپسی‌ها و شرم را در بین اقشار مردم به ویژه قشر دانشجو کاهش دهد و آن‌ها را از صحنه‌های علمی، اقتصادی و جنبه‌های دیگر بالندگی و پویایی دور نکند. از این رو شناسایی مؤلفه‌های شرم درونی شده در این تحقیق و روش‌های پیشگیرانه برای جلوگیری از این بی‌ارزشی درونی و بیرونی می‌تواند گام‌های جدی در افزایش توان ارتباطات و تعامل‌های اجتماعی مؤثر دانشجویان باشد. این تحقیق به دو سؤال زیر پاسخ می‌دهد: (۱) آیا ترس از شکست، اضطراب اجتماعی و خودانتقادی با شرم درونی شده رابطه دارند؟ و (۲) کدام یک از متغیرهای ترس از شکست، اضطراب اجتماعی و خود انتقادی واریانس شرم درونی شده را پیش‌بینی می‌کنند؟

روش

جامعه و نمونه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی دو متغیره و رگرسیون چند متغیری است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر ساکن خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود (۵۵۰۰ نفر). در آغاز از بین خوابگاه‌های موجود یک خوابگاه دخترانه شامل ۱۳ بلوک (۵، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۵) و چهار خوابگاه پسرانه (نخل، زیتون، شهدا و مرعشی) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در کل ۱۸۲ نفر (۸۲ مرد و ۱۰۰ زن) به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای

برگزیده شدند. البته باید خاطر نشان کرد که نمونه اولیه ۲۰۰ دانشجوی انتخاب گردیدند که از این تعداد ۱۸ پرسشنامه به طور ناقص توسط آن‌ها برگردانده شد که از نمونه حذف شدند. لیندمن، مرندا و گولد^۱ (۱۹۸۰، برگرفته از هومن، ۱۳۸۵) قویاً تأکید می‌کنند که حجم گروه نمونه در تحلیل رگرسیون چند متغیری دست کم ۱۰۰، و یا دست کم ۲۰ برابر تعداد متغیرها، هر کدام بزرگ‌تر است، باشد. همچنین دارلینگتون^۲ (۱۹۹۰، برگرفته از سرمد، ۱۳۸۸) بیان می‌کند که تعداد نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها باشد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در کل نمونه ۲۲/۳۴ و ۲/۲۹ با دامنه ۱۸ تا ۳۷ سال، در دانشجویان پسر ۲۳ و ۲/۶۳ با دامنه ۱۹ تا ۳۷ سال و در دانشجویان دختر ۲۱/۷۹ و ۱/۸۲ با دامنه ۱۸ تا ۲۷ سال می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی^۳ (SIAS): این مقیاس برای اندازه‌گیری اضطراب در تعامل‌های بین شخصی تدوین شده که شامل ۲۰ ماده از ابداء^۴ تا فوق‌العاده^۴ رتبه‌بندی شده و حداکثر و حداقل نمره از صفر تا ۸۰ متغیر می‌باشد (ماتریک و کلارک^۴، ۱۹۹۸). در این مقیاس نمره بالا بیانگر اضطراب متقابل اجتماعی آزمودنی است. همچنین آن‌ها ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن را به فاصله یک هفته ۰/۹۰ به دست آورده‌اند. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس برای کل نمونه ۰/۸۰ و برای مردان ۰/۷۸ و برای زنان ۰/۸۱ محاسبه شده است.

۲- مقیاس ترس از شکست^۵: برای بررسی ترس از شکست از فرم کوتاه ترس از ارزیابی عملکرد^۶ (PFAI)، که توسط کونروی و همکاران (۲۰۰۲) با هدف بررسی ترس از شکست عمومی تدوین شده، استفاده شد. این مقیاس شامل ۵ ماده می‌باشد، پاسخ به هر یک از این ماده‌ها در طیف لیکرتی از اعتقادی ندارم (۱) تا کاملاً معتقدم (۵) تدوین شده است. همچنین آن‌ها ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های فرم ۲۵ ماده‌ای را از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش دادند. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این مقیاس در کل نمونه و در مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ حاکی از همسانی درونی ماده‌های مقیاس دارد.

^۱ . Lindeman, Merenda, & Gold

^۲ . Darlington

^۳ . Social Interaction Anxiety Scale

^۴ . Mattrick, & Clark

^۵ . Fear of Failure Scale

^۶ . The Performance Failure Appraisal Inventory

۳- مقیاس خود انتقادی^۱: در این پژوهش برای اندازه گیری خود انتقادی از مقیاس خود انتقادی / حمله به خود/ قوت قلب، گیلبرت، کلارک، همپل^۲، مایلز و آبرونز (۲۰۰۴) که شامل ۲۲ ماده می باشد، استفاده شده است.

پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف ۵ رتبه ای از نوع لیکرتی از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از صفر تا ۸۸ در نوسان است. آن ها ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده اند. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس خود انتقادی در کل نمونه ۰/۸۳ و در مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۴- مقیاس شرم درونی شده^۳. در این پژوهش برای اندازه گیری شرم از مقیاس شرم درونی شده کوک^۴ (۱۹۹۳)، که شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس استفاده گردیده است.

پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ رتبه ای از نوع لیکرتی (هرگز ۰ تا اکثراً همیشه ۴) می باشد. نمره های بالا در ISS نشان دهنده بی ارزشی و بی کفایتی و احساس حقارت و پوچی و تنهایی و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا می باشد. او ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس های کمرویی و عزت نفس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است.

ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده در این مطالعه در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ به دست آمده است، که رضایت بخش می باشد.

یافته ها

آزمون کالموگروف-اسمیرنف^۵ نشان می دهد که توزیع نمره های متغیرهای خود انتقادی ($p=0/225, z=1/04$)، اضطراب اجتماعی ($p=0/052, z=1/35$)، ترس از شکست ($p=0/486, z=0/83$) و شرم درونی شده ($p=0/11, z=1/20$) در جامعه تابع توزیع نرمال هستند. جدول (۱) شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون را بر حسب متغیرهای مورد مطالعه نشان می دهد.

1 -Self Criticism Scale

2 -Hempel

3 -Internalized Shame Scale

4 -Cook

5 -Kolmogorov-Smirnov

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی آن‌ها با متغیر شرم درونی شده

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	شرم درونی شده
خود انتقادی	$35/29 \pm 11/06$	$0/75 (p < 0/001)$
اضطراب اجتماعی	$25/44 \pm 10/02$	$0/64 (p < 0/001)$
ترس از شکست	$14/11 \pm 4/07$	$0/54 (p < 0/001)$
شرم درونی شده	$42/20 \pm 15/75$	–

همان طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای خود انتقادی، اضطراب اجتماعی، ترس از شکست و شرم درونی شده به دست آمده‌اند. همچنین بین متغیرهای خود انتقادی و شرم درونی شده ($0/75$ ، $p < 0/001$)، اضطراب اجتماعی و شرم درونی شده ($0/64$ ، $p < 0/001$) و ترس از شکست و شرم درونی شده ($0/54$ ، $p < 0/001$) رابطه معنادار دیده می‌شود. این یافته‌ها به سؤال اول تحقیق پاسخ می‌دهد.

در جدول (۲) آماره‌های هم‌خطی^۱ متغیرهای پیش‌بین از جمله ضریب تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳، بیانگر این هستند که همبستگی بین یک متغیر پیش‌بین با سایر متغیرهای پیش‌بین پایین است. به عبارت دیگر، این مقادیر نشان می‌دهند که متغیرهای پیش‌بین همگی مناسب هستند، به ویژه ضریب تحمل متغیر اضطراب اجتماعی ($0/69$). همچنین بین ضریب تحمل و خطای معیار رابطه معکوسی دیده می‌شود. این شاخص‌ها حاکی از ثبات مدل و دقت محاسباتی است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری و تحلیل واریانس رگرسیون ورود شرم درونی شده

توسط متغیرهای خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست

متغیر	B	S.E	β	t	p	هم‌خطی	
						VIF	T
عرض از مبدأ	-۳/۳۴	۲/۷۲	–	-۱/۲۲	۰/۲۲۲	–	–
خود انتقادی	۰/۷۵	۰/۰۷	۰/۵۳	۱۰/۰۶	$p < 0/001$	۰/۶۶	۱/۵۰
اضطراب اجتماعی	۰/۵۴	۰/۰۸	۰/۳۴	۶/۶۱	$p < 0/001$	۰/۶۹	۱/۴۴
ترس از شکست	۰/۳۸	۰/۲۰	۰/۰۹	۱/۸۲	$p = 0/071$	۰/۶۶	۱/۵۱

$$p < 0/001, F(3 و 177) = 119/88, R^2 = 0/67, R = 0/82$$

^۱. colinearity statistics

^۲. Tolerance Coefficient

^۳. Variance Inflation Factor

نسبت F ترکیب خطی متغیرهای پیش بین خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست بر متغیر ملاک (شرم درونی شده) نشان می دهد که رابطه معنی دار است ($F(۳ و ۱۷۷) = ۱۱۹/۸۸$ ، $p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، از سه متغیر پیش بین دو متغیر خودانتقادی و اضطراب اجتماعی در تبیین واریانس متغیر شرم درونی شده به عنوان یک متغیر ملاک نقش اساسی دارند ($R = ۰/۸۲$).

این دو متغیر به ویژه خودانتقادی رویهم رفته ۶۷٪ واریانس متغیر شرم درونی شده را تبیین می کنند و نه متغیر ترس از شکست ($t = ۱/۸۲$ ، $p = ۰/۰۷۱$). به علاوه، وزن های رگرسیون (B و β) بیانگر یافته های به دست آمده اند. این یافته ها به سؤال دوم تحقیق پاسخ می دهد. فرمول پیش بینی شرم درونی شده بر حسب متغیرهای پیش بین به این صورت می باشد: (ترس از شکست) $+ ۰/۳۸$ + (اضطراب اجتماعی) $+ ۰/۵۴$ + (خود انتقادی) $+ ۰/۷۵ - ۳/۳۴ =$ کمروبی

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه پیش بینی سازه شرم از روی متغیرهای اضطراب اجتماعی، خود انتقادی و ترس از شکست در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بود. شرم یک تجربه هیجانی منفی و مخمل است که احساس هایی از خود محکومی و میل به پنهان کردن آسیب خود از دیگران را شامل می شود. جنبه های پیشرفته این هیجان آن است که اغلب افراد خودشان را برای تجربه شرم آور حتی زمانی که به طور اتفاقی دچار یک تجربه شکست می شوند، سرزنش می کنند.

یافته های این مطالعه در ارتباط با همبستگی بین متغیرهای اضطراب اجتماعی، خود انتقادی و ترس از شکست معنادار بودند که بیشترین همبستگی را شرم به ترتیب با متغیر خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست داشت. تحقیقات مختلف بیانگر این هستند که خود انتقادی و شرم نقش مهمی در خشم، اضطراب اجتماعی، اختلال خلقی، بزهکاری، اختلال استرس پس از ضربه، الکلیسم، اختلال شخصیت، مشکلات بین شخصی دارند.

خود انتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی است که استرس زا و تضعیف کننده خود می باشد (گیلبرت و ایرونز، ۲۰۰۴). تحقیقات گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) و گیلبرت و مایلز (۲۰۰۰) نشان دادند که خود انتقادی و مستعد بودن به شرم با یکدیگر رابطه دارند. گیلبرت و تانجی (۱۹۹۸)، برگرفته از گیلبرت و مایلز، (۲۰۰۰) معتقدند که تجربه انتقاد، درک مرتبه اجتماعی و سبک های سرزنش نقش مهمی در شرم و اضطراب اجتماعی ایفا می کنند.

بر طبق دیدگاه شناختی-انگیزشی-رابطه‌ای، شکست احتمالاً برای افرادی تهدیدکننده است که آن را یاد گرفته‌اند و آن را با نتایج آزاردهنده مرتبط می‌سازند. کونروی (۲۰۰۱)؛ کونروی و همکاران، ۲۰۰۱؛ کونروی و همکاران، ۲۰۰۲، برگرفته از کونروی و همکاران، (۲۰۰۷) از پیامدهایی که با ترس از شکست در ارتباطند خبر می‌دهد، مانند تجربه شرم و خجالت، خود ارزیابی بی‌ارزش‌کننده، داشتن آینده‌ای نامشخص، از دست دادن علاقه افراد مهم، پنهان شدن از افراد مهم.

یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات سی‌اسمیت (۱۹۶۹)، برگرفته از مک‌گریگور و الیوت، (۲۰۰۵) در ارتباط با معنی‌داری ترس از شکست و شرم؛ گیلبرت (۲۰۰۰) رابطه معنی‌دار بین شرم، افسردگی و اضطراب اجتماعی؛ زونگ و همکاران (۲۰۰۸) رابطه شرم و عوامل شخصی مثل عصیت و برونگرایی-درونگرایی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در دانشجویان چینی؛ لوت واک و فراری (۱۹۹۷) رابطه شرم با پریشانی/اجتناب اجتماعی و اضطراب تعاملی و ترس از ارزیابی اجتماعی را تأیید می‌کند.

به علاوه، نتایج تحلیل رگرسیون هم به جز برای متغیر ترس از شکست نشان داد که از بین متغیرهای سه‌گانه وارد شده به معادله رگرسیون به ترتیب متغیرهای خود انتقادی و اضطراب اجتماعی بیشترین مشارکت و نقش در پیش‌بینی متغیر شرم در دانشجویان بر عهده دارند. یافته‌های ذکر شده با این یافته همخوان هستند.

همان‌طور که در هدف پژوهش بیان شد، یکی از ضروری‌ترین نیازهای هر انسان، نیاز به داشتن ارتباطات اجتماعی با دیگران است. چرا که بسیاری از نیازهای متعالی انسان و شکوفا شدن استعدادها و خلاقیت‌هایش از طریق کنش یا تعامل متقابل بین فردی و ارتباطات اجتماعی امکان‌پذیر می‌باشد. امروزه سازمان‌ها و اجتماعات به قدری پیچیده شده‌اند که بدون اغراق باید گفت تقریباً تمامی نیازهای انسان‌ها از جمله آموزش، بهداشت، اشتغال، همسرگزینی، فعالیت‌های فوق برنامه، سرگرمی‌ها و بسیاری فعالیت‌های دیگر، بدون ارتباط با دیگران ممکن نیست؛ بنابراین پدیده شرم در انسان‌ها پیچیده است، این پیچیدگی روانی ممکن است نیازهای روان‌شناختی، قابلیت‌ها، هدف‌ها، انگیزه‌ها و برنامه‌های شغلی و اجتماعی و مانند آن را تحت تأثیر قرار دهد.

حقیقت این است که مسأله شرم ممکن است با گذر زمان و پیچیدگی روابط بین فردی و تشدید فشارهای اجتماعی، رقابت‌ها، کناره‌گیری‌ها، تکروری‌ها و تنهایی‌ها عود پیدا کند؛ لذا در این زمینه باید عواملی را که باعث شرم و انزوای اجتماعی انسان‌ها در جامعه می‌شوند را زود و به هنگام تشخیص و

روش‌های تربیتی و درمانی مناسب را مورد استفاده قرار داد. در غیر این صورت شرم همه گیر شده و به صورت یک بیماری اجتماعی در می‌آید.

در کشور ما که تعالیم آن مبتنی بر ارزش‌های والای قرآنی و تکالیف شرعی فردی و گروهی پایه‌ریزی شده است ضرورت دارد که افراد به دور از افراط کاری در گفتار و رفتار خویش شجاعت اخلاقی را مد نظر قرار دهند. امید این است که ارتباطات و پیوندها و مهارت‌های اجتماعی که پیامبر اکرم (ص)، ائمه معصومین (ع)، مجتهدین و روان‌شناسان متذکر شده‌اند بتواند به شکوفایی استعداد های انسان‌ها و کشور عزیز ما منجر شود.

محدودیت عمده این مطالعه مربوط به جامعه دانشجویی است که با احتیاط می‌توان نتایج را به جمعیت‌های دیگر تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی از سنخ‌های شخصیتی و تعامل متغیرها برای واریسی دقیق‌تر سازه شرم در یک مدل فرضی استفاده شود.

از مسئولین خوابگاه‌ها که در انجام این تحقیق همکاری صمیمانه را داشته‌اند، کمال تشکر را داریم.

منابع

- سرمد، زهره (۱۳۸۸). *آمار استنباطی: گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک متغیری*. انتشارات سمت، چاپ سوم.
- هومن، حیدر علی (۱۳۸۵). *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*. موسسه چاپ و انتشارات پیک صبا، چاپ دوم.

- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69, 1032-1039.
- Conroy, D. E., Kaye, M. P., & Fifer, A. M. (2007). Cognitive links between fear of failure and perfectionism. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 237-252.
- Conroy, D. E., Willow, J. P., & Metzler, J. N. (2002). Multidimensional fear of failure measurement: The performance failure appraisal inventory. *Journal of Applied Sport Psychology*, 14, 76-90.
- Cook, D. R. (1993). *Internalized shame scale manual*. Menomonee, WI: Channel Press.
- Elison, J. (2006). Investigating the compass of shame: the development of the compass of shame scale. *Social Behavior and Personality*, 34(3), 221-238.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression the role evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.

- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12 (4), 507-516.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. (2000). Sensitivity to social put-down: its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181–1204.
- Lutwak, N., & Ferrari, J. (1997). Shame related social anxiety replicating a link with various social interaction measures. *Journal Anxiety, Stress Coping*, 10, 335-340.
- Mascolo, M., & Fischer, K. (1995). *Developmental transformations in appraisals for pride, shame, and guilt*. In J. P. Tangney & K. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 64-113). New York: Guilford.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455–470.
- McGregor, H. A., & Elliot, A. J. (2005). The shame of failure: examining the link between fear of failure and shame. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 218-231.
- Shahar, G. (2001). Commentary on shame and community: social components in depression personality, shame, and the breakdown of social bonds: The Voice of quantitative. *Depression Research Psychiatry*, 64(3), 228-238.
- Zhong, J., Wang, A., Qian, M., Zhang, L., Gao, J., Yang, J., Li, B., & Chen, P. (2008). Shame, personality, and social anxiety symptoms SOCIAL in Chinese and American non-clinical samples: across-cultural study. *Depression and Anxiety*, 25, 449–460.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C., & Parra, A. F. (2007). Psychometric properties of the social interaction anxiety scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 603–624



یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده (RDAS). پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۱۸۳-۲۰۰.

بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده (RDAS)

ناصر یوسفی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۰

چکیده

هدف عمده تحقیق حاضر اعتباریابی مقیاس خانوادگی کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده روی زنان و مردان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان سنندج بود. طرح تحقیق از نوع تحقیق همبستگی است (تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع آبلیمین مستقیم و تحلیل عامل تأییدی بود). حجم نمونه شامل ۲۸۴ نفر زن و مرد متأهل در دسترس در نیمسال اول ۱۳۹۰ که به مراکز مشاوره شهرستان سنندج مراجعه کردند، بودند و مقیاس‌های کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده و پرسشنامه‌های ملاک را تکمیل نمودند و داده‌ها به روش تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع آبلیمین مستقیم و تحلیل عامل تأییدی تجزیه و تحلیل شد. نتایج به دست آمده از روش تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع آبلیمین مستقیم، سه عامل کیفیت زناشویی (توافق، رضایت، انسجام) را در جامعه ایرانی نشان داد و با تحلیل عامل تأییدی آن‌ها برازش شدند. ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۱۴ ماده و سه عامل در کل پرسشنامه (به ترتیب با مقدار ۰/۹۲ و ۰/۸۹) رضایت بخش بودند. همچنین، ضرایب روایی همگرا کیفیت زناشویی با پرسشنامه رضایتمندی زناشویی، پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین، مقیاس سازگاری توافق دو نفری به ترتیب (۰/۳۹، ۰/۳۶، ۰/۳۳) بدست آمده است که در سطح ($p < 0.001$) معنادار است. به علاوه، تحلیل آزمون T نشان داد که بین زنان و مردان در عامل‌ها تفاوت وجود ندارد و همچنین تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌های سنی هشت گانه از لحاظ کیفیت زناشویی تفاوت وجود ندارد. نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی با تحقیقات پیشین هماهنگ است و با توجه به روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زناشویی از آن می‌توان در محیط‌های پژوهشی و خانواده‌گی در تعیین کیفیت زناشویی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه کیفیت زناشویی، اعتباریابی پرسشنامه، روایی، پایایی

۱- عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه کردستان Naseryoosefi@yahoo.com

مقدمه

ارتباط نقش مرکزی در ازدواج ایفا می‌کند (بورلسون و دنتون^۱، ۱۹۹۷) به گونه‌ای که از لحاظ ویژگی‌های زناشویی مشخص شده است که ارتباط مؤثر و کارآمد (کیفیت روابط زناشویی) میان شوهر و همسر مهم‌ترین جنبه خانواده‌های دارای عملکرد مطلوب می‌باشد (گریف و مایه‌رب^۲، ۲۰۰۰). بک و جونز^۳ (۱۹۷۲) به نقل از ساپینگتون^۴، ۲۰۰۱، ترجمه حسین شاهی، ۱۳۸۲) متوجه شدند که رایج‌ترین مشکل در ازدواج‌های ناآرام و پر دردسر همانا کیفیت روابط زناشویی ضعیف است. به عبارت دیگر موضوعات ارتباطی ممکن است نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های اولیه برخی زوج‌های مراجعه‌کننده برای درمان باشد (کار^۵، ۲۰۰۰). رویکردهای ارتباطی اغلب با سه فرض اساسی به بررسی ازدواج و روابط زناشویی می‌پردازند: ۱- تعارض‌های زناشویی غیر قابل اجتنابند، هدف درمان‌های ارتباطی حذف کامل این تعارض‌ها نیست بلکه تلاش می‌کنند تا به آن‌ها جهت دهند و آن‌ها را در مسیرهایی سازنده به کار اندازند و کیفیت روابط را بالا ببرند؛ ۲- ارتباط در دو سطح کلامی و غیر کلامی روی می‌دهد و یکی از دلایل اصلی بروز اختلاف‌های زناشویی، ناهماهنگی پیام‌هایی است که به طور هم‌زمان توسط این دو سطح منتقل می‌شوند که منجر به کیفیت روابط زناشویی ضعیف می‌شود؛ ۳- همسران در شیوه‌های برقراری ارتباط و کیفیت زناشویی با یکدیگر تفاوت دارند (سهرابی، ۱۳۸۲). در کل، یک فرض عمومی این بوده است که علت بسیاری از مشکلات ارتباطی زناشویی، مهارت‌های ارتباطی ناکارآمد از طرف همسران می‌باشد و مطابق با این دیدگاه آموزش ارتباط و افزایش کیفیت روابط زناشویی به عنوان کوششی جهت ترمیم رابطه مسئله‌دار، مؤلفه‌ای مهم در بسیاری از رویکردهای درمان زناشویی است. (بورلسون و دنتون، ۱۹۹۷).

مطالعه روابط زوجین به روشن شدن چهارچوب‌های ساختاری که روابط زوجین در آن شکل می‌گیرد کمک می‌کند. کیفیت روابط زناشویی^۵ نقش اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (برادبوری، فینچام و بیچ^۶، ۲۰۰۰). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود (تروکسل^۷، ۲۰۰۶).

^۱. Burleson, R., & Denton, W.

^۲. Greeff, A. & Malherbe, H.

^۳. Beck & Jones

^۴. Sapington

^۵. Carr, A.

^۶. marital quality

^۷. Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S.

^۸. Troxel, W.

سه رویکرد عمده برای مفهوم‌سازی کیفیت روابط زناشویی وجود دارد. رویکرد اول مربوط به لیوایز و اسپانیر^۱ (۱۹۷۹؛ به نقل از ادیتال و لاو^۲، ۲۰۰۵) است که کیفیت روابط زناشویی را ترکیبی از سازگاری و شادمانی می‌داند. رویکرد دوم مربوط به فینچام و برادبوری (۱۹۸۷؛ به نقل از کرولی^۳، ۲۰۰۶) است. بر اساس این رویکرد کیفیت روابط زناشویی منعکس‌کننده ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی است. رویکرد سوم مربوط به مارکس^۴ (۱۹۸۹؛ به نقل از تروکسل، ۲۰۰۶) است که تلفیقی از رویکرد لیوایز و اسپنیر و رویکرد سیستمی بوئن^۵ (۱۹۷۸) است. مارکس نسبت به فرد، رابطه فرد با همسرش و رابطه فرد با دیگران نگرش سیستمی دارد. از این دیدگاه یک فرد متأهل دارای سه زاویه شامل زاویه درونی، زاویه همسری و زاویه بیرونی است. اولین زاویه، خودِ درونی فرد است که در برگیرنده بعد درونی فرد و تلاش‌ها، انگیزه‌ها و انرژی‌های گوناگون است که به وسیله پیشینه طولانی از تمامی تجربیات زندگی فرد شکل می‌گیرد. زاویه دوم رابطه با همسر است. آن بخش از خود که به طور مداوم به همسر توجه می‌کند، با او هماهنگ می‌شود و از او مراقبت می‌کند. زاویه دوم پل استقلال-همبستگی است، به همین دلیل است که همسر به عنوان نیمه دوم شخص تصور می‌شود. زاویه سوم هر نقطه تمرکز خارج از خود، بجز همسر را نشان می‌دهد. به عبارتی اینجا نیز از مثلث‌ها بحث می‌شود. منتها بر خلاف نظر بوئن که دیگری مهم را صرفاً یک شخص می‌داند، مارکس معتقد است که دیگری مهم می‌تواند، شغل، سرگرمی و غیره، نیز باشد. بر این اساس، مارکس کیفیت روابط زناشویی را چنین تعریف می‌کند: «کیفیت روابط زناشویی نتیجه شیوه‌هایی است که افراد متأهل به طور نظام‌مند خود را در این مثلث (سه زاویه) سازماندهی می‌کنند» (تروکسل، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه فینچام و برادبوری (۱۹۸۷؛ به نقل از ادیتال، ۲۰۰۵)، کیفیت روابط زناشویی و میزان شادمانی تابع نحوه تعامل زن و شوهر و شیوه‌های مقابله آن‌ها با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است (برادبوری، فینچام و بیچ، ۲۰۰۰؛ کرولی، ۲۰۰۶).

با مرور پیشینه پژوهش در خارج از کشور مشخص شد که محققان از این ابزار به وفور در مطالعات روابط زوجین بهره گرفته‌اند که به این پژوهش‌ها اشاره می‌شود.

پژوهش‌های صورت گرفته با بهره‌گیری از ابزار مقیاس کیفیت زناشویی در ارتباط زوجین (هازن و شیور^۶، ۱۹۹۰؛ کولینز، ۱۹۹۶؛ فینی، ۱۹۹۹؛ کرولی، ۲۰۰۶؛ دی وایت و هاور، ۲۰۰۸)، رضایت‌مندی

^۱. Lewise & Spanier

^۲. Adital, B., Lavee, Y.

^۳. Crowley. A.

^۴. Marks

^۵. Bowen, B.

^۶. Hazan, C, & Shaver, P.

زناشویی (سیمپسون^۱، ۱۹۹۰)، نحوه تعامل زوجین (فینی، نولر و کالان^۲، ۱۹۹۴)، تعارض (سیمپسون، ۱۹۹۰؛ کریسی، ۲۰۰۲)، الگوی سازگاری با تعارض (الکساندراو، ۲۰۰۳؛ پیترموناکو، گرینوود و فلدمن^۳، ۲۰۰۴)، الگوی تمایل - اجتناب^۴ (الدبرینگ و کریستنسن^۵، ۲۰۰۲؛ هسلی، ۲۰۰۶)، شیوه ابراز عواطف (دی‌وایت و هور، ۲۰۰۸)، خشونت در روابط زناشویی (کیمبرلی و باکر، ۲۰۰۸) و رضایت زناشویی (هسلی، ۲۰۰۶) مورد استفاده واقع شده است. با مروری بر نتایج پژوهش‌های گذشته مشخص می‌شود که این پژوهش‌ها متغیرهای مهم در رابطه با روابط زناشویی زوج‌ها بررسی کرده‌اند و حال آنکه، درک واقع بینانه‌تری از روابط زناشویی زوج‌های ایرانی ضرورت دارد و تحقیق حاضر کوشش می‌کند تا ابزار پایایی را در رابطه با کیفیت روابط زناشویی ارائه کند. همچنین مشخص شد که در داخل کشور تحقیقی مبنی بر بررسی شاخص‌های روان‌سنجی ابزار وجود ندارد.

ضرورت این پژوهش موقعی بیشتر روشن می‌شود که مطالعات نشان می‌دهد که در زمینه کیفیت روابط زناشویی در خارج کشور پژوهش‌ها رو به افزایش است ولی در داخل کشور کار نشده است، همچنین، اغلب روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای تشخیص و اندازه‌گیری شاخص‌های مختلف خانوادگی نیاز به یک ابزار دقیق و پایا دارند که بتوانند در کم‌ترین زمان ممکن به اهداف مورد نظر دست یابند. در همین راستا، یکی از سازه‌های مهم که اغلب مشاوران خانواده در مراکز مشاوره‌ای با آن برخورد می‌کنند، کیفیت روابط زناشویی می‌باشد. در حال حاضر در مراکز مشاوره خانواده، درمانگران برای تشخیص و شناسایی کیفیت روابط زناشویی از ابزارهای گوناگون بدون این که در ایران اعتباریابی شده باشد و از پایایی و روایی مناسب برخوردار باشد، استفاده می‌کنند، که ممکن است درمانگر به نتیجه دلخواه نرسد. یکی از معتبرترین پرسشنامه‌ها که در کشورهای دیگر توسط مشاوران خانواده در ابعاد مختلف تحقیقاتی و تشخیص عملکرد خانواده در ابعاد گوناگون از آن استفاده می‌نمایند، پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی است. بنابراین، روان‌شناسان و مشاوران خانواده در فعالیتهای درمانی در مراکز مشاوره و روان درمانی خانواده نیاز مبرم به یک پرسشنامه در کیفیت روابط زناشویی دارند که به صورت دقیق و با حداقل خطا بتواند ابعاد گوناگون کیفیت روابط زناشویی را در خانواده تشخیص دهد و متناسب با فرهنگ کشورمان باشد. بنابراین هدف تحقیق حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و

1 . Simpson. J. A.

2 . Feeney, J., Noller, P., & Callan, V.

3 . Pietromonaco, P., Greenwood, D., & Feldman, B.

4 . demand- withdraw

5 . Eldridge, K., & Christensen, A.

روایی) پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی در خانواده می‌باشد. سوال تحقیق این است که آیا پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) و پرازش در جامعه ایرانی دارد؟

روش

جامعه و نمونه

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان و مردان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان سمنان در نیم سال اول ۱۳۹۰ بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۸۴ نفر بود؛ که از میان مراجعین به مراکز مشاوره شهرستان سمنان در شصت و شش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سنی، انحراف معیار، درصد اشتغال و درصد بومی بودن آزمودنی‌های مؤنث به ترتیب عبارتند از: ۳۳/۷۸، ۳/۵۶، ۳۱٪ و ۹۱٪ و میانگین سنی، انحراف معیار، درصد اشتغال و درصد بومی بودن آزمودنی‌های مذکر به ترتیب عبارتند از: ۳۷/۳۹، ۲/۹۸، ۸۳٪ و ۸۹٪.

شیوه اجرا

آزمودنی‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان سمنان پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی و ملاک را با هماهنگی مدیر مراکز مذکور و کسب اجازه از مراجعان و توضیح اینکه تکمیل پرسشنامه برای کار تحقیقی است، به مدت ۳۰ دقیقه قبل از شرکت در جلسات مشاوره‌ای پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و در همان لحظه پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها تحویل گرفته می‌شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی تمام آزمودنی‌های آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع آوری می‌شود و در مورد پنهان ماندن هویت پاسخ دهندگان اطمینان داده شد. همچنین ذکر شد که علاقمندان می‌توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند.

ابزار اندازه گیری

۱- مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده^۱ (RDAS): این پرسشنامه توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن^۲ (۱۹۹۵) ساخته شده است و ۱۴ سؤال دارد. فرم اصلی این مقیاس ۳۲ سؤال دارد که توسط اسپینر و بر اساس نظریه لیوایز و اسپینر در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است (به نقل از هولیست،

^۱ . Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)

^۲ . Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C.

کودی و میلر، ۲۰۰۵). برادبوری، فینچام و بیچ (۲۰۰۰) نیز پس از مطرح کردن نظریه خود در مورد کیفیت زناشویی، پرسشنامه ۱۴ سؤالی را به عنوان ابزاری مناسب برای ارزیابی کیفیت زناشویی معرفی می‌کنند. این پرسشنامه ۱۴ سؤالی به صورت طیف ۶ تایی از (۰ همیشه اختلاف تا ۵ توافق دائم داریم) نمره گذاری می‌شود. این ابزار از سه خرده مقیاس توافق (عبارات ۱ تا ۶)، رضایت (عبارات ۷ تا ۱۰) و انسجام (عبارات ۱۱ تا ۱۴) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است.

اصل پرسشنامه به زبان انگلیسی بوده که توسط محقق از زبان انگلیسی به فارسی برگردانده شد و برای اطمینان بیشتر از صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، ترجمه فارسی آن در اختیار دو نفر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی قرار داده شد تا با استفاده از روش ترجمه معکوس^۱ آن را به انگلیسی برگردانند، سپس مجدداً به زبان فارسی ترجمه شد. سرانجام روائی ظاهری و محتوایی آن توسط افراد متخصص (مشاور متخصص خانواده) تعیین گردید و اصلاحات محدودی در آن انجام گرفت، بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات، فرم فارسی مقیاس برای اجرای پژوهش آماده شد. پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب از، ۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است.

پرسشنامه‌هایی که برای بررسی روائی به عنوان ملاک انتخاب شدند، عبارتند از:

۲- پرسشنامه رضایتمندی زناشویی (ENRICH): این پرسشنامه توسط اولسون^۲ (۱۹۸۳) تهیه شده و برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده است، فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) است. فرم اصلی با توجه به زیاد بودن سؤال‌های پرسشنامه موجب خستگی بیش از اندازه آزمودنی‌ها می‌شد، بنابراین سلیمانان (۱۳۷۶) در پژوهشی فرم کوتاهی از این پرسشنامه تهیه کرد که دارای ۴۷ سؤال است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانه رضایت و نمره پایین نشانه نارضایتی از رابطه زناشویی است. اولسون (۱۹۸۳) پایایی پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش کرده است. سلیمانان (۱۳۷۶) و عبادت پور (۱۳۷۹) پایایی پرسشنامه را در فرم کوتاه از طریق محاسبه ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند.

^۱. Reverse translation

^۲. Olson, D.

۳- پرسشنامه ارزیابی انطباق پذیری و همبستگی خانوادگی^۱ (FACES-III): ارزیابی انطباق پذیری و همبستگی خانوادگی (اولسن، پورتر و لوی، ۱۹۸۶) شامل ۲۰ آیت‌م است که سه بعد همبستگی، ارتباط و انطباق پذیری زوجین را می‌سنجد، در ویرایش سوم به دو بعد همبستگی و انطباق تقلیل یافت که ۱۰ سؤال فرد بعد همبستگی را می‌سنجد و ۱۰ سؤال زوج بعد انطباق را می‌سنجد، در این پژوهش ۱۰ سؤال مربوط به همبستگی استفاده شد. آیت‌م‌ها بر اساس مقیاس ۱ تا ۵ درجه‌بندی می‌شوند و نمره‌گذاری مقیاس از ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. که نمره بالاتر، همبستگی بالاتر را نشان می‌دهد. اولسن، پورتر و لوی (۱۹۸۶) اعتبار پرسشنامه را با شیوه آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برای بعد همبستگی ۰.۷۷٪ و ۰.۸۳٪ گزارش کرده‌اند و روایی آن را تأیید کرده‌اند.

۴- مقیاس سازگاری زن و شوهر^۲ (DAS): مقیاس سازگاری زن و شوهر (اسپینر^۳، ۱۹۷۶) شامل ۳۲ آیت‌م خود گزارش دهی است که ۴ بعد را می‌سنجد (رضایت دو نفری^۴، همبستگی دو نفری^۵، توافق دو نفری^۶ و ابراز محبت^۷). در این تحقیق بعد توافق دو نفری با ۱۲ آیت‌م استفاده شد، آیت‌م‌ها بر اساس مقیاس ۰ تا ۵ درجه‌بندی می‌شوند. اسپینر (۱۹۷۶) برای بعد توافق دو نفری، ضریب همسانی درونی (ضریب آلفای آن ۰.۹۰٪) گزارش کرده‌اند و اعتبار همگرایی بالایی برای این مقیاس در ارتباط با پرسشنامه رضایت زناشویی لاک و لاواس^۸ (۱۹۵۲) گزارش کرده‌اند.

طرح تحقیق

تحقیق حاضر با توجه به سؤال‌های تدوین شده از نوع طرح تحقیق همبستگی است (تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع آبلیمین مستقیم بود). در این تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی که یک فن یا تکنیک برای بررسی ساختار مجموعه‌ای از داده‌هاست، که چندین پیش مفهوم در مورد اکتشاف عوامل یک پرسشنامه دارد، استفاده شده است. با استفاده از این شیوه، برای انتخاب عامل یا عامل‌ها از دو شاخص استفاده شد: ۱- ملاک کایزر^۹ (۱۹۶۱) که مشخص می‌کند که فقط عامل‌های با مقادیر ویژه

^۱ . Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale(FACES-III)

^۲ . Dyadic Adjustment Scale

^۳ . Spanier, B.

^۴ . dyadic satisfaction

^۵ . dyadic Cohesion

^۶ . dyadic consesus

^۷ . affectional expression

^۸ . Locke, H. & Wallace, K.

^۹ . Kaiser, H.

بیشتر از ۱ را چرخش دهیم و ۲ - آزمون اسکری کتل^۱ (۱۹۶۶) که یک روش در خصوص تصمیم‌گیری در مورد نقطه برش برای انتخاب عامل‌ها است. در این تحقیق عامل‌های استخراج شده، بر اساس چارچوب نظری پرسشنامه و آزمون اسکری بوده است، سرانجام برای بررسی تأیید داده‌ها از تحلیل عامل تأییدی استفاده شد.

یافته‌ها^۲

یافته‌ها شامل سه بخش می‌شود یکی مربوط به تحلیل عامل اکتشافی و دیگری تحلیل عامل تأییدی و سرانجام تحلیل جانبی ارائه شده است.

الف- یافته‌های تحلیل عامل اکتشافی

همان‌طور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌ها به ترتیب در ماده‌های ۴ (۳/۸۹)، ۱۰ (۳/۲۶) و ۱۲ (۳/۰۸)، بالاترین میانگین و در ماده‌های ۱۴ (۱/۸۹)، ۱ (۱/۷۶) و ۲ (۲/۰۴) کم‌ترین میانگین از بین ماده‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی به دست آورده‌اند.

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

انحراف میانگین معیار	عبارات پرسشنامه	سؤال	ابعاد پرسشنامه
۱/۳۲	۲/۷۱	۱	توافق
۲/۱۵	۲/۰۴	۲	
۲/۴۳	۱/۷۶	۳	
۱/۷۸	۳/۸۹	۴	
۱/۵۶	۲/۷۸	۵	
۱/۷۸	۲/۶۳۲	۶	
۱/۴۸	۲/۵۹	۷	

^۲. Cattell, R.

^۲. برای تکمیل محاسبات روی داده‌ها در صورت درخواست از مؤلف مسئول مقاله، داده‌ها قابل دسترس برای محققان دیگر می‌باشد.

۲/۸۹	۲/۴۲	آیا اتفاق افتاده که از ازدواج خود متأسف باشید؟	۸	رضایت
۲/۷۸	۲/۹۲	چند وقت یک‌بار شما و همسرتان دعوا می‌کنید؟	۹	
۱/۶۸	۳/۲۶	چند وقت یک‌بار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید؟	۱۰	
۱/۴۹	۲/۹۸	پرداختن به کارها و یا علایق مشترک در خارج از خانه	۱۱	
۲/۷۸	۳/۰۸	یک تبادل نظر دلچسب و جذاب	۱۲	انسجام
۲/۹۳	۲/۶۷	به آرامی درباره چیزی گفتگو کردن	۱۳	
۱/۰۶	۱/۸۹	در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن	۱۴	

n=۳۸۴

همچنین با استفاده از تحلیل تمایزات، نقطه برش برای این ابزار ۲/۸۴ محاسبه شد به این معنا که اگر فردی نمره کیفیت زناشویی او بالاتر از ۲/۸۴ بشود، دارای کیفیت زناشویی خوب است و اگر زیر این نمره دریافت کند، دارای کیفیت زناشویی ضعیف می‌باشد. همچنین حساسیت پرسشنامه ۷۴/۱۲ درصد و ویژگی آن ۷۸/۴۷ درصد برآورد شد.

در این تحقیق جهت بررسی پیش فرض کرویت (بررسی ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرها در جامعه) از آزمون کرویت بارتلت^۱ (۱۹۵۰) استفاده شد. همچنین برای بررسی کفایت نمونه و مناسب بودن داده‌های جمع‌آوری شده برای تحلیل عاملی، از آزمون کایزر (۱۹۶۱) یا KMO استفاده شد، که نتایج آن در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. آزمون کرویت بارتلت و کمو (KMO)

آزمون کرویت بارتلت			آزمون کمو (KMO)
p	df	x ²	کفایت نمونه
۰/۰۰۱	۳۸۳	۲۶۹۴/۳۷	۰/۸۹

یافته‌های جدول (۲) نشان داد که شاخص (KMO=۰/۸۹) می‌باشد و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت (۲۶۹۴/۳۷) بدست آمده که در سطح آماری (P<۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشند. یعنی فرض واحد بودن ماتریس همبستگی رد شد و داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی و حجم نمونه کفایت می‌کند (کایزر، ۱۹۶۱).

^۱. Bartlet, M.

جدول ۳. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ و تنصیف) پرسشنامه کیفیت زناشویی در عامل‌ها

تعداد		کل نمونه		زنان		مردان	
عامل‌ها	تعداد ماده‌ها	آلفای کرونباخ	دو نیمه کردن	آلفای کرونباخ	دو نیمه کردن	آلفای کرونباخ	دو نیمه کردن
۱- توافق	۶	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۸۳
۲- رضایت	۵	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۸۴	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۸۲
۳- انسجام	۳	۰/۸۶	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۸۲	۰/۷۸	۰/۷۸
کل	۱۴	۰/۹۲	۰/۸۹	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۹	۰/۸۴

همان‌گونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه استخراج شده، به تفکیک جنس رضایت بخش و بالا بوده (بالای ۷۰) که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه فوق هستند.

جدول ۴: ماتریس عاملی چرخش یافته متمایل به شیوه آبلیمین بر روی آزمودنی‌ها (n=۳۸۴)

عامل‌ها	سؤالات						بار عامل‌ها			مقدار ویژه (آیگن)		درصد تراکمی
توافق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۷۱	۰/۸۱	۰/۷۶	۲/۷۸
رضایت	۷	۷۸	۹	۱۰	۱۱	-	۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۷۴	۳/۹۳
انسجام	۱۲	۱۳	۱۴	-	-	-	۰/۷۵	۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۸۱	۲/۶۸

همان‌طور که در جدول (۴) نشان داده شده است رابطه هر سؤال با عامل کمتر از ۰/۳۰ نبوده است و مقادیر ویژه (آیگن) عامل‌های یک تا سه همه بالاتر از یک هستند، که از لحاظ آماری معنا دار هستند. در این تحلیل، عامل دوم (رضایت)، با ارزش ویژه ۲/۸۶، معادل ۳/۹۳ درصد کل واریانس را تبیین می‌کند که بیشترین مشارکت را در تبیین واریانس پرسشنامه فوق برعهده دارد و عامل سوم (انسجام) با ارزش ویژه ۲/۵۳، معادل ۲/۳۴ درصد کل واریانس را تبیین می‌کند که کم‌ترین مشارکت را در تبیین

واریانس پرسشنامه فوق برعهده دارد. در این تحلیل، میزان واریانس مشترک بین متغیرها برای سه عامل بر روی هم برابر با ۴۷/۵۴ درصد کل واریانس را تبیین می‌کنند.

جدول ۵: ماتریس درون همبستگی ۴ خرده مقیاس پرسشنامه کیفیت زناشویی

نام عامل	۱	۲	۳	۴
توافق	۱			
رضایت	۰/۵۳	۱		
انسجام	۰/۷۱	۰/۴۹	۱	

$P < ۰/۰۰۱$

همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، همبستگی درونی نمرات مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی با یکدیگر ارایه شده است. همچنان که در جدول مشاهده می‌شود، همبستگی خرده مقیاس‌ها با هم بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۱ است. این همبستگی‌ها از نظر آماری معنادار هستند ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۶: ضرایب روایی همگرایی عامل‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی با پرسشنامه‌های ملاک

متغیر	رضایتمندی	بعد همبستگی	بعد توافق دو نفری
عامل‌ها	ENRICH	Cohesion	Dyadic consensus
توافق	۰/۳۹	۰/۳۴	۰/۴۲
رضایت	۰/۴۲	۰/۳۳	۰/۳۲
انسجام	۰/۳۷	۰/۴۱	۰/۴۴
کل پرسشنامه	۰/۳۹	۰/۳۶	۰/۳۳

$p < ۰/۰۰۰۱$ ، $n = ۳۸۴$

روایی پرسشنامه کیفیت زناشویی در ارتباط با مفاهیم مبتنی بر سازه‌های از قبیل رضایت زناشویی، همبستگی زوجین و توافق زوجین آزمون شد. انتظار این بود که کیفیت زناشویی ارتباط مثبت با ابعاد رضایت زناشویی، همبستگی زوجین و توافق زوجین داشته باشند. جدول (۶) ضرایب روایی، معنادار بین عامل‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی با پرسشنامه‌های ملاک را نشان می‌دهد. که در همه آن‌ها رابطه در سطح معنا داری بوده است ($p < ۰/۰۰۰۱$).

ب: تحلیل عامل تأییدی

در این پژوهش برازش مدل عاملی با استفاده از مجذور خی، ریشه خطای میانگین مجذورها تقریب، شاخص اطلاعات آکائیک، شاخص نرم نشده برازندگی، شاخص نیکویی برازش و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده و با به کارگیری Amos18 صورت گرفت. برای سنجش برازش مدل، معمولاً از چندین شاخص استفاده می‌شود؛ که کلاین و سان^۱ (۲۰۰۵) آماره ها و شاخص‌های زیر را پیشنهاد می‌دهد: شاخص مجذور خی دو (X^2) این شاخص به طور مفهومی نسبت به اندازه نمونه تغییر می‌کند و تفاوت بین ماتریس کواریانس مشاهده شده و ماتریس کواریانس مدل را نشان می‌دهد که ارتباط بین متغیرها برابر صفر است، شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب یا رمزی^۲ این شاخص میانگین باقیمانده ماتریس کواریانس- واریانس از مدل را به نسبت ماتریس کواریانس- واریانس داده‌ای نمونه نشان می‌دهد و نقطه برش ۵۰ صدم است و باید مقدار آن کمتر از ۵۰ صدم باشد. شاخص نرم نشده برازش^۳، این شاخص برای مقایسه مدل با مدل مستقل به کار می‌رود (مدل صفر) و دامنه آن بین صفر تا یک است و نقطه برش بیشتر از ۹۰ درصد برای برازش مدل و داده‌ها قابل قبول است و هرچه به یک نزدیکتر باشد، مدل بهتر است. شاخص ملاک تطبیقی آکائیک^۴، این شاخص محقق را به مباحثی در زمینه تخمین تعداد پارامترهای مدل هدایت می‌کند و اندازه نمونه را هم برآورد می‌کند، هر چه مقدار این شاخص از مدل مستقل کمتر باشد، مدل بهتر می‌باشد. شاخص برازش نیکویی^۵ این شاخص ارتباط میان واریانس و کواریانس را نشان می‌دهد، دامنه آن بین صفر و یک می‌باشد و هر چه مقدار آن به یک نزدیکتر باشد، شاخص برازش بهتری از مدل را نشان می‌دهد و شاخص اصلاح برازش نیکویی^۶ مقدار اصلاح شده GFI را که نیاز به اصلاح باشد، نشان می‌دهد (جارزگاگ و سوربوم، ۲۰۰۵). مقدار این شاخص‌ها در جدول (۷) آمده است.

جدول ۷: شاخص‌های برازش مدل عاملی برای پرسشنامه کیفیت زناشویی

AGFI	GFI	AIC	NNFI	RMSEA	df	X^2
۰/۹۴	۰/۹۶	۴۶۳	۰/۹۶	۰/۲۹	۱۲۳۵	۳۲۴۱

^۱. Klin, P & sun, J.^۲. RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)^۳. non-normed fit index(NNFI)^۴. akaike informatio criterion(AIC)^۵. goodness of fit index(GFI)^۶. adjusted goodness of fit index(AGFI)

در این بخش رابطه هر گویه با هر عامل بر اساس مدل باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (به نقل از هولیست، کودی و میلر، ۲۰۰۵) در نظر گرفته شد و مدل برازش گردید. شاخص‌های برازش مدل در جدول (۷) آمده است. شاخص T برای کلیه مسیرها معنادار ($T < 1/96$) بدست آمد. مقدار خي دو ۳۲۴۱، مقدار ریشه خطای میانگین مجذورها برآورد (RMSEA) ۰/۲۹، شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) ۰/۹۶، شاخص ملاک تطبیقی آکائیک (AIC) ۴۶۳، شاخص انطباق مدل (GFI) ۰/۹۶، شاخص میزان انطباق تعدیل یافته (AGFI) ۰/۹۴ بدست آمد. در مجموع مقدار شاخص‌ها با ملاک تفسیری آنها مطابقت دارند و این، نشان‌دهنده کفایت و روایی بسنده پرسشنامه هستند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل ۳ عاملی باسبی، کران، لارسن و کریستنسن از برازش خوبی برخوردار است.

ج: تحلیل جانبی

همان طور که در جدول شماره (۸) مشاهده می‌شود، بین زنان و مردان در کل پرسشنامه و عامل‌های اول تا سوم تفاوت وجود ندارد. همان طور که در جدول (۸) ملاحظه می‌شود، گروه‌های سنی هشت‌گانه (۲۵-۲۶، ۳۰-۳۱، ۳۵-۳۶، ۴۰-۴۱، ۴۵-۴۶، ۵۰-۵۱، ۵۵-۵۶ و ۵۸-۵۹) در کل پرسشنامه و عامل‌های سه‌گانه از نظر میزان کیفیت زناشویی تفاوت ندارند.

جدول (۸) نتایج نسبت t و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) کیفیت زناشویی بر حسب جنس و گروه‌های سنی هشت‌گانه

متغیر مستقل							
جنس				سن (۲۳-۵۸)			
متغیر وابسته	درجه آزادی	نسبت T	سطح P	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورها	نسبت F
سطح	درجه آزادی	نسبت T	سطح P	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورها	نسبت F
توافق	۱	۲/۳۶	۰/۳۲۳	۷۹۳/۴۶	۱۰	۳۷۵/۲۱	۲/۴۵
رضایت	۱	۲/۴۲	۰/۲۵۶	۶۴۳/۲۶	۱۰	۸۵/۳۱	۱/۷۸
انسجام	۱	۲/۰۸	۰/۱۳۶	۳۵۳/۲۷	۱۰	۸۵/۳۲	۱/۷۶
کل پرسشنامه	۱	۲/۸۳	۰/۲۸۹	۸۴۲/۴۸	۱۰	۲۵۷/۶۲	۱/۵۷

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که قبلاً بیان شد، هدف عمده این تحقیق بررسی پایایی و روایی پرسشنامه کیفیت زناشویی در جامعه ایران می‌باشد. این پژوهش تحلیلی منطقی از مقیاس‌های کیفیت زناشویی که به وسیله باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) تدوین شده، بدست می‌دهد. ساختار عاملی به دست آمده در نمونه با استفاده از چرخش متمایل (آبلیمین) مشابه ساختار عاملی در پژوهش‌های قبلی است (باسبی، کران، لارسن و کریستنسن، به نقل از هولیست، کودی و میلر، ۲۰۰۵).

همان طور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌ها به ترتیب در ماده‌های ۴ (۳/۸۹)، ۱۰ (۳/۲۶) و ۱۲ (۳/۰۸)، بالاترین میانگین و در ماده‌های ۱۴ (۱/۸۹)، ۱ (۱/۷۶) و ۲ (۲/۰۴) کم‌ترین میانگین از بین ماده‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی به دست آورده‌اند. همچنین با استفاده از تحلیل تمایزات، نقطه برش برای این ابزار ۲/۸۴ محاسبه شد به این معنا که اگر فردی نمره کیفیت زناشویی او بالاتر از ۲/۸۴ بشود، دارای کیفیت زناشویی خوب است و اگر زیر این نمره دریافت کند، دارای کیفیت زناشویی ضعیف می‌باشد. همچنین حساسیت پرسشنامه ۷۴/۱۲ درصد و ویژگی آن ۷۸/۴۷ درصد برآورد شد.

همان طور که در جدول (۴) نشان داده شده است رابطه هر سؤال با عامل کمتر از ۰/۳۰ نبوده است و مقادیر ویژه (آیگن) عامل‌های یک تا سه همه بالاتر از یک هستند، که از لحاظ آماری معنادار هستند. در این تحلیل، عامل دوم (رضایت)، با ارزش ویژه ۲/۸۶، معادل ۳/۹۳ درصد کل واریانس را تبیین می‌کند که بیشترین مشارکت را در تبیین واریانس پرسشنامه فوق برعهده دارد و عامل سوم (انسجام) با ارزش ویژه ۲/۵۳، معادل ۲/۳۴ درصد کل واریانس را تبیین می‌کند که کم‌ترین مشارکت را در تبیین واریانس پرسشنامه فوق برعهده دارد. در این تحلیل، میزان واریانس مشترک بین متغیرها برای سه عامل بر روی هم برابر با ۴۷/۵۴ درصد کل واریانس را تبیین می‌کنند.

این یافته با تحقیق‌های باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) هماهنگ است و آن بیانگر روایی سازه‌ای ابزار فوق در بین جامعه زوجین ایرانی می‌باشد. یعنی، این ابزار یک سازه یک بعدی نیست و هم‌زمان سه سازه را اندازه‌گیری می‌کند.

روایی پرسشنامه کیفیت زناشویی در ارتباط با مفاهیم مبتنی بر سازه‌هایی از قبیل رضایت زناشویی، همبستگی زوجین و توافق زوجین آزمون شد. انتظار این بود که کیفیت زناشویی ارتباط مثبت با ابعاد رضایت زناشویی، همبستگی زوجین و توافق زوجین داشته باشند. جدول (۶) ضرایب روایی، معنادار بین عامل‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی با پرسشنامه‌های ملاک را نشان می‌دهد. که در همه آن‌ها رابطه در سطح معناداری بوده است ($p < 0/001$) و عامل‌های استخراج شده از قابلیت اعتماد بالا و رضایت بخش

برخورد دارند. این یافته‌ها با یافته‌های باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) هماهنگ هستند و حاکی از همگونی ماده‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی هستند.

بررسی تحلیل عامل تأییدی نشان می‌دهد که پرسشنامه در بین جامعه مورد مطالعه هم برازش دارد، در این بخش رابطه هر گویه با هر عامل بر اساس مدل لیوایز و اسپانیر (۱۹۷۹)؛ به نقل از ادیتال و لاو، (۲۰۰۵)، فینچام و برادبوری (۱۹۸۷)؛ به نقل از کرولی، (۲۰۰۶) و مارکس (۱۹۸۹)؛ به نقل از تروکسل، (۲۰۰۶) در مورد ابعاد کیفیت زناشویی در نظر گرفته شد و مدل برازش گردید. شاخص‌های برازش مدل در جدول (۷) آمده است. شاخص T برای کلیه مسیرها معنادار ($T < 1/96$) بدست آمد. در مجموع مقدار شاخص‌ها با ملاک تفسیری آن‌ها مطابقت دارند و این، نشان‌دهنده کفایت و روایی بسنده پرسشنامه هستند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل ۳ عاملی کیفیت زناشویی از برازش خوبی برخوردار است.

در این تحقیق مشاهده شد که بین آزمودنی‌های زن و مرد در عامل‌ها و گروه‌های سنی پنج‌گانه از لحاظ میزان کیفیت زناشویی تفاوت دیده نشد و علت اینکه به سن و جنس به عنوان یک متغیر مستقل توجه شد، این بود که علاوه بر این که در نمونه مورد مطالعه هشت‌گانه گروه سنی (۲۳-۵۸) ساله داشتیم به محک گذاشتن این دیدگاه بود که آیا پرسشنامه کیفیت زناشویی برای تمام گروه‌های سنی به کار می‌رود؟ و مشخص شد که این پرسشنامه در تمام گروه‌های سنی ایرانی می‌توان به کار برد و از لحاظ جنس (زن و مرد) در کیفیت زناشویی تفاوتی وجود ندارد. محقق در پی آن بود که نباید بین سنین و جنس تفاوت معناداری وجود داشته باشد که یافته پژوهش حاضر با مبانی نظری لیوایز و اسپانیر (۱۹۷۹)؛ به نقل از ادیتال و لاو، (۲۰۰۵)، فینچام و برادبوری (۱۹۸۷)؛ به نقل از کرولی، (۲۰۰۶) و مارکس (۱۹۸۹)؛ به نقل از تروکسل، (۲۰۰۶) هماهنگ و همخوان است.

لازم به ذکر است، یکی از محدودیت‌های عمده در مطالعه حاضر استفاده از نمونه‌های (زوجین) مشکل دار بود و باید به زوجین بدون مشکل هم توجه کرد تا از این ابزار برای ارزیابی کیفیت زندگی زوجین بدون مشکل هم استفاده کرد، هرچند طبق دیدگاه تروکسل (۲۰۰۶) ابزار کیفیت روابط زناشویی روی یک پیوستار در خانواده سالم با خانواده ناسالم برای سنجش کیفیت روابط تشابه زیادی دارد، 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.

مطالعه حاضر بیان می‌کند که پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی می‌تواند به عنوان یک ابزار مفید برای مقاصد پژوهشی و خانواده درمانی به کار رود. این پرسشنامه برای شناسایی سه مقیاس کیفیت روابط زناشویی در خانواده به کار می‌رود، همچنین در جریان مراجعه زوجین مشکل دار مشاوران و درمانگران برای شناسایی کیفیت مناسب روابط زناشویی که کمتر مورد توجه و عنایت بوده به کار ببرند.

پیشنهاد می‌شود که به تفاوت پرسشنامه‌ها در موقع کاربرد برای سنجش خانواده خاص توجه شود. همچنین به محققان پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی در پژوهش‌های دیگر با نمونه‌های طلاق و نارضایتی زناشویی و جنسی و جمعیت‌های دیگر (خانواده نابسمان، 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 کیفیت روابط زناشویی، مطالعات دیگران را مورد تایید و حمایت قرار می‌دهد (باسبی، کران، لارسن و کریستنسن، ۱۹۹۵). به نظر می‌رسد که این ابزار می‌تواند در زمینه‌های غربالگری اولیه زوجین در مراحل قبل از ازدواج، زناشویی و خانواده درمانی در محیط‌های مشاوره‌ای و درمانی خانواده به خصوص برای درمان مشکلات خانوادگی و در محیط‌های پژوهشی سودمند و قابل کاربرد باشد و همچنین برای افزایش کیفیت زناشویی و غنی سازی روابط افراد در خانواده بدون مشکل در سطوح مختلف جامعه به کار برد.

سپاس و قدردانی

پژوهشگر خود را موظف می‌داند که از تمام مدیران کلینیک‌های شهر سنج‌دارای واحد مشاوره و روان‌شناسی، مراکز مشاوره‌ای و مطب‌های خصوصی مشاوره‌ای شهر سنج‌دارای و زنان و مردانی که پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند و سرکار خانم جمیله نبوی حصار به پاس همکاری در دادن پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها و جمع آوری داده‌ها تشکر و قدردانی شود.

منابع

- سایپنگتون، ا.ا. (۲۰۰۱). *بهداشت روانی*. ترجمه حمید رضا حسین شاهی برواتی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات روان.
- سهرابی، حمید رضا (۱۳۸۲). *شناخت و درمان اختلاف‌های زناشویی (زناشویی درمانی)*. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۶). *بررسی تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت معلم.

عبادت پور، مهناز (۱۳۷۹). *هنجاریابی پرسشنامه الگوهای ارتباطی زناشویی در شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران، دانشگاه تربیت معلم.

- Adital B., Yoav, L. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: attachment, neuroticism, and their relations to marital quality and closeness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 621- 639.
- Alexandrow. E. (2003). *Couple Attachment and the Marital Relationships*. Unpublished Doctoral Thesis. University of California, Berkeley.
- Bartlett, M. S. (1950). The test of significance in factor analysis. *British Journal of psychology*, 3, 77-85
- Busby. D. M., Crane. D. R., Larson. J. H., & Christensen. C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and family therapy*, 21, 289-308.
- Burleson, B. R., and Denton, W. H. (1997). The Relationship between Communication Skills and Marital Satisfaction: Some Moderating Effects. *Journal of Marriage and the Family* 59:884-902.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 964-980.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, 3, 245-276.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. New York: John Wiley and Sones.
- Collins, N. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Crowley. A. K. (2006). *The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction*. Unpublished Doctoral Thesis. Texas A & M University.
- Creasey, G. (2002). Associations between working models of attachment and conflict management behavior in romantic couples. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 365-375.
- Dewitte, M., Houwer, J. D. (2008). Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expressions. *Journal of Research in Personality*, 42, 498- 505.
- Eldridge, K., & Christensen, A. (2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. In P. Noller & J. Feeney (Eds.), *Understanding Marriage: Developments in the Study of Couple Interaction: Advances in Personal Relationship* (pp. 289-322). New York: Cambridge University Press.

- Feeney, J. (1999). *Adult romantic attachment and couple relationships*. In J. Cassidy P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment and Couple Relationships* (pp. 355- 377). New York: Guilford Press.
- Feeney, J., Noller, P., & Callan, V. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. *Journal of Advances in Personal Relationships*, 5, 269-08.
- Greeff, A. P., & Malherbe, H. L.(2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 247-257.
- Haseley, J. L. (2006). *Marital Satisfaction among Newly Married Couples: Association with Religiosity and Romantic Attachment Style*. Unpublished Doctoral Thesis. University of North Texas.
- Hazan, C, & Shaver, P. (1990). Love and work: And attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social psychology*, 5(1), 1-22.
- Hollist. Cody.S, Miller Richard. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations*, 54, 46-58.
- Kaiser, H. (1961). A note on Guttman's lower bound for the number of common factors. *Multivariate behavioral research*, 1, 249-276.
- Kimberly, R. A., Baker. A. T. (2008). Attachment styles, alcohol, and childhood, experiences of abuse: an analysis of physical violence in dating couples. *Journal of Violence and Victims*, 23, 52-65.
- Klin, P & sun, J. (2005). *Principles and practice of structural Equation Modeling*(2nd ed). New York: Guilford press.
- Locke, H.J. & Wallace, K..M.(1959). Short marital- adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living* 21, 251-255.
- Olson, D. (1983). *Circumflex Model of Marital and Family Systems*: VI . Theoretical Update . *Family Process* , 22, 69-83.
- Pietromonaco, P., Greenwood, D., & Feldman, B. L. (2004). In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Conflict in adult close relationships: An attachment perspective* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.
- Simpson, J. A. (1990).Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Troxel, W. M. (2006). *Marital quality, communal strength, and physical health*. Doctoral Thesis. University of Pittsburgh.

The Effectiveness of Schema Therapy in the Treatment of Women with Social Anxiety Disorder

Mohsen Khorshidzadeh *

Ahmad Borjali

Faramarz Sohrabi

Ali Delavar

Allame Tabatabaei University

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of schema therapy in the treatment of social anxiety disorder. Method: The research method was a single-case experimental design with multiple baselines. Five clients were selected by purposive sampling method. They were received 20 individual sessions based on Young's schema therapy model. The Social Phobia Inventory (SPIN), Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Young Schema Questionnaire (YSQ: long form), Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE), General Self-Efficacy Scale (GSE-10) and Short form Health Survey Questionnaire (SF-36). For analyzing the data, the Improved Diagnostic Method and Clinical Significance were used. The results showed the Young's Schema Therapy model significantly reduced the activity of the early maladaptive schemas in all areas of schemas and consequently improved the treatment indices (i.e., fear and avoidance) both statistically and clinically. Schema therapy could be an effective intervention for the treatment of social anxiety disorder in women.

Keywords

Schema Therapy; Early Maladaptive Schema; Social Anxiety Disorder

* mkhorshid86@yahoo.com

The Evaluation of Emotionally Focused Therapy (EFT) on Marital Adjustment and Positive Feelings of Couples with Extramarital Relations

Hosein Hassanabadi ^{*a}

Saeed Mojarad

Atefeh Soltanifar ^b

^a Ferdowsi University of Mashhad

^b Mashhad University of Medical Sciences

Abstract

The present research tested the effectiveness of the Emotionally Focused Therapy to increase marital adjustment and positive feelings among couples suffered from extramarital relations. The sample included 12 clients. Treatment sessions were administered individually. Participants were randomly assigned to either an experimental or a control group. The Dyadic Adjustment Scale and Positive Feelings Questionnaire were administered with both groups. Experimental group received 9 sessions of EFT, while control group was on the waiting list. Results showed that from pre- to post-test there was a significant increase only in the marital adjustment of the experimental group. However, the EFT was more effective for female clients than the male clients.

Keywords

Emotionally Focused Therapy; Marital Adjustment; Positive Feeling; Extra Marital Relations

* .hossainir2002@yahoo.com

The Relationship between Mother's Self-Concept and Child's Attachment Style and Self-Concept

Sedighe Safaie *
Imanallah Bigdeli
Siavosh Talepasand

University of Semnan

Abstract

Self-concept forms a basis for the development of one's evaluation of self and the world hence recognition of effective factors on self-concept seems important. The present research studies the relationships between mother's self-concept with her child's attachment styles and self-concept. 180 female students who were studying in Semnan high schools at the academic year 2010 were selected. They completed Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) and Adult Attachment Inventory (AAI); their mothers also completed TSCS. Results showed that mother's self-concept and her child's self-concept were associated positively; moreover, mother's self-concept was also associated with her child's attachment styles. Meanwhile, there was a negative relationship between the students' insecure attachment styles and self-concept. Consequently, mothers' self-concept and the children's insecure attachment styles could predict the children's self concept.

Keywords

Mother's self-concept, child's self-concept, attachment style

* . safaie.s@hotmail.com

Psychometric Properties of a Short Version of the Self-Regulation Inventory
in a Sample of Iranian Population

Mohammad Ali Besharat*

University of Tehran

Abstract

The main purpose of this study was to examine psychometric properties of a short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S), including internal consistency, test-retest reliability, content validity, and convergent, and discriminant validity. 357 Iranian participants volunteered (150 males, 207 females) to take part in the study. All participants were asked to complete the SRI-S, the Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale (EPQ-RS), and the Mental Health Inventory (MHI-28). Test-retest reliability ($r = .87$) and internal consistency ($\alpha = .93$) of the SRI-S were examined at satisfactory levels. Content validity of the SRI-S was calculated according to Kendall's coefficients of concordance for SRI-S subscales including Positive Actions, Controllability, Expression of Feelings, and Needs, Assertiveness, Well-Being Seeking, and SRI-S total score. All Kendall's coefficients of concordance were statistically significant. Self-regulation scales revealed significant positive associations with extraversion and psychological well-being, as well as significant negative associations with neuroticism and psychological distress. The results confirmed the convergent and discriminant validity of the SRI-S. It was concluded that the SRI-S can be considered as a reliable and valid scale to measure self-regulation in Iranian samples.

Keywords

Self-Regulation Inventory (SRI-S), reliability, validity, psychometry

* . besharat@ut.ac.i

The Efficacy of Life-Enhancement Program on Mental Health and Marital Satisfaction

Parvane Kazemi ^{*a}

Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf ^a

Morteza Modares Gharavi ^b

Behrooz Mahram ^a

^a Ferdowsi University of Mashhad

^b Mashhad University of Medical Sciences

Abstract

The negative consequences of unsuccessful marriages necessitates improvements in the attitudes and skills that are related to marital relationships. The present research examined the effectiveness of Gottman approach on stabilizing and enhancement of couples' relationships. 16 couples with marital problems were randomly assigned to a control or an experimental group. The measures were Enrich's Marital Satisfaction Scale, DOS, and General Mental Health Questionnaire. The data analyses conducted included *t*-test and Repeated Measures of Covariance. Results showed that, at pre-test, the groups differed from one another on none of the measures. At post-test, only participants in the experimental group showed significant increases in all indices of mental health and in their marital satisfaction. In addition, the observed positive changes lasted in the experimental group after a 30-day follow up study.

Keywords

Life Enhancement Program, Marital Satisfaction, Mental Health

* .kazemi774@yahoo.com

Response Inhibition in Children with Autism Spectrum Disorders: The Application of a Computerized Stroop Test

Ali Mashhadi*^a
Neda Hamidi
Atefeh Soltanifar^b
Saeed Timoori^c

^a Ferdowsi University of Mashhad
^b Mashhad University of medical Sciences
^c Islamic Azad University of Torbat-e-Jam

Abstract

Executive dysfunction theory in Autism Spectrum Disorders (ASD) is explains many features of the disorders in social and non-social areas. The purpose of the present research was examining the ability of response inhibition in children with ASD using a computerized Stroop test. Convenient sampling method was used for selecting 15 boys with ASD; the participants had a minimum an IQ ≥ 70 and were connected to a specialized autism center in Mashhad. 15 normal children, from a local primary school, were also selected as a comparison group; who were matched on their age and gender. Results, using MANCOVA, indicated that there was a significant difference between groups in the Stroop test's response indices, i.e., error rates and reaction time on the congruent stimuli, with the ASD children performing poorer than the normal children. However, the children did not differ from each other on their reaction times to the incongruent stimuli nor on their interference scores.

Keywords

Autism Spectrum Disorders, executive functions, response inhibition, Stroop test

* . mashhadi@um.ac.ir

The Effectiveness of Theory of Mind Training on the Promotion of Theory of Mind Levels in Educable Intellectual Disability Students

Somaye Ansarinezhad*

Gita Movallali

Narges Adib Sereshki

University of Social Welfare and Rehabilitation

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of theory of mind training on the promotion of theory of mind levels in students with intellectual disability. The research followed an experimental design with pretest and posttest measurement, and included a control and an experimental group. 30 intellectually disable female students, 8-to-12 years were selected using multi-stage cluster sampling method. After matching the groups for their age, their intelligence and theory of mind scores, they were divided into two experimental (N=15) and control (N=15) groups. Students in the experimental group were trained for 9 sessions with theory of mind but the control group did not receive any training. Measures included a 38-item questionnaire testing the participants' theory of mind and Raven's Progressive Matrices. The results of an ANCOVA showed that the theory of mind training had significant effect on the promotion of the theory of mind levels ($p<0.001$) among 8-12 year old female student with intellectual disability.

Keywords

theory of mind training, theory of mind levels, intellectual disability

*. s.ansari39@gmail.com

The Relationship between Achievement Motivation and Academic
Self-Concept with Anxiety in Graduate Students of Ferdowsi University of Mashhad

Abolfazl Ghaffari*
Fatemeh Arfa Balluchi

Ferdowsi University of Mashhad

Abstract

The purpose of this descriptive/correlational study was to evaluate the relationship between achievement motivation and academic self-concept with test anxiety in graduate students of Ferdowsi University of Mashhad (N = 308). Participants answered to achievement motivation questionnaire of Hermance, Beck and Astyr self-concept and test anxiety scale of Abolghasemi and colleagues. The results of a regression analysis showed that the combination of achievement motivation and academic self-concept can well anticipate the students' test anxiety. The results of a MANOVA also showed that male and female students do not differ in their academic self-concept; achievement motivation; and test anxiety.

Keywords

achievement motivation, academic self-concept, test anxiety, Graduate students

* . ghaffari@um.ac.ir

The Relationships between Alexithymia and Personality Trait in University Students

Iran Davoudi*^a
Afrooz Afshari^b

^a Shahid Chamran University of Ahvaz
^b Isfahan University

Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between alexithymia construct and personality traits in university students. A sample of 112 undergraduate students of Shahid Chamran University was selected randomly and the 20-item Toronto Alexithymia Scale and NEO-FFI were administered to them. To analyze data, canonical correlation analysis method was used. The results showed that a statistically significant canonical function of high neuroticism and low agreeableness and low openness to experience is related to alexithymia. Extraversion and consciousness could not predict alexithymia. To conclusion, it seems that personality traits can predict alexithymic characteristics in people.

Key words

Alexithymia, personality traits, Canonical correlation analysis

* .davirp38@yahoo.com

Investigating the Relationship of Work-Family Conflict with Perceived Organizational Support, Job Stress and Self-Mastery in Expatriate Workers

Hamid Reza Oreizi Samani^a
Saied Meysam Dibaji^a
Meysam Sadeghi^a

^a Isfahan University

Abstract

The primary aim of current study research was to investigate the relationship of work-family conflict with perceived organizational support, job stress and self-mastery in expatriate personnel in second district of gas transition operation station. 75 persons were selected by stratified random sampling. 66 questionnaire were filled out and were returned to the researchers (return rate=82%). Findings indicated that the work-family conflict among expatriate personnel was more than average population. In addition, work-family conflict had a significant relationship with all 3 criterion variables, namely, perceived organizational support, job stress and self-mastery. Step by step regression analysis shows that the work-family conflict appeared as a predictor of perceived organizational support, but family-work conflict predicted two other variables namely job stress and self mastery with two opposite directions for spillover. Explained variance for perceived organizational support was 22% that explained by work-family interference; while for job stress and self mastery were 21% and 26% that explained by family-work interference. To conclude, the results suggests to invest for reducing the work-family conflict in expatriate workers.

Keywords

Work-family conflict, Work-family interference, Family-work interference, Perceived organizational support, job stress, Self-mastery, expatriate personnel

^a . dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir

An Investigation of Relationship between self-criticism, social interaction anxiety,
and fear of failure with Internalized shame in students

Gholamrez Rajabi *
Ghodratallah Abasi

Shahid Chamran University of Ahvaz

Abstract

This study was carried out to investigate the relationship of self-criticism, social anxiety, and fear of failure with internalized shame in students of Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. 82 males and 100 female's students (total, 182) were selected by stratified random sampling. For data collection of social interaction anxiety, Fear of Failure, self criticism, and internalized shame scales were used. Data analysis was conducted using correlation coefficient and multiple regression method. The coefficients of Cronbach's alpha reliability of the four scales were 0.83, 0.80, 0.79, and 0.90, respectively. The findings indicated that self-criticism, social anxiety, and fear of failure have positive significant relationship with internalized shame. Moreover, self-criticism, and social anxiety were positive predictors of shyness. The results support the idea that self-criticism and social anxiety have important roles in predicting student's internalized shame.

Keywords

self-criticism social anxiety, fear of failure, internalized shame.

* .rajabireza@scu.ac.ir

Psychometric Properties of the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS)

Naser Yousefi *

University of Kurdistan

Abstract

The Purpose of the present research was to validate the Revised Dyadic Adjustment Scales for marital quality in men and women referred to Sanandaj counseling centeres. 384 male and female participants were selected on a voluntarily bases, all participants completed the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS) and a few criterion questionnaires. Data were analyzed using factor analysis through Tendentious Oblimin Rotation Sort and Confirmatory Factor analysis. Factor analysis by Factor analysis of tendentious oblimin Rotation sort indicated three factors then by Confirmatory Factor analysis is fitting. Data were indicative of high level of Coranbach, Alpha and Split-half (92% and 89%) reliability coefficients of the marital quality Inventory and extracted factors. The convergent validity of the questionnaire was examined by measurement tools for marital satisfaction(ENRICH), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale(FACES-III) Dyadic Adjustment Scale (Dyadic consesus) and the correlation results for the three criteria are sequentially as follow: 39%, 36%, and 33% which are significant at ($P<0001$).The MANOVA and T test were showed, there were no significant differences between male and female for factors and age groups with respect to marital quality degree. Results of factor analysis are consistent with prior findings. marital quality Inventory can be used in research and family settings and in screening the marital quality of couples

Keywords

Marital quality Inventory, Validating and Reliability.

* . Naseryoosefi@yahoo.com

Manager in charge and Chief Editor:

Professor, Bakhtiar Shabani Varaki, Ferdowsi University of Mashhad

Chief Editor:

Associate Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Amir Amin Yazdi**
Associate Professor, Ferdowsi Univ. of Mashhad
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Associate Professor, University of Zahedan
- **Dr. Mohammad Ali Besharat**
Professor, University of Tehran
- **Dr. Fariborz, Dortaj**
Associate Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Javad. Salehi Fadardi**
Associate Professor, Ferdowsi Univ. of Mashhad
- **Dr. Seyed Mahmood Tabatabaee**
Professor, Medical Sciences Univ. of Tehran
- **Dr. Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi**
Associate Professor, Ferdowsi Univ. of Mashhad

Excutive Manager : Ali Naghdi Davaloo

Technical Editor : Hosein Bagheri

- This JOURNAL is published biannually by Ferdowsi University of Mashhad, Iran
- The editorial board reserves the right to accept or reject publications, if necessary to make all editorial changes, and to arrange articles in an appropriate order.
- **All submissions and correspondence should be online and Registered at :**
<http://fedu.um.ac.ir>
- Mailing Address : Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, P.O.Box. 9177948974-1518, Mashhad.

In the Name of Allah

Ferdowsi University of Mashhad
Faculty of Education and Psychology

**Research
in Clinical Psychology and Counseling**

A Bi-annual Journal

Vol. 1, No 2, Autumn - Winter 2011

ISSN: 2251-6352

Journal of Foundations of Education is indexed in
ISC
&
SID
and available via
Magiran



Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol 1, No 2, (2011)

ISSN: 2251-6352

2

- 201 The effectiveness of schema therapy in the treatment of women (females) with social anxiety disorder
Mohsen Khorshidzadeh, Ahmad Borjali, Faramarz Sohrabi, Ali Delavar
- 202 The Evaluation of Emotionally Focused Therapy (EFT) on Marital Adjustment & Positive Feeling of ...
Hosein Hassanabadi, Saeed Mojarad, Atefeh Soltanifar
- 203 The relationship between mother's self concept and child's attachment style and self concept
Sedighe Safaie, Imanallah Bigdeli, Siavosh Talepasand
- 204 Psychometric properties of a short version of the Self-Regulation Inventory in a sample of Iranian population
Mohammad Ali Besharat
- 205 The Efficacy of Life-Enhancement Program on Mental Health and Marital Satisfaction
Parvane Kazemi, H. Aghamohammadian Sharbaf, Morteza Modares Gharavi, Behrooz Mahram
- 206 Response inhibition in Children with Autism Spectrum Disorders: Use of Computerized stroop test
Ali Mashhadi, Neda Hamidi, Atefeh Soltanifar, Saeed Timoori
- 207 The effectiveness of theory of mind training on the promotion of theory of mind levels in educable ...
Somaye Ansarinezhad, Gita Movallali, Narges Adib Sereshki
- 208 Consideration of Relationship between achievement motivation and academic self-concept with anxiety in ...
Abolfazl Ghaffari, Fatemeh Arfa Balluchi
- 209 The relationships between Alexithymia and personality trait in university students
Iran Davoudi, Afrooz Afshari
- 210 Investigating the relationship of work-family conflict with perceived organizational support, job stress and ...
Hamid Reza Oreizi Samani, Saied Meysam Dibaji, Meysam Sadeghi
- 211 An Investigation of Relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with ...
Gholamrez Rajabi, Ghodratallah Abasi
- 212 Investigation of Psychometric Properties of the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS)
Naser Yousefi