

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۲ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۸۹ صفحات ۷۳-۷۰

بررسی اعتبار پرسشنامه نگرش خصمانه در تعیین خصومت در ۱۵۰ دانشجو

علیرضا فرنام: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: alirezafarnam@yahoo.com

سمیه آقازاده کهنه شهری: پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
روح اله فدایی فولادی: پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۷/۱۱/۳۰، پذیرش: ۸۸/۱۱/۲۱

چکیده

زمینه و اهداف: مطالعات بین وجود خصومت و برخی بیماری های عمده رابطه نشان داده اند. با این وجود، باور بر این است که پرسشنامه های معمول قادر به ارزیابی خصومت خالص نمی باشند. پرسشنامه نگرش خصمانه ابزار جدیدی است که ادعا می شود مناسب ارزیابی خصومت خالص می باشد. هدف از این مطالعه بررسی پرسشنامه نگرش خصمانه در یک نمونه از جامعه ایرانی می باشد.

روش بررسی: ۱۵۰ دانشجوی پزشکی مذکر دانشکده پزشکی تبریز با استفاده از پرسشنامه نگرش خصمانه و بخش خصومت پرسشنامه چند وجهی شخصیت مینه سوتا -۲ مورد سوال قرار گرفتند. ثبات داخلی پرسشنامه نگرش خصمانه (آلفای کرونباخ) و اعتبار ملاکی آن در مقایسه با پرسشنامه دوم و نیز همبستگی بین دو پرسشنامه تعیین شد.

یافته ها: متوسط سنی افراد بررسی شده $25 \pm 1/23/29$ (۲۶-۲۱) سال بود. ثبات داخلی پرسشنامه نگرش خصمانه در حد قابل قبولی نبود ($\alpha = 0/586$ آلفای کرونباخ). سوال ۱۴ یک عامل مداخله گر ضعیف در ثبات داخلی پرسشنامه شناخته شد و حذف گردید. این پرسشنامه نگرش خصمانه تغییر یافته با بخش خصومت پرسشنامه چند وجهی شخصیت مینه سوتا -۲ همبستگی نداشت ($\alpha = 0/054$ آلفای کرونباخ، $P = 0/514$). بر اساس پرسشنامه تغییر یافته، $3/15\%$ دانشجویان خصومت ورز شناخته شدند (امتیاز پرسشنامه نگرش خصمانه تغییر یافته بیشتر یا مساوی $0/87$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که پرسشنامه نگرش خصمانه در دانشجویان مذکر جامعه ایرانی به میزان کافی معتبر نمی باشد؛ ولی نسخه تغییر یافته آن را می توان با اطمینان جهت تعیین افراد خصومت ورز بکار گرفت.

کلیدواژه ها: پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا، خصومت، اعتبار.

مقدمه

خصومت و مسائل قلبی-عروقی است (۵-۲). آزمون شخصیتی مینه سوتا-۲ یا MMPI یکی از مهمترین و معتبرترین آزمونها در زمینه شخصیت است. این پرسشنامه در سال ۱۹۴۳ بوسیله هاتاوی و مک کنیلی در دانشگاه مینه سوتا ساخته شد و از آن پس در پژوهشهای مختلف مربوط به مسائل شخصیتی و اختلالات روانی

وجود ارتباط بین تیپ شخصیتی A و مسائل قلبی-عروقی از مدت ها پیش ساخته شده است، لیکن اکنون مشخص گردیده که بعضی از اجزاء این تیپ شخصیتی عملا اهمیت و نقش بیشتری در بروز این بیماریها دارند. مهمترین جزء در این زمینه، خصومت می باشد (۱). مطالعات متعدد بیانگر وجود ارتباط قوی بین

جهت تعیین اعتبار ملاکی نمونه انتخاب شده (۱۵۰ نفر)، هر دو پرسشنامه را تکمیل نمودند. نمونه افراد جهت تکمیل پرسشنامه از دانشجویان تمام مقاطع رشته پزشکی (بصورت یک گروه آموزشی از هر مقطع) بصورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به اینکه پرسشنامه MMPI در جامعه ما استاندارد شده است، جهت به حداقل رساندن متغیرهای مداخله گر، تمام افراد از یک جنس انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه ها، موضوع تحقیق برای دانشجویان شرح داده شد و تمام افراد انتخاب شده بطور داوطلبانه در این مطالعه شرکت نمودند. لازم به توضیح است سطح مقطع معادل متوسط + یک انحراف معیار در نظر گرفته شده است. اطلاعات به دست آمده بصورت میانگین $\pm$ انحراف معیار و نیز فراوانی و درصد بیان شده است. با استفاده از برنامه آماری SPSSTM نسخه ۱۵، جهت ارزیابی قابلیت اعتماد از Reliability analysis و مدل آلفای کرونباخ استفاده گردید. میزان آلفای بیشتر یا مساوی ۰/۶ قابل قبول در نظر گرفته شده است. جهت حذف سوالات مخدوش کننده از item-total statistics و جهت بررسی همبستگی از ضریب پیرسون (Pearson's rho) استفاده شد. در تمامی موارد مورد مطالعه، نتایج در صورت دارا بودن $P \leq 0/05$ از نظر آماری معنی دار شناخته شدند.

جدول ۱: ضریب آلفای کرونباخ در حذف هر سوال از پرسشنامه HAS

سوال	آلفای کرونباخ (پس از حذف سوال مربوطه)	سوال	آلفای کرونباخ (پس از حذف سوال مربوطه)
۱	۰/۵۹۱	۱۰	۰/۵۳۷
۲	۰/۵۷۰	۱۱	۰/۵۵۳
۳	۰/۵۵۰	۱۲	۰/۵۷۹
۴	۰/۵۶۶	۱۳	۰/۵۹۷
۵	۰/۵۶۰	۱۴	۰/۶۰۲
۶	۰/۵۵۰	۱۵	۰/۵۶۷
۷	۰/۵۷۴	۱۶	۰/۵۹۵
۸	۰/۵۹۴	۱۷	۰/۵۵۳
۹	۰/۵۷۴	۱۸	۰/۵۶۵

HAS: Hostile Attitude Scale

یافته ها

۱۵۰ دانشجوی پزشکی پسر با استفاده از دو پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. متوسط سنی افراد مورد مطالعه $23/29 \pm 1/25$ (حداقل ۲۱ و حداکثر ۲۶) سال بود. متوسط امتیاز HAS در افراد مورد مطالعه $78/36 \pm 11/67$ (۱۲۲-۵۴) و متوسط امتیاز MMPI-2 در افراد مورد مطالعه $47/17 \pm 9/57$ (۷۱-۲۱) بود.

در بررسی اعتبار پرسشنامه HAS، میزان آلفای کرونباخ ۰/۵۸۶ بدست آمد، بهمین دلیل از item-total statistics استفاده گردید تا موارد مخدوش کننده پرسشنامه مشخص شوند. نتایج item-total statistics در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. بر این اساس، پرسش شماره ۱۴ مخدوش کننده بود و از پرسشنامه حذف گردید و پرسشنامه جدید HAS-2 نامگذاری شد. متوسط امتیاز HAS-2

و در بیمارستانها، کلینیکها و مراکز بهداشت روانی مورد استفاده گسترده ای قرار گرفت (۶). یکی از بخشهای این پرسشنامه که بطور مستقل جهت اندازه گیری خصومت مورد استفاده قرار می گیرد، پرسشنامه Cook-Medley Scale می باشد و سالها جهت اندازه گیری این نگرش مورد استفاده قرار گرفته است. با بررسی در طول سالها به نظر می رسد این پرسشنامه افتراق چندانی بین خشم از نظر جنبه هیجانی، پرخاشگری از نظر جنبه رفتاری و خصومت از نظر جنبه شناختی نمی دهد. در جستجوی ابزاری برای اندازه گیری خصومت به عنوان یک نگرش، در سالهای اخیر ابزار دیگری تحت عنوان Hostile Attitude Scale (HAS) معرفی شده است که بیش از جنبه های هیجانی (خشم) و رفتاری (پرخاشگری) روی جنبه های شناختی خصومت تاکید دارد (۷).

با وجود نقاط قوت فراوان، روائی و پایایی پرسشنامه Cook-Medley Scale، مطرح شدن اهمیت جنبه شناختی خصومت نیاز به ابزار بررسی آن را مطرح می کند. برخی مطالعات نشان داده است که پرسشنامه HAS بهتر از سایر ابزارها می تواند میزان گرفتگی عروق را پیش بینی کند. مطالعه حاضر بر این اساس طراحی شده است که بطور سایکومتریک پرسشنامه HAS را در مقایسه با Cook-Medley Scale که در اکثر جوامع و در جامعه ما استاندارد شده است مورد بررسی قرار داده، امکان استفاده از آن را در مراحل بعدی فراهم آورد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، اعتبار ملاکی پرسشنامه "نگرش خصمانه" یا HAS با بخش خصومت پرسشنامه "چند وجهی شخصیت مینه سوتا ۲- Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 (MMPI-2) در ۱۵۰ دانشجوی پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. مکان انجام پژوهش دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز آموزشی و درمانی رازی شهرستان تبریز بود. این مطالعه به مدت ۱۲ ماه بطول انجامید. MMPI₂ شامل ۵۶۷ سوال است که پاسخ های صحیح یا غلط دارد که تکمیل کامل پرسشنامه معمولاً در حدود ۱ تا ۱/۵ ساعت بطول می انجامد. فرد پاسخ دهنده حداقل باید تحصیلات دوره راهنمایی داشته باشد. این تست ابعاد مختلفی از شخصیت و سایکوپاتولوژی در افراد را اندازه می گیرد لیکن بعد ضروری در این مطالعه بعد مربوط به خصومت می باشد که شامل ۲۸ سوال است و می تواند بطور مستقل از سایر سوالات پرسشنامه این بعد را مورد سنجش قرار دهد (۶).

HAS پرسشنامه ای است که برای ارزیابی جنبه های شناختی خصومت طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سوال است که پاسخ های هفت درجه ای در مقیاس Linkert دارد و در مقابل هر گزاره از "قویا مخالفم" تا "قویا موافقم" امتداد دارد (۷). نخست اعتبار پرسشنامه توسط روشهای Test-retest و Translation-back translation مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس

در افراد مورد مطالعه $11/52 \pm 75/52$ (حداقل ۴۹ و حداکثر ۱۱۵) بود. در بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه HAS-2، میزان آلفای کرونباخ $0/602$ بدست آمد.

بین نتایج حاصل از HAS-2 و MMPI-2 همبستگی معنی داری از نظر آماری مشاهده نشد ($r=0/054$ ، ضریب پیرسون، $p=0/514$). با در نظر گرفتن متوسط $\pm$ انحراف معیار، نقطه برش جهت تعیین خصومت با استفاده از نتایج HAS-2 در حدود $87/05$ تعیین شد. بر این اساس 23 ($15/3\%$) مورد از افراد مورد مطالعه خصومت ورز بودند. با در نظر گرفتن متوسط $+$ یک انحراف معیار، نقطه برش جهت تعیین hostility با استفاده از نتایج MMPI-2 در حدود $56/74$ تعیین شد و بر این اساس 34 ($22/7\%$) مورد از افراد مورد مطالعه خصومت ورز بودند.

بحث

ما در این مطالعه به بررسی اعتبار ملاکی پرسشنامه HAS با بخش خصومت پرسشنامه MMPI-2 در ۱۵۰ دانشجوی پزشکی پسر پرداختیم. در واقع مطالعه فعلی بدین منظور انجام شده است تا روایی پرسشنامه نسبتاً جدید HAS جهت ارزیابی خصومت را در جامعه ایرانی مشخص سازد تا بتوان در صورت امکان از این پرسشنامه یا فرم تغییر یافته آن جهت بررسی رابطه بین خصومت با بروز بیماری های عروق قلبی در بیماران مراکز خود استفاده نماییم. یکی از مشکلات اساسی در این زمینه، نبود یک مقیاس و معیار قابل قبول جهت تعیین وجود خصومت و کمی کردن آن عنوان شده است. علت اصلی این دشواری، همپوشانی سه جزء خشم دارای بعد رفتاری، پرخاش دارای بعد عاطفی و خود خصومت دارای بعد ذهنیت است (۷). پرسشنامه MMPI-2 تا پیش از معرفی پرسشنامه HAS بعنوان یکی از مهمترین و اصلی ترین ابزارهای بررسی خصومت بشمار می رفته است (۱۰-۸)؛ با این وجود، در مطالعات مختلف نشان داده شده است که پرسشنامه MMPI-2 ممکن است نتواند بخوبی خصومت را اندازه گیری نماید و ابزار بهتری در این مورد بایستی بکار گرفته شود (۱۴-۱۱). در مطالعه فعلی پایانی هماهنگی درونی پرسشنامه HAS در نمونه ای از جامعه ایرانی مورد تایید قرار نگرفت ($0/6 < \alpha$ آلفای کرونباخ). بهمین دلیل با استفاده از item-total statistics این پرسشنامه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت و با حذف پرسش شماره ۱۴ اعتبار پرسشنامه به مقادیر قابل قبول افزایش یافت (پرسشنامه HAS تعدیل شده یا HAS-2).

یافته مهم دیگر اینکه در مقایسه دو پرسشنامه HAS-2 و جزء خصومت پرسشنامه MMPI-2 همبستگی قابل قبول و معنی داری مشاهده نگردید ($r=0/054$ ، ضریب پیرسون، $p=0/514$)؛ بدین معنی که جهت ارزیابی خصومت نتایج این دو پرسشنامه همراستا نمی باشد.

با توجه به مقالات چاپ شده در مجلات معتبر، تاکنون تنها یک مطالعه به بررسی همزمان این دو پرسشنامه در این زمینه

پرداخته است. Arthur و همکاران (۱۹۹۹) ۱۶۰ بیمار کانادایی (۱۳۵ مرد و ۲۵ زن، بترتیب با سن متوسط ۵۴ و ۵۸ سال) را با استفاده از این دو پرسشنامه مورد ارزیابی قرار دادند. در این مطالعه برخلاف بررسی حاضر پایانی هماهنگی درونی پرسشنامه HAS اصلی در حد بالایی قرار داشت ($r=0/8$ آلفای کرونباخ). بعلاوه همبستگی بالایی بین نتایج HAS و جزء خصومت پرسشنامه MMPI-2 مشاهده گردید ($r=0/6$) (۷). یکی از دلایل این تفاوت در نتایج دو مطالعه می تواند اختلافات نژادی باشد. برخی مطالعات نشان داده اند که اعتبار تست های روانشناختی در ارزیابی خصومت در نژادها و جوامع مختلف یکسان نمی باشد (۱۵،۱۶). در واقع معرفی فرم تعدیل یافته HAS در مطالعه حاضر می تواند بعنوان گامی در جهت "بومی کردن" این پرسشنامه در جامعه ایرانی بشمار رود؛ امری که برای اولین بار صورت پذیرفته است. شاید بتوان همین امر را در مورد جزء خصومت پرسشنامه MMPI-2 نیز اجرا نمود و نتایج بررسی مطابقت این دو فرم تغییر یافته را مجدداً ارزیابی کرد. با این وجود بایستی در نظر داشت که در مطالعه کانادایی مذکور به این امر اشاره شده است که هرچند تطابق نتایج دو پرسشنامه تا حدی وجود دارد، ولی این میزان بقدری نیست که استفاده از HAS را بی اعتبار کند. عبارت دیگر HAS در ارزیابی خصومت برتر از جزء خصومت پرسشنامه MMPI-2 می باشد (۷).

در بررسی فراوانی افراد خصومت ورز، در مطالعه حاضر این میزان بر اساس پرسشنامه HAS-2 و نقطه برش محاسبه شده $15/3\%$ و بر اساس جزء خصومت پرسشنامه MMPI-2 $22/7\%$ بود. این میزان در مطالعه Arthur و همکاران بترتیب 15% و 22% گزارش شده است که بسیار مشابه با نتایج مطالعه فعلی می باشند. در توجیه کمتر بودن تعداد موارد خصومت ورز در ارزیابی HAS نسبت به روش دیگر، آلوده بودن نتایج پرسشنامه MMPI-2 عنوان شده است؛ عبارت دیگر پرسشنامه هایی غیر از HAS علاوه بر موارد خصومت ورز، موارد دیگری (مانند پرخاشگری و خشم) را نیز بعنوان خصومت معرفی می کنند (۷) که HAS قابلیت افتراق آنها را از خصومت داراست.

مطالعه حاضر از چند جهت دارای مزایا و معایبی بوده است. مزیت عمده مطالعه فعلی جامعه آماری مورد بررسی است. استفاده از دانشجویان پزشکی، علاوه بر اینکه باعث شده است جامعه مورد مطالعه دارای یکنواختی و همگونی باشد، بلکه استفاده از یک طیف تحصیل کرده نتایج مورد نظر را دارای اعتبار بیشتری نموده است. یکی از محدودیت های این مطالعه و مطالعات مشابه، محدودسازی بررسی در افراد مذکر است. هرچند تاکنون تست مناسبی جهت ارزیابی خصومت در افراد مونث معرفی نشده است، ولی استفاده از HAS می تواند در این دسته از افراد نیز با نتایج قابل قبول و قابل اعتمادی همراه باشد که در بررسی های آتی مشخص خواهد شد (۱۹-۱۷). یکی از مواردی که همواره بعنوان عامل مخدوش کننده در مطالعات مشابه که بر ارزیابی عقاید افراد

نتیجه گیری

HAS در بررسی خصومت در بین دانشجویان پزشکی جامعه ایرانی دارای اعتبار قابل قبولی نمی باشد، ولی فرم تغییر یافته ان (HAS-2) را می توان بکار گرفت. بر اساس پرسشنامه HAS-2، ۱۵/۳٪ دانشجویان پزشکی خصومت ورز می باشند. نقطه برش HAS-2 در دانشجویان پزشکی ۸۷/۰۵ و متوسط امتیاز در این دسته از افراد ۷۵/۵۳ می باشد. جهت بررسی رابطه خصومت با بیماری های عروق کرونری در جامعه ایرانی توصیه می گردد بجای پرسشنامه HAS، از پرسشنامه HAS-2 استفاده گردد.

می پردازند مطرح است، جامعه پسندی یا به عبارتی، نتیجه آن، بصورت عدم پاسخ گویی صحیح و بر پایه واقعیت است که می تواند تاثیر منفی بر ارزش اخباری منفی یک تست داشته باشد. تخمین زده می شود که در ۲۰٪ تمامی موارد مطالعاتی این عامل مخدوش کننده تاثیرگذار باشد (۷). بر همین مبنا مشخص ساختن این دسته از موارد و خارج ساختن آنها از مطالعه می تواند در رسیدن به نتایج قطعی کمک کننده باشد. استفاده از زیر مجموعه DY از مقیاس فرم بررسی شخصیتی Jackson می تواند در این زمینه در مطالعات آتی کمک کننده باشد (۲۰).

References:

- Kawachi I, Sparrow D, Kubzansky LD, Spiro A, Vokonas PS, Weiss ST. Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease: test of the MMPI-2 type A scale. *Circulation* 1998; **98**(5): 405-412.
- Boyle SH, Williams RB, Mark DB, Brummett BH, Siegler IC, Helms MJ. Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 2004; **66**(5): 629-632.
- Davis MC, Matthews KA, McGrath CE. Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. The Normative Aging Study. *Psychosom Med* 2000; **62**(1): 17-25.
- Kline KA, Fekete EM, Sears CM. Hostility, emotional expression, and hemodynamic responses to laboratory stressors: reactivity attenuating effects of a tendency to express emotion interpersonally. *Int J Psychophysiol* 2008; **68**(3): 177-185.
- Barefoot JC, Peterson BL, Dahlstrom WG, Siegler IC, Anderson NB, Williams RB. Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychol* 1991; **10**(1): 18-24.
- Pope MK, Smith TW, Rhodewalt F. Cognitive, behavioral, and affective correlates of the Cook and Medley Hostility Scale. *J Pers Assess* 1990; **54**(3-4): 501-514.
- Arthur HM, Garfinkel PE, Irvine J. Development and testing of a new hostility scale. *Can J Cardiol* 1999; **15**(5): 539-544.
- Brophy AL. MMPI and MMPI-2 scores on the Cook-Medley Hostility Scale. *Psychol Rep* 1997; **80**(3): 1087-1090.
- Steinberg L, Jorgensen RS. Assessing the MMPI-based Cook-Medley Hostility Scale: the implications of dimensionality. *J Pers Soc Psychol* 1996; **70**(6): 1281-1287.
- Han K, Weed NC, Calhoun RF, Butcher JN. Psychometric characteristics of the MMPI-2 Cook-Medley Hostility scale. *J Pers Assess* 1995; **65**(3): 567-585.
- Barefoot JC, Dodge KA, Peterson BL, Dahlstrom WG, Williams RB. The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosom Med* 1989; **51**(1): 46-57.
- Greenglass ER, Julkunen J. Cook-Medley hostility, anger, and the Type A behavior pattern in Finland. *Psychol Rep* 1991; **68**(3): 1059-1066.
- Colligan RC, Offord KP. The Risky Use of the MMPI Hostility Scale in Assessing Risk for Coronary Heart Disease. *Psychosomatics* 1988; **29**(2): 188-196.
- Han K, Weed NC, Calhoun RF, Butcher JN. Psychometric characteristics of the MMPI-2 Cook-Medley Hostility scale. *J Pers Assess* 1995; **65**(3): 567-585.
- Chesney MA, Eagleston JR, Rosenman RH. The Type A Structured Interview: A behavioral assessment in the rough. *J Psychopathol Behav Asses* 1980; **2**(4): 225-229.
- Hutton HE, Miner MH, Blades JR, Langfeldt VC. Ethnic differences on the MMPI Over controlled-Hostility Scale. *J Pers Assess* 1992; **58**(2): 260-268.
- McDougall JM, Dembroski TM, Dimsdale JE, Hackett TP. Components of type A, hostility, and anger-in: further relationships to angiographic findings. *Health Psychol* 1985; **4**(2): 137-152.
- Dembroski TM, McDougal JM, Williams RB, Haney L, Blumenthal JA. Components of type, hostility and anger-in: relationship to angiographic findings. *Psychosom Med* 1985; **47**(3): 219-233.
- Williams RB, Barefoot JC, Haney TL. Type a behavior and angiographically documented coronary atherosclerosis in a sample of 2289 patients. *Psychosom Med* 1988; **50**(2): 139-152.
- Helmes E, Jackson DN. The Item Factor Structure of the Personality Research Form. *Appl Psychol Meas* 1977; **1**(2): 185-194.