

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۹ بهار ۱۳۸۷

### رابطه بین شوخ طبعی و اختلالات روانی در دانش‌آموزان دوره پیش دانشگاهی شهر اصفهان

مهديه سادات خشوعی - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

#### چکیده:

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی و اختلالات روانی دانش‌آموزان دوره‌ی پیش‌دانشگاهی شهر اصفهان بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دوره‌ی پیش‌دانشگاهی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۵ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۲۱۴ دانش‌آموز (۱۰۵ دختر و ۱۰۹ پسر) به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند. در مورد آنها پرسشنامه‌ی شوخ‌طبعی (SHQ) و نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی ۹۰ نشانه‌ای (SCL-90-R) اجرا شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین کل شوخ‌طبعی با شاخص کلی علایم روانی و ابعاد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، فوبیا، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی و سؤالات اضافی رابطه‌ی معنی‌دار منفی وجود دارد، اما بین کل شوخ‌طبعی با بُعد خصومت رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. علاوه بر این، مقایسه‌ی میانگین‌ها نشان داد که بین دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ میزان کل شوخ‌طبعی، شاخص کلی علایم روانی و ابعاد وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما از لحاظ ابعاد شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، فوبیا و سؤالات اضافی تفاوت میان آنها معنی‌دار بود.

واژه‌های کلیدی: شوخ طبعی، اختلالات روانی.

بی‌شک هر یک از ما در طول زندگی روزمره‌ی خویش در شرایطی قرار می‌گیریم که ممکن است کنترل اعصاب و رفتار خود را از دست بدهیم و به گونه‌ای غیرطبیعی عمل کنیم. زمانی که به شدت عصبانی شده‌ایم و تمام اعضای بدن ما آماده‌ی پرخاشگری است. وقتی که ترسیده‌ایم و ترس تمام وجود ما را پُر کرده است. آن گاه که به خاطر از دست دادن یک موقعیت یا هر چیز ارزشمند دیگر کاملاً افسرده شده‌ایم. هنگامی که به علت یک اشتباه، مورد تمسخر و مضحکه‌ی دیگران قرار می‌گیریم یا آن موقعی که در روبرو شدن با درخواست اطرافیان، دوستان و همکاران، توان دادن پاسخ منفی از ما سلب شده است. همه‌ی این موارد، موقعیت‌ها و شرایطی هستند که ما را رنج می‌دهند. بنابراین، هر یک از ما انسان‌ها برای رهایی از چنین وضعیت‌هایی حتماً مکانیزم‌هایی را به کار برده‌ایم، اما یکی از مهم‌ترین و شاید بهترین این مکانیزم‌ها شوخ‌طبعی<sup>۱</sup> باشد که نه تنها در مقابله با شرایط ناگوار و پُراسترس به انسان کمک می‌کند بلکه در ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد نیز نقش مهمی را ایفا می‌کند. در همین رابطه تحقیقات متعددی حاکی از این است که شوخ‌طبعی با حالات هیجانی مثبت مانند امیدواری (اسنیدر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴)، عزت نفس (تورسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ آبرامویتز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰)، خوش‌بینی (کورتکو<sup>۵</sup> و هانا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴؛ تورسون و همکاران، ۱۹۹۷) و شادی و شادکامی رابطه‌ی مثبت و با حالات هیجانی منفی مانند استرس (کارول<sup>۷</sup> و اشمیت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲)، افسردگی (تورسون و پاول<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴؛ تورسون و همکاران، ۱۹۹۷؛ فریهیت<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ آلباچر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸، دنیر<sup>۱۲</sup> و مک‌کوناتا<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۳)، نگرانی (کلی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲)، ناامیدی (فریهیت و همکاران، ۱۹۹۸)، وسواس-اجبار

1- Sense of humor  
3- Thorson  
5- Korotkov  
7- Carroll  
9- Powell  
11- Albucher  
13- McConatha

2- Snyder  
4- Abramovitz  
6- Hannah  
8- Shmidt  
10- Freiheit  
12- Deaner  
14- Kelly

(آلباچر و همکاران، ۱۹۹۸)، خشم (پریروست<sup>۱</sup> و بریور<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷)، ترس مرضی (ونتیس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و اضطراب (ابل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲) رابطه‌ای منفی دارد. اما در زمینه‌ی تأثیرات جسمانی شوخ‌طبعی نیز تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که فیلم خنده‌دار تماشا می‌کنند در مقایسه با افرادی که فیلم غیرخنده‌دار می‌بینند، درد کمتری را بیان می‌کنند (هوداک<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۱) یا بیشتر می‌توانند درد را تحمل کنند (ویسنبرگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). در زمینه‌ی رابطه‌ی بین شوخی و وسواس- اجبار نیز تحقیقات نشان داده‌اند استفاده‌ی بیشتر از مکانیسم‌هایی مانند شوخی، نوع دوستی و والایش با کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار و افسردگی مرتبط است (آلباچر و همکاران، ۱۹۹۸). مارتین<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) نیز در بررسی تأثیرات اجتماعی شوخ‌طبعی به این نتیجه دست یافت افرادی که شوخ‌طبعی بیشتری دارند، از نظر اجتماعی مهارت بیشتری دارند و از نظر حل تعارض‌های بین فردی در ارتباط با دیگران توانایی بالاتری دارند. از طرف دیگر افراد شوخ طبع با از بین بردن موانع اجتماعی و ارتباطی، حُسن تفاهم و یکرنگی ایجاد می‌کنند (ایلخانی، ۱۳۸۱). در همین زمینه تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که شوخ طبعی بیشتری دارند ممکن است از نظر اجتماعی شایستگی بیشتر و در روابط بین فردی جذاب‌تر باشند (بل<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۸۶؛ مستن<sup>۹</sup>، ۱۹۸۶). در واقع داشتن شوخ طبعی باعث ایجاد صمیمیت بیشتر و کاهش تنهایی می‌گردد (هامپس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲). اما نکته‌ی مهم در تمام تحقیقات ذکر شده این است که نوع شوخی می‌تواند تعیین کننده‌ی افزایش یا کاهش سلامت جسمانی یا روانی افراد باشد. برای مثال بین شوخی‌هایی با سبک ارتقاء دهنده‌ی خود<sup>۱۱</sup> (شوخی‌هایی که با آنها شخص خود را بزرگ می‌کند، بدون این که موجب آزار دیگران شود) با

1-

3- Brewer

5- Abel

7- Weisenberg

9- Bell

2- Prerost

4- Ventis

6- Hudak

8- Martin

10- Self- enhancing

روان‌رنجوری همبستگی منفی و بین استفاده از شوخی‌های پرخاشگرانه و به ضرر خود<sup>۱</sup> (شوخی‌هایی که در آن فرد به قیمت ضرر زدن به خود، موجب تقویت روابط می‌شود) با روان‌رنجوری همبستگی مثبت وجود دارد (مارتین و همکاران، ۲۰۰۳).

در مورد جنسیت و شوخ‌طبعی نیز به نظر می‌رسد جنسیت نقش مهمی در شوخ‌طبع شدن و لذت بردن از شوخی دارد. در واقع، زنان در مقایسه با مردان بیشتر خواهان دریافت شوخی، در صورتی که مردان بیشتر ارائه دهنده‌ی شوخی هستند. به عبارتی دیگر زنان نه تنها به دنبال افرادی هستند که آنها را بخندانند و مردان به این خواسته‌ی زنان پاسخ می‌دهند (پرواین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰)، بلکه از طرف دیگر، زنان در ادراک شوخی و مردان در خَلق شوخی نمرات بالایی می‌آورند. همچنین اگر چه زنان و مردان هر دو تمایل دارند تا زنان هدف شوخی باشند اما از یک طرف، زنان در مقایسه با مردان شوخی‌هایی را ترجیح می‌دهند که محتوای پرخاشگرانه و جنسی کمتری داشته باشد (نو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). در واقع مردان، شوخی‌های جنسی و استثماری را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند (ویلسون<sup>۴</sup> و مولستن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱). در صورتی که زنان، شوخی‌های حکایت‌گونه (داستان‌های خنده‌داری که برای افراد اتفاق می‌افتد) را ترجیح می‌دهند (کرافورد<sup>۶</sup> و گرسلی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). در ایران نیز در مورد تفاوت میزان شوخ‌طبعی زنان و مردان، مولوی و قرایی (۱۳۸۲) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین میزان احساس شوخ‌طبعی زنان و مردان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما در مورد جنسیت و میزان کلی علایم روانی، مارتین در سال ۱۹۸۵ با مطالعه بر روی دانشجویان به این رسید که آزمودنی‌های زن نسبت به آزمودنی‌های مرد هیجان منفی بیشتری دارند (نقل از گردی و همکاران، ۱۳۸۴). در ایران نیز برخی از مطالعات حاکی

1- Self- defeating

3- Nevo

5- Mollleston

7- Gressley

2- Provine

4- Wilson

6- Crawford

از عدم وجود تفاوت میزان سلامت روانی بین زنان و مردان (گردی و همکاران، ۱۳۸۴) و برخی نشان دهنده‌ی وجود تفاوتی معنی‌دار بین زنان و مردان از لحاظ میزان سلامت روانی هستند (کجباف و همایی، ۱۳۸۳؛ فرح‌بخش و همکاران، ۱۳۸۴).

حال با توجه به اهمیت روزافزون نقش سلامت روانی در زندگی انسان و با توجه به این که شوخ طبعی از جمله عوامل مهم روانشناختی است که با تغییر دادن دیدگاه و طرز تفکر ما نسبت به مشکلات و جایگزین کردن عواطف منفی همانند خشم و افسردگی با عواطف مثبت مانند خوشحالی، شادی، باعث کاهش علائم و اختلالات روانی و به دنبال آن ارتقاء سلامت روانی می‌گردد، لذا هدف از این پژوهش، اولاً بررسی رابطه‌ی بین شوخ طبعی و ابعاد علائم روانی و ثانیاً بررسی تفاوت میزان شوخ طبعی و میزان کلی علائم روانی در دانش‌آموزان دختر و پسر بود.

## روش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌ی پیش‌دانشگاهی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۵ بود. نمونه شامل ۲۱۴ دانش‌آموز (۱۰۵ دختر و ۱۰۹ پسر) بود. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. به این ترتیب که از بین نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، نواحی ۵ و ۲ به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از بین مدارس پیش‌دانشگاهی این نواحی، ۴ مدرسه (۲ دخترانه و ۲ پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب و از بین کلاس‌های مدارس، ۲ کلاس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مورد نظر بین دانش‌آموزان این کلاس توزیع شد.

### ابزارهای اندازه‌گیری

برای اجرای پژوهش حاضر، از دو ابزار اندازه‌گیری استفاده شد:

پرسش‌نامه‌ی شوخ‌طبعی: برای سنجش شوخ‌طبعی از پرسشنامه‌ی شوخ‌طبعی (SHQ)<sup>۱</sup> استفاده گردید. این پرسشنامه که توسط خشوعی و همکاران (۱۳۸۶) ساخته شد، شامل ۲۵ سؤال است که بر روی یک طیف هفت درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم) با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش از نوع واریماکس مورد تحلیل عوامل قرار گرفت و یک ساختار پنج‌عاملی (لذت از شوخی<sup>۲</sup>، خنده<sup>۳</sup>، شوخی کلامی<sup>۴</sup>، شوخ‌طبعی در روابط اجتماعی<sup>۵</sup> و شوخ‌طبعی در شرایط استرس‌آور<sup>۶</sup>) به دست داد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب برای هر بُعد ۰/۷۴، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ می‌باشد که این نشان دهنده‌ی ضرایب پایایی رضایت‌بخش برای کل پرسشنامه و همه‌ی ابعاد آن است. در این پرسشنامه هر آزمودنی برای هر مؤلفه یا بُعد نمره‌ای جداگانه و برای کل پرسشنامه نیز یک نمره‌ی نهایی کسب می‌کند و نمره‌ی بالا در این پرسشنامه نشان دهنده‌ی شوخ‌طبعی بیشتر خواهد بود. در این پژوهش، صرفاً نمره‌ی کلی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است.

نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی ۹۰ نشانه‌ای: برای ارزیابی علایم روانی یا به‌عبارتی سلامت روانی دانش‌آموزان نیز از نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی ۹۰-نشانه‌ای (SCL-90-R)<sup>۷</sup> استفاده شد. فرم اولیه‌ی این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۳ به وسیله‌ی دراگوتیس<sup>۸</sup>، لیپمن<sup>۹</sup> و کووی<sup>۱۰</sup> ارائه گردید (به کیش، ۱۳۷۳)، در سال ۱۹۹۰ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و به پرسشنامه‌ی SCL-90-R معروف شد. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی علایم روانی است و میزان ناراحتی از این علایم را در طول یک هفته‌ی قبل

1- Sense of Humor Questionnaire (SHQ)

3- laughter

5- sense of humor in social relations

7- Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R)

9- Lipman

2- enjoyment of humor

4- verbal humor

6- sense of humor in stressful conditions

8- Derogatis

می‌سنجد. ۹۰ سؤال این پرسشنامه ۹ بُعد شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی و سؤالات اضافی را در برمی‌گیرد. در این آزمون برای هر سؤال ۵ درجه (به هیچ وجه، کمی، در حد متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد) وجود دارد که نمره‌ای از صفر تا چهار به آنها تعلق می‌گیرد. پس از نمره‌گذاری، نمرات فرد را برای هر مقوله یا بُعد جداگانه جمع زده و بر تعداد سؤالات آن تقسیم می‌کنند که نمره‌ی بدست آمده در هر بُعد بین صفر تا چهار می‌باشد. شاخص کلی سازگاری و سلامت روانی فرد نیز از طریق جمع نمره‌ی همه‌ی سؤالات و تقسیم آن بر ۹۰ بدست می‌آید که آن هم بین صفر تا چهار می‌باشد. در مورد روایی آزمون، نتایج تحقیقات نشان داده است که این آزمون از حساسیت بالینی زیادی برخوردار است. یعنی ۲۵ درصد از نمونه تقریباً سطوح بالایی از علائم روانی مشابه با بیماران اورژانسی را نشان دادند. در ایران نیز نوربالا و همکاران (۱۳۸۱) میزان حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه این پرسشنامه را به ترتیب برابر با ۸۰/۹، ۹۲/۷ و ۱۰ درصد گزارش نمودند. همچنین ثبات داخلی و پایایی آزمون که از طریق آزمون-آزمون مجدد به دست آمد، دامنه‌ی معنی‌داری از ۰/۷۷ برای روان‌رنجورخویی تا ۰/۹۰ برای افسردگی در نوسان بود که این نشان دهنده‌ی پایایی نسبتاً خوبی برای این مقیاس و ابعاد آن می‌باشد (یعقوبی، ۱۳۷۴).

#### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای شوخ‌طبعی و شاخص کلی علائم روانی در جدول ۱ برای دختران و پسران و کل نمونه ارائه شده است.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی شوخ طبعی و شاخص کلی علایم روانی

متغیر	سنجش توصیفی		زنان		مردان		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کل شوخ طبعی	۹۹/۹۰	۲۴/۶۷	۱۰۵/۱۹	۲۲/۶۳	۱۰۲/۵۹	۲۳/۷۵	۰/۶۹
جسمانی سازی	۱/۰۸	۰/۷۲	۰/۸۴	۰/۶۴	۰/۹۶	۰/۷۷	۱/۰۷
وسواس- اجبار	۱/۱۰	۰/۷۲	۱/۰۴	۰/۸۳	۱/۰۷	۰/۶۵	۰/۸۴
حساسیت بین فردی	۰/۸۶	۰/۶۵	۰/۸۱	۰/۶۵	۰/۸۴	۰/۸۱	۱/۰۴
افسردگی	۱/۲۳	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۷۷	۱/۰۴	۰/۸۱	۰/۹۷
اضطراب	۱/۱۳	۰/۸۴	۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۹۷	۰/۶۷	۰/۸۳
خصوصیت	۰/۷۶	۰/۴۶	۰/۹۰	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۵۳	۰/۴۶
فوبیا	۰/۵۵	۰/۶۰	۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۷۴	۱/۳۷
افکار پارانوئیدی	۱/۳۳	۰/۶۹	۱/۴۰	۰/۷۸	۱/۳۷	۰/۶۳	۰/۷۵
روان پریشی گرای	۰/۷۴	۰/۶۲	۰/۷۶	۰/۶۴	۰/۷۵	۰/۷۳	۱/۰۹
سؤال‌های اضافی	۱/۲۸	۰/۷۲	۰/۹۱	۰/۷۰	۱/۰۹	۰/۶۰	۰/۹۲
شاخص کلی علایم روانی	۰/۹۸	۰/۵۹	۰/۸۶	۰/۶۱	۰/۹۲	۰/۶۰	

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین و انحراف معیار کل SHQ به ترتیب ۱۰۲/۵۹ و ۲۳/۷۵ می‌باشد. همچنین از بین مؤلفه‌های SCL-90-R در کل نمونه «افکار پارانوئیدی» دارای بالاترین میانگین و «افسردگی و اضطراب» دارای بیشترین پراکندگی می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار کل SCL-90-R به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۶۰ می‌باشد.

در این قسمت ابتدا هر فرضیه مطرح و سپس نتایج مربوط به هر فرضیه مورد بررسی قرار می‌گیرد:



- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز  
 سال سوم شماره ۹، بهار ۱۳۸۷

فرضیه شماره ۱: بین شوخ طبعی و میزان کلی علایم روانی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. به منظور بررسی رابطه‌ی بین شوخ طبعی و میزان کلی علایم روانی از روش همبستگی پیرسون استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) ضرایب همبستگی بین شوخ طبعی با شاخص کلی علایم روانی و ابعاد آن

شاخص کلی علایم روانی	سؤال های اضافی	روان پریشی گرای	افکار پارانوئیدی	فوبیا	خصومت	اضطراب	افسردگی	حساسیت بین فردی	وسواس - اجبار	جسمانی سازی	متغیر	
$r = -.173^*$	$p = .011$	$r = -.157^*$	$p = .022$	$r = -.139^*$	$p = .043$	$r = -.161^*$	$p = .019$	$r = -.155^*$	$p = .022$	$r = -.152$	$p = .047$	کل شوخ طبعی
						$r = -.174^*$	$p = .011$	$r = -.149^*$	$p = .029$	$r = -.148^*$	$p = .030$	
								$r = -.136^*$	$p = .046$	$r = -.164^*$	$p = .016$	

\*  $P < .05$  (two-tailed)

بر اساس این جدول، به غیر از بُعد خصومت، تمامی ابعاد و شاخص کلی علایم روانی با شوخ طبعی رابطه‌ی منفی معنی دار دارند.

فرضیه شماره ۲: بین دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ میزان شوخ طبعی تفاوت وجود دارد. اما برای بررسی تفاوت بین دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ میزان شوخ طبعی از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده‌اند.

جدول (۳) مقایسه شوخ طبعی دانش‌آموزان دختر و پسر

شاخص	تفاوت میانگین‌ها	ارزش t	سطح معنی داری
متغیر شوخ طبعی	-۵/۲۹	-۱/۶۳	۰/۱۰۳

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است با توجه به سطح معنی داری ۰/۱۰۳، ارزش تی به دست آمده معرف عدم تفاوت معنی دار بین نمره‌ی کلی میزان شوخ طبعی دانش آموزان دختر و پسر است.

فرضیه شماره ۳: بین دانش آموزان دختر و پسر از لحاظ میزان کلی علایم روانی تفاوت وجود دارد. برای مقایسه‌ی میزان کلی علایم روانی دانش آموزان دختر و پسر نیز از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده اند.

جدول (۴) مقایسه میزان کلی علایم روانی دانش آموزان دختر و پسر

متغیر	شاخص	تفاوت میانگین ها	ارزش t	سطح معنی داری
جسمانی سازی	۰/۲۳	۲/۵۱	۰/۱۳	
وسواس- اجبار	۰/۰۶	۰/۶۳	۰/۵۲۸	
حساسیت بین فردی	۰/۰۵	۰/۵۶	۰/۵۷۶	
افسردگی	۰/۳۶	۳/۳۶	۰/۰۰۱	
اضطراب	۰/۳۲	۲/۹۴	۰/۰۰۴	
خصومت	-۰/۱۴	-۱/۵۷	۰/۱۱۶	
فوبیا	۰/۱۶	۲/۱۹	۰/۰۲۹	
افکار پارانوئیدی	-۰/۰۶	-۰/۶۱	۰/۵۴۱	
روان پریشی گرایی	-۰/۰۱	-۰/۲۲	۰/۸۲۳	
سؤال های اضافی	۰/۳۷	۳/۸۰	۰/۰۰۰	
شاخص کلی علایم روانی	۰/۱۲	۱/۴۸	۰/۱۳۸	

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با توجه به سطح معنی داری ۰/۱۳۸، ارزش تی به دست آمده معرف عدم تفاوت معنی دار بین میزان کلی علایم روانی دانش آموزان دختر و پسر است. اما با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۱۳، ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۴، ۰/۰۲۹ و ۰/۰۰۰ ارزش تی به دست آمده به ترتیب در ابعاد جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب، فوبیا و سؤال های اضافی معرف وجود تفاوت معنی دار می باشد. اما

باتوجه به سطح معنی‌داری ۰/۵۲۸، ۰/۵۷۶، ۰/۱۱۶، ۰/۵۴۱، ۰/۸۲۳ و ۰/۱۳۸ ارزش تی به‌دست آمده به ترتیب در ابعاد وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی‌گرایی معرف عدم وجود تفاوت معنی‌دار می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که:

۱- بین شوخ‌طبعی و میزان کلی علایم روانی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. در واقع همان‌طور که در قسمت نتایج اشاره شد، بین کل شوخ‌طبعی با میزان کلی علایم روانی رابطه‌ی معنی‌دار منفی وجود دارد. در تبیین این موضوع دلایل مختلفی می‌توان ذکر کرد، از جمله این که شوخ‌طبعی با افزایش حالات هیجانی مثبت مانند امیدواری، عزت‌نفس، شادی و شادکامی و کاهش حالات هیجانی منفی مانند استرس، افسردگی، نگرانی و اضطراب در کاهش علایم روانی نقش دارد، که این با تحقیقات قبلی مبنی بر رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی با سلامت جسمانی و روانی هماهنگی دارد. در تبیین تأیید رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی و ابعاد آن در شکایات جسمانی می‌توان گفت که این نتیجه با آن دسته از تحقیقاتی که توسط هوداک و همکاران (۱۹۹۱) و ویسنبرگ و همکاران (۱۹۹۵) انجام گرفته است مبنی بر این که شوخ‌طبعی باعث افزایش تحمل درد و کاهش ادراک درد می‌گردد، هماهنگی دارد. در زمینه‌ی تأیید رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و وسواس-اجبار این یافته‌ها با پژوهش آلباچر و همکاران (۱۹۹۸) مبنی بر رابطه‌ی منفی بین استفاده از شوخی و کاهش نشانه‌های وسواس-اجبار مطابقت دارد. تأیید رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی و حساسیت بین فردی نیز با پژوهش هامپس (۱۹۹۲) مبنی بر رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی با صمیمیت بیشتر و کاهش تنهایی هماهنگی دارد. از طرف دیگر در زمینه‌ی تأثیر شوخ‌طبعی بر روابط بین فردی براساس پژوهش مارتین (۲۰۰۱) افرادی که شوخ‌طبعی بیشتری دارند، از نظر حل تعارض‌های بین فردی در ارتباط با دیگران توانایی بالاتری دارند. در نتیجه افراد شوخ طبع با حل تعارض‌ها به

شیوه‌ی کارآمدتر در روابط بین فردی، احساس عدم کفایت و حقارت نمی‌کنند. در زمینه‌ی تأیید رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و افسردگی این یافته با پژوهش تورسون و پاول (۱۹۹۴)، تورسون و همکاران (۱۹۹۷) و فریهیت و همکاران (۱۹۹۸) هماهنگی دارد. از طرف دیگر این نکته شایان ذکر است که یکی از دلایل روانی-اجتماعی افسردگی رخدادهای استرس‌آمیز زندگی است (سادوک، ۱۳۸۳)، این در صورتی است که براساس تحقیق ابل (۲۰۰۲) افرادی که در مقیاس شوخ‌طبعی نمرات بالاتری می‌آورند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند. بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که بین شوخ‌طبعی و افسردگی رابطه‌ی معنی‌دار منفی وجود دارد. در تبیین تأیید رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و اضطراب، این یافته با پژوهش ابل (۲۰۰۲) مبنی بر رابطه‌ی منفی بین شوخی و اضطراب هماهنگی دارد. از طرف دیگر با توجه به این که به عقیده‌ی تورنس (۱۳۷۵) یکی از ویژگی‌های افراد شوخ‌طبع «غیرمهم تلقی کردن یا جلوه دادن آنچه مهم است» می‌باشد. این ویژگی خود نشان می‌دهد که افراد شوخ‌طبع چون مسائل را آن‌چنان جدی نمی‌گیرند، در نتیجه دچار اضطراب هم نمی‌شوند. همان‌طور که در قسمت نتایج مورد بررسی قرار گرفت بین کل شوخ‌طبعی و خصومت رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد، این نتیجه با پژوهش پریوست و بریور (۱۹۷۷) مبنی بر رابطه‌ی منفی بین شوخی و خشم هماهنگی ندارد. دلیل این عدم هماهنگی شاید متفاوت بودن نتیجه‌ی محققان قبلی در استفاده از ابزار اندازه‌گیری شوخی بوده باشد. امکان دارد، آنها شوخی‌های پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه را از هم متمایز کرده و در نتیجه منظور آنها رابطه‌ی کاهش خشم با شوخی‌های غیرپرخاشگرانه بوده است. در صورتی که در این پژوهش، محقق شوخی را به‌طور کلی مورد بررسی قرار داده است. در تبیین رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و ترس مرضی این یافته با پژوهش ونتیس و همکاران (۲۰۰۱) مبنی بر استفاده از شوخی در درمان ترس از عنکبوت هماهنگی دارد. با توجه به تأیید رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و افکار پارانوئیدی باید از یک طرف این نکته را به خاطر داشت که یکی از بارزترین ویژگی‌های تفکر پارانوئید سوءظن

و بدگمانی است (سادوک، ۱۳۸۳) و از طرف دیگر تورسون و همکاران (۱۹۹۷) و کورتکو و هانا (۱۹۹۴) به این نتیجه رسیدند که بین شوخ‌طبعی با خوش‌بینی رابطه وجود دارد، بنابراین، می‌توان این مسئله را چنین تبیین کرد که همان گونه که بین شوخ‌طبعی و خوش‌بینی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد، معکوس این رابطه نیز، یعنی رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و تفکر پارانوئیدی نیز می‌تواند درست باشد. در نهایت، در تأیید رابطه‌ی منفی بین شوخ‌طبعی و روان‌پریشی‌گرایی می‌توان به این نکته اشاره کرد که براساس نظر مارتین و همکاران (۲۰۰۳) رابطه‌ی این دو متغیر با یکدیگر به نوع سبک شوخ‌طبعی بستگی دارد، اگر سبک شوخ‌طبعی مثبت باشد باعث ارتقاء سلامت روان می‌گردد، در صورتی که اگر سبک شوخ‌طبعی منفی باشد سلامت روان افراد به خطر می‌افتد. اما از آنجایی که در این پرسشنامه منظور شوخی‌های مثبت بوده است لذا رابطه منفی بین این دو متغیر مورد تأیید قرار گرفته است.

۲- دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ میزان شوخ‌طبعی تفاوت زیادی با هم ندارند. در واقع با وجود آن که کیفیت و انتخاب نوع شوخی در زنان و مردان متفاوت است و زنان در مقایسه با مردان بیشتر خواهان دریافت شوخی، در صورتی که مردان بیشتر ارائه دهنده‌ی شوخی هستند (پرواین، ۲۰۰۰)، اما ظاهراً از نظر میزان شوخ‌طبعی بین زنان و مردان تفاوت چندانی وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی مولوی و قرایی (۱۳۸۲) نیز همسو هماهنگ می‌باشد.

۳- دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ شاخص کلی علایم روانی تفاوت چندانی وجود ندارد. در واقع با وجود آن که در برخی از ابعاد مانند جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، فوبیا و سؤال‌های اضافی تفاوت بین دانش‌آموزان دختر و پسر معنی دار بود، اما در برخی ابعاد نیز مانند وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی‌گرایی این تفاوت معنی‌دار نبود. اما در مجموع دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ شاخص کلی علایم روانی تفاوت چندانی نداشتند. این یافته مغایر با نتایج پژوهش مارتین در سال ۱۹۸۵ (نقل از گردی، ۱۳۸۴)، کجباف

و همایی (۱۳۸۳) و فرحبخش (۱۳۸۴) است. این طور به نظر می‌رسد که تفاوت نتایج، مربوط به تفاوت در ابزار مورد استفاده در سنجش سلامت روانی باشد. بدین نحو که برای مثال در تحقیق مارتین در سال ۱۹۸۵ از MMPI (نقل از گردی، ۱۳۸۴)، کجباف و همایی (۱۳۸۳) و فرحبخش (۱۳۸۴) از GHQ-28 برای بررسی سلامت روانی استفاده شده است. از طرف دیگر این یافته با نتیجه‌ی پژوهش گردی و همکاران (۱۳۸۴) هماهنگ و همسو می‌باشد که ظاهراً استفاده از SCL-90-R برای سنجش سلامت روان یکی از علل این همسویی است.

در مجموع براساس این نتایج، به متخصصان در زمینه‌ی درمان، پیشنهاد می‌شود تا از تکنیک‌های شوخ‌طبعی و شوخی‌درمانی در درمان و بهبود بیماری‌های روانی مختلف استفاده کنند. همچنین از آن جایی که متناقض با تحقیقات قبلی، در این پژوهش، رابطه‌ی بین شوخ‌طبعی و خصومت مورد تأیید قرار نگرفت، بنابراین به سایر پژوهشگران توصیه می‌شود تا با در نظر گرفتن انواع شوخی، رابطه‌ی بین این دو متغیر را مورد بررسی قرار دهند.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله : ۸۶/۰۸/۰۹

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۷/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۵/۱۰

## References

## منابع

- ایلخانی، مهناز. (۱۳۸۱). تسلی‌دهندگان با نگرشی بر تن‌آرامی، تجسم هدایت شده، موسیقی درمانی، خنده‌درمانی، دست‌های شفابخش، نیایش درمانی. تهران: انتشارات گلبان.
- به کیش، پرویز. (۱۳۷۳). آزمون‌های روانی. تهران: دانشگاه تهران.
- تورنس، ئی پال. (۱۳۷۵). استعدادها و مهارت‌های خلاقیت و راه‌های آزمون و پرورش آنها. ترجمه حسن قاسم‌زاده. تهران: نشر دنیای نو.
- خشوعی، مهدیه‌سادات، عریضی، حمیدرضا، و آقایی، اصغر. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه شوخ‌طبعی (SHQ). فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، زیر چاپ.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۳). چکیده‌ی روان‌پزشکی بالینی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات آزاده.
- کجیاف، محمدباقر، همایی، رضا. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خوراسگان. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۶ (۲۱ و ۲۲)، ۲۱۷-۲۲۶.
- گردی، فلور، میناکاری، محمود، و حیدری محمود. (۱۳۸۴). رابطه سلامت روانی با تفکرات غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پژوهش‌های روانشناختی، ۸ (۳ و ۴)، ۴۵-۶۱.
- فرح‌بخش، سعید، غلامرضایی، سیمین، و نیک‌پی، ایرج. (۱۳۸۴). رابطه بین سلامت روانی و برخی متغیرهای زمینه‌ای در دانشجویان دانشگاه لرستان. فصلنامه یافته، ۷ (۳ و ۴)، ۷۹-۸۶.
- مولوی، حسین، و قرائی، ملیحه. (۱۳۸۲). بررسی شیوع میزان شوخ‌طبعی و رابطه‌ی آن با عوامل جمعیت‌شناختی در افراد عادی شهرستان اصفهان. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۵ (۱۵)، ۸۹-۹۸.

- نوربالا، احمد علی، محمد، کاظم، باقری یزدی، عباس، و یاسمی، محمدتقی. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. فصلنامه حکیم، ۵ (۱)، ۱۰-۱.

- یعقوبی، نورالله. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی مناطق شهری و روستایی صعومه سرا (گیلان). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.

Abel, M.H. (2002). Humor, Stress, and Coping Strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15 (4), 365-381.

Abramovitz, M. (2000). Humor Can Jeal. *Current Health* 2, 27 (4), 25.

Albucher, Ronald. C., Abelson, James L., & Nesse, Randolph. M. (1998). Defense Mechanism Changes in Successfully Treated Patients With Obsessive-compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 558-559.

Bell, N.J., McGhee, P.E., & Duffey, N. S. (1986). Interpersonal Competence, Social Assertiveness and the Development of Humour. *British Journal of Developmental Psychology*, 4(1), 51-55.

Carroll, J., & Shmidt, J. (1992). Correlation between Humorous Coping Style And health. *Psychological Reports*, 70 (2), 402.

Crawford, M., & Gressley, D. (1991). Creativity, Caring and Context: Women's and Men's Accounts of Humor Preferences and Practices. *Psychology of Women Quarterly*, 15(2), 217-231.

Deaner, S.L., & McConatha, J. T. (1993). The Relation of Humor to Depression and Personality. *Psychological Reports*, 72(3 Pt 1), 755-763.

Freiheit, S.R., Overholser, J. C., & Lehnert, K. L. (1998). The Association between Humor and Depression in Adolescent Psychiatric Inpatients and High School Students. *Journal of Adolescent Research*, 13(1), 32-48.

Hampes, W.P. (1992). Relation between Intimacy and Humor. *Psychological Reports*, 71(1), 127-130.

Hudak, D.A., Dale, J. A., & Hudak, M. A. (1991). Effects of Humorous



- Stimuli and Sense of Humor on Discomfort. *Psychological Reports*, 69 (3, Pt. 1), 779-786.
- Kelly, W. E. (2002). An Investigation of Worry and Sense of Humor. *The Journal of Psychology*, 136(6), 657-666.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (1994). Extraversion and Emotionality as Proposed Superordinate Stress Moderators: A Prospective Analysis. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 787-792.
- Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and Physical Health. *Psychological Bulletin*, 127 (4), 504-519.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual Differences in Uses of Humor and Their Relation to Psychological Well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48- 75.
- Masten, A.S. (1986). Humor and Competence in Dchool-aged Children. *Child Development*, 57(2), 461-473.
- Nevo, O., Nevo, B., & Yin, J.L. (2001). Singaporean Humor: A Cross-Cultural Cross-gender Comparison. *Journal of General Psychology*, 128(2), 143-156.
- Prerost, F.J., & Brewer, R.E. (1977). Humor Content Preferences and the Relief of Experimentally Aroused Aggression. *Journal of Social Psychology*, 103(2), 225-231.
- Provine, R.R. (2000). The Science of Laughter. *Psychology Today*, 33(6), 58-61.
- Snyder, C.R. (1994). *The Psychology of Hope: You Can Get There from Here*. New York: Free Press.
- Thorson, J.A., & Powell, F. C. (1994). Depression and Sense of Humor. *Psychological Reports*, 75 (3 PT 2), 1473-1474.
- Thorson, J.A., Powell, F. C., Sarmany-Schuller, I., & Hampes, W. P. (1997). Psychological Health and Sense of Humor. *Journal of Clinical Psychology*, 53(6), 605-619.

- Ventis, W. L., Higbee, G. & Murdock, S. A. (2001). Using Humor in Systematic Desensitization to Reduce Fear. *Journal of General Psychology*, 128(2), 241-253.
- Weisenberg, M., Tepper, I., & Schwarzwald, J. (1995). Humor as a Cognitive Technique for Increasing Pain Tolerance. *Pain*, 63(2), 207- 212.
- Wilson, D. W., & Molleston, J. L. (1981) Effects of Sex and Type of Humor on Humor Appreciation. *Journal of Personality Assessment*, 45(1), 90-96.