

Surveying the influence of culture on the decision making style of three groups of Iranian psychotherapists in resolving clinical conflicts

Zabihzadeh A. *MSc* [✉], Mazehri MA. *PhD*¹, Hatami J. *PhD*², Tavakoli M. *PhD*²,
Dehghani M. *PhD*¹, Alipoor M. *MSc*¹

[✉]*Psychology Department, Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

¹*Psychology Department, Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

²*Psychology Department, Psychology and Educational Faculty, Tehran University, Tehran, Iran*

³*Psychology Department, Carleton University, Canada*

⁴*Psychology Department, Psychology Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

⁵*General Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

Received: 2013.11.19

Accepted: 2014.12.31

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to examine the effect of culture on the clinical decision-making style of three groups of Iranian psychotherapists (Iranian psychotherapists graduated from Iranian universities [GIU], Iranian psychotherapists graduated from western universities [GWU] and counselor clergymen) in three dimensions of decision-making: expedience vs. realism, individualism vs. collectivism and long-term vs. short-term orientations.

Method: The research design of this study was *expost facto* and the population of the study included all the Iranian psychotherapists. The sample constituted of 83 participants (30 GIU, 21 GWU and 32 counselor clergymen) who were selected with a convenience sampling method. Each of the participants were presented with three clinical dilemmas. They were given the chance to rank each item on a scale from one (least significant) to 10 (most significant) based on the degree of involvement of the above-mentioned decision-making dimensions in their clinical decisions.

Results: The results of MANOVA indicated that there are significant differences between the decision-making style of GIU and counselor clergymen and GWU in expediency, individuality and collectivity. It can be said that the decision making style of the GWU in compared with the opponents in the two others group were more individualistic and less expedient.

Conclusion: According to the results of this study, this hypothesis can be accepted that the experience of different socio-cultural environments affect the clinical decision making style of psychotherapists.

Keywords: Culture, Clinical Decision Making, Psychotherapist, Psychotherapy

بررسی اثر فرهنگ بر سبک تصمیم‌گیری سه گروه از روان‌درمانگران ایرانی در حل تعارض‌های بالینی

عباس ذبیح‌زاده[✉]، محمدعلی مظاهری^۱، جواد حاتمی^۲، مهین توکلی^۳، محسن دهقانی^۴، مریم علیپور^۵

[✉]گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۱گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳گروه روان‌شناسی، دانشگاه کارلتون، کانادا

^۴گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۸

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه تعیین اثر فرهنگ بر سبک تصمیم‌گیری بالینی سه گروه از روان‌درمانگران ایرانی (روان‌شناسان ایرانی تحصیل کرده در غرب، روان‌شناسان ایرانی تحصیل کرده در کشور و روحانیون مشاور) در سه بعد تصمیم‌گیری بر مبنای مصلحت‌اندیشی - واقعیت‌گرایی، فردگرایی - جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت بوده است.

روش: طرح تحقیق مطالعه‌ی حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای و جامعه‌ی مورد نظر شامل کلیه‌ی روان‌درمانگران ایرانی بوده است. حجم نمونه‌ی مورد نظر شامل ۸۳ روان‌درمانگر (۳۰ درمانگر ایرانی تحصیل کرده در کشور، ۲۱ درمانگر ایرانی تحصیل کرده در غرب، و ۳۲ روحانی مشاور) بوده است که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر یک از شرکت‌کنندگان پس از مطالعه‌ی سه معمای بالینی درجه‌ی اهمیت گزاره‌هایی مبتنی بر ابعاد تصمیم‌گیری مورد سنجش در این مطالعه را در تصمیم‌گیری بالینی خود از یک (کمترین اهمیت) تا ۱۰ (بیشترین اهمیت) نمره‌گذاری نمودند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که بین سبک تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و روحانیون مشاور با سبک تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب در دو بعد از سه بعد مورد مطالعه تفاوت‌های معناداری وجود دارد؛ چنان‌که سبک تصمیم‌گیری گروه اخیر نسبت به هم‌تایان خود در دو گروه دیگر، بیشتر فردگرایانه و کمتر مصلحت‌اندیش بوده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان این‌انگاره را مورد پذیرش قرار داد که تجربه‌ی فضاها‌ی فرهنگی اجتماعی متفاوت سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ، تصمیم‌گیری بالینی، روان‌درمانگر، روان‌درمانی

مقدمه

مسئولیت‌پذیری اخلاقی و قانونی روان‌درمانگران مبنی بر فراهم آوردن مؤثرترین مداخلات درمانی که مطابق با ارزش‌های فرهنگی مرتبط با سلامت روان و بهزیستی درمانجویان آن‌ها باشد، طی دهه‌ی گذشته فتح بایی بر مباحثی ذیل عنوان «نقش مؤلفه‌های فرهنگی در فرآیند روان‌درمانی» بوده است [۱، ۲، ۳، ۴]. در همین راستا با گسترش آگاهی نسبت به نقش تأثیرگذار مؤلفه‌های فرهنگی بر فرآیند روان‌درمانی، بسیاری از پژوهشگران بر لزوم استفاده از مداخله‌های درمانی منطبق با بافتار و ارزش‌های فرهنگی درمانجویان تأکید [۵، ۶، ۷]. به موازات خط پژوهشی فوق، گنجاندن بخش‌های جدیدی تحت عناوین مختلف، همچون «فهرست نشانگان وابسته به فرهنگ» و «طرحی برای فرمول-بندی فرهنگی بیمار» در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی را می‌توان تبلوری از طنین دیدگاه نسبی‌باوری فرهنگی در مباحث آسیب‌شناسی‌روانی دانست [۸]. در همین راستا و به موازات کشف نقش انکارناپذیر فرهنگ در جریان یک درمان روان‌شناختی، عامل‌های فرهنگی توجه روزافزونی در فهم یک درمانگر از سبب‌شناسی، ارزیابی، تشخیص و درمان آسیب‌شناسی روانی کسب نموده‌اند [۹]. علی‌رغم توجهی که طی سالیان گذشته به نقش مؤلفه‌های فرهنگی در مباحث درمان و آسیب‌شناسی روانی مبذول شده است، دامنه‌ی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه در قیاس با سایر شاخه‌های علم روان‌شناسی، قلیل جلوه می‌نماید. در حد خطوط کلی به نظر می‌رسد، کمبود و تأخیر در انجام مطالعاتی جدی در این حوزه، علاوه بر دشواری‌های موجود در فرآیند انجام چنین پژوهش‌هایی و صورت‌بندی مفاهیم موجود در این باب، می‌تواند ناشی از نامأنوس بودن آن‌ها با فرضیات غالب مربوط به جهان‌شمولی مبادی درمان بوده باشد [۱۰]. تک‌بررسی‌های انجام شده نیز پیرامون نقش فرهنگ در این حوزه از علم روان‌شناسی، علی‌رغم تأکید گسترده‌ای که در این مطالعات بر نقش آن در فرآیند روان‌درمانی شده، با نوعی جهت‌گیری یک‌سویه همراه بوده است؛ چنان‌که بیشتر این مطالعات نقش فرهنگ را به تشخیص و درمان مشکلات درمانجویان با توجه به بافتار فرهنگی-اجتماعی آن‌ها، تقلیل داده‌اند [۱۱، ۱۲، ۱۳].

طی جریان اشاره شده و با توجه به یافته‌های برخی از این پژوهش‌ها، بررسی نقش فرهنگ بر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی درمانگران به عنوان یکی از زمینه‌های مهم پژوهشی در این حوزه مطرح شده است [۱۳]. هیز، پروزرک و مک‌کائو [۱۳] تصمیم‌گیری بالینی را تصمیم پیچیده‌ی یک درمانگر در موقعیت‌هایی دانسته‌اند که به ارزیابی شدت علائم، تشخیص سطح کارکرد، و تصمیم در مورد پیش‌آگهی مشکلات و نشانه‌های درمانجو می‌پردازد. هم‌سو با مطالعات پیشین، نتیجه‌ی مطالعه‌ی هیز و همکاران [۱۳] نیز به تأثیر بافتار فرهنگی-اجتماعی درمانجویان بر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی درمانگران و لزوم انطباق تصمیم‌گیری‌های بالینی با بافتار فرهنگی-اجتماعی درمانجویان محدود شده است. در عین حال این

فرض ضمنی نیز پذیرفته شده است که فرآیند تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر در جریان درمان، به عنوان یک فرآیند جهان‌شمول، محصول هنر و تجربه‌ی او در این حیطه‌ی خاص از دانش است. با این حال نتایج مطالعه‌ی ذبیح‌زاده [۱۰] و ذبیح‌زاده، مظاهری و حاتمی [۱۴] نشان داده است که معیار با انگاره‌های فوق، بافتار اجتماعی-فرهنگی‌ای که یک درمانگر از آن استنشاق نموده است نیز می‌تواند بر فرآیند درمان تأثیرگذار باشد؛ چنان‌که نتایج مطالعه‌ی اخیر نشان داده است که درمانگران ایرانی در قیاس با هم‌تایان آمریکایی خویش در حل معماهای بالینی به مراتب مصلحت-اندیش‌تر، جمع‌گراتر و دارای جهت‌گیری بلندمدت‌تری بوده‌اند. این رو می‌توان پذیرفت که همگام با نتایج مطالعات گسترده‌ای که در زمینه‌ی تأثیر فرهنگ بر فرآیند تصمیم‌گیری انسان‌ها در گستره‌های جغرافیایی مختلف انجام شده است [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]، فرهنگ می‌تواند، سبک تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر را نیز به سبب تجربه‌ی زندگی او در یک بافتار فرهنگی-اجتماعی خاص، متأثر می‌سازد.

نکته‌ی مهمی که در این باب نباید از نظر دور داشت تأکید است که برخی از مطالعات بر نقش فرهنگ به عنوان یک «چارچوب دوری» در فرآیند تصمیم‌گیری انسان‌ها یاد کرده‌اند. بنا بر نظر تورسکی و کانمن [۱۹] یک چارچوب تصمیم، عبارت است از «برداشتی که تصمیم‌گیرنده از اعمال، وابستگی‌ها و پیامدهای مرتبط با یک انتخاب ویژه دارد». مؤلفان این مفهوم به روشنی قدرت یک چارچوب را در تعیین نتیجه‌گیری‌های افرادی که با واقعیات اساساً یکسان ولی با زمینه‌های متفاوت مواجه می‌شوند، نشان داده‌اند و معتقدند چارچوبی که کسی در مورد تصمیم‌گیری می‌پذیرد، می‌تواند تحت تأثیر هنجارها، عادات و خصوصیات شخصی او قرار گیرد. در سطحی کلان‌تر از سطوحی که تورسکی و کانمن تحت عنوان «اثر چارچوب» مطرح نموده‌اند، برخی از مؤلفین از فرهنگ به عنوان یک چارچوب دوری تأثیرگذار در فرآیند تصمیم‌گیری یاد کرده‌اند [۲۰]. لئب‌وره [۲۰] با طرح گزاره‌های اخلاقی و سنجش درصد توافق اهالی شوروی سابق و اهالی آمریکا نسبت به این گزاره‌ها، الگوی قضاوت اخلاقی مردمان این دو فرهنگ را مورد مقایسه قرار داد. یک نمونه از سؤالات لئب‌وره به همراه درصد توافق اهالی دو فرهنگ عبارت بود از: «پزشک باید از بیمار پنهان کند که به سرطان مبتلاست تا درد او کاهش یابد». درحالی‌که درصد توافق اهالی آمریکا نسبت به این گزاره ۸ درصد بوده، ۸۹ درصد شرکت‌کنندگان اهل شوروی این مطالعه موافقت خود را با این گزاره اعلام کردند. تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای که بین الگوی قضاوت اخلاقی اهالی این دو فرهنگ در مطالعه‌ی لئب‌وره گزارش شد، به صورت ضمنی مؤید الگوی مصلحت‌اندیشی اهالی شوروی و واقع‌گرایی اهالی آمریکا در قضاوت‌های اخلاقی بوده است. علاوه بر این از پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی تصمیم‌گیری بر اساس پنج بعد فرهنگی هافستد [۲۶، ۲۷] توزیع قدرت، فردگرایی-جمع‌گرایی، مردانگی-زنانگی، درجه‌ی پذیرش ابهام و

فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت، در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی مورد ارزیابی و مقایسه قرار دهد.

روش

طرح تحقیق مطالعه‌ی حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای بوده است. جامعه‌ی آماری این مطالعه، کلیه‌ی روان‌درمانگران ایرانی ست، که تجربه‌ی حداقل دو سال فعالیت حرفه‌ای در عرصه‌ی خدمات روان-درمانی را داشته‌اند. حجم نمونه‌ی این مطالعه شامل ۸۳ روان-درمانگر (۳۰ درمانگر ایرانی تحصیل کرده در داخل کشور، ۲۱ درمانگر ایرانی که حداقل تحصیلات دوره‌ی دکتری خود را در کشورهای اروپای غربی، آمریکا، کانادا یا استرالیا بوده‌اند و ۳۲ روحانی حوزه‌ی علمیه که ضمن تحصیل در رشته‌ی روان‌شناسی به حرفه‌ی مشاوره و درمان نیز اشتغال دارند) بوده است که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جدول‌های ۱ و ۲ اطلاعات توصیفی مربوط به شرکت‌کنندگان این مطالعه را نشان می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر به منظور ارزیابی سبک تصمیم‌گیری درمانگران در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی، سه معمای بالینی محقق ساخته طراحی شد. هر یک از این معماها شرح مختصری از یک پرونده‌ی بالینی و توصیف یک موقعیت فرضی ست که طی آن در مانگر خویش را با چالش‌هایی برای تصمیم‌گیری بالینی و حل و فصل مشکلات درمانجو مواجه می‌بیند. با توجه به این که در این مطالعه سبک تصمیم‌گیری درمانگران، در سه بعد مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، گزاره‌هایی مبتنی بر اهمیت هر یک از دو قطب ابعاد سه‌گانه‌ی فوق در تصمیم‌گیری بالینی طراحی و از درمانگران خواسته شد تا پس از خواندن شرح هر یک از موقعیت‌های بالینی، درجه‌ی اهمیت هر یک از گزاره‌های ارائه شده به آن‌ها را در تصمیم‌گیری بالینی خود از عدد یک (کمترین اهمیت) تا عدد ۱۰ (بیشترین اهمیت) نمره‌گذاری نمایند.

جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت صورت گرفته است نیز می‌توان به عنوان مطالعاتی که نقش فرهنگ را به عنوان یک چارچوب داوری در سبک تصمیم‌گیری انسان‌ها مورد پذیرش قرار داده‌اند، یاد کرد [۲۱، ۲۲، ۲۳].

با توجه به مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی بررسی نقش فرهنگ به عنوان یک چارچوب داوری در فرایند تصمیم‌گیری به‌طور اعم و برجستگی این جنبه از نقش فرهنگ بر فرایند تصمیم‌گیری بالینی درمانگران در مطالعه‌ی ذبیح‌زاده و همکاران [۱۴] به‌طور اخص، می‌توان این فرض را مطرح نمود که اگرچه بسیاری از تصمیم‌گیری‌های یک درمانگر در فرایند یک روان‌درمانی بر اساس اطلاعات او در این حیطة تخصصی از دانش است، چارچوب‌های کلان دیگری که در بافتار فرهنگی-اجتماعی یک درمانگر ریشه دارند، می‌تواند سمت و سوی تصمیم‌گیری‌های بالینی او را متأثر سازند. اما در جریان مطالعات پراکنده و البته انگشت‌شماری که در این زمینه به چشم می‌خورد، پیگیری این جنبه از نقش فرهنگ و تأثیر احتمالی مؤلفه‌های مربوط به آن بر سبک تصمیم‌گیری روان‌درمانگرانی که اگرچه از یک فضای کلی روان‌شناختی استنشاق نموده‌اند، لیکن در برشی از جریان‌های زندگی اجتماعی خویش به‌طور اعم و زندگی تحصیلی‌شان به‌طور اخص، با فضای فرهنگی اجتماعی متفاوتی مواجه بوده‌اند، می‌تواند موضوع پژوهشی بدیعی در ادبیات موجود در زمینه‌ی «فرهنگ و درمان» باشد. در همین راستا در این مطالعه بر آن بوده‌ایم تا تفاوت‌های محتمل در سبک تصمیم‌گیری روان-درمانگران و مشاورانی از سه گروه: ۱. روان‌شناسان درمانگری که کلیه‌ی مقاطع تحصیلی خود را در داخل کشور بوده‌اند، ۲. روان‌شناسان درمانگری که حداقل دوره‌ی تحصیلی دکتری خود را در کشورهای غربی گذرانده‌اند و ۳. روحانیون حوزه‌ی علمیه که ضمن تحصیل در رشته‌ی روان‌شناسی به کار مشاوره و درمان اشتغال دارند را در سه بعد تصمیم‌گیری بر مبنای مصلحت‌اندیشی-واقعیت‌گرایی،

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک سه گروه مورد مطالعه

شاخص‌ها گروه‌ها	تعداد		جنسیت		سن میانگین	مدرک دانشگاهی		سابقه درمان (به سال)	
	مرد	زن	مرد	زن		ارشد	دکتری	انحراف استاندارد	میانگین
تحصیل کرده در کشور	۲۰	۱۰	۴۲/۵۳	۷/۷۵	۰	۳۰	۱۱/۳۶	۶/۵۷	
تحصیل کرده در غرب	۱۹	۲	۴۸/۲۳	۶/۹۵	۰	۲۱	۱۸/۱۹	۵/۴۴	
روحانی مشاور	۳۲	۰	۳۶/۴۲	۵/۷۷	۷	۲۵	۶/۹۳	۳/۴۶	
جمع کل	۷۱	۱۲			۷	۷۶			

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به تحصیلات دانشگاهی درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب

مدت اقامت در غرب (به سال)	مقطع تحصیلی حضور در کشور غربی					کشور محل تحصیل در غرب (به تعداد)			
	دکتری	دکتری و بالاتر	ارشد و دکتری	کلیه‌ی مقاطع دانشگاهی	آمریکا	کانادا	انگلیس	استرالیا	فرانسه
۶/۷۳	۱۳	۲	۱	۵	۴	۱	۱۰	۳	۳
جمع کل	۲۱				۲۱				

درمانگر به آن گزاره در تعیین درجه‌ی اهمیت آن در تصمیم‌گیری بالینی او به معنای گرایش بیشتر او به بهره‌مندی از آن قطب بوده است. به عبارت دیگر در مقایسه‌ی فردی که به عنوان نمونه در بعد مصلحت‌مداری - واقعیت‌گرایی، در مجموع گزاره‌های موجود در سه معمای بالینی که به ارزیابی قطب مصلحت‌مداری پرداخته است، به‌طور میانگین نمره‌ی هشت کسب کرده، به مراتب مصلحت‌اندیش‌تر از فردی است که به عنوان مثال نمره‌ی پنج گرفته است.

یافته‌ها

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات درمانگران سه گروه را در دو قطب هر یک از سه بعد تصمیم‌گیری مورد پژوهش در این مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان در سه بعد تصمیم‌گیری

گروه و شاخص متغیر	درمانگران تحصیل کرده در کشور		درمانگران تحصیل کرده در غرب		روحانیون مشاور	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مصلحت‌اندیشی	۷/۶۰	۱/۵۱	۵/۳۱	۱/۵۲	۷/۴۴	۱/۵۴
واقعیت‌گرایی	۷/۱۴	۱/۵۵	۷/۹۶	۱/۳۳	۷/۱۳	۱/۲۷
فردگرایی	۶/۹۷	۱/۴۶	۸/۲۳	۱/۰۶	۶/۹۳	۱/۴۶
جمع‌گرایی	۷/۴۵	۱/۴۲	۵/۷۷	۱/۶۵	۶/۸۳	۱/۴۱
جهت‌گیری کوتاه‌مدت	۷/۱۷	۱/۶۳	۷/۶۹	۱/۱۲	۷/۸۲	۱/۱۵
جهت‌گیری بلندمدت	۸/۳۸	۱/۱۵	۷/۶۶	۱/۲۶	۸/۱۱	۱/۱۰

در جدول ۵ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین سه گروه در ابعاد تصمیم‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد و بنابراین مدل معنادار می‌باشد. در جدول ۶ نتایج این تحلیل به صورت دقیق‌تر ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که تفاوت سه گروه در دو قطب‌های مصلحت‌اندیشی، فردگرایی و جمع‌گرایی معنادار است. برای مقایسه‌ی دو به دو گروه‌ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

به عبارت دیگر سؤالات مربوط به هر یک از سه معمای بالینی، مشتمل بر شش گزاره بوده است که هر یک از این گزاره‌ها به لحاظ محتوایی اهمیت یک بعد خاص از ابعاد سه‌گانه‌ی مورد سنجش در این مطالعه را بر الگوی تصمیم‌گیری درمانگران، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به منظور حصول اطمینان از تناسب محتوای هر یک از گزاره‌ها با ابعاد مورد سنجش در این مطالعه، معماهای بالینی و گزاره‌های مربوط به آن، توسط پنج دکتر روان‌شناس با سابقه‌ی فعالیت حرفه‌ای در روان‌درمانی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به این که درجه‌ی اهمیت هر یک از گزاره‌ها در تصمیم‌گیری بالینی درمانگران از نمره‌ی یک تا ۱۰ درجه‌بندی شده است، نحوه‌ی سنجش و نمره‌گذاری هر یک از سه بعد تصمیم‌گیری مورد پژوهش در این مطالعه به این صورت بوده است که در هر یک از دو قطب یک بعد، نمره‌ی بالاتر یک

برای تحلیل داده‌های پژوهش و مقایسه‌ی گروه‌ها بر حسب سه بعد تصمیم‌گیری، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای معنادار بودن تفاوت سه گروه مورد بررسی قرار گرفت. به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در وهله نخست به بررسی یکسانی واریانس‌های سه گروه در شاخص‌های مربوط به تصمیم‌گیری از طریق آزمون لون پرداخته شد که نتایج آن حاکی از عدم تفاوت معنادار واریانس‌های سه گروه بود (جدول ۴).

بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌ی یکسانی واریانس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن

جدول ۴. نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس‌های سه گروه در شاخص‌های مربوط به تصمیم‌گیری

ابعاد تصمیم‌گیری	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مصلحت‌اندیشی	۰/۰۳۲	۲	۸۰	۰/۹۶
واقعیت‌گرایی	۰/۲۴۱	۲	۸۰	۰/۷۸
فردگرایی	۰/۷۰۴	۲	۸۰	۰/۴۹
جمع‌گرایی	۱/۱۷۰	۲	۸۰	۰/۳۱
جهت‌گیری کوتاه‌مدت	۰/۱۰۳	۲	۸۰	۰/۹۰
جهت‌گیری بلندمدت	۲/۱۰۰	۲	۸۰	۰/۱۲

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت سه گروه

متغیر / شاخص گروه‌ها	لامبدای ویلکز	درجه آزادی (۲ / ۱)	F	معناداری	اندازه اثر
	۰/۵۲۶	۲ / ۸۰	۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت سه در ابعاد تصمیم‌گیری

معناداری	F	میانگین مجزورات	ابعاد تصمیم‌گیری
۰/۰۰۱	۱۶/۳۲	۳۸/۲۸	مصلحت‌مداری
۰/۰۷	۲/۷۵	۵/۳۸	واقعیت‌گرایی
۰/۰۰۱	۷/۹۵	۱۷/۴۳	جمع‌گرایی
۰/۰۰۱	۶/۸۰	۱۲/۸۸	فردگرایی
۰/۰۹	۲/۳۸	۳/۲۲	بلندمدت
۰/۱۵	۱/۹۴	۳/۴۹	کوتاه‌مدت

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در ابعاد تصمیم‌گیری

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	ابعاد تصمیم‌گیری
مصلحت‌اندیشی			
۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۲/۲۸۱	تحصیل کرده در کشور - تحصیل کرده در غرب
۰/۹۲۶	۰/۳۸۹	۰/۱۵۳	تحصیل کرده در کشور - روحانیون مشاور
۰/۰۰۱	۰/۴۲۹	۲/۱۳۳	تحصیل کرده در غرب - روحانیون مشاور
فردگرایی			
۰/۰۰۸	۰/۳۹۱	۱/۲۶۶	تحصیل کرده در کشور - تحصیل کرده در غرب
۰/۹۹۳	۰/۳۴۹	۰/۴۰۳	تحصیل کرده در کشور - روحانیون مشاور
۰/۰۰۵	۰/۳۸۶	۱/۳۰۲	تحصیل کرده در غرب - روحانیون مشاور
جمع‌گرایی			
۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	۱/۶۷۳	تحصیل کرده در کشور - تحصیل کرده در غرب
۰/۳۲۹	۰/۳۷۶	۰/۶۲۳	تحصیل کرده در کشور - روحانیون مشاور
۰/۰۴۵	۰/۴۱۵	۱/۰۵۵	تحصیل کرده در غرب - روحانیون مشاور

می‌گشاید. نگاهی عمیق به فلسفه و ضرورت شکل‌گیری رویکردهای فرهنگی در مباحث نظری و حتی کاربردی مربوط به درمان، از این حقیقت پرده برمی‌دارد، که تفاوت‌های فرهنگی گسترده‌ای که در بین ایالات مختلف آمریکا موجود بوده، بدفهمی - هایی ناشی از تفاوت فرهنگی بین درمانگر و درمانجو را در زمینه‌ی تشخیص، پیش‌آگهی و فرمول‌بندی بالینی بیمار توسط درمانگر در پی داشته، که برای مقابله با آن نیاز به هشیاری‌افزایی در سطح درمانگران نسبت به بافتار فرهنگی که مراجعان آن‌ها پرورش یافته‌اند، داشته است. لذا بیشتر آن‌چه هم‌اکنون پیرامون مطالعه‌ی پیوند بین فرهنگ و روان‌درمانی در ادبیات پژوهشی مربوطه موجود است، مطالعاتی است که بر ضرورت توجه به فرهنگ درمانجو در تشخیص و درمان مشکلات آن‌ها، به انحاء مختلف سخن گفته‌اند. غالب این مطالعات نقش فرهنگ در فرایند درمان را تنها به بافتار فرهنگی‌ای که درمانجو در آن پرورش یافته است، تقلیل داده‌اند [۱۱، ۱۲، ۱۳]. لیکن با توجه به نتایج مطالعات اخیر و همچنین نتایج مطالعه‌ی حاضر بارقه‌هایی در فراتر رفتن از این تفاسیر تک- بعدی نزع گرفته است. از یک سو نتایج مطالعه‌ی حاضر را می‌توان هم‌سو با مطالعاتی دانست که در حوزه‌ی تأثیر فرهنگ و فضای روان‌شناختی حاکم بر خویشتن بر سیستم تفکر و سبک قضاوت و تصمیم‌گیری انسان‌ها در گستره‌های جغرافیایی مختلف صورت پذیرفته است. مطابق با الگوی نتایج غالب این مطالعات، فرهنگ مؤلفه‌ای مهم و تأثیرگذار بر سبک قضاوت و تصمیم‌گیری انسان‌هاست؛ آن‌جا که فرد تصمیم‌گیرنده به جستجوی اطلاعات

همچنان که نتایج جدول ۷ و میانگین نمره‌های افراد سه گروه نشان می‌دهد درمانگران تحصیل کرده در غرب نسبت به شرکت- کنندگان دو گروه دیگر در حل معماهای بالینی به مراتب فردگراتر بوده‌اند. الگوی پاسخ درمانگران تحصیل کرده در داخل کشور و روحانیون مشاور تا حدود زیادی با هم همپوشی دارد چنان‌که درمانگران این دو گروه در تصمیم‌گیری‌های خود گرایش بیشتری به مصلحت‌اندیشی و جمع‌گرایی داشته‌اند. همچنین نمرات درمانگران هر سه گروه در بعد سوم نشان می‌دهد که شرکت- کنندگان هر سه گروه تمایل بیشتری به جهت‌گیری بلندمدت دارند تا کوتاه‌مدت.

بحث

مطالعه‌ی حاضر در ادامه‌ی مطالعه‌ی ذبیح‌زاده و همکاران [۱۴] و با هدف واکاوی نقش فرهنگ در فرایند درمان و آزمون جهان- شمولی مبادی درمان از طریق بررسی سبک تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی صورت پذیرفته است؛ موقعیت‌هایی که بعضاً در فرایند روان‌درمانی، یک درمانگر ناگزیر از پذیرش و رویارویی با آن‌ها است. لیکن مطالعه‌ی حاضر در قیاس با ابعاد مطالعه‌ی پیشین هرچند در پهنه‌ای کم‌دامنه اما از دریچه و زاویه‌ای دیگر به تأثیر فضای فرهنگی اجتماعی بر سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگران پرداخته است، که در نهایت نتایج آن پرسش‌های چندی را فراروی پژوهشگران علاقمند به مطالعات فرهنگی آن هم از چشم‌انداز نقش آن در جریان درمان

مصلحت‌اندیش باشد تا واقعیت‌گرا. با توجه به الگوی نسبتاً متضادی (واقعیت‌گرایی) که در درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب در این مطالعه دیده شده است که می‌توان آن را به مثابه‌ی الگوی مشاهده شده در درمانگران آمریکایی و کانادایی دانست [۱۰، ۱۴]، ضرورت انجام پژوهش‌هایی گسترده‌تر و جدی‌تر در این بعد فرهنگی بیش از پیش احساس می‌گردد. همچنین نتایج به دست آمده در بعد فردگرایی-جمع‌گرایی نیز نشان می‌دهد که درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و همچنین روحانیون مشاور در تخصیص توجه به بهزیستی و سلامت روان‌شناختی خانواده‌ی درمانجوی خود دل‌شمغولی به مراتب بیشتری نسبت به درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب دارند که بیشتر توجه آن‌ها معطوف به سلامت روان‌شناختی درمانجوی آن‌ها است که می‌توان الگوی مشاهده‌ی شده‌ی اخیر را مشابه با الگوی گزارش شده در بین درمانگران آمریکایی و کانادایی دانست [۱۰]. در حد خطوط کلی این شکل از نتایج مشاهده شده، منازعه‌ی دیرینه‌ای را که در مطالعات پیشین پیرامون فردگرایی و جمع‌گرایی در فرهنگ ایرانی وجود داشته است، پررنگ می‌کند. نکته‌ای که نباید آن را از نظر دور داشت این است که در غالب مطالعات فرهنگی صورت گرفته، شرق دور معادل شرق به معنای کلی در نظر گرفته شده است و به تبع آن ایران نیز کشوری شرقی و دارای فرهنگی جمع‌گرا به حساب می‌آید. هر چند مطالعات اندکی در مورد رابطه‌ی فرهنگ ایرانی و فرایندهای روان‌شناختی صورت گرفته است، اما نتایج همین مطالعات اندک نشان می‌دهد که بر اساس نتایج به دست آمده نمی‌توان جامعه‌ی ایرانی را در یکی از فرهنگ‌های جمع‌گرا یا فردگرا طبقه‌بندی کرد و تلاش برای حل این منازعه‌ی دیرینه در پژوهش‌های صورت گرفته، نیازمند انجام پژوهش‌های گسترده‌تری است [۱۰، ۱۴]. از مجموع این یافته‌ها چنین برمی‌آید که فرهنگ ایرانی در میانه‌ی طیفی قرار دارد، که یک سمت آن فردگرایی و سمت دیگر آن جمع‌گرایی است؛ هم‌چنان که نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز حاکی از تلاش روان‌درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و روحانیون مشاور برای بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌ی درمانجوی او به موازات بهزیستی و سلامت روان‌شناختی شخص درمانجو است و از سوی دیگر شاهد تلاش درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب در اولویت‌دهی به سلامت روان‌شناختی درمانجوی خویش نسبت به خانواده‌ی او بوده‌ایم.

نکته‌ی مهمی که در این بخش از نتایج مطالعه‌ی حاضر حائز اهمیت شایانی است، تفسیر تفاوت‌های محسوسی است که بین سبک تصمیم‌گیری بالینی دو گروه درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و روحانیون مشاور با سبک تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب مشاهده شده است. با توجه به این یافته‌ها، از یک سو می‌توان این فرض را مورد تأکید قرار داد که فرهنگ نه در معنای کلی آن بلکه جنبه‌هایی از یک فرهنگ که قابلیت اکتساب و یادگیری دارند، محتوای شناختی ذهن یک درمانگر را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. این نفوذ به این صورت است که

مورد نیاز و ترکیب این اطلاعات برای تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار می‌پردازد [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. از دیگر سو با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، در حد خطوط کلی می‌توان نقش تأثیرگذار فرهنگ را به عنوان یک چارچوب داوری ضمنی بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران فرهنگ‌های مختلف مورد پذیرش قرار داد. این بخش از نتایج مطالعه‌ی حاضر را که نقش فرهنگ به عنوان چارچوب‌های داوری ضمنی و تأثیرگذار بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران، برجسته نموده است، می‌توان در حد خطوط کلی هم‌سو با نتایج مطالعه‌ی ذبیح‌زاده و همکاران [۱۴] و البته هم‌سو با مطالعات معدود پیشینی دانست که هر چند در حوزه‌های موضوعی دیگری صورت پذیرفته، لیکن نتایج آن‌ها این جنبه از تأثیر فرهنگ را برجسته ساخته بود [۲۰، ۲۲، ۲۳].

تشبیه نقش فرهنگ به مهمانی ناخوانده در جریان یک درمان روان‌شناختی، آن‌چنان که توصیف آن در نتایج مطالعه‌ی ذبیح‌زاده و همکاران پس از بررسی تفاوت‌های روان‌درمانگران ایرانی و آمریکایی در سبک تصمیم‌گیری بالینی آن‌ها گزارش شده است، با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر قوت بیشتری می‌گیرد؛ آن‌جا که علی‌رغم تشابه بسیار در سبک مصلحت‌اندیشانه و جمع‌گرایانه‌ی درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و روحانیون مشاور، تفاوت‌های معناداری در سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران دو گروه اخیر با روان‌درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب مشاهده شده است، چنان که سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران گروه اخیر گرایش بیشتری به واقعیت‌گرایی و فردگرایی داشته است؛ نوعی از سبک تصمیم‌گیری بالینی که بیشتر در مطالعه‌ی ذبیح‌زاده در هم‌تایان آمریکایی و کانادایی گزارش شده است [۱۰، ۱۴]. علی‌رغم این که با رجوع به ادبیات پژوهشی موجود، به مطالعه‌ی پیرامون بررسی تجربی مصلحت‌اندیشی ذهن ایرانی برخورد نمی‌کنیم، لیکن در برخی از متون روان‌شناختی انگاره‌هایی پیرامون مصلحت‌اندیشی در فرهنگ ایرانی وجود دارد [۲۴، ۲۵]. مطابق با این انگاره‌ها، انسان ایرانی در بطن اتفاقی که در اطرافش رخ می‌دهد، نوعی قصد و نیت همراه با مصلحت‌پنهان را جستجو می‌کند که از خواست خداوند نشأت گرفته است و چون از خواست خداوند سرچشمه گرفته، پذیرفتنی است. این باور منجر به شکل‌گیری شیوه‌های خاصی از اسناد روان‌شناختی شده است که تقدیرگرایی نامیده می‌شود [۲۴]. تقدیس‌سازش، نرمش و صلاح‌اندیشی در زندگی و فرهنگ ایرانی به صورتی نزدیک با ادبیات و به‌ویژه ادبیات تعلیمی گره خورده است و از این طریق گویی وارد حافظه‌ی قومی شخصیت ایرانی شده است. آشکارترین نمونه‌ی آن هم اخلاق عملی سعدی است که در جمله‌ی معروف «دروغ مصلحت‌آمیز به از راست فتنه‌انگیز» خلاصه می‌شود [۲۵]. نتایج این مطالعه در دو گروه درمانگران ایرانی تحصیل کرده در کشور و همچنین در روحانیون مشاور، هم‌سو با این انگاره‌ها نشان داده است که ذهن مصلحت‌اندیش ایرانی، حتی در جامعه‌ی یک درمانگر و در فرایند درمان نیز می‌تواند در حل و فصل مشکلات درمانجویان خویش

زمینه‌ی تصمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه‌ی مورد بررسی در این مطالعه به صورت داوطلب در دسترس انتخاب شدند و در تصمیم‌یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. از دیگر سو با توجه به این که هفت نفر از شرکت‌کنندگان این مطالعه از گروه روحانیون، دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند، مقایسه‌پذیری گروه‌ها تاحدودی با محدودیت مواجه شده است. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش تأثیرات متفاوت احتمالی در نوع رویکرد نظری روان‌درمانگران این پژوهش می‌باشد که ممکن است بر نتایج این مطالعه تأثیر گذاشته باشد. به منظور بررسی دقیق‌تر و مقایسه‌ی ابعاد مختلف تصمیم‌گیری بالینی در درمانگرانی با زمینه‌های فرهنگی اجتماعی متفاوت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتر کنترل شده‌ای بر اساس رویکردهای نظری روان‌درمانگران انجام شود. همچنین تکرار پژوهش‌های مشابه می‌تواند میزان صحت و درستی یافته‌های پژوهش حاضر را محک بزند و دامنه‌ی تأثیرگذاری آن‌ها در مفهوم‌سازی‌ها و نظریه‌پردازی‌های مربوط به ماهیت درمان و چیستی و چگونگی پیوند آن با برخی مولفه‌های فرهنگی را گسترش دهد.

نتیجه‌گیری

در سطح نظری یافته‌های این مطالعه این انگاره را مورد تأیید قرار داده است، که به‌رغم داعیه‌ی جهان‌شمولی مفهوم درمان از سوی مکاتب درمانی گونه‌گون، مفهوم درمان نیز همچون خیل عظیمی از مفاهیم بنیادین در حیطه‌ی روان‌شناسی در بستر فرهنگ‌های گونه‌گون معانی گونه‌گونی می‌یابد. این تفسیر و بازخوانی از مفهوم درمان به روایت روان‌شناختی روان‌شناسان منتسب به رویکرد «روان‌شناسی فرهنگی» گرایش بیشتری دارد تا با داعیه‌ی مکاتب روان‌درمانی در تعریف مفهوم درمان. بر این اساس تجربه‌ی فضا‌های فرهنگی اجتماعی متفاوت می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب داور کلان اما ضمنی، سبک تصمیم‌گیری روان‌درمانگران را در جریان روان‌درمانی تحت تأثیر قرار دهد.

منابع

1. Lo H, Fung K. Culturally competent psychotherapy. *Canadian J Psychiatr*. 2003; 48(4): 161-70.
2. Sue w, Sue D. *Counseling the culturally different* (4th Ed.). New York: Wiley; 2003.
3. Trimble J, Fisher C. *Handbook of ethical research with ethno cultural populations and communities*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.
4. Griner D, Smith T. Culturally Adapted Mental Health Intervention: A Meta-Analytical Review. *Journal of Psychotherapy: Theor Res Pract Train*. 2006; 4(43): 531-48.
5. Castro F, Alarcone E. Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities. *J Drug Issues*. 2002; 32(3):

پارهای از اصول و آموزه‌هایی که قابلیت اکتساب و یادگیری در طول زمان دارند، تحت عنوان چارچوب‌های داور، در ذهن روان‌درمانگر وارد شده و روان‌درمانگر با اتخاذ این اصول، در واقع خط و ربط کارش را تعیین می‌کند و چارچوب ذهنش شکل می‌گیرد که در مواجهه با موقعیت‌های بالینی چه اموری را پی‌جویی کند، چه چیزهایی را بیابد و چه چیزهایی را از چنگ بدهد [۱۰]. مطابق با این انگاره، استنشاق از یک فضای روان‌شناختی متفاوت توسط روان‌درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب در برشی از جریان‌های زندگی اجتماعی خویش به‌طور اعم و زندگی تحصیلی‌شان به‌طور اخص، و تجربه‌ی زندگی در یک فضای فرهنگی اجتماعی متفاوت، سبب گردیده تا الگوی تفکر و پی‌جویی نکات مهم در هنگام تصمیم‌گیری در گروه اخیر، همچون سبک زندگی انسان غربی، رنگ و بویی فردگرایانه و واقعیت‌مدارانه یابد. لیکن در این تفسیر یک‌بعدی بایستی جانب احتیاط را نگه داشت، چه از دیگر سو، الگوی نتایج به دست آمده در مورد نحوه‌ی عملکرد درمانگران ایرانی تحصیل کرده در غرب، می‌تواند گویای تأثیر آموزش‌های بالینی و نه فرهنگ بر سبک تصمیم‌گیری بالینی آن‌ها باشد. با توجه به این که غالب درمانگران گروه اخیر، تنها مقطع چهار ساله‌ی دکتری خود را در کشورهای غربی بوده‌اند و غالب تجارب بالینی آن‌ها در این دوران و تحت آموزش اساتید غربی قوام یافته است، نقش محتمل آموزش‌های بالینی در شکل‌گیری سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران این گروه، مانع از آن می‌گردد که محقق، الگوی نتایج به دست آمده در مورد اعضای این گروه را با قوت هر چه تمام به فرهنگ و مؤلفه‌های مربوط به آن منتسب نماید. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی اثر احتمالی آموزش‌های بالینی بر ابعاد مطرح شده در این مطالعه و فراتر از آن نسبت میان فرهنگ و نوع آموزش‌های بالینی در سایه‌ی پاسخ‌گویی به این سؤال که «آیا تأثیر آموزش‌های بالینی، فی‌نفسه در تغییر سبک تصمیم‌گیری بالینی یک روان‌درمانگر مؤثر است؟» مورد بررسی قرار گیرد.

در پایان باید به برخی از محدودیت‌های مطرح در این پژوهش نیز اشاره داشت: جامعه‌ی آماری این پژوهش، محدودیت‌هایی را در

783-810.

6. Constantine M. Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *J Couns Psychol*. 2002; 49(4): 255-61.
7. Sue S. In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment. *Am Psychol*. 2003; 58(4): 964-70.
8. Marsella A, Yamada A. Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, and Directions. In Kitayama, S., & Cohen, D (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 797-820). New York: Guilford Press; 2007.

9. Matsumoto D. The handbook of culture and psychology. Oxford: UK Oxford University Press; 2001.
10. Zabihzadeh A. Appraisal of cultural influence on decision making style of psychotherapist in resolving clinical Conflicts [Dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2012. [Persian]
11. Tseng W, Streltzer J. Culture and Psychotherapy: A Guide to Clinical Practice. American Psychiatric Press, Inc; 2005.
12. Brown L. Cultural Competence: A New Way of Thinking About Integration in Therapy. J Psychother Integration. 2009; 19(4): 340-53.
13. Hays D, Prosek E, McLeod A. A Mixed Methodological Analysis of the Role of Culture in the Clinical Decision-Making Process, J Couns Dev. 2010; 88(3): 114-21.
14. Zabihzadeh A, Mazaheri M. A, Hatami J. Cultural Influence as a Frame of Reference on Psychotherapists' Clinical Decision- Making Style. J Psychol. 2012; 16(2): 214-31. [Persian]
15. Choi I, Choi J, Norenzyan A. In Koehler, D., Harvey, N (Eds.), *Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making* (pp. 505-524). Blackwell Publishing Ltd; 2004.
16. Weber E, Morris M. Culture and Judgment and Decision Making: The Constructivist Turn. Perspectives Psychol Sci. 2010; 5(4): 410-9.
17. Masuda T, Nisbett R. Attending holistically versus analytically: Comparing the context sensitivity of Japanese and Americans. J Pers Soc Psychol. 2001; 81(4): 922-34.
18. Nisbett R. The geography of thought. New York: Free Press; 2003.
19. Tversky A, Kahneman D. Rational Choice and the Framing of Decision, J Business. 1986; 59(3): 251-278.
20. Solso R. Cogn Psychol. New York: Free Press; 1994.
21. Vitell S, Nwachukwu S, Barnes H. The Effect of Culture on Ethical Decision-Making: An Application of Hofstede's Typology. J Business Ethics. 1993; 12(2): 753-60.
22. Ng K, Dyne V. Individualism-Collectivism as a Boundary Condition for Effectiveness of Minority Influence in Decision Making. Organ Behav Hum Decision Processes. 2001; 2(3): 198-225.
23. Fu P, Yukl G. Perceived effectiveness of influence tactics in the United States and China. Leadership Quarter. 2000; 11(2): 251-66.
24. Hatami J. The Self. Tehran, Tabalvor Publication; 2010. [Persian]
25. Shaygan D. Islamic Societies Confronting the West, Amir Kabir Publication; 1992. [Persian]
26. Hofstede G. culture's consequences: international differences in worker elated values. London: Sage; 1981.
27. Hofsted G. Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.