Journal of Research in Psychological Health
December 2019, Volume 13, Issue 3

Mediating Role of the Object Relations and the Ego Function in Relation between Family Function and Mental Health

Maryam Shafaghdoost [1], Fatemeh Shahamat Dehsorkh*[2]

[1] *MA in General psychology, Department of Psychology, Faculty of humanities Khayyam University, Mashhad, Iran*

[2] *(Corresponding Author) Department of Psychology, Faculty of humanities, Khayyam University, Mashhad, Iran. Email: f.shahamat@khayyam.ac.ir*

Citation: Shafaghdoost M. Dehsorkh F. S. Mediating Role of the Object Relations and the Ego Function in Relation between Family Function and Mental Health. **J**ournal of **R**esearch in **Psychological Health**. 2019; 13 (3): 31-46 [Persian].

Highlights

- Object relations and mature defense mechanisms of ego played a mediating role in relation between family function and mental health
- Immature and neurotic mechanisms of ego did not have a mediating role in relation between family function and mental health.

Key words
Mental Health, Family Function, Object Relations, Ego Functions, Defense Mechanisms

Abstract

This study has aimed to investigate the mediating role of the object relations and defense mechanisms in relation between family function and perceived mental health. General health questioner, family assessment device, Bell's object relation inventory and defense style questionnaire were administrated on a sample of 300 students (195 girls and 105 boys). Participants were selected, using multi-stage cluster sampling, from Khayyam University. Data were studied through path analysis method. Results indicated that object relations and mature defense mechanisms of ego played a mediating role in relation between family function and mental health. However, the immature and neurotic mechanisms of ego did not have a mediating role. Being compatible with object relation theory, this research revealed that family functions enhance mental health through affecting object relation and defense mechanisms.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

نقش میانجی روابط موضوعی و کارکردهای ایگو در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان دانشجویان

مریم شفق‌دوست[۱]، فاطمه شهامت ده سرخ[۲*]

۱. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. (نویسنده‌ی مسئول) گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه خیام، مشهد، ایران. رایانامه: f.shahamat@khayyam.ac.ir

تاریخ دریافت

۱۳۹۸/۴/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی

۱۳۹۸/۱۰/۱

واژگان کلیدی

سلامت روان، عملکرد خانواده، روابط موضوعی، کارکردهای ایگو، مکانیسم‌های دفاعی.

یافته‌های اصلی

- روابط موضوعی و مکانیسم‌های رشدیافته، در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان نقش میانجی داشتند.
- مکانیسم‌های رشدنایافته و نوروتیک در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان نقش میانجی نداشتند.

چکیده

عملکرد خانواده به‌عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت روان شناخته شده است. هدف پژوهش پیش رو، بررسی نقش میانجی روابط موضوعی و کارکردهای ایگو در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان دانشجویان در چارچوب نظریه‌ی روابط موضوعی بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی، دانشجویان دانشگاه خیام بودند. نمونه‌ای ۳۰۰ نفری (۱۹۵ دختر و ۱۰۵ پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، ابزار سنجش خانواده، پرسشنامه‌ی روابط موضوعی بل و پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی استفاده شد. ارزیابی الگوی پیشنهادی با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام گرفت. شاخص‌های برازش مدل، بیانگر این بود که روابط موضوعی و مکانیسم‌های رشدیافته ایگو، در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان نقش میانجی دارند. اما مکانیسم‌های رشدنایافته و نوروتیک ایگو نقش میانجی نداشتند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که همسو با نظریه‌ی روابط موضوعی، عملکرد خانواده با تأثیرگذاری بر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی، به افزایش سلامت روان منجر می‌شود.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]

[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

مقدمه

امروزه، علاوه بر سلامت جسمانی، سلامت روان به‌عنوان یکی از مباحث مهم علوم رفتاری و روان‌پزشکی، مورد توجه ویژه‌ی متخصصان سلامت قرار گرفته است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[1] سلامت روان در درون مفهوم کلی سلامتی می‌گنجد که الزاماً به معنی نبود بیماری و عقب‌ماندگی ذهنی نیست؛ بلکه توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی را در برمی‌گیرد (۱). بر اساس این دیدگاه در سلامت روان، روش‌ها و تدابیری مورد تأکید است که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به کار می‌رود (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی از هر چهار نفر یک نفر در هر مرحله از زندگی از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌برد و گفته می‌شود از هر شش نفر یک نفر در طول یک هفته، مشکلات مرتبط با سلامت روانی را تجربه کرده است (۳). شیوع اختلالات روانی در جدیدترین پژوهش‌ها در ایران نیز ۳۱/۷ درصد گزارش شده است (۴).

اما سلامت روان مفهومی گسترده و چندوجهی است که عوامل مختلفی به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم و به‌صورت مثبت یا منفی بر آن اثر می‌گذارند (۵) . یکی از این عوامل ارتباطات خانوادگی و عملکرد اعضای خانواده است. خانواده اولین جایگاهی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند و بر همین اساس بیشترین تأثیر را بر رفتار افراد می‌گذارد (۶). در طول تاریخ، خانواده نقش مهم و هستی‌بخش داشته و یکی از مهم‌ترین محیط‌های مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی افراد به شمار می‌رفته است. امروزه نقش خانواده و کارایی آن بر سلامت روان به‌صورت فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۷). پژوهشگران اعتقاد دارند عاملی که باعث می‌شود خانواده‌هایی نسبت به سایر خانواده‌های پرتنش و آشفته، از سلامت روانی بیشتری برخوردار باشند، عملکرد خانواده است (۸). عملکرد خانواده[2] مجموعه وظایف، نقش‌ها و انتظاراتی است که اعضای خانواده در قبال یکدیگر دارند و جهت‌دهنده‌ی حرکت خانواده به‌سوی اهداف مورد نظرش است (۹). عملکرد سالم و مطلوب خانواده موجب سازگاری اعضای خانواده با خود و محیط اطرافشان می‌شود و عملکرد نامطلوب و ناسالم عکس آن را به دنبال دارد (۱۰). به‌طورکلی می‌توان گفت که خانواده به‌عنوان منبع حمایت عاطفی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند سهم بسزایی در سلامت روانی اعضای آن داشته باشد (۱۱). بی‌توجهی و کژکاری سامانه‌ی خانواده می‌تواند تمایل و زمینه را برای انحراف اعضای خانواده و افزایش مشکلات رفتاری از قبیل خشونت، پرخاشگری و... فراهم نماید (۱۲)؛ به‌طوری‌که دچار شرایط استرس‌زا گردند و این حالت سلامت روان اعضای خانواده را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر قرار دهد (۱۳).

در این میان به نظر می‌رسد متغیرهای واسطه‌ای و میانجیگری وجود دارند که می‌توانند در رابطه‌ی موجود بین دو متغیر عملکرد خانواده و سلامت روان تأثیرگذار باشند و در تعدیل یا تقویت این رابطه نقش معنادار داشته باشند. یکی از این عوامل روابط موضوعی[3] مادر و فرزند است. معمولاً اولین موضوع[4] برای هر شخص تصویر درونی‌سازی‌شده‌ی مادر اوست (۱۴). موضوع‌های درونی[5] توسط الگوهای موجود در تجربه‌ی شخص از مراقبت شدن در دوران طفولیت شکل می‌گیرد که ممکن است بازنمایی دقیقی از مراقبت‌کنندگان حقیقی و بیرونی او باشد یا نباشد. اشیاء معمولاً تصاویر درونی‌سازی‌شده‌ی مادر، پدر یا مراقبت‌کنندگان شخص هستند؛ اما می‌توانند بخشی از یک شخص هم باشند (که به آن شیء جزئی[6] گفته می‌شود)، مانند ارتباط نوزاد با اعضایی از بدن مادر که نقش تغذیه‌کننده برای او دارند یا آنچه در دنیای درونی فرد وجود دارد (تصاویر درونی‌سازی‌شده‌ی فرد از دیگران) (۱۵). از دید

[1] World Health Organization

[2] family functioning
[3] object relation
[4] object
[5] internal object
[6] part object

وینی‌کات[۷] مبنای رشد سالم پیشروی ایگو از وابستگی مطلق (به مادر) به‌سوی استقلال است (۱۶). وینی‌کات بیان می‌کند که اگر مادر نتواند خود را با نیازهای کودک هماهنگ کند و محیط ناکام‌کننده یا ارضای افراطی فراهم سازد، کودک قادر نخواهد بود تا رابطه بین خود و مادر خوب را درونی کند و به استقلال برسد. این کودکان در بزرگسالی به‌طور مداوم به دنبال موضوع‌هایی هستند که بتوانند از طریق آن‌ها، دلبستگی‌ای را که از آن محروم شده‌اند، دوباره به دست آورند. در واقع، دیگران برای این افراد نقش موضوع‌های گذاری[۸] را دارند که اضطراب فقدان موضوع[۹] را در آن‌ها تسکین می‌دهند (۱۶). روابط موضوعی درونی‌شده به‌عنوان قطعات سازنده‌ی ذهن به کار می‌رود که بازنمایی‌های خود و موضوع را شامل می‌شود و این بازنمایی‌ها به پردازش هیجانی افراد کمک می‌کند (۱۷). نقص در روابط موضوعی به طرز معناداری به نقص پردازش هیجانی، سرکوب هیجانی و درنتیجه علائم روان‌شناختی و روان‌تنی[۱۰] منجر می‌شود (۱۸ و ۱۹). متخصصان در توصیف این بیماران از اصطلاح بدن ناطق[۱۱] استفاده می‌کند (۲۰). این نویسندگان توضیح می‌دهند که چگونه تجارب و هیجان‌ها در آغاز بدنی هستند، و خواندن، تفسیر و حس کردن آن‌ها یک تکلیف تحولی است که در متن رابطه‌ی اولیه‌ی مادر و کودک کسب می‌شود. بر این اساس، زمانی که مشکلی در این فرایند رخ بدهد، روان نمی‌تواند نمادسازی کرده، بیندیشد و درنتیجه ارتباط برقرار کند. ازاین‌رو استنباط می‌شود عملکرد خانواده و خصوصاً روابط موضوعی مادر و فرزند نقش مهمی در سلامت روانی فرد دارند (۷). عملکرد مناسب مادر منجر می‌شود تا سرمایه‌های روانی فرزندان به‌خوبی تشخیص داده شده و تحول یابد و ارتباطات خانوادگی بهتر و منسجم‌تر شود که در این شرایط، سلامت روانی از سطح بالاتری برخوردار می‌شود (۲۱).

اما از نشانه‌های سلامت روان می‌توان به برخورداری از خصیصه‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرتمند اشاره کرد. برخورداری از این منابع درونی فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، به رشد سازگارانه‌ی خود ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند (۲۲). یکی از این توانمندی‌ها، توانمندی ایگو[۱۲] است. توانمندی ایگو برای اداره‌ی مناسب فشار آرزوهای[۱۳] متأثر از غرایز برای تخلیه است، به‌گونه‌ای که در تضاد شدید با محدودیت‌های دنیای واقعی و سوپرایگو[۱۴] نباشد (۲۳). توانمندی ایگو به ظرفیت ایگو برای اداره‌ی تقاضاهای متعارض اید،[۱۵] سوپرایگو و مقتضیات واقعیت بیرونی بستگی دارد و به میزانی که ایگو قادر به ایجاد تعادل کارکردی نباشد، شخصیت فرد، درگیر بیماری خواهد شد (۲۴). در نظریه‌ی ساختاری ذهن،[۱۶] ایگو کارکردهای زیادی دارد و هدف آن محافظت از شخص، به‌وسیله‌ی میانجی‌گری میان نیروهای درونی و انتظارات واقعیت بیرونی است. این نیروهای درونی شامل سوپرایگو و اید هستند که اغلب خارج از حیطه‌ی آگاهی و در حوزه‌ی ناهشیاری باقی می‌مانند (۲۵). در این پژوهش کارکرد ایگو، مکانیسم‌های دفاعی[۱۷] است. مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان عملیات ذهنی که افکار و احساسات دردناک را از حوزه‌ی آگاهی دور نگه می‌دارند، تعریف می‌گردد. چهار سطح برای مکانیسم‌های دفاعی در نظر گرفته شده است که شامل سطوح دفاعی سایکوتیک،[۱۸] نابالغ،[۱۹] نوراتیک[۲۰] و بالغانه[۲۱] است (۲۶). سطح اول در کودکان، رؤیا و سایکوزها رایج است. سطح دوم در نوجوانان، مبتلایان به سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت دید می‌شود. سطح سوم در مبتلایان به فوبیا، وسواس و جسمانی‌سازی فراوان‌تر است. در سطح چهارم مکانیسم‌های دفاعی درجه‌ی آگاهی بالاتری از احساسات و پیامدهای آن مشاهده می‌شود. سطوح نابالغ مکانیسم‌های دفاعی بیشتر در ساختار آسیب‌شناسی مرزی دیده می‌شود. و سطوح بالغ‌تر با

[۷] Winnicott, D.
[۸] transitional object
[۹] loss of object anxiety
[۱۰] psychosomatic
[۱۱] Speaking body

[۱۲] ego capability
[۱۳] wishes
[۱۴] superego
[۱۵] id
[۱۶] structural mind
[۱۷] defense mechanisms
[۱۸] psychotic
[۱۹] immature
[۲۰] neurotic
[۲۱] mature

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

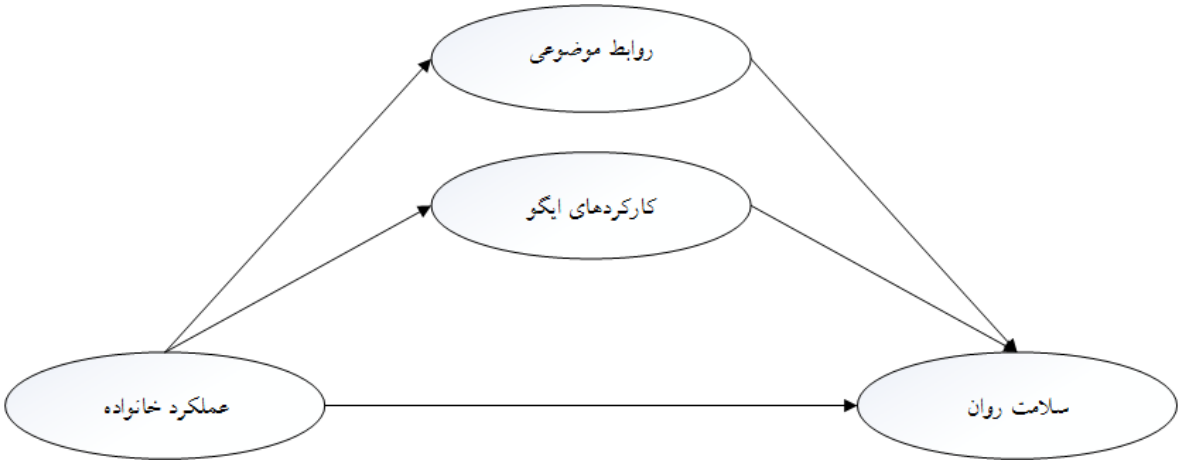
عملکرد روان‌شناختی کارآمدتر همراه است. در بررسی رابطه‌ی الگوهای دفاعی و حیطه‌های اختلالات شخصیت پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که دفاع‌های نابالغ حیطه‌های شخصیتی ناکارآمد را پیش‌بینی می‌کند (۲۷). درحالی‌که مکانیسم‌های بالغ عموماً مرتبط با کارکرد شخصیتی بهتری هستند (۲۸). روان‌تحلیل‌گری[۲۲] معاصر، مکانیسم‌های دفاعی را بخشی از الگوی ارتباطی و رشد بهنجار می‌داند که از ایگو محافظت می‌کنند و در سازش‌یافتگی فرد نقش دارند (۲۹). به‌صورت کلی توانمندی ایگو تعیین‌کننده‌ی بسیار مهمی در سلامت ساختار خود و سلامت شخصیت است و باعث افزایش سلامت روان می‌گردد (۳۰، ۳۱).

در مجموع، براساس آنچه گفته شد، مشخص می‌شود که عملکرد خانواده از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر سلامت روان افراد است؛ بااین‌حال همان‌گونه که اشاره گردید متغیرهای فردی و خانوادگی مهمی هستند که علاوه بر تأثیرگذاری مستقیم بر سلامت روان، به‌صورت میانجی در رابطه‌ی بین عملکرد خانواده و سلامت روان نیز اثرگذار باشند؛ دو مورد از این متغیرها روابط موضوعی و کارکردهای ایگو است. بااین‌حال تاکنون پژوهشی به بررسی نقش میانجی این متغیرها در رابطه‌ی بین عملکرد خانواده و سلامت روان نپرداخته است و این خلأ پژوهشی برای پژوهشگران وجود داشته است. با توجه به این خلأ تحقیقاتی و تلاش در جهت رفع آن، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی روابط موضوعی و کارکردهای ایگو در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان قصد پاسخگویی به این سؤال را دارد که آیا روابط موضوعی و کارکردهای ایگو، در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان در بین دانشجویان نقش میانجی دارد؟ مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

[۲۲] psychoanalysis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است که با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه غیرانتفاعی خیام در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد که از این جامعه‌ی آماری، تعداد ۳۰۰ نفر دانشجو شامل ۱۹۵ دختر و ۱۰۵ پسر (با میانگین سنی ۲۱/۴۲) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب شدند؛ به این صورت که از هر پنج دانشکده‌ی دانشگاه خیام (دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشکده‌ی علوم پایه، دانشکده‌ی مهندسی، دانشکده‌ی هنر و معماری و دانشکده‌ی تربیت‌بدنی) سه کلاس به نحو تصادفی انتخاب و تمامی دانشجویان این کلاس‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند که درمجموع ۱۷ نفر کاردانی، ۲۷۸ نفر کارشناسی و ۵ نفر کارشناسی ارشد بودند. مبنای انتخاب ۳۰۰ نفر نمونه، نظر متخصصان است که برای مطالعات تحلیل مسیر و معادلات ساختاری تعداد حداقل ۲۰۰ نفر را کافی می‌دانند (۳۲).

ب) ابزار و مواد

در پژوهش حاضر به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی[۲۳] (GHQ): این پرسشنامه را برای اولین بار گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم کرد و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص نشانه‌های خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شد. فرم اصلی این پرسشنامه، ۶۰ سؤالی است. این پرسشنامه به‌طور مکرّر مورد تجدیدنظر قرار گرفته و به‌صورت برگه‌های کوتاه‌شده ۱۲، ۲۸ و ۳۷ سؤالی در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفت. فرم ۲۸ سؤالی دارای چهار زیرمقیاس فرعی بود که هر مقیاس فرعی ۷ پرسش دارد و به‌ترتیب علائم جسمانی، علائم اضطراب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی را می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای انجام می‌گیرد. بر این اساس، به هر پاسخ اینگونه نمره داده می‌شود: اصلاً = صفر، در حد معمول = ۱، بیش‌ازحد معمول = ۲ و به‌مراتب بیشتر از حد معمول = ۳. نمرات آزمودنی در هرکدام از زیرمقیاس‌ها جمع و سپس نمرات چهار زیرمقیاس جمع می‌شود تا نمره‌ی کلی به دست آید. نمره‌ی کل آزمون از صفر تا ۸۴ متغیر است و نمره‌ی بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است. نقطه‌ی برش در مقیاس کلی برای تشخیص افراد مشکوک به اختلال ۲۳ و بالاتر و در هر یک از زیرمقیاس‌های فرعی ۱۴ و بالاتر است (۳۳). ضریب پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و روایی هم‌زمان پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با پرسشنامه‌ی بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره‌ی کل مطلوب و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بوده است (۳۴). در مطالعه‌ی سورانی نیز میزان آلفای کرونباخ

[۲۳] General Health Questioner

پرسشنامه برای همه‌ی مؤلفه‌ها بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ به دست آمد (۳۵).

ابزار سنجش خانواده[۲۴] (FAD): جهت سنجش کارکرد خانواده، از «ابزار سنجش خانواده» که توسط اپستاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک‌مستر تدوین شده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است و خصوصیات ساختاری و تعاملی خانواده را معین می‌سازد. این پرسشنامه شش بعد کارکرد خانواده (شامل حل مسئله، ارتباط، نقش، پاسخ‌دهی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار) و کارکرد عمومی خانواده را می‌سنجد (۳۶). شرکت‌کنندگان برای هر ماده یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم را انتخاب می‌کنند. پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا به معنای کارکرد ناسالم است. این پرسشنامه در ایران توسط زاده‌محمدی و ملک‌خسروی روی ۴۹۴ نفر هنجاریابی شده است. پایایی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی آن نیز بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۶). همچنین در پژوهش یوسفی، ضرایب پایایی همسانی درونی ازجمله آلفای کرونباخ و تصنیف پرسشنامه، به‌ترتیب با مقدار ۰/۸۳ و ۰/۸۲ رضایت‌بخش بودند. همچنین، ضرایب روایی همگرا و واگرا بین پرسشنامه با پرسشنامه‌ی الگوهای ارتباطی، پرسشنامه‌ی کانون مهار، خرده‌مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به‌ترتیب ۰/۴۳، ۰/۴۱-، ۰/۳۶ و ۰/۴۶ به دست آمده است که معنادار است (۳۷).

پرسشنامه‌ی روابط موضوعی بل[۲۵] (BORI): پرسشنامه‌ی روابط موضوعی بل و همکاران، بخشی از پرسشنامه‌ی نودگزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (BORI) است. این پرسشنامه هم برای جمعیت بالینی و هم غیربالینی استاندارد شده است و در پژوهش‌های بسیاری در حوزه‌ی روابط بین‌فردی و در تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی به کار رفته است. پرسشنامه، دارای ۴۵ ماده است که به‌صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده‌مقیاس، ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد که این خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: بی‌کفایتی اجتماعی[۲۶]، خودمیان‌بینی[۲۷]، دلبستگی ناایمن[۲۸] و بیگانگی[۲۹] (۳۸). نحوه‌ی پاسخگویی به پرسشنامه این‌گونه است که بر مبنای راهنمایی ارائه‌شده، آزمودنی برای هر یک از سؤالات پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند. برحسب کلید پرسشنامه، گزینه‌ی صحیح نمره‌ی یک می‌گیرد و برای برخی دیگر گزینه‌ی غلط نمره یک می‌گیرد. جمع نمرات سؤالات مربوط به هر خرده‌مقیاس نمره‌ی هر یک از آن‌ها مشخص می‌سازد. بررسی مقدماتی روایی و پایایی این پرسشنامه را هادی‌نژاد و همکاران انجام داده‌اند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمیان‌بینی، بیگانگی و دلبستگی ناایمن، به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین، همبستگی بین سیاهه‌ی ۹۰سؤالی علائم فرم بازنگری‌شده (R-90-SCL) و خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه، ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (۱۶).

پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی[۳۰] (DSQ): پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی را نخستین‌بار باند[۳۱] و همکاران به‌منظور بررسی مکانیسم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین کردند. این پرسشنامه، ۸۸ ماده را دربر می‌گرفت و ۲۴ مکانیسم را وارسی می‌نمود. پرسشنامه‌ی DSQ که به‌وسیله‌ی اندروز[۳۲] و همکاران گسترش یافت، سه مجموعه از دفاع‌هایی را که ممکن است توسط پاسخ‌دهنده‌ها به کار رود، ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان آزرده‌وار و رشدنایافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۳۹). پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی در ایران را حیدری‌نسب هنجاریابی کرده است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه از طریق روش بازآزمایی و محاسبه‌ی آلفای کرونباخ ارزیابی شده

[۲۴] Family assessment device
[۲۵] Bell's object relation inventory
[۲۶] social incompetence (si)
[۲۷] egocentricity (ego)
[۲۸] insecure attachment (ia)
[۲۹] alienation (aln)
[۳۰] defense style questionnaire
[۳۱] Band
[۳۲] Andrews

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

است. ضریب اعتماد و آلفای کرونباخ در گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک در دانش‌آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه و نیز سبک‌های دفاعی نشان داد که بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو ۰/۸۱ و کمترین آلفای کلی در زنان دانش‌آموز ۰/۶۹ مشاهده می‌شود. در سبک‌های دفاعی بالاترین آلفا مربوط به سبک تحول‌نایافته ۰/۷۲ و کمترین مربوط به سبک روان آزرده‌وار ۰/۵۱ بود. بر این اساس بالاترین آلفای کرونباخ محاسبه‌شده بین دو نیمه‌ی آزمون مربوط به مردان دانشجو و کمترین، به سبک روان آزرده‌وار مربوط می‌شود. همچنین همبستگی‌های مربوط به دو بار اجرای پرسشنامه با فاصله‌ی سه هفته در گروه‌های مورد مطالعه معنادار بوده است. بر اساس این یافته‌ها مشخص گردید پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از قابلیت اعتماد مناسبی برخوردار است (۴۰).

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم‌افزار لیزرل تحلیل شد.

ج) روش اجرای پژوهش

پرسشنامه‌های استاندارد، تهیه و جهت افزایش دقت در پاسخ‌دهی در زمان کلاس‌ها اجرا گردید. به این منظور با هماهنگی مدیران گروه با اساتید، به کلاس‌های درس رفته، پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار داده شد. به دانشجویان توضیح داده شد که داده‌ها بدون نام بوده و نتایج با حفظ اصول رازداری تحلیل می‌شود.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی ارائه شده است. کلاین پیشنهاد می‌کند که در مدل‌یابی علّی، توزیع متغیرها نرمال باشد. او پیشنهاد می‌کند که قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد. با توجه به جدول ۱ قدر مطلق چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها کمتر از مقادیر مطرح‌شده توسط کلاین است (۲۵)؛ بنابراین این پیش‌فرض مدل‌یابی علی، یعنی نرمال بودن تک‌متغیری برقرار است. لازم به ذکر است که از نرم‌افزار لیزرل برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
	عملکرد خانواده	۱۳۶/۳۳	۱۸/۲۶	۰/۲۵	۰/۰۲
	روابط موضوعی	۱۷/۷۳	۶/۲۹	۰/۵۴	۰/۲۹
	مکانیسم‌های رشدیافته	۴۲/۳۶	۹/۶۰	۰/۳۰	۰/۴۷
کارکردهای ایگو	مکانیسم‌های نوروتیک	۳۶/۶۷	۸/۴۳	-۰/۴۹	-۱/۰۹
	مکانیسم‌های رشدنایافته	۱۱۷/۲۷	۲۲/۷۹	-۰/۶۲	-۰/۹۲
	سلامت روان	۳۰/۶۸	۱۲/۱۹	-۰/۹۱	۰/۸۹

در جدول شماره‌ی ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به این جدول، رابطه‌ی عملکرد خانواده و روابط موضوعی با سلامت روان (۰/۴۴)، مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار و رابطه‌ی مکانیسم‌های رشدیافته (۰/۳۰-) و مکانیسم‌های رشدنایافته (۰/۲۱-) با سلامت روان منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همچنین رابطه بین مکانیسم‌های نوروتیک با سلامت روان معنی‌دار نیست. به‌علاوه به‌دلیل نمره‌گذاری پرسشنامه‌ی سلامت روان، عملکرد خانواده و روابط موضوعی که نمره‌ی بالاتر در آن‌ها به معنای شرایط نامطلوب است، مثبت بودن رابطه‌ی عملکرد خانواده، روابط موضوعی و مکانیسم‌های رشدنایافته با سلامت روان بدین معناست که هرچه نمره‌ی این متغیرها برای نمونه بیشتر بوده، نمره‌ی پرسشنامه‌ی سلامت روان آن‌ها بیشتر و به‌عبارتی وضعیت سلامت روان آن‌ها کمتر بوده است و بالعکس. همچنین هرچه نمره‌ی مکانیسم‌های رشدیافته برای نمونه بیشتر بوده، نمره‌ی پرسشنامه‌ی سلامت روان آن‌ها کمتر و به‌عبارتی، وضعیت سلامت روان آن‌ها بهتر بوده است و بالعکس.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱	عملکرد خانواده	۱				
۲	روابط موضوعی	۰/۴۵**	۱			
۳	مکانیسم‌های رشدیافته	-۰/۲۰**	-۰/۱۱*	۱		
۴	مکانیسم‌های نوروتیک	-۰/۱۱*	۰/۰۳	۰/۳۶**	۱	
۵	مکانیسم‌های رشدنایافته	۰/۲۷**	۰/۳۷**	۰/۳۲**	۰/۳۵**	۱
۶	سلامت روان	۰/۴۴**	۰/۴۴**	-۰/۳۰**	-۰/۰۵	۰/۲۱**

**p<0.01

در ادامه برای برازندگی الگوی پیشنهادی اولیه، شاخص مجذور خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی[۳۳](CFI)، شاخص نیکویی برازش[۳۴](GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده[۳۵](AGFI) و ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب[۳۶](RMSEA) مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور برازش الگو ضروری است که شاخص‌های بالا، استانداردهای لازم را داشته باشند. چنانچه شاخص χ2/df کوچک‌تر از ۳ باشد، مقدار RSMEA از ۰/۱ کوچک‌تر و به صفر نزدیک‌تر باشد، و هم‌چنین شاخص‌های برازش GFI، AGFI و CFI به یک نزدیک‌تر باشند، بیانگر آن است که الگوی پیشنهادی تأیید شده است. بر این اساس، شاخص‌های کلی آزمون الگوی پیشنهادی اولیه، حکایت از عدم برازش این الگو داشت (χ^2/df = ۲۷/۱۵، RSMEA = ۰/۲، GFI=۰/۸۵، AGFI=۰/۴۶، CFI=۰/۶۲). و چون برخی مسیرها در الگوی اولیه غیرمعنادار است. بنابراین تصمیم بر آن شد تا اصلاحاتی روی الگوی اولیه صورت گیرد و مجدداً برازش آن مورد بررسی قرار گیرد.

در این مرحله، برای برازش بهتر الگوی اولیه، تصحیحاتی براساس مبانی نظری و تجربی صورت گرفت تا درنهایت الگوی مندرج در نمودار ۲ با برازش خوب تأیید شد. در واقع، مسیرهای غیرمعنادار و مسیرهایی که با وجود معناداری، برازش مدل را با مشکل مواجهه کرده بودند، از الگو حذف شدند و مجدداً برازش الگو مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های کلی الگوی پیشنهادی تصحیح‌شده در جدول ۳ قابل‌مشاهده است. با توجه به نتایج مندرج در جدول بالا، شاخص‌های کلی آزمون الگوی پیشنهادی تصحیح‌شده، استانداردهای مورد نظر را دارند و مقادیر آن‌ها حاکی از برازش خوب این الگو است (χ^2/df = ۱/۵۶، RSMEA = ۰/۰۶، GFI = ۰/۹۹، AGFI = ۰/۹۳، CFI = ۰/۹۹).

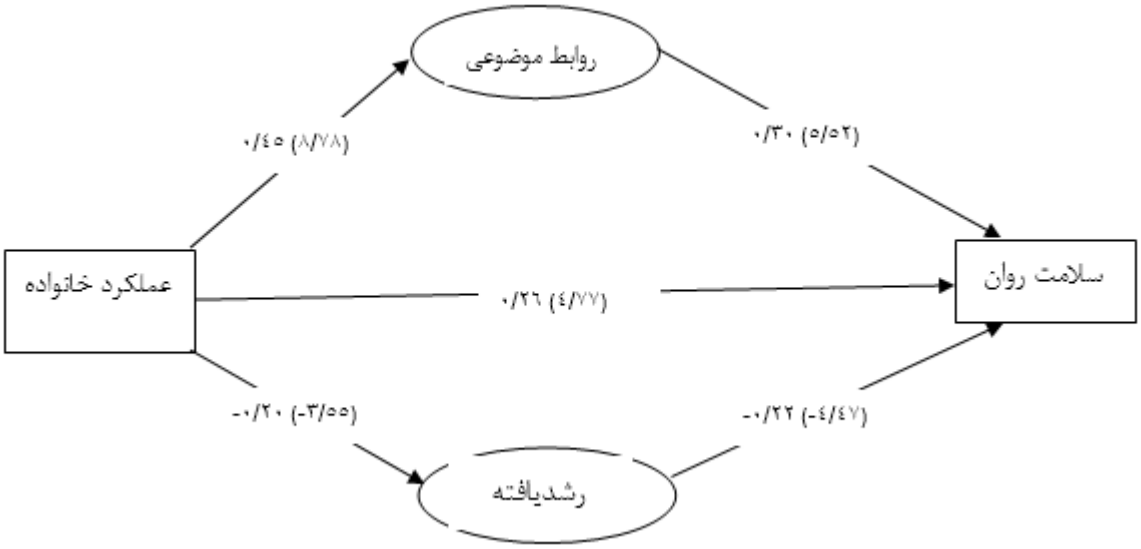
[۳۳] Comparative Fit Index (CFI)
[۳۴] Goodness of Fit Index (GFI)
[۳۵] Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
[۳۶] Root Mean Square Error of Approximation

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

جدول ۳- شاخص‌های نیکویی برازش الگوی پیشنهادی

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2	Df	χ^2/df
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۲	۱	۰/۲۲



شکل ۲- الگوی تعدیل‌شده و تأییدشده‌ی نهایی

در نمودار ۲ مقادیر ضریب مسیر و t متناظر با آن‌ها برای هر یک از مسیرهای علی از متغیر برون‌زا به متغیرهای میانجی و درون‌زا و از متغیرهای میانجی به متغیر درون‌زا نیز وجود دارد. این ضرایب، قدرت نسبی هر مسیر را نشان می‌دهد. براساس اطلاعات ارائه‌شده در شکل ۲ ضریب مسیر عملکرد خانواده به روابط موضوعی ۰/۴۵، ضریب مسیر مثبت و متوسطی است؛ همچنین براساس آزمون آماری t معنادار است (p<۰/۰۵، t= ۸/۷۸). ضریب مسیر عملکرد خانواده به مکانیسم دفاعی رشدیافته ۰/۲۰- است که ضریب مسیر منفی و ضعیفی است؛ بااین‌وجود براساس آزمون آماری t معنادار است (p<۰/۰۵، t=- ۳/۵۵). ضریب مسیر عملکرد خانواده به سلامت روان ۰/۲۶ است که ضریب مسیر مثبت و ضعیفی است؛ ولی براساس آزمون آماری t معنادار است (p<۰/۰۵، t=۴/۷۷). ضریب مسیر روابط موضوعی به سلامت روان ۰/۳۰ است که ضریب مسیر مثبت و متوسطی است و بر اساس آزمون آماری t هم معنادار است (p<۰/۰۵، t= ۵/۵۲). ضریب مسیر مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته به سلامت روان ۰/۲۲- است که ضریب مسیر منفی و ضعیفی است و بر اساس آزمون آماری t هم معنادار است (p<۰/۰۵، t= -۴/۴۷).

جدول ۴- ضرایب مسیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل، در الگوی تأییدشده

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین‌شده
بر سلامت روان از:				۰/۳۱
عملکرد خانواده	۰/۲۶	۰/۱۷	۰/۴۳	
روابط موضوعی	۰/۳۰	-	۰/۳۰	
مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته	-۰/۲۲	-	-۰/۲۲	
بر روابط موضوعی از:				۰/۲۰
عملکرد خانواده	۰/۴۵	-	۰/۴۵	
بر مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته از:				۰/۰۴
عملکرد خانواده	-۰/۲۰	-	-۰/۲۰	

در جدول ۴ ضرایب اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود متغیر برون‌زا (عملکرد خانواده)، بر متغیر درون‌زا یعنی سلامت روان، هم اثر مستقیم و هم غیرمستقیم دارد. اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر سلامت روان، به‌واسطه‌ی روابط موضوعی و یکی از کارکردهای ایگو یعنی مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته بوده است. به‌عبارت دیگر از بین متغیرهای میانجی که در الگوی اولیه بود، فقط دو متغیر، یعنی روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته در مدل نهایی حفظ شدند و توانستند نقش میانجی برای رابطه‌ی عملکرد خانواده با سلامت روان را ایفا کنند. همچنین نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد ۳۱درصد از واریانس نمرات سلامت روان از طریق یک متغیر برون‌زا و دو متغیر میانجی یعنی عملکرد خانواده، روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، ۲۰درصد از واریانس نمرات روابط موضوعی از طریق عملکرد خانواده و ۴درصد از واریانس نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته از طریق عملکرد خانواده تبیین شده است. درمجموع تحلیل داده‌ها نشان داد که در رابطه‌ی عملکرد خانواده با سلامت روان، فقط روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته نقش میانجی معناداری ایفا کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی روابط موضوعی و کارکردهای ایگو در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان انجام گرفت. اولین یافته پژوهش نشان داد که رابطه‌ی مثبت و معناداری بین عملکرد خانواده و سلامت روان وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج تعدادی از پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است که نشان داده‌اند عملکرد خانواده بر سلامت روان تأثیر دارد (۴۱، ۱۳، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷).

در تبیین رابطه‌ی عملکرد خانواده و سلامت روان می‌توان گفت که خانواده و فضای خانه، نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که بر رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که می‌توان گفت پدر و مادر نیرومندترین و اولین آموزگار افراد در زندگی هستند و بیشترین تأثیر را روی کودکان می‌گذارند. در واقع، آموزش خانوادگی، پایدارترین آموزش و محیط خانه، مهم‌ترین آموزشگاه برای هر فرد است (۹). نظام خانواده و پویایی‌های بین‌فردی آن، بستری برای شکل‌گیری و ارتقای نظام درون‌روانی فرد فراهم می‌سازد. خانواده تأمین‌کننده‌ی نیازهای روانی و جسمانی هر فرد است و این مهم، در ضمن

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

روابط دوتایی مادر و کودک در بدو تولد و تحول این رابطه به تعاملات بین‌فردی با سایر اعضای خانواده، مانند پدر انجام می‌پذیرد. شکست در وظایف آن معضلاتی به همراه دارد که توجه به آن و تلاش در جهت رفع مشکلات این واحد کوچک اجتماعی می‌تواند نویدبخش جامعه‌ای سالم باشد. هرچه خانواده نقش خود را در جهت فراهم نمودن محیط سالم و مناسب برای اعضاء به‌خوبی ایفا نماید، آسیب‌های کمتری به افراد خانواده زده خواهد شد (۱۲). توجه خانواده به اعضاء، زمینه را برای جلوگیری از رفتار انحرافی و به تبع آن، مشکلات رفتاری از قبیل خشونت، پرخاشگری و... فراهم می‌نماید. عملکرد مناسب خانواده می‌تواند استرس در میان اعضاء را کاهش داده و سلامت روانی برای آن‌ها به ارمغان آورد(۱۳). بنابراین منظومه‌ی خانواده در شکل‌گیری سلامت روان افراد نقش بسزایی دارد و عملکرد مناسب آن، به ارتقای سلامت روانی انجامیده و کمبودها و نقص‌های موجود در این زمینه، بسترساز انواع آسیب‌های روانی در افراد می‌شود.

دومین یافته‌ی پژوهش بیانگر آن بود که بین روابط موضوعی و سلامت روان رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با تعدادی از نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است (۶، ۷، ۱۷). در تبیین یافته‌ی حاضر باید به این نکته اشاره کرد که یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی شخصیت و سلامت روان کودک در آینده، رابطه‌ی کودک با مادر یا فرد مراقبت‌کننده از او است که این رابطه همان روابط موضوعی است (۱۴). کیفیت سرمایه‌گذاری روانی بر موضوع‌های اولیه‌ی زندگی که در یک سطح تأمین‌کننده نیازهای کودک هستند و در سطحی دیگر، در قالب مادرگری فضایی را فراهم می‌آورند که دیگری و خود در روان کودک شکل گرفته، متمایز شده و مسیر تحول را در پیش می‌گیرند، سلامت روان فرد را در آینده رقم می‌زند. برقراری روابط موضوعی به معنای برقراری پیوند عاطفی عمیق با افراد خاص در زندگی است؛ به گونه‌ای که از تعامل با آن‌ها، احساس شعف و نشاط و به هنگام استرس، از بودن در کنار آن‌ها، احساس آرامش حاصل شود (۱۵). هرچه افراد بتوانند روابط بین شخصی بهتری با دیگران ایجاد نمایند و لذت بیشتری از این روابط را تجربه کنند، از سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود (۱۷). این ادعا متضمن این نکته است که روابط موضوعی اولیه، کیفیت روابط آینده فرد و توان روان‌شناختی وی در کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی را تعیین خواهد کرد و از این رو، نقش مهمی در سلامت روان دارد.

سومین یافته‌ی پژوهش که با هدف بررسی رابطه‌ی کارکردهای ایگو و سلامت روان انجام گرفته بود، بیانگر آن بود که بین مکانیسم‌های رشدیافته و سلامت روان رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و بین مکانیسم‌های رشدنایافته و نمره‌ی سلامت روان، رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد که با توجه به نمره‌گذاری منفی پرسشنامه‌ی سلامت روان، نتیجه گرفته می‌شود که مکانیسم‌های رشدیافته به افزایش سلامت روان و مکانیسم‌های رشد نایافته به کاهش سلامت روان منجر می‌شوند. نتایج این پژوهش با تعدادی از پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است (۳۱، ۳۰، ۲۵، ۲۳، ۲۲). در تبیین یافته‌ی حاضر باید به این نکته اشاره کرد که مکانیسم‌های دفاعی در خدمت به اصل واقعیت در جهت ارضای تکانه‌های حاصل از اید دست به مصالحه‌ای می‌زنند، که ضمن آن به شکل جایگزینی ارضا اتفاق می‌افتد. هرچه ایگو از سازمان‌یافتگی منسجم‌تری برخوردار باشد، مکانیسم‌های دفاعی بالغ‌تر و در نتیجه تحریف واقعیت، کمتر صورت می‌گیرد. در اینجا سطح بالاتری از سلامت روان در فرد مشاهده خواهد. در عوض، نظام نامنسجم ایگو در پاسخ به مقتضیات اید، سوپرایگو و واقعیت، با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ مسیرهای جانشینی ناکارآمدتری را برای ارضای تکانه‌های اید برمی‌گزینند. ازاین‌رو، نتیجه‌ی به‌دست‌آمده که حاکی از ارتباط منفی مکانیسم‌های رشدنایافته و سطح سلامت روان دارد، قابل‌تبیین است. گفته می‌شود کارکردهای دفاعی ایگو، نه‌تنها برای حفاظت از ایگو در برابر تعارضات میان ایگو، اید و سوپرایگو، بلکه برای پاسداری از ایگو در برابر تعارض بین‌فردی، تعارض بین هنجارهای اجتماعی و آشفتگی برآمده از تروما نیز هست (۲۲). بنابراین، وجود یک ایگوی قدرتمند باعث می‌شود که افراد نشانه‌های آسیب روانی را از خود کمتر نشان دهند و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای زندگی، تحمل و ظرفیت کافی داشته باشند. از طرف دیگر، ضعف ایگو موجب می‌شود که ارگانیسم از دنیای بیرونی به دنیای درونی برگردد و به

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

خودش عقب‌نشینی کند. یکی از منابع درونی‌ای که فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، به رشد سازگارانه‌ی خود ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم‌های دفاعی به کاهش اضطراب و افزایش سلامت روان منجر می‌گردد (۳۱). قدرت ایگو متغیر مهمی در عملکرد انسان به شمار می‌رود. اصطلاح قدرت ایگو به توانایی فرد برای برخورد مؤثر با خواست‌های رقابت‌آمیز و موقعیت‌های توان‌فرسا و برای عملکرد مؤثر به‌رغم خواست‌ها و توقعات این نیروهای متعارض به کار می‌رود.

آخرین یافته‌ی پژوهش نشان داد که روابط موضوعی و مکانسیم‌های دفاعی رشدیافته، نقش میانجی در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان داشتند؛ اما مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و نوروتیک از نقش میانجی برخوردار نبودند. در واقع، مدل تعدیل‌شده‌ی مورد تأیید در این پژوهش، حاکی از این است که متغیر برون‌زا یعنی عملکرد خانواده بر متغیر درون‌زا یعنی سلامت روان، هم اثر مستقیم و هم غیرمستقیم دارد و اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر سلامت روان به واسطه‌ی روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته است. در این راستا برخی محققان معتقدند که عملکرد خانواده، پیش‌بینی‌کننده‌ی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی است. وجود رابطه‌ی مکانیسم‌های دفاعی بیانگر بنیادین بودن این رابطه است (۴۲). همان‌طور که در متون مربوط ذکر شده است، انسان در هر سطحی از رشد روانی ناگریز به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی است (۴۳). این گفته از این رو است که بر اساس نظریه‌ی روان‌تحلیلگری آدمی همواره تحت فشارهای مرتبط با تکانه‌های اید است که بعضاً خطرناک و ناهمخوان با مقتضیات فرهنگی تلقی می‌شوند و برآورده شدن آن‌ها نیاز به مصالحه‌ی ایگو به‌عنوان عامل مرتبط با واقعیت بیرونی دارد. در مطالعه‌ی حاضر فقط نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته تأیید شده است. به این صورت که عملکرد آسیب‌دیده‌ی خانواده با رشد کمتر مکانیسم‌های رشدیافته و در نتیجه، آسیب روانی بالاتر همراه است. از سویی مکانیسم‌های رشدنایافته و نوروتیک نقش میانجی معناداری نداشتند. این مسئله توسط سامرز تأیید شده است (۲۴). احتمال می‌رود دلیل این امر علاوه بر مسئله‌ی مطرح‌شده در بالا، اجرای پرسشنامه‌ها در جمعیت عادی و نه بالینی نیز باشد. به نظر می‌رسد مکانیسم‌های دفاعی هرچه به سمت سطوح رشدنایافته‌تر و نوروتیک پیش می‌روند، هسته‌ی مرضی قوی‌تری را در کارکرد خانواده می‌طلبند. از سویی دیگر، مسیر معنادار بعدی یعنی اثر میانجی روابط موضوعی در مدل نیز معنادار است. پرسشنامه‌ی روابط موضوعی، کیفیت این متغیر را در ابعاد خودمیان‌بینی، احساس بی‌کفایتی، وابستگی و بیگانگی می‌سنجد. در مطالعات مختلف به قطعیت کیفیت رابطه‌ی مادرانه در شکل‌گیری روابط موضوعی سودمند تأکید شده است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین روابط موضوعی ضعیف و مشکلات روان‌شناختی رابطه وجود دارد (۴۴). مدل، نشان‌دهنده‌ی این است که عملکرد خانواده با کارکرد آسیب‌دیده‌تر منجر به روابط موضوعی مشکل‌دار و در نتیجه سلامت روان پایین‌تر می‌شود.

درمجموع، نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که عملکرد خانواده به‌صورت مستقیم و همچنین با کمک اثرات غیرمستقیم روابط موضوعی نخستین مادر و کودک و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، اثر معنی‌داری بر سلامت روان دارد. این یافته تأییدی بر پژوهش‌های پیشین است که به اهمیت عملکرد خانواده و روابط اولیه‌ی کودک در خانه اشاره دارند که باعث بهبود سلامت روانی و همچنین بهبود ظرفیت‌های درونی افراد نظیر مکانیسم‌های دفاعی می‌شود. به‌رغم نتایج کاربردی‌ای که از این پژوهش قابل‌استنباط است، به علت وجود محدودیت‌هایی نظیر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، استفاده از جامعه‌ی آماری یک دانشگاه و همچنین ناتوانی در کنترل متغیرهایی مداخله‌گری نظیر وضعیت اجتماعی‌اقتصادی خانواده و سن آزمودنی‌ها، باید در تعمیم نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. براین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزاهای متنوع سنجشی و کنترل متغیرهای مزاحم و استفاده از نمونه‌های متنوع‌تر و بالینی بهره گرفت تا نتایج قابل‌اطمینان و تعمیم‌پذیرتری حاصل گردد.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

Refrences:

1. Robinson P, Turk D, Jilka S, Cella M. Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(1):51–8.

2. Roe D, Corrigan P, Link B. Mental Health Stigma: So much progress and yet a long way to go - Introduction to special issue on stigma. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2017;54(1):3–5.

3. Tong G. World Mental Health Day 2018, but how aware are medical students? Adv Med Educ Pract. 2019;10:217-9.

4. Molavi P, Mohammadi MR, KHaleghi A, Mohammadi N, Moghadam M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ardabil Province: A Population-Based Study. J Ardabil Univ Med Sci. 2018;18(2):240–51. [Persian].

5. Ghasemi F, Ebrahimi A, Samouei R. A Review of Mental Health Indicators in National Studies. J Isfahan Med Sch. 2018;36(470):209–15. [Persian].

6. Parke R, Ladd G. Family-peer relationships: Modes of linkage. Routledge; 2016.

7. Katz-Wise S, Ehrensaft D, Vetters R, Forcier M, Austin B. Family Functioning and Mental Health of Transgender and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. J Sex Res. 2018;55(4–5):582–90.

8. D'Onofrio B, Emery R. Parental divorce or separation and children's mental health. World Psychiatry. 2019;18(1):100–1.

9. Sexton TL. Functional Family Therapy. Encycl Juv Delinq Justice. 2017;1–7.

10. Sharifi F, Amiri S, Ghasemi V. Predicting adolescents' moral identity from family function. J Psychol Achiev. 2018;25(1):45–58. [Persian].

11. Farshad M, Najarpourian S, Salmabadi M. Prediction of Family Function Based on Couples' Communication Patterns and Perceived Social Support in Nurses of Hormozgan University of Medical. Iran J Psychiatr Nurs. 2018;6(1):18–24. [Persian].

12. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(6):623–47.

13. Persson P, Rossin-Slater M. Family Ruptures, Stress, and the Mental Health of the Next Generation. Am Econ Rev. 2018 Apr;108(4–5):1214–52.

14. Alpert J. Object Relations Theory. Am J Psychiatry. 2014;147(7):961--962.

15. Rinkinen J, Jalas M, Shove E. Object Relations in Accounts of Everyday Life. Sociology. 2015;49(5):870–85.

16. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M, Inventory RT. A Preliminary Study for Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;20(2):162–9. [Persian].

17. Kernberg OF. Neurobiological correlates of object relations theory. the relationship between neurobiological and psychodynamic development. Int Forum Psychoanal (2015) 24(1):38–46. 10.1080/0803706X.2014.912352

18. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer H-P,

Unterrainer HF. The Influence of Attachment Styles and Personality Organization on Emotional Functioning After Childhood Trauma. Frontiers in Psychiatry. 2019;10(643).

19. Kealy D, Ogrodniczuk JS, Howell-Jones G. Object relations and emotional processing deficits among psychiatric outpatients. The Journal of nervous and mental disease. 2011;199(2):132-5.

20. Gubb K. Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. Psychoanalytic review. 2013;100(1):103-42.21.

21. Chamani F, Najafi M. The Relationship between Object Relations and Early Maladaptive Schemas with Borderline Personality Syndrome among the Students of Medical Sciences. J Res Behav Sci. 2018;16(1):54–61. [Persian].

22. Scharff J. Psychoanalysis online: Mental health, teletherapy, and training. Karnac Books; 2013.

23. Zarei AR, Haghayegh SA. The predict of psychological well-being based on defense mechanisms and adaptation strategies in patients with acquired immunodeficiency syndrome. J Health Psychol. 2016;5(20):137–51. [Persian].

24. Summers F. Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text. Routledge; 2014.

25. Jamil L, Atef Vahid M, Dehghani M, Habibi M. The mental health through psychodynamic perspective: The relationship between the ego strength, the defense styles, and the object relations to mental health. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 1394;21(2):144–54. [Persian].

26. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. Archives of general psychiatry. 1971;24(2):107-18.

27. Granieri A, La Marca L, Mannino G, Giunta S, Guglielmucci F, Schimmenti A. The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. Front Psychol. 2017;8:1926-.

28. Larsen A, Boggild H, Mortensen JT, Foldager L, Hansen J, Christensen A, et al. Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment. The International journal of social psychiatry. 2010;56(6):563-77.29.

29. Drapeau M, Thompson K, Petraglia J, Thygesen KL, Lecours S. Defense mechanisms and gender: An examination of two models of defensive functioning derived from the defense style questionnaire. Int J Psychol Psychol Ther. 2011;11(1):149–55.

30. Ranjbari T, Besharat MA, Pourhossein R. The Mediating Role of Procrastination in the Relationship between Perfectionism Pathologies and Depression/Anxiety Symptoms. J Dev Psychol Iran Psychol. 2017;14(53):15–27. [Persian].

31. Besharat MA, Ramesh S, Moghimi E. Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. Heal Psychol Open. 2018;5(1):28–36.

32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015.

33. Sterling M. General health questionnaire–28 (GHQ-28). J Physiother. 2011;1(57):259–67.

34. Taghavi M. The validity and reliability of General Health Questionnaire (G.H.Q). J Psychol. 2001;5(4):381–98. [Persian].

35. Soorani R. The role of spiritual intelligence in the social: Impact of spiritual intelligence on mental health in public high school teachers. jiera. 2018;12(Special Issue):1201–11. [Persian].

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]

36. Zadeh Mohammadi A, Malek Khosravi G. Preliminary Study of Psychometric Properties and Validation of a Scale to assess family functioning. J Fam Res. 2006;2(5):69–89. [Persian].

37. YOOSEFI N. An investigation of the psychometric properties of the mcmaster clinical rating scale (MCRS). Educ Meas. 2012;2(7):91–20. [Persian].

38. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. J Clin Psychol. 1986;42(5):733–41.

39. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. J Nerv Ment Dis. 1993;181(4):246–56.

40. Heydarinasab L. Comparing defense mechanisms in clinical and non-clinical samples according to psychometric results of Persian Defense Mechanisms Questionnaire. Tehran: Tarbiat Modares University; 2006. [Persian].

41. Sangalang CC, Jager J, Harachi T. Effects of maternal traumatic distress on family functioning and child mental health: An examination of Southeast Asian refugee families in the U.S. Soc Sci Med. 2017;184:178–86.

42. Lindblom J, Punamäki R-L, Flykt M, Vänskä M, Nummi T, Sinkkonen J, et al. Early Family Relationships Predict Children's Emotion Regulation and Defense Mechanisms. SAGE Open. 2016;6(4):215824401668139.

43. Nelson SM, Lengu K, Albright J, Huprich SK, Paggeot A. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. Personal Disord Theory, Res Treat. 2016;8(1):46–53.

44. Diamond D. Attachment Research and Psychoanalysis. Attachment Research and Psychoanalysis. Routledge; 2018.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.1.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.31]