

بررسی رابطه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان سازی در مراجعین به مراکز مشاوره شهر گرگان

هانیه قربانی^۱، رضا گل پور^۲

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، آموزگار ابتدایی شهرستان آق قلا (نویسنده مسئول)

^۲ دکتری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان سازی در مراجعین به مراکز مشاوره شهر گرگان بود. روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۹۵-۹۶ می باشد. نمونه مطالعه عبارت بود از ۳۸۰ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان به منظور نمونه گیری از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه الگوی تعاملات خانواده ریچی و فیتز پاتریک (۱۹۹۰)، ابزار سنجش خانواده مک مستر (Fad) مقیاس خود ناتوان سازی (SHS) استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده و خودناتوان سازی در سطح معناداری ۰/۰۵ رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. در واقع می توان گفت هر چه نمرات افراد در مولفه کارکرد کلی از کارکرد خانواده بیشتر باشد میزان خودناتوان در آن ها کاهش می یابد. همچنین افزایش الگوی تعامل خانواده باعث کاهش خودناتوان سازی می شود. همچنین بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خودناتوان سازی رابطه معناداری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حل مشکل، نقش ها، عملکرد کلی، الگوی گفت و شنود و الگوی همنوایی باعث کاهش خودناتوان سازی می شوند. با توجه به این یافته ها به نظر میرسد آموزش و مداخلات مبتنی بر افزایش کارکرد و الگوهای ارتباطی خانواده می تواند با کاهش خود ناتوان سازی در راستای افزایش سلامت روان مراجعین مراکز مشاوره مثر ثمر واقع گردد.

واژه‌های کلیدی: کارکرد خانواده، الگوی تعامل خانواده، خودناتوان سازی.

مقدمه

چالش‌ها، دغدغه‌ها و تحولات گوناگون در جهان امروز باعث افزایش تعداد مراجعان به مراکز مشاوره و خدمات بهداشت روانی شده است (شربتیان، ۱۳۸۹). ناتوانی در تطابق با محیط و تأثیر مشکلات بر سلامت روان و بروز اختلالات روانی عملکرد و زندگی افراد را مختل نموده و باعث توسعه و گسترش انواع درمان‌های روانشناختی به منظور خدمات‌رسانی به مراجعین شده است (سوتنبرگ و اورسانو، ۲۰۱۶؛ لیمنز و همکاران، ۲۰۱۶). اختلالات روانی، معمولاً به صورت ناخشنودی، نارضایتی و عدم توانایی در فایق آمدن بر مشکلات بروز می‌کند (فریش، ۲۰۰۶). با توجه به گسترش اختلالات روانی بسیاری از مطالعات به دنبال بررسی و تعیین عوامل زیربنایی و وجوه مشترک این اختلالات در راستای ارائه تبیین و کنترل هرچه بیشتر بر آن‌هاست. شواهد و بررسی‌ها نشان می‌دهد که یکی از مهمترین ویژگی‌های بسیاری از مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره باورهای افراد پیرامون توانایی‌هایشان در نظام دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر رخدادهای زندگی است (وانس، ۲۰۱۲). این باورهای افراد بر طرز فکر آن‌ها، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می‌گذارد (بندورا و لاکي، ۲۰۰۳).

باورها و طرز تلقی افراد که از آن‌ها به عنوان عوامل مشترک در مراجعین به مراکز مشاوره یاد شد، مبتنی بر خودکارآمدی پایین و عزت نفس شکننده است. برگلاس و جونز (۱۹۷۸) معتقدند بسیاری از این افراد به منظور محافظت از خود در نتیجه خودکارآمدی پایین و عزت نفس پایین به رفتارهای خودناتوان‌سازی روی می‌آورند. رفتارهایی که موقعیت متناقضی را ایجاد نموده تا علیرغم توانایی و عملکرد ضعیف، خودکارآمدی و عزت نفس حفظ شوند.

هیگینز (۱۹۹۰)، به نقل از نیکنام و همکاران، (۱۳۸۹) بنیان‌های اصلی رفتارهای خودناتوان‌سازی را از گذشته تا روان‌شناسی عزت نفس آدلر دنبال می‌کند که طبق آن، انگیزه‌های افراد از نیاز به جبران احساسات ذهنی، حقارت و ضعف نشأت می‌گیرند. در سال‌های اخیر نیز، نظریه‌های مختلفی از خود ناتوان‌سازی تحت تئوری‌های هدف (مارتین و همکاران، ۲۰۰۳)، نیاز (الیون و چرچ، ۲۰۰۳)، انگیزشی خودارزشی (کاوینگتون، ۱۹۷۳)، خودتائیدی (سیگلو همکاران، ۲۰۰۵) و خود تنظیمی (هندریکس و هیرت، ۲۰۰۹) تعیین شده است. مطالعات بسیاری نیز در رابطه با تاثیر خودناتوان‌سازی بر اختلالات روانی انجام گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد که خودناتوان‌سازی با بسیاری از مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب اجتماعی، ترس از شکست، افسردگیف کمال‌گرایی، کم‌رویی و مکانیسم‌های دلیل تراشی رابطه دارد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به موارد یاد شده به نظر می‌رسد که خود ناتوان‌سازی به عنوان یک ریسک فاکتور در رابطه با مراجعان به مراکز مشاوره قلمداد می‌گردد و لازم است تا به دنبال عوامل زیربنایی تشکیل دهنده این عامل خطر باشیم.

در پی بررسی عوامل موثر بر خود ناتوان‌سازی به این مسئله دست می‌یابیم که این فتراها تحت تاثیر فرایدهای شناختی هستند که در کودکی ساخته و پرداخته می‌شوند (روزنفار، ۱۹۹۲). بنابراین خودناتوان‌سازی همانند بسیاری از فرایندهای روانشناختی می‌تواند ریشه در گذشته و به دنبال روابط والد-

فرزندى ایجاد گردد. به اعتقاد مش و ولف (۲۰۱۰) بروز و ظهور اختلالات روانی در طول دوران زندگی بیش از هر چیز در گرو رویدادهایی است که در خلال رشد و در حین تحولات کودکی زخ می‌دهد. به همین دلیل نیز توجه به مساله خانواده در بررسی آسیب‌های روانشناختی به طور فزاینده‌ای مورد توجه روانشناسان و جامعه‌شناسان قرار گرفته است (موریرا و کانوارو، ۲۰۱۵؛ اورتیز، رومرا و رویز، ۲۰۱۵؛ شوافیلد، هالست و مورفی، ۲۰۱۵). علت این امر را می‌توان به اهمیت اساسی عملکرد خانواده در فراهم نمودن شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی دانست. علاوه تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد خانواده با سلامت روان (تورنر، ۲۰۱۳)، اضطراب (باگلس و برچمن، ۲۰۰۶)، پرخاشگری (سمیدو، ۲۰۱۲)، اختلال‌های روان‌پزشکی (استینه‌اوزن، آستر و گابل، ۱۹۹۸)، مشکلات انطباقی (مک دونالد، جورلیس، هارت و مینز، ۲۰۰۹)، افسردگی (استرنبرگ، لامب، گاترمن و ابوت، ۲۰۰۶) مرتبط است. بنابراین می‌توان گفت عملکرد خانواده ممکن است بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی را مرتفع سازد و آن‌ها را به سمت رشد و شکوفایی سوق دهد. بنابراین عملکرد خانواده بر سلامت کودکان تأثیر می‌گذارد (لیندال، بریگمن و مالیک، ۲۰۱۲؛ دیویس، کامینگز و وینتر، ۲۰۰۴).

حفظ و تداوم خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است. خانواده به عنوان واحدی اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفادهنگی و تغییر و تحول آسیب‌ها و عوارض است که هم بستر شکوفایی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش می‌باشد (شوکارمی، ۱۳۸۹). شواهد نیز نشان می‌دهد یکی از عناصر مهم و تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی و روانی افراد احساس حمایتی است که از سوی خانواده ادراک می‌کند (کیلر و سیگل، ۲۰۱۶؛ وورنانون همکاران، ۲۰۱۶).

از طرف دیگر مبانی نظری نیز مبین تأثیر عملکرد خانواده بر فرایندهای روانشناختی است. در نظریه نظام-های بوم شناختی پرونن برنر (۱۹۹۵) برای مسئله تاکید شده است که الگوی تعاملات رفتاری میان والدین بر رشد روانی افراد بسیار موثر است. علاوه بر این دو، نظریه یادگیری جانشینی و نظریه بافتی-شناختی نشان از آن دارند که خانواده تأثیر عمده‌ای بر مشکلات روانشناختی در آینده دارد. نظریه یادگیری جانشینی نشان می‌دهد که بعضاً تعارضات و مسائل خانواده از طریق مشاهده، آموخته شده و باعث مشکلات روانی افراد می‌گردد (بندورا، ۱۹۷۳). نظریه بافتی-شناختی نیز نشان می‌دهد که چگونه تفسیر و فهم روابط و مشکلات خانوادگی می‌تواند سلامت و بهزیستی افراد را پیش‌بینی نماید (گریچ و فینچام، ۱۹۹۰). بررسی نظریات یاد شده به ویژه نظریه نظام‌های بوم شناختی و نظریه نظام‌های خانواده نشان می‌دهد که دو مسئله مهم در خانواده، یعنی کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده، می‌تواند بر مشکلات رفتاری کودک تأثیر بسزایی داشته باشد. کارکرد خانواده به کیفیت خانواده در سطح سیستمی یا روابط دوتایی اشاره دارد و به نمونه‌هایی از قبیل سلامت، پیوستگی، کفایت، ضعف و قدرت نظام خانواده برمی‌گردد (شک، ۲۰۰۲). الگوی تعامل خانواده به نحو تعاملاتی اشاره دارد که در آن خرده سیستم‌های موجود به سهولت و به صورت روان به انجام وظیفه، تکالیف و نقش‌های خود می‌پردازند. خرده سیستم‌های زن و شوهری، والدینی و فرزندان دارای مرزهای مشخص هستند (مینوچین، ۲۰۰۲).

اما زمانی که ساختار خانواده به گونه‌ای است که روابط بین اعضای موجود در هریک از خرده سیستم‌ها هم سطح نیست و در عوض ارتباط‌های معیوب وجود دارد و روابط متقابل نیست و ابهام در سال پیام وجود دارد با آسیب‌های خانواده روبرو خواهیم بود (مینوچین، ۲۰۰۲) شاید به همین دلیل است که در مطالعاتی که به منظور تأثیر نقش خانواده بر مشکلات افراد طرح‌ریزی شده است به الگوی تعامل خانواده و کارکرد خانواده به عنوان عوامل موثر بر مسائل و مشکلات روانشناختی پرداخته شده است (به عنوان مثال، لیندال، بریگمن و مالیک، ۲۰۱۲؛ هارولد، شلتون، گوئک موری و کامینگز، کامینگز، جورج، مک کوی و دیویس، ۲۰۱۲؛ شلتون و هارولد، ۲۰۰۸؛ دیویس و همکاران، ۲۰۰۲؛ هسائو، ۲۰۰۹).

با توجه به آنچه گفته شد به ویژه با تأکید بر نظریه نظام‌های خانواده، نظریه نظام‌های بوم شناختی، نظریه بافتی- شناختی، نظریه یادگیری جانشینی می‌توان به تأثیر کارکرد خانواده و الگوی تعاملات خانواده بر شکلی‌گیری رفتارهای خودناتوان سازی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی و مشکلات روانشناختی تأیید نمود. با این حال این گفته‌ها بیشتر جنبه نظری داشته و اکثر مطالعات انجام شده مبتنی بر این نظریه به تأثیر عملکرد خانواده به سایر متغیرهای مرتبط با خود ناتوان‌سازی از جمله خودکارامدی، عزت نفس، سبک‌های اسنادی، ترس از شکست و مکانیسم‌های دفاعی پرداخته‌اند. بنابراین با توجه به تأثیر رفتارهای خودناتوان‌سازی در ارتباط با اختلالات روانی و لزوم بررسی آن به عنوان یک عامل زیربنایی به بررسی تأثیر عوامل موثر بر آن بپردازیم. از آنجایی که مبتنی بر بسیاری از نظریه‌ها خانواده می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری اینگونه رفتارها باشد لیکن این پژوهش با هدف تعیین رابطه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان‌سازی در مراجعین به مراکز مشاوره شهر گرگان انجام می‌شود و با نظر به آنچه گفته شد فرضیه‌ی زیر قابل تدوین است:

بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خودناتوان‌سازی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. همچنین این مطالعه را می‌توان از نقطه نظر هدف در زمره مطالعات بنیادی دانست. در این پژوهش متغیر عملکرد خانواده و الگوی تعاملات خانواده به عنوان متغیر مستقل و خودناتوان‌سازی به عنوان متغیر وابسته می‌باشد.

جامعه آماری تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۹۵-۹۶ می‌باشد. نمونه مطالعات عبارت از ۳۸۷ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۹۵-۹۶ می‌باشد. با توجه به اینکه حجم جامعه معلوم نیست با استفاده روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه *الگوی تعاملات خانواده ریچی و فیتزپاتریک* (۱۹۹۰): این ابزار یک پرسشنامه خودسنجی است که توسط ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۰) طراحی شده و میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را با ۲۶ گویه که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند در دامنه ۵ درجه‌ای مورد سوال قرار می‌دهد. نمره ۴ معادل کالماً موافقم و نمره صفر معادل کاملاً مخالفم است. ۱۵ گویه اول مربوط به بعد جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ گویه بعدی مربوط به جهت‌گیری همنوایی می‌باشند. هر آزمودنی دو نمره از این ابزار بدست می‌آورد. نمره بیشتر در هر مقیاس به این معناست که آزمودنی در خانواده خود به ترتیب جهت‌گیری گفت و شنود یا همنوایی بیشتری را ادراک می‌کند. اندازه ضریب کیرز-مایر-آلکین برابر با ۰/۸۵۲ بود که حاکی از کفایت نمونه‌گیری محتوایی ماتریس همبستگی اطلاعات می‌باشد. ضریب آزمون کروییت بارتلت نیز برابر با ۴۹۸/۲۳۱۹ و در سطح $p < ۰/۰۰۰۵$ معنادار بود. ابزار تجدیدنظر شده الگوی ارتباطات خانواده از روایی محتوایی برخوردار است (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). در مورد روایی ملاکی نشان داده شده است که انواع متفاوت خانواده‌ها و ابعاد زیربنایی تیپ‌شناسی آنها با اندازه‌هایی که از لحاظ نظری به آنها مربوط هستند همبستگی دارند (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). فیتزپاتریک و ریچی (۱۹۹۷) در مطالعه دیگری گزارش داده‌اند ضریب پایایی به روش آزمون بازآزمون سه گروه سنی متفاوت بعد از یک دوره سه هفته‌ای در مورد جهت‌گیری گفت و شنود نزدیک به ۱ و در مورد جهت‌گیری همنوایی بین ۰/۹۳-۰/۷۳ بوده است. مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود در مقایسه با مقیاس جهت‌گیری همنوایی همواره پایایی بیشتری را نشان داده است. در مورد مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود میانگین مقدار آلفای کرونباخ در پنج ۰/۹۸ بوده است. مقدار آلفای کرونباخ در مطالعات صورت گرفته در دامنه ۰/۸۴-۰/۹۲ قرار داشته است. در مورد مقیاس جهت‌گیری همنوایی میانگین آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بوده است. در مطالعات انجام شده مقدار آلفای کرونباخ جهت‌گیری همنوایی در دامنه ۰/۸۴-۰/۷۳ قرار دارد.

ابزار سنجش خانواده مک مستر (FAD): یکی از مدل‌هایی که در زمینه کارکرد خانواده ارائه شده است مدل کارکرد خانواده مک مستر است که در دهه ۱۹۶۰ میلادی توسط اپستاین، بیشاپ و لوین در دانشگاه مک ماستر ارائه شد. این مدل مبتنی بر رویکرد سیستمی می‌باشد که ساختار، سازمان و الگوی تبادلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند. این مدل ابعاد مهمی از کارکرد خانواده را که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند مدنظر قرار می‌دهد. این ابزار دارای ۶۰ ماده است که برای سنجیدن عملکرد خانواده براساس الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده و توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌دهد. این ابزار شامل شش خرده مقیاس: حل مشکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار می‌باشد. ضریب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاسهای حل مشکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و ... عملکرد کلی در پژوهش امینی (۱۳۷۹) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۱، ۰/۸۱ گزارش شده است. اگر خرده مقیاس عملکرد کلی را از تجزیه و تحلیل خارج

کنیم، شش خرده مقیاس دیگر این ابزار نسبتاً از استقلال برخوردارند. ابزار سنجش خانواده تا حدی دارای روایی همزمان و پیش‌بین است.

مقیاس خودناتوان‌سازی (SHS): از دیدگاه برگلاس و جونز خودناتوان‌سازی به معنای ایجاد یا ادعای وجود مانع برای عملکرد موفقیت‌آمیز است، که در صورت شکست، موانع موجود علت شکست تلقی شوند و فرد سرزنش نگردد. توسط جونز و رودوالد برای اندازه‌گیری خود ناتوان‌سازی تهیه و تنظیم شده است. این مقیاس مشتمل بر ۲۵ ماده است. پاسخ به پرسش‌ها در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۵ تنظیم شده است. همسانی درونی این مقیاس در سطح قابل قبولی است (آلفای ۰/۷۹). پایداری مقیاس با بازآزمایی طی یک ماه برقرار بود و همچنین داده‌های جمع‌آوری شده در نمونه‌های مختلف نشان دهنده روایی همگرا و واگرا است. در پژوهش نیکنام و همکاران (۱۳۸۹) نیز اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی توسط پژوهشگران بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد. روایی محتوایی هم توسط ۵ کارشناس مورد تایید قرار گرفت. حیدری و همکاران به بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس خودناتوان‌سازی پرداختند که داده‌های جمع‌آوری شده از ۴۹ آزمودنی در مورد مفهوم بودن ماده‌های مقیاس نشان داد میانگین ۸۹/۷ تا ۸۱/۹، انحراف استاندارد ۰/۵۵ تا ۵۸/۲ و چولگی تا ۵۱/۵ است. این شاخص‌ها، مبین مفهوم بودن ماده‌های مقیاس برای پاسخ دهندگان است. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که ۲۳ ماده از ۲۵ ماده مقیاس خود ناتوانی‌سازی روی سه عامل جای می‌گیرند: عامل اول با ۹ ماده نشان دهنده خلق منفی، عامل دوم با ۷ ماده نشانگر تلاش و عامل سوم با ۷ ماده نشانگر عذرتراشی است. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهشی که رودوالد در سال ۱۹۹۹۰ روی ساختار عاملی مقیاس خود ناتوان‌سازی با بار عاملی بالاتر از ۰/۴۰ روی دو عامل جای می‌گیرند که عامل‌های بدست آمده را عامل عذرتراشی و عامل تلاش نامید. پژوهش حاضر نشان داد که ۹ ماده از ۱۱ ماده باقی مانده مقیاس بر روی عاملی جای دارند که نشان دهنده خلق منفی است. برگلاس و جونز یکی از منابع خود ناتوان‌سازی را عزت نفس نامطمئن می‌دانند و معتقدند وقتی که فرد در معرض ارزیابی قرار می‌گیرد و دریافت تقویت‌های اجتماعی نیز وابسته به عملکرد است، نگران می‌شود و احتمال شکست هرچند که ضعیف باشد برایش سخت می‌شود.

در این مطالعه با بهره‌گیری از آمار توصیفی، برای مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک از درصد فراوانی مطلق، درصد فراوانی تجمعی، نمودار ستونی، نمودار دایره‌ای و همچنین میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در قسمت آمار استنباطی با توجه به اینکه داده از نوع فاصله‌ای بودند با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که قبل از بررسی فرضیه‌ها در تحلیل استنباطی پیش فرض‌های آزمون‌های مورد استفاده (از جمله: روابط خطی و چندهم خطی، کجی، کشیدگی، نرمالیت، استقلال پسماندها و ...) نیز با استفاده از روش‌های مناسب بررسی شد. تمامی تحلیل‌های صورت گرفته در این مطالعه با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

یافته ها

نتایج یافته‌های توصیفی، میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده، تعامل خانواده و خود ناتوان سازی و خرده مقیاس های آن در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای کارکرد خانواده، خود ناتوان سازی و خود ناتوان سازی

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
کارکرد خانواده	حل مشکل	۲۲,۸۰۰	۷,۰۶۹۳۵	۱۲,۰۰	۴۴,۰۰
	ارتباطات	۳۶,۴۴۷۴	۷,۶۵۶۱۹	۲۲,۰۰	۵۶,۰۰
	نقش‌ها	۴۵,۴۳۴۲	۱۲,۲۰۵۰۸	۲۱,۰۰	۷۵,۰۰
	همراهی عاطفی	۲۳,۵۸۹۵	۹,۵۸۷۸۱	۱۰,۰۰	۴۶,۰۰
	آمیزش عاطفی	۲۷,۵۳۱۶	۶,۹۳۱۳۷	۱۴,۰۰	۴۸,۰۰
	کنترل رفتار	۵,۰۴۷۴	۸,۹۸۷۱۱	۳۰,۰۰	۷۸,۰۰
	عملکرد کلی	۴۳,۵۷۱۱	۱۰,۲۴۵۹۳	۲۴,۰۰	۷۵,۰۰
تعامل خانواده	الگوی گفت شنود	۴۸,۳۹۴۷	۱۵,۲۷۹۵۲	۱۵,۰۰	۸۱,۰۰
	الگوی همنوایی	۳۲,۹۴۲۱	۶,۱۲۶۷۹	۱۶,۰۰	۴۸,۰۰
خود ناتوان سازی	۸۵,۵۲۶۳	۱۸,۵۸۷۸۶	۳۴,۵۰	۱۱۸,۵۰	

بررسی فرضیه های مطالعه، نیازمند استفاده از آزمون‌های پارامتریک همبستگی و رگرسیون بود که دارای پیش فرض نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات بودند. برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-امرینف استفاده شد. از آنجایی که مقدار آماره Z برای هیچ یک از متغیرهای کارکرد خانواده، تعامل خانواده و خودناتوان سازی آن معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$)، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرها نرمال است و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها رعایت گردیده است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده کرد.

فرضیه پژوهش: بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان سازی رابطه وجود دارد.

جهت آزمون این فرضیه با توجه به اینکه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده و خودناتوان سازی در سطح مقیاس فاصله ای می باشند (با توجه به پرسشنامه)، از همبستگی پیرسون استفاده شد. در این فرضیه مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده به عنوان متغیر پیش بین و خودناتوان سازی به عنوان متغیر ملاک می باشد. نتایج مربوط به تحلیل همبستگی پیرسون در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین کارکرد خانواده، الگوی تعامل خانواده و خودناتوان سازی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد (N)	سطح معناداری (P)
کارکرد خانواده	خودناتوان سازی	-۰.۰۳۰"	۳۸۰	۰.۰۵۶۶
الگوی تعامل خانواده		-۰.۳۱۲"	۳۸۰	۰.۰۰۰

یافته های جدول بالا حاکی از آن است که بین مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده و خودناتوان سازی در سطح معناداری ۰/۰۵ رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. در واقع می توان گفت هرچه نمرات افراد در مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده بیشتر باشد میزان خودناتوان سازی در آن ها کاهش می یابد. همچنین افزایش الگوی تعامل خانواده باعث کاهش خودناتوان سازی می شود.

به طور کلی یافته های جداول بالا حاکی از آن است که بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خودناتوان سازی رابطه معناداری وجود دارد. به منظور سهم پیش بینی کنندگی مولفه های کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده از رگرسیون چندمتغیره استفاده گردید. در این تحلیل مولفه های کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده به عنوان متغیر پیش بین و خودناتوان سازی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۳: ضریب همبستگی چندگانه (ضریب رگرسیون) برای پیش بین خودناتوان سازی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای معیار برآورد
خودناتوان سازی از روی متغیرهای پیش بین	۰.۴۹۸	۰.۲۴۸	۰.۲۲۹	۱۶,۶۱۷۶۱

جدول ۴-۲۱. تحلیل واریانس نمرات خودناتوان سازی بر متغیرهای پیش بین

شاخص آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری (P)
رگرسیون	۳۲۴۲۹,۹۵۸	۹	۳۶۰۳,۳۲۹	۱۳,۵۳۳	۰,۰۰۰

باقیمانده				
			۳۷۰	۲۶۶,۲۶۴
			۹۸۵۱۷,۷۷۹	
جدول ۲۲-۴. ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده				
مجموع	متغیر	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد نشده	t
		Beta	B	سطح معنادار

جدول (۳) مقادیر R^2 و R^2 تعدیل شده مشاهده می‌گردد. در این جدول مقدار R^2 تعدیل شده بسیار مهم بوده و میزان برازنگی مدل را نشان می‌دهد. مقدار این ضریب بین ۰ تا یک می‌باشد که هرچه به یک نزدیکتر شود دقت بیشتر مدل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌گردد این مقدار در تحلیل فوق برابر با ۰/۲۲ می‌باشد که نشان می‌دهد ۲۲ درصد تغییرات خودناتوان‌سازی به متغیرهای پیش‌بین یعنی مولفه‌های کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده وابسته است. علاوه بر این جدول در جدول دوم مقدار ANOVA گزارش شده که آن مقدار اعتبار آماری مدل را ارزیابی می‌کند. با توجه به اینکه سطح معناداری در این جدول کمتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد می‌توان تاثیر متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک را از لحاظ آماری پذیرفت. حال از آنجا که مقدار ضریب رگرسیون معنادار می‌باشد می‌توان به وسیله جدول ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده میزان اهمیت و معناداری هریک از مولفه‌های متغیر پیش‌بین را در تعیین متغیر ملاک به تفکیک مشخص نمود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان سازی در مراجعین به مراکز مشاوره شهر گرگان بود. یافته ها نشان داد که بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خود ناتوان سازی رابطه وجود دارد. جهت آزمون این فرضیه با توجه به اینکه کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده و خودناتوان سازی در سطح مقیاس فاصله‌ای می‌باشند (با توجه به پرسشنامه)، از همبستگی پیرسون استفاده شد. در این فرضیه مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده به عنوان متغیر پیش بین و خودناتوان سازی به عنوان متغیر ملاک می‌باشد. یافته‌های این فرضیه حاکی از آن است که بین مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده و خودناتوان سازی در سطح معناداری ۰/۰۵ رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. در واقع می‌توان گفت هرچه نمرات افراد در مولفه عملکرد کلی از کارکرد خانواده بیشتر باشد میزان خودناتوان سازی در آن‌ها کاهش می‌یابد. همچنین افزایش الگوی تعامل خانواده باعث کاهش خودناتوان سازی می‌شود. به طور کلی یافته‌های جداول بالا حاکی از آن است که بین کارکرد خانواده و الگوی تعامل خانواده با خودناتوان سازی رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج نشان می‌دهد که حل مشکل، نقش‌ها، عملکرد کلی، الگوی گفت و شنود و الگوی همنوای باعث کاهش خودناتوان سازی می‌شوند. این نتیجه با مبانی نظری همچون نظریه نظام‌های خانواده (بوئن، ۱۹۷۵)،

نظریه نظام‌های بوم شناختی (برونفن برنر، ۱۹۹۵)، نظریه یادگیری مشاهده‌ای (بندورا، ۱۹۷۳) نظریه بافتی شناختی (گریچ و فینچام، ۱۹۹۰) همخوان است. علاوه بر همخوانی نظری، مطالعه‌ی حاضر را می‌توان با پژوهش‌های رنجبر و شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۲)، میدانی و همکاران (۱۳۹۰)، ذبیح‌اللهی، لواسانی، اژه‌ای (۱۳۹۱)، حیدری، دهقانی و خداپناهی (۱۳۸۸)، سپهری ومظاهری (۱۳۸۸)، عالیپور بیرگانی، مکتبی، شهنی ییلاق و مفردنژاد (۱۳۹۰)، رحیمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۳)، وانت و کلیتمن (۲۰۰۵)، گربون، سانتور، تامسون ذروف (۲۰۰۰)، ناردلو (۲۰۰۲)، کرنس، برون و برودی (۲۰۰۱)، جکسون، بجسترا، استرا و بوسما (۱۹۹۸)، لی و آن رایت (۲۰۰۹)، لیندال و همکاران (۲۰۱۲) و کامینگز، جورج، مک کوی و دیویس (۲۰۱۲) همخوان است. بعلاوه این مطالعه با تمامی پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند کارکرد خانواده برجسته‌های روانی فرزندان در ارتباط هستند همخوان است. از جمله آن می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره نمود که نشان می‌دهند کارکرد خانواده با سلامت روان (مارتورل و همکاران، ۲۰۱۱)، آسیب‌های روانی (دورمن، پای و ولا، ۲۰۱۱)، مشکلات رفتاری (سیکورا و همکاران، ۲۰۱۳) مشکلات انطباقی (بنسوف و کارلوف، ۲۰۰۸)، بزهکاری (هاو و همکاران، ۲۰۱۱) و افسردگی مرتبط است.

در رابطه با نتایج به دست آمده می‌توان گفت نظام خانواده و شرایط خانوادگی و جنبه‌های روانی آن می‌تواند مسائل ارتباطی را در آینده تحت تاثیر قرار دهد. روابط با والدین اغلب به عنوان مدل‌های فعالی که عقاید کودکان را در مورد خودشان و دیگران یکپارچه می‌کنند، تاثیر بسیاری بر روابط افراد در سراسر زندگی دارد (هاردی و همکاران، ۱۹۹۳). برای مثال اگر کودکان حمایت و محبت مداومی از مراقبین خود دریافت کنند احتمالاً نیاز به احساس عشق و توجه از دیگران را درونی می‌کنند. بنابراین کودکان که خانواده مبدا آن‌ها سلامت بیشتری وجود دارد دیگران را به عنوان قابل اعتماد و دوست داشتنی در نظر می‌گیرند. (کیمبرلی، ۲۰۰۹)

این تبیین را می‌توان با استفاده از نظریه دلبستگی توسعه داد. انتظار این است که دلبستگی دوران کودکی بر دلبستگی بزرگسالی تاثیر بگذارد. نظریه دلبستگی براین اعتقاد است که اگر کودکان دلبستگی ناایمن داشته باشند احتمالاً در روابط عاشقانه بزرگسالی خود احساس دلبستگی ناایمن خواهد داشت که منجر به این اعتقاد خواهد شد که افراد مقاصد منفی دارند و نمی‌توان به آنها اعتماد کرد. (پلات، نالبون، کازانووا و وتچلر، ۲۰۰۸) مدل دلبستگی براین فرض است که الگوی ارتباطی زناشویی تا حدی به دلبستگی‌های ناایمن دوران کودکی به ویژه در ارتباط با خانواده مبدا بستگی دارد. (میشل، ۲۰۰۰) دلبستگی ناایمن منجر به این خواهد شد که شخص زندگی خود را صرف تلاش برای پر کردن خلاء‌هایی نماید که در رابطه با اشیاء یا روابط خود حس می‌کند. (میشل، ۲۰۰۰) بنابراین به طور کلی چنانچه در خانواده مبدا زمان با هم بودن زیاد باشد، تسهیلات بیشتری برای فرزندان مهیا بوده و منزلت اجتماعی خانواده در سطح مطلوبی باشد کودک در نظام خانواده احساس مثبت بیشتری داشته و خانواده خود را جایگاه امنی برای ایجاد تعاملات اجتماعی خود می‌داند. این احساس امنیت می‌تواند در بزرگسالی روابط اجتماعی کودک و حتی تعاملات وی را تحت تاثیر قرار دهد.

علاوه بر تاثیر خانواده مبدا بر الگوی ارتباطی زوجین با توجه به سبک‌های دلبستگی می‌توان به تاثیر روش‌های فرزندپروری بر کودک و پیامد آن در بزرگسالی در روابط زوجین اشاره نمود. در افرادی که فرایند و محتوای خانواده در سطح مطلوبی نبوده و به عبارتی سازگاری با شرایط گوناگون و پتانسیل لازم در اداره خانواده وجود ندارد، سبک‌های فرزندپروری نیز تحت تاثیر قرار گرفته و می‌تواند با تاثیر بر افراد در زندگی آینده آن‌ها نیز اثر بگذارد. سبک فرزندپروری نیز تحت تاثیر قرار گرفته و می‌تواند با تاثیر بر افراد در زندگی آینده آن‌ها نیز اثر بگذارد. سبک فرزندپروری می‌تواند اثرات منفی بر کودک بگذارد، به عبارتی در شرایط سخت ممکن است والدین به گونه‌ای کودک را محدود سازند که وی ناگزیر نتواند ارتباط اجتماعی مناسبی را برقرار کند. در این حالت فرزندان در پذیرش و قبول مسئولیت کارهای خود و نیز استقلال در روابط در سطح پایینی قرار می‌گیرند. (بامریند، ۱۹۹۱) این مسئله در بزرگسالی می‌تواند به صورت مولفه کناره‌گیری در روابط خود را بروز دهد. برخی از والدین به طور معمول همواره فرزند خود را محدود ساخته و بسیار کنترل‌گر بوده‌اند. سبک رفتاری آن‌ها به گونه‌ای است که سبب شده تا فرزندان همواره در موقعیت‌های مختلف مسئولیت کار خود را به والدینشان بدهند. بنابراین در برابر موقعیت‌ها احساس ناامنی و نگرانی نموده و نمی‌توانند ارتباط مطلوبی برقرار کنند. (برنت، ۱۹۹۲) این از دلایل مهمی برای کناره‌گیری فرد در روابط اجتماعی به ویژه تعامل با همسر می‌باشد. همچنین گاهی نوع فرزندپروری والدین می‌تواند منجر به افزایش توقع در کودک گردد که نتیجه آن می‌تواند در بزرگسالی به صورت سرزنش، گله و شکایت و توقع فرد در روابط با همسرش بروز نماید.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌های مواجه بود. از جمله این محدودیت‌ها این است که امکان کنترل اثر بعضی از متغیرهای مداخله‌گر مانند ویژگی‌های شخصیتی افراد و خانواده آن‌ها، شیوه‌های فرزندپروری والدین و وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده‌ها وجود نداشت. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که مباحث کارکرد خانواده در مدارس چه برای فرزندان و چه برای خانواده‌ها توضیح داده شود. در این آموزش‌ها می‌توان بر کارکرد خانواده و تعارض والدین و نقش آن‌ها در خودناتوان-سازی تاکید نمود و مهارت‌های لازم برای آن را آموزش داد.

منابع

- حیدری، محمود؛ خداپناهی، محمد کریم؛ دهقانی، محسن. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودناتوان‌سازی، تحقیقات علوم رفتاری، ۲، ۹۷-۱۰۶.
- ذبیح‌اللهی، کاظم، غلامعلی لواسانی، مسعود، اژه‌ای، جواد (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های فرزند پروری ادراک شده و هوش هیجانی با خود ناتوان‌سازی. مجله روانشناسی، سال شانزدهم. شماره ۴، ۳۳۹-۳۵۴.

رنجبر، سمانه؛ شیخ الاسلامی، راضیه (۱۳۹۲). رابطه‌ی الگوهای ارتباطی خانواده و خودناتوان سازی: بررسی نقش واسطه‌ای ویژگی شخصیتی عزم. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز.

شربتیان، رضا. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر سلامت روان بر رضایت شغلی و عملکرد کارکنان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران.

نیکنام، ماندانا. حسینیان، سیمین. یزدی، سیده منور. (۱۳۸۹). رابطه باورهای کمال گرایانه و رفتارهای خودناتوان ساز در دانشجویان. نشریه مرکز علوم رفتاری، ۷، ۲.

- Bandura, A. and Locke, E.A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited", *Journal of Applied Psychology*, 88,1, 87-89.
- Elliot, A. & Church, M.A. (2003). A motivation analysis of defensive pessimism and self handicapping: *Journal of Personality*, 71, 369- 396.
- Frisch, M. B. (2006). Finding happiness with Quality of Life Therapy: A positive psychology approach. Woodway, TX: Quality of Life Press.
- Grych, f. & Fincham. D. (1990). Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications, New York, Cambridge University Press.
- Kiralp. Y, Dincyurek. S, & Beidoglu. M. (2009). Determining the conflict resolution strategies of university students. *Procedia social and behavioral sciences*. 1. 1205-1214.
- Martin, A. J., Marsh, H. W., & Debus, R. L. (2003). Selfhandicapping and defensive pessimism: A model of self protection from a longitudinal perspective. *Contemporary Educational Psychology*, 28, 1-36.
- Rosenfarb IS, Aron J. The self-protective function of depressive affect and cognition. *Personality and Social Psychology* 1992; 11(4): 405- 17.
- Rosenfarb IS, Aron J. The self-protective function of depressive affect and cognition. *Personality and Social Psychology* 1992; 11(4): 405- 17.
- Sonnenberg, S.M. Ursano R.J. (2016). Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy: Technique. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology,
- Vance, D. (2012). Self-Efficacy and Ministerial Field Education: An Instructional Design Perspective. Dissertation: Blacksburg