

بررسی روابط ساختاری آسیب شناسی خود تمایزی در خانواده درمانی بوونی با بهزیستی ذهنی، سلامت روانی و بهداشت کیفیت زناشویی «برازش نظریه بوون»

دکتر ناصر یوسفی*^۱، دکتر عذرا اعتمادی**، دکتر فاطمه بهرامی***، دکتر کیومرث بشلیده[†]، دکتر ناصر

شیربگی^{††}

*استادیار گروه روان شناسی - دانشگاه کردستان، **استادیار گروه مشاوره - دانشگاه اصفهان، ***دانشیار گروه روانشناسی - دانشگاه

اصفهان، [†]استادیار گروه روان شناسی - دانشگاه اهواز، ^{††}استادیار گروه علوم تربیتی - دانشگاه کردستان

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۳ تاریخ تایید: ۸۹/۴/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: بررسی عملکرد خانواده ها می تواند نقش تعیین کننده ای در ایجاد کارکردهای مثبت در نظام اجتماعی داشته باشد. بوون نظریه نظام های خانوادگی را ارائه نموده است که زیر بنا و پایه این نظریه بر اساس مفهوم تفکیک خود قرار دارد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه تفکیک خود با بهزیستی ذهنی، سلامت روانی و کیفیت روابط زناشویی در چهارچوب نظریه بوون صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - همبستگی نمونه ها شامل ۵۶۰ نفر بودند که از میان مراجعان مراکز مشاوره و فرهنگسراهای سطح شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تفکیک خویشتن (DSI-2)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، مقیاس عواطف مثبت و منفی (PANAS) و فرم تجدید نظر شده سازگاری زناشویی (RDAS) بود. نخست از طریق تحلیل عامل تائیدی (CFA) روایی ساختاری پرسشنامه ها مورد بررسی قرار گرفتند. سپس در چهارچوب نظریه بوون و با مرور پژوهش های صورت گرفته، مدل ساختاری برای مفهوم سازی ارتباط تفکیک خود با بهزیستی ذهنی، سلامت روانی و کیفیت روابط زناشویی ارائه و برازش شد.

یافته ها: نتایج حاصل نشان داد که تناسب و کفایت شاخص های برازش مدل نشانگر اعتبار درونی مناسب یافته ها است.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش روایی ساختاری پرسشنامه ها را تایید نمود و مدل ارائه شده نیز مبنی بر روابط ساختاری تفکیک خود با بهزیستی ذهنی، سلامت روانی و کیفیت زناشویی «برازش نظریه بوون» تایید گردید.

واژه های کلیدی: تفکیک خود، بهزیستی ذهنی، سلامت روانی، کیفیت روابط زناشویی، نظریه بوون، مدل یابی معادلات ساختاری.

مقدمه:

نظریه بوون نقش مهمی در زمینه رشد نظری و کار بالینی خانواده درمانی داشته است (۴،۱). طبق الگوی بوون فردی که به خود تمایزی متعادل از خانواده رسیده باشد، کمترین سطح اضطراب و نشانگان روانشناختی دارد. مفهوم خود تمایزی اساس نظریه بوون محسوب می شود که ابعاد روانی درون فردی (Intra psychic) و بین فردی (Interpersonal) را شامل می شود. در بعد درون روانی خود تمایزی به توانایی احساس خود تفکیکی در فرد

نظریه پردازان زیادی سعی در تبیین عملکرد خانواده نموده اند. از معروفترین نظریه پردازان این حیطه، موری بوون است (۱) که نظریه نظام های خانوادگی را ارائه نموده است. زیربنا و پایه این نظریه بر اساس مفهوم تفکیک خود قرار دارد (۳،۲). از نظر بوون نوعی نظام عاطفی بر ساختار خانواده حاکم است که قابلیت انتقال بین نسلی دارد و سلامت روانی فرد در گرو سطح تفکیک و جدایی وی از این نظام است (۳،۲).

است که شامل ابعاد گوناگون روابط زناشویی مانند سازگاری (adjustment)، رضایتمندی (satisfaction) و انسجام (cohesion) است (۹). از نظر Adital (۱۰) کیفیت روابط زناشویی ترکیبی از شادمانی و سازگاری زناشویی است.

در پژوهش‌هایی که در مورد سلامت روانی و سطح خود تمایزی صورت گرفته، نتایج پژوهش‌های مذکور نشان دادند که افرادی که دارای سطح خود تمایزی بالا هستند، اجتناب و بی اعتمادی (۱۱)، درماندگی روانشناختی (۱۲)، اختلال عملکرد، اضطراب و افسردگی (۱۳) کمتری داشتند. در پژوهش دیگر که در مورد خود تفکیکی و بهزیستی ذهنی توسط Skowron و Friedlander انجام شد (۵)، نتایج پژوهش نشان داد، بین سطح بالای خود تمایزی و سطح پایین نشانگان بیماری روانی رابطه وجود دارد و آنها بیان کردند که ۴۲ درصد واریانس درماندگی روانشناختی توسط خود تمایزی تبیین می‌شود. در مطالعه دیگر که توسط Peleg-Popko با نمونه دانشجویی انجام شد. نتایج نشان داد که بین خود تمایزی و اضطراب اجتماعی و نشانگان بیماری روانی رابطه منفی وجود دارد (۱۴). در پژوهش دیگری که با ۲۲۱ جوان که توسط Skowron و همکاران انجام شد، یافته‌ها نشان دادند که خود تمایزی ارتباط معنی داری با بهزیستی ذهنی دارد (۱۵). در دو پژوهش دیگر که در مورد آزمون نظریه بوون در فرهنگ‌های مختلف انجام شد به نتایج یکسانی رسیدند، یکی توسط Tuason (۱۶) با نمونه‌ی فیلیپینی انجام شد، نتایج نشان داد که بین خود تمایزی و بهزیستی ذهنی و اضطراب رابطه منفی وجود دارد، که نتایج پژوهش آنها، مشابه با نتایج پژوهش در نمونه آمریکایی است. در پژوهش دیگر که توسط Chung (۱۷) در مورد مقایسه نظریه بوون در نمونه کره ای و آمریکایی انجام شد، نتایج نشان داد که ارتباط معنی دار بین خود تمایزی با بهزیستی ذهنی و اعتماد به نفس و افسردگی در دانشجویان کره ای و آمریکایی وجود دارد. در مطالعاتی که در زمینه رابطه خود تمایزی و رضایت

اشاره دارد و در بعد بین فردی خود تفکیکی به توانایی فرد در تعادل در تمایز از دیگران در ضمن صمیمیت با دیگران اشاره دارد. بعد درون روانی خود تفکیکی شامل واکنش عاطفی (Reactivity emotional) و "وضعیت خود" (Iposition) می‌باشد و بعد روانی بین فردی شامل برش عاطفی (Emotional cutoff) و امتزاج با دیگران (with others fusion) می‌شود. این موارد به برش عاطفی و ارتباط نزدیک به دیگران در مواقع فشارزای زندگی اشاره دارند. افراد با سطح خود تمایزی بالا از لحاظ عاطفی به دیگران شدیداً وابسته نیستند و ضرورتی برای بریدن از دیگران هم ندارند و از لحاظ احساسی و فکری دارای "وضعیت خود" متعادل هستند و نیاز به تایید یا رد دیگران ندارند (۵،۴). طبق این نظریه فرد با سطح بالایی از تفکیک خود دارای احساس و تفکر و رفتار منعطف در سازگاری با فشارهای زندگی می‌باشد و دارای عواطف روشن در ارتباط با دیگران است و در نزدیکی و گسستگی ارتباط از تعادل روانی برخوردار است و افراد با سطح خود تفکیکی ضعیف دارای فکری نامنعطف، برش عاطفی و به طور کلی سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند (۶). سلامت روانی حالتی ذهنی است که بوسیله‌ی بهزیستی هیجانی، رهایی نسبی از اضطراب و نشانه‌های بیماری، ظرفیت برقراری روابط سازنده و غالب شدن بر خواسته‌های روزمره و فشارهای زندگی، مشخص می‌شود (۷). سازه‌ی نزدیک به سلامت روان، بهزیستی ذهنی است که در برگیرنده‌ی احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل رضایتمندی از خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و غیره است (۸). همچنانکه بیان شد، از نظر بوون سطح تفکیک خود در ابعاد مختلف سلامت روانی و عملکرد عمومی زندگی فرد نقش تعیین کننده دارند. همچنین بوون بیان می‌کند سطح تفکیک پایین منجر به تعارضات زناشویی می‌گردد. بدین منظور به بررسی کیفیت روابط زناشویی در ارتباط با سطح تفکیک خود پرداخته می‌شود. کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی

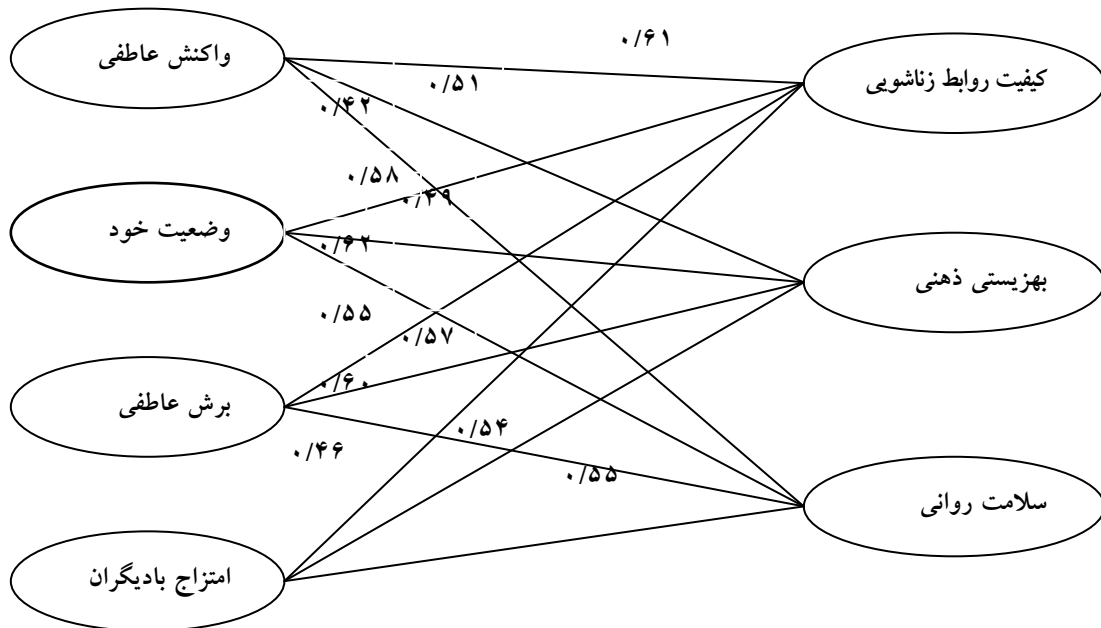
بوون است، برای رسیدن به این هدف رابطه‌ی تفکیک خود (differentiation of self) با بهزیستی ذهنی (subjective well-being) سلامت روانی (mental health) و کیفیت زناشویی (Marital quality) در چهارچوب نظریه‌ی بوون مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی:

روش پژوهش توصیفی- همبستگی است و پژوهشگران سعی داشته‌اند ارتباط بین تفکیک خود و سلامت روان، بهزیستی ذهنی و کیفیت زناشویی را از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی نمایند. ابتدا روی ابزارهای پژوهش که قبلاً بررسی نشده بودند از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفتند. سپس مدل مفهومی ارائه شده برازش شد (تصویر شماره ۱).

سازگاری زناشویی انجام شده است، نتایج نشان داد که بین خودتمیزی و تعارض رابطه معکوس وجود دارد (۱۷) و بین رضایت زناشویی و خود تفکیکی رابطه مستقیم وجود دارد (۲۰، ۱۹، ۱۸).

مطالعات تجربی نشان می‌دهد که استقلال در سازه‌های از قبیل خودتمیزی با دیدگاه خوشبینانه و بهزیستی ذهنی در ارتباط هستند، به ویژه دیدگاه بوون بر ارتباط مثبت و قدرتمند بین خود تمیزی فرد و بهزیستی ذهنی تأکید دارند (۴۱). هر چند که بوون مدل و تئوری خود را جهانی می‌داند اما پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که ارزش‌های فرهنگی در شدت خود تمیزی سازی موثر هستند (۲۳، ۲۲، ۲۱). به هر صورت، فرض ما در این پژوهش این است که نظریه بوون تا حدودی متأثر از ارزشهای فرهنگی است و آن را در فرهنگ ایرانی مورد واری قرار دادیم. لذا هدف از این مطالعه بررسی برازش نظریه



تصویر شماره ۱: ضرایب استاندارد مدل مفهومی برای ارتباط تفکیک خود با کیفیت روابط زناشویی، بهزیستی ذهنی و سلامت روانی

(شهری و روستایی). حجم نمونه ۷۲۰ نفر بود که به طور تصادفی ساده از بین ۲۰۴۸ نفر انتخاب شدند (بنابراین نمونه شامل زن یا مرد بود نه زوج). به این افراد پرسشنامه‌هایی داده شد تا آنها را در مرکز و یا خارج از

جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل ۱۰۲۴ زوج متاهل (۲۰۴۸ نفر زن و مرد) بودند که در فاصله زمانی دی ۸۶ تا فروردین ۸۷ به مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر اصفهان مراجعه کردند

مرکز تکمیل کنند، که از این تعداد یعنی ۷۲۰ نفر، ۱۴۰ نفر به دلیل عدم مراجعه برای جلسه بعدی مشاوره پرسشنامه را عودت ندادند و ۲۰ نفر پرسشنامه آنها ناقص بود، به این ترتیب تعداد ۵۶۰ نفر (۲۹۸ مرد و ۲۶۲ زن) در این پژوهش باقی ماندند که پرسشنامه آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار: در این پژوهش از ابزارهای به شرح ذیل استفاده شد.

پرسشنامه‌ی تفکیک خود (DSI-2)

این پرسشنامه (differentiation of Self Inventory-2) شامل ۴۳ سوال است که به صورت طیف ۶ گزینه‌ای از نمره‌ی ۱ برای پاسخ کاملاً درست تا نمره‌ی ۶ برای کاملاً نادرست نمره گذاری شد. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل واکنش عاطفی دارای ۱۱ گویه، وضعیت خود با ۱۱ گویه، برش عاطفی با ۱۲ گویه، امتزاج با دیگران با ۹ گویه می‌باشد (۲۰). تمام گویه‌های برش عاطفی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. یعنی هر چه میزان برش عاطفی کمتر باشد تفکیک خود بالاتر است. مقیاس امتزاج نیز به صورت معکوس نمره گذاری و تفسیر می‌شود، یعنی سطح امتزاج پایین نشانگر تفکیک بالاتر است. تحلیل عاملی تاییدی (CFA) توسط Skowron، بیان شده است (۱۹). در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ی مذکور ترجمه شده و در اختیار اساتید متخصص قرار داده شد تا روایی محتوایی آن را بررسی نمایند. سپس پرسشنامه به صورت آزمایشی بر روی ۴۰ نفر (۱۷ مرد و ۲۳ زن) که به شیوه‌ی تصادفی از میان مراجعان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اصفهان انتخاب شده بودند، اجرا گردید که نتایج نشان داد که نیازی به اصلاح گویه‌ها نیست. نهایتاً میزان ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۶ بدست آمد که برای مقاصد پژوهشی کفایت می‌کند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

این پرسشنامه (General Health Questionnaire) شامل فرم ۲۸ سوالی است و این پرسشنامه دارای چهار

زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از علایم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کنش اجتماعی، افسردگی وخیم. پاسخ‌ها به صورت طیف چهار درجه‌ای شامل نمره ۱ برای «به هیچ وجه» تا نمره ۴ برای «بسیار بیشتر از حد معمول» نمره گذاری می‌شوند. در این پژوهش نمرات این پرسشنامه به صورت معکوس به کار گرفته شد تا نمره بدست آمده به جای میزان آسیب، مفهوم سلامت (عدم آسیب) را برساند و با مدل مفهومی همخوانی داشته باشد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای هر کدام از عوامل جسمی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی وخیم به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ بدست آمد که برای مقاصد پژوهشی کفایت می‌کند.

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)

این پرسشنامه (Satisfaction With Life Scale) برای سنجش رضایت از زندگی ساخته شده است و دارای ۵ گویه است که به صورت نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا نمره ۵ برای کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شود. پژوهش Diener و همکاران نشان داده که این پرسشنامه دارای ساختار تک عاملی است. همچنین از روایی ملاکی و اعتبار همگرایی مطلوبی نیز برخوردار است (۲۴). میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ در ایران در پژوهش Mozafari، پس از انجام تحلیل عاملی تاییدی، ۰/۸۵ و به شیوه‌ی بازآزمایی ۰/۸۲ بدست آمده است (۲۵). در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ بدست آمد.

مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی (PANAS)

این مقیاس (Positive And Negative Affect Scale) برای اندازه‌گیری عاطفه‌ی مثبت (PA) و عاطفه‌ی منفی (NA) ساخته شده و شامل ۲۰ ماده است که ۱۰ ماده مربوط به عواطف مثبت و ۱۰ ماده مربوط به عواطف منفی است و به صورت طیف پنج گزینه‌ای نمره گذاری می‌شود، بدین صورت که به گزینه‌ی خیلی کم نمره ۱ و به پاسخ خیلی زیاد نمره ۵ تعلق می‌گیرد (۲۷). در این

ضمن این مقدار برای زنان $31/3 \pm 3/12$ و دامنه (۲۵-۴۲) سال بود. سطح آموزش آزمودنی ها بین مردان و زنان دارای تفاوت معنادار بود ($t=15/27, P<0.01$). حدود ۷۴/۷۴ درصد از مردان و ۹۵/۶۸ درصد از زنان دارای سطح تحصیلات دیپلم و کمتر از دیپلم بودند. وضعیت اشتغال آزمودنی ها همچنین بین دو جنس تفاوت معنی داری را نشان داد که ۲۲ درصد زنان و در مقابل ۶۹/۲ درصد از مردان شاغل بودند ($X^2=63/43, P<0.01$). طول مدت ازدواج آزمودنی های مرد $9 \pm 11/7$ سال و زنان $7 \pm 9/4$ سال بود. میانگین درآمد ماهانه مردان $323/87$ تومان بود، در حالی که میانگین درآمد ماهانه زنان $141/26$ تومان بود. ۸۱/۴ درصد از زنان با همسرشان، ۱۸/۴ درصد با والدین و ۰/۱ درصد به تنهایی زندگی می کردند در حالی که ۷۹/۲ درصد از مردان با همسرشان، ۸/۶ درصد با والدین و ۱۲/۱ درصد به تنهایی زندگی می کردند.

الف: نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی تفکیک خود:

تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی تفکیک خود (DSI-2)، نشان داد که برای رابطه‌ی هر گویه با هر عامل به همان شیوه که Skowron (۲۹) برآورد کرده بود، در نظر گرفته شد و پرسشنامه به چهار عامل تقسیم شد. شاخص مقدار T برای کلیه‌ی مسیرها معنادار ($T < 1/96$) بدست آمد و نشان می‌دهد که نیازی به حذف مسیرها نیست.

شاخص‌های برازش مدل عاملی نشان می‌دهد مقدار خبی دو (X^2) ۱۰۵۲، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات برآورد (RMSEA) ۰/۰۷، شاخص نرم شده برازندگی (NNFI) ۰/۹۲، شاخص میزان انطباق (GFI) ۰/۹۱ و شاخص میزان انطباق تعدیل یافته (AGFI) ۰/۸۹ بدست آمد. برای افزایش میزان انطباق مدل، شاخص‌های اصلاح به کار گرفته شد و نشان داد که ایجاد ارتباط بین کواریانس خطاهای گویه‌های ۲۹ با ۱۷ ($\delta_{41,38}$)، ۲۲ با ۳۳ ($\delta_{42,39}$)، ۱۶ با ۲۸ ($\delta_{30,27}$)، ۳ با ۲۴ ($\delta_{29,24}$)، ۲ با ۳۱ ($\delta_{19,23}$)، ۷ با ۲۷ ($\delta_{13,18}$)، ۴ با ۱۹ ($\delta_{16,12}$)، ۱۴ با ۴۰ ($\delta_{4,11}$)، ۱۰ با ۳۰ ($\delta_{3,8}$) و ۱ با

مقیاس ماده‌های مربوط به عاطفه‌ی مثبت (NA) به صورت معکوس تنظیم شدند تا با مفهوم بهزیستی ذهنی و مدل مفهومی انطباق بیشتری داشته باشد. پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای مقیاس عواطف مثبت (PA) ۰/۸۸ و عواطف منفی (NA) ۰/۸۷ و به شیوه‌ی بازآزمایی برای مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۱ بدست آمده است (۲۶). در ایران، در پژوهش مظفری میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ و به شیوه‌ی بازآزمایی ۰/۶۵ و ۰/۶۸ بدست آمده است (۲۵). در این پژوهش پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای عوامل مذکور به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ بدست آمد.

مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده (RDAS) (Revised Dyadic Adjustment Scale)

پرسشنامه‌ی (Revised Dyadic Adjustment Scale) ۱۴ سوالی به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره گذاری می‌شود، طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ و پاسخ کاملاً مخالف نمره ۰ می‌گیرد. این ابزار از سه خرده مقیاس همفکری و توافق، رضایت، انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند. تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه عاملی پرسشنامه را در آمریکا تأیید کرده است و روایی آن را نشان داده است (۲۷). پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی Hollist از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۷). در ایران در پژوهشی که توسط Esanezhad انجام شد آلفای کرونباخ پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی، برای هر عامل محاسبه شد (۲۸). مقدار آلفای کرونباخ برای عامل‌های توافق، رضایت و انسجام به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۹۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمده است.

یافته‌ها:

آماره‌ی جمعیت شناختی متغیرها به صورت زیر است: میانگین سن مردان $34/6 \pm 2/54$ سال با دامنه (۲۵-۴۲) بود، در

بی‌خوابی ($E_{7,8}$)، اختلال در کنش اجتماعی با افسردگی و خیم ($E_{9,10}$)، عواطف منفی با اضطراب و بی‌خوابی ($E_{5,10}$) و عواطف مثبت با رضایتمندی از زندگی ($E_{4,6}$)، از ماتریس خطاهای مدل Y (ماتریس E) که به لحاظ مفهومی و نظری با هم مرتبطند، همبسته فرض شدند (مسیر بین آنها آزاد گذاشته شد). همچنین شاخص‌های اصلاحی که برای مدل عاملی تأییدی مقیاس تفکیک خود (DSI-2) بدست آمده بود، مجدداً اعمال گردید. بدین ترتیب از ماتریس، کواریانس خطاهای گویه‌های ۲۹ با ۱۷ ($\delta_{30,27}$)، ۳ با ۲۲ ($\delta_{42,39}$)، ۱۶ با ۲۸ ($\delta_{30,27}$)، ۲۴ با ۲ ($\delta_{29,24}$)، ۲ با ۳۱ ($\delta_{19,23}$)، ۷ با ۲۷ ($\delta_{13,18}$)، ۴ با ۱۹ ($\delta_{12,16}$)، ۱۴ با ۴۰ ($\delta_{4,11}$)، ۱۰ با ۳۰ ($\delta_{3,8}$) و ۱ با ۱۸ ($\delta_{1,5}$) همبسته فرض شد. همچنین نتایج برازش مدل اصلاحی نشان می‌دهد، مقدار خلی دو ۳۱۴۷، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات برآورد (RMSEA) ۰/۰۳۸، شاخص میزان انطباق مدل ۰/۹۴، شاخص میزان انطباق مدل تعدیل یافته ۰/۹۲ و ملاک اطلاعات آکائیک ۴۳۵ بدست آمد. مدل اصلاح شده به خوبی با داده‌ها منطبق است. همچنانکه مشاهده می‌کنید، خود تفکیکی با بهزیستی ذهنی، سلامت روانی و کیفیت روابط زناشویی مرتبط است (تصویر شماره ۱).

بحث:

نتایج پژوهش نشان داد ساختار ۴ عاملی پرسشنامه‌ی تفکیک خود (DSI-2) با داده‌ها منطبق است و این پرسشنامه با بکارگیری شاخص‌های اصلاح از رویایی کافی برخوردار است و مدل ۴ عاملی Skowron مورد تأیید است (۲۹). همچنین با توجه به همسانی درونی مطلوب عامل‌ها، می‌توان گفت این پرسشنامه می‌تواند به عنوان ابزاری مفید در امور پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی (CFA) پرسشنامه‌ی عواطف مثبت و منفی (PANAS) نشان داد که مدل عاملی Watson و همکاران به خوبی با داده‌ها انطباق دارد و مدل ۴ عاملی مورد تأیید است (۲۶).

۱۸) ($\delta_{1,5}$) موجب ارتقای شاخص‌های برازش و انطباق بیشتر مدل با داده‌ها می‌شود. گویه‌هایی که کواریانس خطاهایشان (δ) با هم همبسته فرض شده، مربوط به یک عامل بوده و تناسب محتوایی و مفهومی دارند و همبسته فرض کردن آنها مقدار خلی دو را به بیشترین میزان ممکن کاهش می‌دهد. شاخص‌های برازش مجدد مدل نشان می‌دهد، مقدار خلی دو ۹۰۱، مقدار ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات برآورد (RMSEA) ۰/۰۰۱، شاخص انطباق مدل (GFI) ۰/۹۸، شاخص میزان انطباق تعدیل یافته (AGFI) ۰/۹۶، شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) ۰/۹۹، اطلاعات آکائیک (AIC) ۹۳۵ بدست آمده که در مقایسه با مقدار برازش مدل عاملی و در مجموع شاخص‌های برازش ارتقاء یافته و مدل انطباق بیشتری با داده‌ها نشان می‌دهد.

ب: نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی عواطف مثبت و منفی (PANAS):

در این بخش رابطه‌ی هر سوال با هر عامل بر اساس مدل Watson (۲۶) در نظر گرفته شد و مدل برازش گردید. شاخص‌های برازش مدل نشان می‌دهد. شاخص T برای کلیه مسیرها معنادار ($T < 1/96$) بدست آمد. مقدار خلی دو ۱۹۶/۹۵، مقدار ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات برآورد (RMSEA) ۰/۰۰۱، شاخص انطباق مدل (GFI) ۰/۹۶، شاخص میزان انطباق تعدیل یافته (AGFI) ۰/۹۴ و شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) ۰/۹۸ بدست آمد. در مجموع شاخص‌ها نشان‌دهنده کفایت و روایی بسنده پرسشنامه هستند شاخص مقدار T برای کلیه مسیرها معنی دار ($T < 1/96$) بدست آمد و مقدار خلی دو ۳۱۴۷، مقدار ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات برآورد (RESEA) ۰/۰۶، شاخص انطباق مدل (GFI) ۰/۹۱، شاخص نرم شده برازندگی (NNFI) ۰/۹۴ و شاخص میزان انطباق تعدیل یافته (AGFI) ۰/۸ به دست آمد. در مجموع، مدل قابل پذیرش است. جهت ارتقای مدل از شاخص‌های اصلاح استفاده شد و کواریانس خطاهای متغیرهای علایم جسمی با اضطراب و

ایرانی همواره ارتباط و صمیمیت امری مطلوب تلقی شده و چه بسا ابراز عقیده مستقلانه و همرنگی نکردن با خواسته‌های اطرافیان، خودخواهی، لجباجت و ساز مخالف زدن تلقی می‌شود. همچنین تحت اصطلاحاتی چون شریک شدن در غم و شادی، گذشت، بزرگواری، احترام به بزرگترها و یا عصای دست والدین شدن، افراد تلویحاً مجاب می‌شوند در احساسات و عقاید دیگران غرق شوند و حتی اشتباه‌ها آن را مربوط به خود پندارند. در حالی که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد افرادی که بهتر می‌توانند مرز عقاید و عواطف خود و دیگران را تشخیص دهند از سلامت و بهزیستی و کیفیت روابط زناشویی بالاتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری:

در کل یافته‌های این پژوهش به معرفی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه‌ی تفکیک خود (DSI-2) انجامید که می‌توان آن را به عنوان ابزاری جدید و کارآ برای امور پژوهشی و بالینی به کاربرد. همچنین ساختار دو عاملی مقیاس عواطف مثبت و منفی (PANAS) و نحوه ارتباط سطح تفکیک خود با سلامت و سازگاری در چهارچوب نظریه‌ی بوون تایید گردید.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش با حمایت مالی قطب علمی خانواده دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام گرفته است. بدینوسیله از جناب آقای علی زاده محمدی مدیر قطب علمی خانواده و تمام دست اندرکاران قطب علمی خانواد دانشگاه شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌گردد.

از این حیث یافته‌های این پژوهش با یافته‌های Crawford (۳۰) و Ostir و همکاران (۳۱)، در مورد بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی عواطف مثبت و منفی (PANAS) همسو است. با توجه به میزان پایایی کافی عامل‌های این پرسشنامه می‌توان از آن به عنوان ابزاری مفید در امور پژوهشی و بالینی استفاده نمود.

نتایج برازش مدل ساختاری کامل نشان داد که مدل به خوبی با داده‌ها منطبق و قابل پذیرش است و مدل آرایه شده با یافته‌های Showers (۳۲) در مورد ارتباط مثبت تفکیک خود و بهزیستی ذهنی همسو است، با یافته‌های Skowron و همکاران (۱۹)، در مورد ارتباط مثبت سطح تفکیک خود و ابعاد سلامت روان و ارتباط منفی تفکیک خود و نشانگان اختلالات روانی، همسو است و همچنین با یافته‌های Skowron در مورد ارتباط مثبت سطح تفکیک خود و ابعاد روابط زناشویی همسو است (۲۹). با توجه به نتایج یافته‌ها و همخوانی با یافته‌های قبلی خارج از ایران و با در نظر گرفتن کل مدل می‌توان بیان نمود که نظریه‌ی بوون در جامعه‌ی ایران نیز با وجود تفاوت‌های فرهنگی قابل پذیرش است، هر چند متأسفانه قبلاً در این زمینه در ایران مطالعه‌ای صورت نگرفته، و این نتایج می‌تواند آغاز و پایه‌ای برای مطالعات بعدی باشد، در نتیجه می‌توان انتظار داشت افرادی که دارای سطح تفکیک بالاتری هستند از سلامت روانی و رضایتمندی زناشویی بالاتری نیز برخوردار باشند. با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه‌ی مورد مطالعه، این نتیجه جالب توجه به نظر می‌رسد، زیرا در خانواده‌ی

منابع:

1. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Aronson; 1978. p: 25-39.
2. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy: on overview. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/cole. 2000; p: 179-211.
3. Roytburd LF, Myma L. Predictors of soviet Jewish refugees' acculturation: differentiation of self and acculturative stress. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2008 Jan; 14(1): 67-74.
4. Kerr ME, Bowen M. Family evaluation. New York: Norton; 1988. p: 34-89.

5. Skowron E, Friedlander M. The differentiation of self inventory: development and initial validation. *J Counseling Psychol.* 1998; 28: 235-46.
6. Nichols MP, Schwartz RC. *Family therapy: concepts and methods.* 5th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2000. p: 114-67.
7. Asch M. *Dictionary of psychology.* New Delhi: Lipincott; 2003. p: 68-109.
8. Myers DG, Diener E. Who is happy? *Psychol Sci.* 1995; 6: 10-19.
9. Troxel WM. *Marital quality, communal strength, and physical health.* [dissertation]: University of Pittsburgh; 2006. p: 243-76.
10. Adital B, Yoav L. Dyadic characteristics of individual attributes: attachment, neuroticism, and their relations to marital quality and closeness. *Am J Orthopsychiatry.* 2005 Oct; 75(4): 621-39.
11. Bartle-Haring S, Gregory P. Relationship between differentiation of self and the stress and distress associated with predictive cancer genetic counseling and testing: preliminary evidence. *Fam Syst Health.* 2003; 21(4): 357-81.
12. Tuason MT, Friedlander MI. Do parent's differentiation levels predict those of their adult children? And other tests of Bowen theory in a Philippine sample. *J Counsel Psychol.* 2000; 47: 27-35.
13. Haber JF. *An investigation of the relationship between differentiation of self, complementary psychological need patterns, and marital conflict.* [dissertation], New York University; 1984. p: 87-156.
14. Peleg-Popko O. Bowen theory: a study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Contemporary Family Therapy.* 2002; 24(2): 355-69.
15. Skowron E, Holmes SE, Sabatelli RM. Deconstructing differentiation: Self regulation, interdependent relating, and well-being in adulthood. *Contemporary Family Therapy.* 2003; 26: 29-38.
16. Tuason MT, Friedlander MI. Do parents differentiation levels predict those of their adult children? And other tests of Bowen theory in a Philippine sample. *J Counsel Psychol.* 2000; 47: 27-35.
17. Chung H, Gale H. Comparing Self-differentiation and psychological well-being between Korean and European American Students. *Contemporary Family Therapy.* 2006; 28(3): 367-81.
18. Richards E. Self-reports of differentiation of self and marital compatibility as related to family functioning in the third and fourth stages of the family life cycle. *Scholarly inquiry for nursing practice. Res Theory Nurs Pract.* 1989; 3(3): 163-75.
19. Skowron E. The role of differentiation of self in marital adjustment. *J Counsel Psychol.* 2000; 47: 229-40.
20. Beal E. Children of divorce: a family systems perspective. *Social Issues.* 1979; 35: 140-54.
21. Gushue GV, Constantine MG. Examining individualism, collectivism, and self-differentiation in African American College Women. *J Mental Health Counsel.* 2003; 25(1): 1-5.
22. Kagitcibasi C. Autonomy and relatedness in cultural context: implications for self and family. *J Cross-Cultural Psychol.* 2005; 36(4): 403-22.
23. Killen M, Wainryb C. Independence and interdependence in diverse cultural contexts. In Harkness S, Raeff C, Super CM. (Eds.). *Variability in the social construction of the child: new directions in child and adolescent development.* San Francisco: Jossey-Bass. 2000; p: 5-22.
24. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Personal Asses.* 1985; 49(1): 71-5.

25. Mozafari S. [The study happy of mind a among students doctoral thesis. University of Shiraz in Iran; 2002; 124-56.]Persian
26. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Personal Social Psychol.* 1988; 47: 1063-70.
27. Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Fam Relat.* 2005; 54: 46-58.
28. Esanezhad O, Yousefi N. [Psychometric of revised dyadic adjustment scale (RDAS). Seminar third of mental health in Iran. 2008; 290.]Persian
29. Skowron E. The differentiation of self inventory: construct validation and test of Bowen theory. Doctoral thesis. State University of New York at Albany; 1995. p: 76-99.
30. Crawford JR, Henry D. The positive and negative affect schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *J Clin Psychol.* 2004; 43: 245-61.
31. Ostir GV, Pamela MS, David S, Kenneth JO. Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2005; 19: 767-9.
32. Showers CJ, Ryff CD. Self-differentiation and well-being in a life transition. *Personal Social Psychol Bull.* 1996; 22: 448-50.