

نقش سبک های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی آسیب پذیری روانی

مبتلایان به آسم

عباس ابوالقاسمی*، یوسف ابراهیمی اردی*، محمد نریمانی**، فاطمه اسدی****

دریافت مقاله:

92/9/5

پذیرش:

93/2/20

چکیده

هدف: آسم به عنوان یک بیماری جسمانی تحت تأثیر مسائل روانشناختی قرار دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش سبک های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی آسیب پذیری روانی افراد مبتلا به آسم است.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را افراد بزرگسال (بالای 20 سال) مبتلا به آسم شهرستان اردبیل تشکیل می دهند که بر اساس تشخیص پزشک متخصص دچار بیماری آسم هستند. نمونه پژوهش حاضر 60 بیمار مبتلا به آسم بزرگسال (بالای 20 سال) بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس سبک های دفاعی، مقیاس تاب آوری و فرم کوتاه نشانه های روانی استفاده شد. داده های پژوهش با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که سبک های دفاعی رشد نیافته ($r=0/26$)، رشد یافته ($r=0/33$) و تاب آوری ($r=0/37$) با آسیب پذیری روانی رابطه معناداری دارند ($P<0/001$). بین سبک های نورو تیک و آسیب پذیری روانی رابطه ای بدست نیامد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز نشان داد که سبک های دفاعی رشد نیافته، رشد یافته، نورو تیک و تاب آوری، 31 درصد از آسیب پذیری روانی بیماران مبتلا به آسم را تبیین می کند ($P<0/001$).

نتیجه گیری: این یافته ها حاکی است که سبک های دفاعی و تاب آوری از متغیرهای تأثیرگذار بر آسیب پذیری روانی بیماران مبتلا به آسم است. این نتایج نیز تلویحات مهمی در زمینه آسیب شناسی روانی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به آسم دارد.

واژگان کلیدی: آسم، سبک دفاعی، تاب آوری، آسیب پذیری روانی.

* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤل) abolghasemi1344@uma.ac.ir

** کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

*** استاد گروه روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

**** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

بیماریهای جسمانی می توانند به طور نامطلوبی تحت تاثیر عوامل روانشناختی قرار گیرند. برای مثال استرس هیجانی شدید می تواند آسیب پذیری فرد را در برابر بیمار شدن افزایش دهد و بهبودی از بیماری را کند سازد (هالچین و ویتبورن¹، 2003؛ ترجمه سیدمحمدی 1388). بیماری آسم² به عنوان یک بیماری جسمانی تحت تاثیر مسائل روانشناختی قرار دارد. میزان شیوع آسم در ایران حدود 5/5 درصد برآورد گردیده است (ماسولی و همکاران³، 2003).

تحقیقات نشان می دهد که عوارض روانی - اجتماعی آسم بر روی بیماران بصورت معناداری بیشتر از عوارض سایر بیماریهای جسمی است (اسکوٹنیک⁴، 2003). شواهد حاکی است که عوامل روانشناختی با آمادگی ابتلا به آسم تداخل نموده و موجب تشدید یا بهبود فرایند بیماری می شود. همچنین عوامل روانشناختی بر نشانه های بیماری و کنترل آن نیز تاثیر می گذارد (یورک و همکاران⁵، 2005). فرانسیس و همکاران⁶ (1989) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین بیماری های مزمن نظیر آسم و آشفتگی روانی رابطه مثبت وجود دارد. هایلند و همکاران⁷ (1990) نشان دادند که در بیماران آسمی سطوح بالایی از هیجان منفی دیده می شود و نیز هیجان منفی نقش مهمی در ایجاد

حملات آسمی دارند. وفایی و پور رحیمی (1383) نشان دادند که استرس یکی از عوامل به وجود آورنده آسم است و در روند درمان آن نیز تاثیر گذار می باشد. کاتن و ریچاردسون⁸ (2004) دریافتند که تجربه زیاد هیجان های منفی باعث وخامت بیشتر بیماری آسم می گردد. ریت ولد⁹ (2005) در پژوهشی نشان داد که اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت در بیماران مبتلا به آسم قابل ملاحظه است. محمود علی لو و همکاران (1386) نشان دادند که بیماران آسمی هیجان های منفی مانند خشم، خصومت، افسردگی و نیز غم و اندوه را در مقایسه با افراد سالم بیشتر تجربه می کنند. پدram رازی و همکاران (1386) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نامطلوب است. لیژیا و همکاران¹⁰ (2010) در پژوهشی دریافتند که بیماران آسمی مهارت های اجتماعی پایین تری در مقایسه با افراد بهنجار دارند. کارستن و همکاران¹¹ (2011) بین بیماری آسم و مشکلات مربوط به بهداشت روانی رابطه معناداری بدست آوردند.

یکی از متغیرهایی که به نظر می رسد در آسیب پذیری روانی افراد مبتلا به آسم نقش دارد، مکانیسم های دفاعی است. زمانیکه افراد نتوانند با روشهای منطقی و مستقیم اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند، به روشهای غیر مستقیم، یعنی مکانیسم های دفاعی متوسل

8. Katon & Richardson

9. Rietveld

10. Ligia, Marina & Marina

11. Carsten, Sven, Hans, Freyberger & Volzke

1. Halgin & Whitbourne

2. Asthma

3. Masoli, Fabian, Holt & Besley

4. Schotnik

5. York, Fleming & Sholdman

6. Frances, Ford, Hunter, Hensley & Gillies

7. Hayland, Harbin & Rathus

و رشد نایافته باشد، معمولاً از طریق انکار، ابطال و نادیده‌انگاری (از نمونه مکانیسم‌های نوروپیک و رشدنیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس‌زا مواجه می‌شود. افزایی و همکاران (1387) بین میزان رشد یافتگی مکانیسم‌های دفاعی و آسیب‌شناسی روانی رابطه منفی معناداری بدست آوردند. محمدپوریزدی و همکاران (1388) دریافتند که افراد دارای سطح مطلوب سلامت عمومی از سبک دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند.

یکی از متغیرهای دیگری که با آسیب‌پذیری روانی مبتلایان به آسم ارتباط دارد، تاب‌آوری است. به اعتقاد گارمزی و ماستن⁷ (1991) تاب‌آوری «یک فرایند، توانایی و یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده» است. به بیان دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. کامپفر⁸ (1999) در پژوهشی به این نتیجه رسید که سازگاری مثبت با زندگی، می‌تواند سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. فردریکسون و همکاران (2003؛ به نقل از بشارت، 1386) در پژوهشی دریافتند که تفاوت‌های فردی در تاب‌آوری، بهبودی در موقعیت‌های استرس‌زا را پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای تاب‌آوری بالا، بهبودی روانشناختی و هیجانی سریعتری از استرس بدست می‌آورند. آگایی و ویلسون⁹ (2005) دریافتند که بین تاب‌آوری و مشکلات روانشناختی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

7. Garnezy & Masten
8. Kumpfer
9. Agaibi & Wilson

می‌شوند (کوری¹، 2005؛ ترجمه سید محمدی، 1389). بنابراین مکانیسم‌های دفاعی مسئولیت محافظت از «من» را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند. بر اساس رویکرد روان‌تحلیل‌گری افراد در مواجهه با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخصی (رشد یافته، رشد نیافته و نوروپیک) استفاده می‌کنند (اندرروز و همکاران²، 1993).

بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند که سلامت جسمی و روانی افراد بطور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی آنها در ارتباط است (بوند و پری³، 2004). اوفر و همکاران⁴ (2000) در تحقیقی نشان دادند که هر اختلال روانی با مکانیسم‌های دفاعی مشخصی همراه است. کرامر⁵ (2000) دریافت که در افراد مبتلا به اختلالات روانی، سبک‌های دفاعی رشد نیافته و غیر انطباقی بوده و سبک دفاعی جمعیت غیربالینی به مراتب رشد یافته تر است. وایلانت⁶ و وایلانت⁶ (2003) دریافت که مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از او سلب کرده و ظرفیت بینش و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهد. بوند و پری (2004) در پژوهشی نشان دادند که سلامت جسمی و روانی افراد با مکانیسم‌های دفاعی آنها به طور معناداری در ارتباط است. بشارت (1387) نشان داد که وقتی سبک دفاعی غالب فردی نوروپیک

1. Corey
2. Andrews, Singh & Bond
3. Bond & Perry
4. Offer, Lavie & Gothelf
5. Cramer
6. Vaillant

لاتزترینگ و همکاران¹ (2005) نشان دادند که افراد تاب آور، دارای رفتارهای خودشکنانه نبوده، از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند. همچنین در پژوهش‌هایی بین تاب آوری و سلامت روانشناختی رابطه مثبت معناداری بدست آمده است (آنگ و همکاران²، 2006؛ انزلیچت و همکاران³، 2006؛ سامانی و همکاران، 1386؛ پرتو، 1389). رحیمیان و همکاران (1387) بین سرسختی و خود تاب آوری با سلامت روان، رابطه مثبت معنی داری گزارش کردند. سیو و همکاران⁴ (2009) نشان دادند که تاب آوری با نشانه های روان نژندی و بیماری‌های جسمی همبستگی منفی دارد.

پژوهش‌های انجام شده در زمینه سبک های دفاعی و تاب آوری نشان می دهد که تاکنون این دو در ارتباط با بیماران مبتلا به آسم مورد بررسی قرار نگرفته اند. با توجه به اینکه این دو متغیر می‌توانند نقش مهمی در سلامت روانی مبتلایان به آسم بازی کنند، انجام این پژوهش از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین نقش سبک های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی آسیب پذیری روانی مبتلایان به آسم است.

روش

در این پژوهش از روش همبستگی به منظور پیش‌بینی استفاده شده است. سبک‌های دفاعی و

تاب آوری به عنوان متغیرهای پیش بین و آسیب پذیری روانی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را افراد بزرگسال (بالای 20 سال) مبتلا به آسم شهرستان اردبیل تشکیل می دهند که بر اساس تشخیص پزشک متخصص دچار بیماری آسم هستند. در این پژوهش 60 بیمار مبتلا به آسم بزرگسال (بالای 20 سال) به صورت در دسترس از میان مراجعه کنندگان به بیمارستان سبلان اردبیل انتخاب گردید. در پژوهش‌های همبستگی برای بررسی هر متغیر، حجم نمونه حداقل باید 30 نفر باشد و چون در این پژوهش از دو متغیر استفاده می شود، نمونه 60 نفر انتخاب گردید (دلاور، 1388).

روش اجرا: با مراجعه به بیمارستان سبلان اردبیل و تهیه لیستی از بیماران با کد بستری آسم که در محدوده سنی مرتبط با پژوهش بودند، اقدام به جلب رضایت آزمودنی‌ها گردید و پس از راهنمایی های لازم و توضیحاتی درباره نحوه پر کردن آنها، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار داده شد. سپس داده‌های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار

1- پرسشنامه سبک‌های دفاعی: نسخه جدید این پرسشنامه توسط اندروز و همکاران (1993) تدوین شده است. این پرسشنامه 40 سؤال دارد که سه سبک دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و نوروپیک را می‌سنجد. بشارت و همکاران

1. Latzring, Block & Funder
2. Ong, Bergman, Toni, Bisconti & Wallace
3. Inzlicht, Aronson, Good & Mc Key
4. Siu, Hui, Ling, Philips & David

پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه همبستگی بالایی با نسخه قبلی خود دارد ($r=0/90$). ضریب آلفای کرونباخ آن را $0/89$ گزارش کردند. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه $0/82$ به دست آمده است. مدانلو (1388) در یک تحقیق مقدماتی بر روی 40 آزمودنی ضرایب پایایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی را به ترتیب $0/88$ و $0/81$ به دست آورد. همچنین مقیاس شادی ($r=0/58$) و افسردگی ($r=0/48$) با این پرسشنامه همبستگی معناداری دارند ($P<0/001$).

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد در افراد مبتلا به آسم، 35 درصد مرد و 65 درصد زن بودند. در آزمودنی‌های مبتلا به آسم از لحاظ طول مدت ابتلا به این بیماری 10 درصد کمتر از یک سال، 25 درصد یک تا دو سال، 31/7 درصد سه تا پنج سال، 8/3 درصد شش تا ده سال و 25 درصد یازده سال و بالاتر سابقه ابتلا به بیماری آسم را داشتند. میانگین (و انحراف استاندارد) سن مبتلایان به آسم $40/72$ و $13/95$ می‌باشد.

(1380) ضرایب آلفای کرونباخ سبک‌های رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک را به ترتیب $0/75$ ، $0/73$ ، $0/74$ و ضرایب اعتبار بازآزمایی با فاصله 4 هفته $0/82$ گزارش کرده‌اند.

2- پرسشنامه تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری روانشناختی توسط کانر و دیویدسون¹ (2003) ساخته شده است. این پرسشنامه 25 سؤال دارد که به صورت 5 درجه‌ای توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس $0/81$ بدست آمده است. محمدی (1384) این مقیاس را برای استفاده در ایران انطباق داده است. مدانلو (1388) در یک تحقیق مقدماتی ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی را به ترتیب $0/79$ و $0/74$ گزارش کردند. مقیاس عواطف مثبت ($r=0/66$) و منفی ($r=0/41$) با مقیاس تاب‌آوری همبستگی معنی‌داری دارند ($P<0/001$).

3- فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی دورا و همکاران² (2006) 18 آیتم دارد. سئوالات این پرسشنامه به صورت

3- فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی دورا و همکاران² (2006) 18 آیتم دارد. سئوالات این پرسشنامه به صورت

1. Conner & Davidson
2. Dura, Anreua, Galdona, Murguib, Povedac & Jimenez

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دفاعی، تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی در مبتلایان به آسم

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | آسیب‌پذیری روانی | میانگین | انحراف استاندارد |
|----------------|---------|------------------|------------------|---------|------------------|
| سبک رشد نیافته | 112/33 | 16/08 | جسمانی سازی | 17/083 | 4/005 |
| سبک رشد یافته | 41/28 | 8/59 | افسردگی | 14/517 | 5/785 |
| سبک نوروتیک | 47 | 14/11 | اضطراب | 15/067 | 5/770 |
| تاب‌آوری | 75/62 | 11/99 | کل | 46/68 | 15/56 |

جدول 2. ضریب همبستگی سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری با آسیب‌پذیری روانی در مبتلایان به آسم

| گروه | متغیر | جسمانی سازی | افسردگی | اضطراب | کل |
|------------|--------|-------------|---------|----------|----|
| رشد نیافته | 0/175 | 0/237 | 0/207 | 0/257* | کل |
| رشد یافته | -0/183 | -0/320* | -0/281* | -0/331** | کل |
| نوروتیک | 0/104 | 0/183 | 0/213 | 0/213 | کل |
| تاب‌آوری | -0/095 | -0/427** | -0/313* | -0/366** | کل |

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که در گروه آسم سبک‌های دفاعی رشد نیافته ($r=0/26$)، رشد یافته ($r=-0/33$) و تاب‌آوری ($r=-0/37$) با آسیب‌پذیری روانی رابطه معناداری دارند ($P<0/001$). بین سبک‌های دفاعی نوروتیک و آسیب‌پذیری روانی رابطه معناداری بدست نیامد.

جدول 4. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری با افسردگی در مبتلایان به آسم

| متغیرهای پیش‌بین | R | R ² | ARS | ضرایب غیر استاندارد | SE | ضرایب استاندارد | t | P |
|------------------|-------|----------------|-------|---------------------|-------|-----------------|--------|-------|
| Constant | - | - | - | 25/037 | 6/460 | - | 3/876 | 0/000 |
| رشد نیافته | 0/237 | 0/056 | 0/040 | 0/085 | 0/046 | 0/237 | 1/858 | 0/068 |
| رشد یافته | 0/386 | 0/149 | 0/119 | -0/205 | 0/083 | -0/305 | -2/489 | 0/016 |
| نوروتیک | 0/433 | 0/188 | 0/144 | 0/165 | 0/101 | 0/257 | 1/643 | 0/106 |
| تاب‌آوری | 0/569 | 0/324 | 0/275 | -0/198 | 0/060 | -0/411 | -3/325 | 0/002 |
| Constant | - | - | - | 22/960 | 6/805 | - | 3/374 | 0/001 |
| رشد نیافته | 0/207 | 0/043 | 0/026 | 0/074 | 0/046 | 0/207 | 1/609 | 0/113 |
| رشد یافته | 0/337 | 0/114 | 0/083 | -0/180 | 0/084 | -0/267 | -2/138 | 0/037 |
| نوروتیک | 0/416 | 0/173 | 0/129 | 0/203 | 0/101 | 0/316 | 2/003 | 0/050 |

| | | | | | | | | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|------------|
| 0/026 | -0/294 | -0/300 | -0/144 | 0/063 | 0/190 | 0/245 | 0/495 | تاب‌آوری |
| جسمانی سازی | | | | | | | | |
| 0/002 | 3/189 | - | 22/960 | 6/805 | - | - | - | Constant |
| 0/181 | 1/354 | 0/175 | 0/044 | 0/032 | 0/014 | 0/031 | 0/175 | رشد نیافته |
| 0/189 | -1/330 | -0/171 | -0/080 | 0/060 | 0/027 | 0/060 | 0/245 | رشد یافته |
| 0/521 | 0/646 | 0/108 | 0/048 | 0/075 | 0/017 | 0/067 | 0/258 | نوروتیک |
| 0/759 | -0/308 | -0/045 | -0/015 | 0/049 | 0/001 | 0/068 | 0/261 | تاب‌آوری |
| کل آسیب‌پذیری | | | | | | | | |
| 0/000 | 4/504 | - | 64/734 | 14/371 | - | - | - | Constant |
| 0/048 | 2/024 | 0/257 | 0/203 | 0/100 | 0/050 | 0/066 | 0/257 | رشد نیافته |
| 0/012 | -2/586 | -0/314 | -0/465 | 0/180 | 0/135 | 0/164 | 0/405 | رشد یافته |
| 0/061 | 1/916 | 0/294 | 0/416 | 0/217 | 0/173 | 0/215 | 0/464 | نوروتیک |
| 0/009 | -2/693 | -0/337 | -0/358 | 0/133 | 0/256 | 0/307 | 0/554 | تاب‌آوری |

نوروتیک و تاب‌آوری، جسمانی سازی افراد مبتلا به آسم را تبیین نمی‌کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان می‌دهد که 30/7 درصد از واریانس آسیب‌پذیری روانی توسط متغیرهای رشد یافته، رشد نیافته، نوروتیک و تاب‌آوری پیش‌بینی می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، سبک‌های دفاعی رشد نیافته ($\beta=0/257$)، رشد یافته ($\beta=-0/314$) و تاب‌آوری ($\beta=-0/337$) می‌توانند تغییرات مربوط به آسیب‌پذیری روانی را در گروه مبتلا به آسم به صورت معناداری تبیین کنند.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی افراد مبتلا به آسم بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک‌های دفاعی رشد یافته و آسیب‌پذیری روانی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که سبک‌های

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان می‌دهد که 32/4 درصد از واریانس افسردگی در گروه مبتلا به آسم توسط متغیرهای رشد یافته، رشد نیافته، نوروتیک و تاب‌آوری پیش‌بینی می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، رشد یافته ($\beta=-0/305$) و تاب‌آوری ($\beta=-0/411$) می‌توانند تغییرات مربوط به افسردگی را در آزمودنی‌های گروه مبتلا به آسم به صورت معناداری تبیین کنند.

نتایج نشان می‌دهد که 24/5 درصد از واریانس اضطراب در گروه مبتلا به آسم توسط متغیرهای رشد یافته، رشد نیافته، نوروتیک و تاب‌آوری پیش‌بینی می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، رشد یافته ($\beta=-0/267$)، نوروتیک ($\beta=0/316$) و تاب‌آوری ($\beta=-0/300$) می‌توانند تغییرات مربوط به اضطراب را در گروه مبتلا به آسم به صورت معناداری تبیین کنند.

نتایج حاکی است که هیچ‌کدام از متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته،

رشد نیافته با افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنی داری دارند. این نتایج در راستای یافته های بشارت (1387) و محمدپور یزدی و همکاران (1388) قرار دارد. در افراد مبتلا به اختلال های روانی، سبک های دفاعی رشد نیافته و غیر انطباقی بوده و سبک دفاعی جمعیت غیر بالینی به مراتب رشد یافته تر است (کرامر، 2000). این یافته همخوان با نظریه آسیب شناسی روانی دیدگاه روانکاوی است. در این نظریه آمده است که چون همه شخصیت ها در اثر تعارض ها و تثبیت های اجتناب ناپذیر مراحل پیش تناسلی، حداقل تا اندازه ای ناپخته هستند، لذا همه ما نسبت به اختلال های روانی آسیب پذیریم و افرادی که از مکانیسم های دفاعی ناپخته تری استفاده می کنند بیشتر آسیب پذیر خواهند بود زیرا که انرژی بیشتری را صرف دفاع علیه تکانه های پیش تناسلی می کنند و در نتیجه برای مقابله با استرس ها و تعارض های بزرگسالی، انرژی کمتری باقی می ماند. بنابراین براساس این نظریه به دلیل اینکه افراد مبتلا به آسم از سبک دفاعی رشد نیافته بیشتر استفاده می کنند در نتیجه بیشتر احتمال دارد که دچار آسیب روانی گردند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک دفاعی رشد یافته و آسیب پذیری روانی رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که سبک دفاعی رشد یافته با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معناداری دارد. این یافته در راستای نتایج وایلان (2000)، اوفر و همکاران (2000) و بوند و پری (2000) می باشد.

در تبیین این یافته می توان از نظریه آسیب شناسی روانی دیدگاه روانکاوی در مورد همبستگی میزان رشد یافتگی مکانیسم های دفاعی و آسیب شناسی روانی، استفاده کرد. که طبق این نظریه افرادی که از مکانیسم های دفاعی پخته تری برای مقابله با اضطراب استفاده می کنند، دارای سلامت روانی بیشتری هستند. همچنین سبک های دفاعی رشد یافته، دفاع های سازگار یافته ای هستند که می توانند در شرایط مختلف به کار برده شوند و در نتیجه، استفاده از این سبک دفاعی نقش بازدارنده ای در مقابله با اضطراب ایفا می کند. با توجه این که در گروه مبتلا به آسم از این سبک های دفاعی کمتر استفاده می شود، در نتیجه احتمال آسیب پذیری روانی در آنها بالاتر از افراد سالمی خواهد بود که از این سبک دفاعی بیشتر استفاده می کنند. همچنین بیماران مبتلا به آسم در بکارگیری دفاع های رشد یافته، به علت ماهیت مزمن این بیماری ناکام مانده و در نتیجه به استفاده از دفاع های رشد نیافته خو گرفته اند.

در این نتایج پژوهش بین سبک دفاعی نوروپیک و آسیب پذیری روانی رابطه معناداری بدست نیامد. این یافته در راستای یافته های محمدپور یزدی و همکاران (1388) و پونامکی و همکاران¹ (2002) قرار دارد. با توجه به عدم تفاوت معنادار سبک های دفاعی نوروپیک در میان گروه مبتلا به آسم و افراد سالم، یک توضیح محتمل می تواند فراگیری اضطراب و نگرانی مفرط در این بیماران باشد و بیمار برای

1. Punamaki, Kanninen, Qouta & Elsarray

کفایت نتیجه می‌دهد. طبق این مدل می‌توان گفت که چون بیماران مبتلا به آسم عامل احتمال خطر را بالا و عامل بروز کفایت را پایین ارزیابی می‌کنند، این بیماران سطح تاب آوری پایین تری را از خود نشان می‌دهند. همچنین با توجه به نظریه‌های تاب آوری که آن را یک فرایند سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده می‌دانند (گارمزی و ماستن، 1991)، افرادی که از سطوح تاب آوری پایینی برخوردار باشند در مقابل رویدادهای استرس زا مقاومت کمتری دارند و در نتیجه بیشتر مستعد آسیب روانی می‌باشند (آنگ و همکاران، 2006). همچنین میزان تاب آوری پایین در این بیماران شاید نشأت گرفته از وابستگی‌های مرتبط با احساس نیازی است که به کمک دیگران برای مقابله با بیماری و حملات آن دارند که این خود از پرورش مؤلفه‌های تاب آوری مانند رهبری و تحمل عواطف منفی در این افراد جلوگیری کرده و باعث می‌شود که افراد مبتلا به آسم سطوح تاب آوری پایین تری در مقایسه با افراد سالم داشته باشند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سبک‌های رشد نیافته، رشد یافته، نوروپیک و تاب آوری، 50 درصد از واریانس آسیب پذیری روانی بیماران را تبیین کرده و از این میان سبک‌های رشد نیافته، رشد یافته و تاب آوری برای آسیب پذیری روانی بیماران دارای توان پیش بین معنا داری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که 30/7 درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر موثر بر آسیب

مه‌ار اضطراب ممکن است از مجموعه ای از مکانیسم‌های سه سبک استفاده کند. همچنین در توضیح این مقوله می‌توان بیان کرد که بیماران مبتلا به آسم که از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد استفاده می‌کنند گرایش بیشتری به استفاده از سبک دفاعی رشد نیافته در مقایسه با سبک دفاعی نوروپیک نشان می‌دهند. توضیح محتمل برای این یافته می‌تواند مربوط به تجربه اضطراب‌های متوالی ناشی از حملات آسم در این بیماران باشد که مانع از شکل‌گیری دفاع‌های رشد یافته در این بیماران شده است، زیرا که بسیاری از این بیماران از کودکی با این بیماری همراه بوده‌اند و امکان یادگیری دفاع‌های پخته‌تر شاید به علت مراقبت‌های ویژه والدین از آنان سلب گردیده است.

نتایج پژوهش نشان داد که تاب آوری و آسیب پذیری روانی رابطه منفی معناداری دارند. همچنین نتایج نشان داد که تاب آوری با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معناداری دارد. یافته‌های این پژوهش در راستای نتایج تحقیقات دیگر (برای مثال آگایی و ویلسون، 2005؛ آنگ و همکاران، 2006؛ سامانی و همکاران، 1386؛ رحیمیان و همکاران، 1387؛ سیو و همکاران، 2009؛ پرتو، 1389) می‌باشد. در این پژوهش‌ها به نقش موثر تاب آوری در سلامت روان اشاره شده است. به نظر می‌رسد که با توجه به مدل تاب آوری ماستن و پاول (1389) که تاکید دارد، ایجاد تاب آوری هرگز به صورت مستقیم ارزیابی نمی‌شود بلکه بیشتر با وجود هر دو عامل احتمال خطر و بروز

پذیری روانی بیماران (نظیر عوامل زیست شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می شود. همچنین با توجه عدم وجود یافته های متناظر در پیشینه، از این یافته می توان استنباط کرد که سبک های رشد نیافته، رشد یافته، نوروتیک و تاب آوری تأثیرشان بر آسیب پذیری بیماران تقریباً خوب بوده است.

عدم کنترل برخی از متغیرها به طور دقیق (مانند سن، سابقه آسم، شدت آسم و جنس ...) به دلیل کم بودن تعداد مراجعین یکی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. همچنین با

منابع

افضلی، محمد حسن؛ فتحی آشتیانی، علی؛ آزاد فلاح، پرویز (1387). مقایسه سبک ها و مکانیسم های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی اختیاری و افراد سالم، دوره 2، شماره 3، 245-252.

بشارت، محمدعلی (1386). تاب آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی، مجله علوم روانشناختی، شماره 24، 373-383.

بشارت، محمدعلی (1387). نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره 3 (پیاپی 39)، 181-190.

بشارت، محمدعلی؛ شریفی، ماندانا؛ ایروانی، محمد (1380). بررسی رابطه سبک های دل بستگی و مکانیسم های دفاعی، مجله روانشناسی، شماره 19، 277-289.

توجه به اینکه بیماران تحت نظر متخصص بوده و از دارو استفاده می کردند، امکان اثرگذاری داروها وجود دارد، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. پیشنهاد می شود پژوهش های وسیع تر بر روی سایر متغیرهای روانی - اجتماعی در افراد مبتلا به آسم انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده از آموزش های تاب آوری و راهبردهای مقابله با استرس برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم استفاده شود.

پدرام رازی، ش؛ بصام پور، ش. س؛ کاظم نژاد، ا (1386). «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم». مجله دانشکده پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره 13، شماره 1، 29-34.

پرتو، م (1389). «بهشیاری، تاب آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر با سنجش مدل تبیینی نقش متغیرهای واسطه ای و مکانیسم های تأثیرگذار». پایان نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران.

دلاور، ع (1388). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

رحیمیان بوگر، ا؛ اصغر نژاد فرید، ع. ا (1387). «رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب

مصرف مواد». پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

محمود علیلو، م؛ بیرامی، م؛ اعتمادی نیا، م؛ صمدی، م؛ راد، ب (1386). «مقایسه بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ تیپ شخصیتی A و هیجان‌های منفی و هیجان‌های مثبت تجربه شده و نقش جنسیت در آن». فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، 10(3)، 127-141.

مدانلو، ف (1388). «بررسی ارتباط تاب‌آوری، روش‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با وضعیت روانی زنان داغ‌دیده». پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی.

هالچین، ر. پی؛ ویتورن، س. ک (2003). آسیب‌شناسی روانی (ویراست چهارم)، ترجمه یحیی سید محمدی (1388)، تهران: نشر روان.

وفایی، ب؛ پوررحیمی، ف (1383). «بررسی نقش عوامل استرس‌زای زندگی در حمله آسم». مجله پزشکی ارومیه، سال 15، (2)، 142-147

Agaibi, C. E.; Wilson, J. P. (2005). "Trauma, PTSD, And Resilience. A Review Of The Literature". *Trauma, Violence, & Abuse*; 6(3), 195-216.

Andrews, G; Singh, M; Bond, M. (1993). "The Defense Style Questionnaires". *Journal Of Nervous And Mental Disease*; 181 (4) , 246-256.

Bond, M.; Perry, J. C. (2004). "Long-Term Changes in Defense Styles

آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، پیاپی 52، 62-70.

سامانی، س؛ جوکار، ب؛ صحراگرد، ن (1386). «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 13(3)، 295-290.

کوری، ج (2005). نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی (1389)، تهران: نشر ارسباران.

محمدپور یزدی، ا. ر؛ بیرشک، ب؛ فتی، ل؛ دژکام، م (1388). «مطالعه مورد - شاهدهی سبک‌های دفاعی و اضطراب حالت-صفت در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر». مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم، 1(41)، 7-14.

محمدی، م (1384). «بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء

With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders". *American Journal of Psychiatry*; 161(16), 65-71.

Carsten, S.; Sven, G.; Hans, J.; Freyberger, H.; Volzke, H.; Koch, B.; Schaper, Ch. (2011). "Mental Health Problem, Obstructive Lung Disease And Lung Function: Findings From The General Population". *Journal Of*

- Psychosomatic Research*, Available Online 22 April 2011.
- Conner, K. M.; Davidson, J. R. T. (2003). "Development of New Resilience Scale: The Conner-Davidson Resilience Scale(CD-RISC)". *Depression and Anxiety*; 18(2): 76-82.
- Cramer, P. (2000). "Defense Mechanisms in Psychology Today". *Journal of American Psychology*; 55(6), 637-646.
- Dura, A. E.; Anreua, Y; Galdona, J. M.; Murguib, S.; Povedac, R.; Jimenez, Y. (2006). "Psychological Assessment Of Patients With Temporomandibular Disorders, Confirmatory Analysis Of The Dimensional Structure Of The Brief Symptoms Inventory18B", *Journal Of Psychosomatic Research*; 60, 365-370.
- Frances, M.; Ford, M.; Hunter, M. J.; Hensley, A.; Gillies, S.; Carney, A.J; Smith, j.; Bamford, M.; Lenzer, G.; Lister, S.; Ravazdy, M. (1989). "Hypertension and Asthma: Psychological Aspects". *Social Science&Medicine*; 29(1), 79-84.
- Garmezzy, N.; Masten, A. (1991). "The protective role of competence indicators in children at risk. In E.M. cummings; Green, A. L; Karraki, K. H (Eds) , life span developmental psychology: perspectives on stress and coping". *Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates*; 151-174.
- Hayland, P.; Harbin, T. J.; Rathus, S. A. (1990). "The relationship between Asthma and negative emotional". *Journal of Behavioral Medicine*; 55, 110-121.
- Inzlicht, M.; Aronson, J.; Good, C.; Mc Kay, L. (2006). "A Particular Resiliency to Threatening Environments", *Journal Of Advanced Nursing*; 25, 123-129.
- Katon, W. J.; Richardson, L. (2004). "The relationship of Asthma and Anxiety disorders". *Journal of psychosomatic Research*; 30, 29-30.
- Kumpfer, K. L. (1999). *Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: Glantz, M .D: Johnson, J .L (Eds) , Resilience and development. New York: kluwer Academic publishers*;179-224.
- Latzring, T. D.; Block, J.; Funder, D. C. (2005). "Ego Control And Ego Resiliency: Generalization Of Self Report Scale Base On Personality Description From Acquaintances, Clinicians, And The Self". *Journal Of Research In Personality*; 29, 395-422.
- Ligia, L; Marina, P. G.; Marina, S. D. L. (2010). "Asthma: Study Of Associated Variables". *The Spanish Journal Of Psychology*; 1(13), 353-363.
- Masoli, M.; Fabian, D.; Holt, S.; Besley, R., editors (2003). *The global burden of asthma. University of Southampton, United Kingdom.*
- Offer, R.; Lavie, R.; Gothelf, D.; and Apter, A. (2000). Defense Mechanisms, Negative Emotions and Psychopathology in adolescent Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*; 41(1), 35-41.

- Ong, D.; Bergman, C.; Toni, S.; Bisconti, L.; Wallace, A. (2006). "Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life". *Journal of Personality and Social Psychology*; 91(4), 730-749.
- Punamaki, R. L.; Kanninen, K.; Qouta, S.; El-Sarray, E. (2002). "The Role of Psychological Defenses in Moderating Between Trauma And Post-Traumatic Symptoms Among Palestinian Men". *Int J Psychol*; 286-296.
- Rietveld, S.; Prins, P. J. (2005). "The relationship between Anxiety and somatic symptoms in people with Asthma". *Journal of personality & Social psychology*; 42, 725-730.
- Schotnik, A(2003). "Negative emotion & Asthma. Department of psychiatry and behavioral science"; 30, 29-30.
- Siu, C; Hui, H; Oi-ling; Phillips; David, R; LinLin; Naiwong-Tze; Shi,
- Kan (2009). "A Study Of Resiliency Among Chinese Health Care Workers: Capacity To Copy With Workplace Stree". *Journal Of Research In Personality*; 43(5), 770-776.
- Vaillant, G. E. (2003). "Mental Health. American". *Journal of Psychiatry*; 160, 1373-1384.
- Vaillant, G. E. (2000). "Adaptive Mental Mechanisms: Their Role In a Positive Psychology". *Am Psychol*; 55, 89-98.
- York, J.; Fleming, S. L.; Sholdman, C. M. (2005). "psychological ivterventions for children with asthma". *Coherance Database of systematic Review*; 4, 77-80.