



خواجه نوری، بیژن و دهقانی، رودابه. (۱۳۹۵). مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده: مورد مطالعه: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان، دو فصلنامه جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی ۳ (۷)، ۶۶ - ۳۷.

مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده مورد مطالعه: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان بیژن خواجه‌نوری^۱ رودابه دهقانی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

چکیده

نوجوانی را می‌توان مهم‌ترین دوره‌ی زندگی هر فرد دانست که ویژگی‌های رشدی آن می‌تواند بر اختلالات روانی- رفتاری فرد در آینده اثر بگذارد. به دلیل آن که بخش وسیعی از ساختار جمعیتی ایران را نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهند توجه به مسائل آنها حائز اهمیت است. از این رو این پژوهش به بررسی تأثیر اختلافات و درگیری‌های درون نهاد خانواده و والدین بر سلامت روان نوجوانان پرداخته است. در این پژوهش از روش پیمایش استفاده شده است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۶۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر شیراز هستند که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه است. در این تحقیق پاسخگویان به پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ) پاسخ دادند. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که درآمد خانواده، رفتار والدین با فرزندان در خانه و خارج از خانه و تعارضات والدین بر سلامت روان فرزندان تأثیر دارد. در نهایت مدل تحقیق توانست ۴۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید.

واژگان کلیدی: تعارضات نهاد خانواده؛ سلامت روان؛ نوجوان؛ شهر شیراز

^۱ دانشیار بخش جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول)، bkhaje@rose.shirzu.ac.ir
^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، roodabeh.dehghani1990@gmail.com

۱- مقدمه و بیان مسأله

تعارضات زناشویی و تأثیرات آن بر جوانان موضوع مطالعات فراوان بخصوص در خارج از ایران بوده است. بسیاری از پژوهش‌ها بر روی جنبه‌های آشکارتر و جزئی‌تر تعارضات همچون پرخاشگری زبانی و فیزیکی متمرکز شده‌اند. اما تأثیر تعارضات پنهان و ناآشکار، بیشتر از انظار اهل علم پوشیده مانده است. هنگامی که والدین در جریان تعارضات از یکدیگر کناره‌گیری می‌کنند و بحث‌ها و گفتگوهای آن‌ها حل نشده باقی می‌ماند، فرزندان بطور مستقیم از این تعارضات تأثیر می‌پذیرند؛ اگر چه این تأثیرات از دید والدین پنهان باقی می‌ماند. این وضعیت در نهایت روابط والدین و فرزندان را به خطر می‌اندازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناسازگاری زناشویی بهترین پیش‌بینی کننده برای مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان است (ویزه، مرادی، فدایی و حبیبی عسگرآبادی، ۱۳۸۷: ۱۶۳؛ ال‌شیخ، کورسب و اراث^۱، ۲۰۰۹: ۱؛ فرمن و دیویس^۲، ۲۰۰۵: ۹۰۳).

بر اساس بسیاری از مطالعات، نوجوانانی که در معرض ناسازگاری زناشویی افراطی والدین قرار گرفته‌اند، مشکلات روانشناختی بیشتری را تجربه کرده‌اند. این نوجوانان معضلات ناشی از ناسازگاری والدین را درونی کرده و مستعد ابتلاء به مشکلات سلامتی (از قبیل اضطراب، افسردگی) و همچنین ناسازگاری در روابط اجتماعی (مانند پرخاشگری) می‌شوند (بشردوست، ۱۳۸۳؛ سپهرمنش، احمدوند، یآوری و ساعی، ۱۳۷۸؛ کورس، کریستینا، کامینگز و دیویس^۳، ۲۰۱۰: ۵۲۷).

مسائل خانواده و نوجوانان در جامعه ما از حساسیت زیادی بر خوردار است. خانواده به عنوان یک عامل اساسی برای حفظ سلامت جامعه محسوب می‌گردد. علاوه بر این، خانواده به عنوان یک واحد زیستی-اجتماعی در جهت تربیت و پرورش ابعاد مختلف روحی - روانی و رشد عاطفی مطلوب اعضای جدید جامعه (کودکان و نوجوانان) نقش اساسی ایفا می‌کند. بنابراین هر گونه اختلال در کارکرد تربیتی خانواده می‌تواند نتایج زیان باری برای کارکرد جامعه‌پذیری آن‌ها ایجاد کند. در این میان، تعارضات والدین به عنوان یک عامل برجسته در رشد عاطفی و جامعه‌پذیری فرزندان مطرح می‌گردد. خصوصاً برداشت و نگرش فرزندان از این تعارضات می‌تواند مبنای الگوگیری آن‌ها برای رفتارهای آتی در دوران بزرگسالی و تشکیل

¹ El-Sheikh, Kourosb & Erath

² Forman & Davies

³ Kouros, Chrystyna, Cummings & Davies

خانواده گردد. همچنین این برداشت و نگرش بر وضعیت کنونی فرزندان نیز اثر گذاشته و سلامت جسمانی و روانی آنان را به خطر می اندازد. بنابراین، مطالعه ادراک نوجوانان از تعارضات زناشویی والدین و ارتباط آن با سلامت و روان شان از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

۲ - پیشینه تحقیق

۲-۱- تحقیقات گذشته

مسائل و مشکلات خانواده یکی از حوزه های قدیمی در جامعه شناسی است. بحث بر روی پدیده هایی همچون طلاق و پیامدهای آن برای فرزندان خانواده یکی از موضوعات جا افتاده در جامعه شناسی و علوم رفتاری همچون علوم تربیتی است. مطالعات در مورد طلاق در ایران و سایر کشورها از منظرهای مختلف بررسی شده است اما تعارضات و ناسازگاری والدین با یکدیگر و با فرزندان و همچنین تأثیرات آن بر فرزندان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در اینجا برخی از مطالعات مرتبط انجام شده در این حوزه مورد بررسی قرار خواهد گرفت:

توسلی و فاضل در مطالعه ای خود با استفاده از روش پیمایشی و بر روی نمونه ای ۳۷۷ نفری از دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران نشان دادند که تعامل والدین با یکدیگر و با فرزندان بر روی رفتارها و شخصیت آنها اثر قاطع دارد (توسلی و فاضل، ۱۳۸۱: ۱۳۰ و ۱۱۵).

فرقانی (۱۳۸۱) در مطالعه ای پیمایشی با نمونه ای ۲۰۰ نفری از دانش آموزان شهرضایی به همراه ۲۰۰ نفر پدر و ۲۰۰ نفر مادر با روش نمونه گیری خوشه ای و تصادفی ساده به بررسی رابطه ای میزان تعارضات زناشویی و سلامت روان پرداخته و دریافته است که بین تعارضات زناشویی والدین و همه مقیاسهای ۹ گانه SC1-90-R رابطه معناداری وجود دارد.

همچنین بشردوست در مطالعه ای که بر روی نمونه ۲۹۸ نفری از دختران دانش آموز مقطع راهنمایی شهر تهران با روش پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه انجام داده، به بررسی رابطه بین تعارضات زندگی زناشویی با سازگاری نوجوانان دختر راهنمایی شهر تهران پرداخته است. بطور کلی نتایج این پژوهش ها حاکی از آن است که ناسازگاری های زناشویی بر تربیت فرزندان تأثیر می گذارد. فرزندان والدینی که مرتباً دچار تعارض با یکدیگرند، دچار رفتارهای پرخاشگرانه و انزوای طلبانه می شوند. همچنین رفتارهای اضطرابی به ویژه در دختران این خانواده ها دیده می شود (بشردوست، ۱۳۸۳: ۳۹).

مطالعه پیمایشی زاده محمدی و همکارانش در شهر قم که بر روی نمونه ۵۰۵ نفری از دانش آموزان دختر صورت گرفته نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی و تعاملات والدین با یکدیگر بر وضعیت تحصیلی فرزندان نقش مؤثری داشته است. همچنین خانواده‌های اقشار پایین اجتماع در مقایسه با اقشار بالا وضعیت تحصیلی متفاوت و معناداری داشته‌اند (زاده محمدی و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۳۹). فولادچنگ نیز در مطالعه خود که با روش پیمایشی و ابزار پرسشنامه بر روی ۲۷۲ دانش آموز دبیرستانی انجام داده، نشان می‌دهد که الگوهای خانوادگی و بخصوص روابط والدین با بچه‌ها در سازگاری فرزندان نقش مهمی دارند (فولادچنگ، ۱۳۸۵: ۲۰۹). شریفی درآمدی در مطالعه‌ای علی-مقایسه‌ای که به بررسی بهداشت روانی ۲۲۸ نوجوانان دختر و پسر سه گروه طلاق، یتیم و عادی در شهر اصفهان پرداخته است، به این نتیجه رسیده که نمرات افسردگی، پرخاشگری، وسواس، اجبار، حساسیت متقابل و اضطراب فوبیک در فرزندان گروه طلاق بیشتر از دو گروه دیگر بوده است (شریفی درآمدی، ۱۳۸۶: ۷۱). سپهرمنش و همکاران در مطالعه‌ای که با روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در شهر کاشان بر روی ۴۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی انجام داده‌اند، بیان داشته‌اند که ۱۰ درصد از آن‌ها مشکوک به اختلالات روانی شناخته شده‌اند. شایع‌ترین این مشکلات روانی به ترتیب افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، اضطراب و پرخاشگری بوده است. این مطالعه نشان می‌دهد که این مسائل در خانواده‌هایی که دارای مشکلات اجتماعی بوده‌اند، بیشتر بوده است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین دو جنس (دختر و پسر) مشاهده شده است؛ بروز این مشکلات در پسرها بیش از دخترها بوده است (سپهرمنش و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۳).

احمدی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی به مطالعه خانواده‌های ۳۰ خلبان نظامی پرداخته‌اند. مطالعه آن‌ها نشان داده، فرزندان که حضور پدرشان در خانواده کمتر بوده است بیشتر دچار آسیب روانی و کاهش سلامت روان شده‌اند. این مشکلات در همسران این خلبانان نیز دیده شده است.

ویژه و همکارانش در مطالعه‌ی پیمایشی خود بر روی ۷۳۸ دانش‌آموز شهر تهران به مطالعه‌ی کودک‌آزاری پرداخته‌اند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داده که تفاوت معنی‌داری در میزان شیوع کودک‌آزاری در حیطة جسمی، بی‌توجهی عاطفی بر حسب جنس دانش‌آموزان، پایه تحصیلی و سابقه طلاق والدین وجود دارد. فریاد و ناسزا گفتن، بیشترین شیوع، و جلوگیری از رفت و آمد با دوستان و عدم اجازه ابراز عقیده کمترین شیوع را داشته‌اند. مشکلات در حیطة عاطفی، جسمی و بی‌توجهی در مورد کودکان طلاق بیشتر از سایر است (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۳۸۷).

۱۴۵ و ۱۴۶). در مطالعه قره‌باغی و وفایی (۱۳۸۸) بر روی مادران ۴۱۳ دانش‌آموز دختر و پسر دبستانی در شهر تهران که با استفاده از پرسشنامه صورت گرفته، مشخص شده است که رابطه معکوسی بین تعارضات زناشویی و نالایمی هیجانی با سلامت جسمانی و روانی-اجتماعی کودکان وجود دارد.

تحقیقات زیادی در خارج از ایران انجام شده که اذعان می‌کند ناسازگاری و اختلاف زناشویی نسبت به طلاق شاخص پیش‌بینی کننده بهتری برای مسائل و مشکلات عاطفی و رفتاری در فرزندان است (فرمن و دیویس^۱، ۲۰۰۵: ۹۰۳؛ کلر، کامینگز و دیویس^۲، ۲۰۰۵ (ب): ۹۴۸؛ مک اینتاش و کیشلم^۳، ۲۰۰۸: ۴۰؛ آلیری و ویدر^۴، ۲۰۰۵: ۲۰۹).

لیواس-دلات^۵ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه پیمایشی خود بر روی ۲۳۱ کودک و مادر انگلیسی-آمریکایی و اسپانیولی-آمریکایی نشان دادند که متغیر جامعه‌پذیری و عوامل خانوادگی بر روی سلامت روان افراد مورد مطالعه تأثیر داشته است. دیویس^۶ و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود بر روی روابط زناشویی و اثر آن بر سازگاری فرزندان، دریافتند که عدم کارایی روابط زناشویی (تعارضات زناشویی) با مشکلات عدم سازگاری فرزندان ارتباط دارد. این فرایند به طور غیر مستقیم حاکی از ناامنی احساسی در زمینه تضادهای پدر و مادر بوده است. بیبلارز و رافتری^۷ (۱۹۹۹) نیز در مطالعه خود که مبتنی بر داده‌های سرشماری ملی بوده، دریافت‌اند که تعارضات خانوادگی بر روی پیشرفت تحصیلی فرزندان اثر قاطعی دارد. در این میان نقش عدم سلامت روان به عنوان میانجی بین دو متغیر فوق مورد بحث قرار گرفته است.

در مطالعه‌ای که اولو و فیثیل اوغلو^۸ (۲۰۰۲) بر روی گروهی شامل ۲۳۲ نفر از دانش‌آموزان مدارس ترکیه در رابطه با خانواده‌های ناقص (خانواده‌هایی که به دلیل فوت و یا طلاق و مانند آن ناقص نشده‌اند) انجام داده‌اند، به بررسی رابطه ادراک این بچه‌ها از تعارضات زناشویی و درونی‌سازی و بیرونی‌سازی مشکلات توسط این بچه‌ها پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد که رابطه

¹ Forman & Davies

² Keller, Cummings & Davies

³ McIntosh & Chisholm

⁴ O'Leary & Vidair

⁵ Livas-Dlott

⁶ Davies

⁷ Biblarz & Raftery

⁸ Ulu & Fişiloğlu

معنی‌داری بین ادراکات این بچه‌ها از تعارضات زناشویی و مشکلات سلامت در بین آنها وجود دارد. دیویس و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که تعارضات خانوادگی تأثیرات منفی به لحاظ شناختی، عاطفی و جسمانی بر روی فرزندان ۵ تا ۱۹ ساله داشته است. کِلِر^۹ و همکاران (۲۰۰۵، الف) در مطالعه‌ای دیگر بر روی یک نمونه‌ی ۲۳۵ نفری از والدین بچه‌های یک مهد کودک به بررسی علائم افسردگی پدر و مادر، کارکرد خانواده و سازگاری فرزندان پرداخته‌اند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که علائم افسردگی والدین با افزایش درگیری‌های زناشویی، ناامنی ارتباطات زناشویی و کاهش گرمی روابط والدین با فرزندان و همچنین افزایش کنترل‌های والدین و مشکلات چند بُعدی فرزندان ارتباط دارد. روابط زناشویی به طور غیر مستقیم بر فرزندان تأثیرگذار بوده است. اویسن^{۱۰} (۲۰۱۰) با بررسی مطالعات انجام شده به نقش واسطه‌ای تعارضات خانوادگی و تعارضات والدینی اشاره کرده و بیان می‌کند که افزایش این تعارضات به کاهش سلامت روان اعضای خانواده منجر می‌شود.

۲-۲- مبانی و چارچوب نظری تحقیق

نظریه‌های سلامت روان در حوزه‌های مختلفی از علوم اجتماعی و انسانی به شکل مستقیم یا حاشیه‌ای مطرح می‌شوند. محرک‌های تنش‌زا^{۱۱} و منابع مقابله‌ای که مردم برای روبرو شدن با آن‌ها به کار می‌برند همگی نتایج موقعیت‌های اجتماعی است که الگوهای وسیع‌تر سازمان اجتماعی را منعکس می‌کنند. رویدادهای زندگی تنش‌زا و تنش‌های مزمن نوعاً منابع نزدیک پریشانی روانی هستند (هچ^{۱۲}، ۲۰۰۵: ۱۳۱). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی جامعه‌شناسی مرتبط با سلامت روان و بیماری‌های روانی در گذشته بر روی نشانه‌های اجتماعی همچون طبقه اجتماعی، قومیت و گروه‌های اقلیتی و یا جنسیت تأکید داشته‌اند (آنشنسل، روتر و لاکن بروک^{۱۳}، ۱۹۹۱). در این دیدگاه‌ها بر تأثیرات محرک‌های فشارزا و نتایج برآمده از آن‌ها که به شکل بیماری‌های جسمی و روانی خود را نشان می‌دهد، اشاره می‌شد. در واقع این رویکردها بر ترتیبات اجتماعی اساسی و فرایندهای ساختاری در مقیاس وسیع جامعه و نقش آن‌ها در سلامت روان تأکید کرده‌اند (اویسون، مک‌لئو و پیگسلیدو^{۱۴}، ۲۰۰۷: ۶۷). آن‌ها معتقدند که این

⁹ Keller

¹⁰ Avison

¹¹ Stressors

¹² Hatch

¹³ Aneshensel, Rutter & Lachenbruch

¹⁴ Avison, McLeod & Pescosolido

مدل‌ها تکمیل کننده و در برخی موارد، جایگزین یکدیگرند. اما در ورای شباهت فریبده این مدل‌ها، آن‌ها به لحاظ کیفیت سؤالاتی که مطرح می‌کنند و جواب‌هایی که فراهم می‌کنند، با یکدیگر تفاوت دارند (آنشنسل و دیگران، ۱۹۹۱).

روان‌شناسی اجتماعی، مکانیزم‌هایی را که از طریق آنها فرایندهای وسیع‌تر اجتماعی بر وضعیت روانی افراد تأثیر می‌گذارند روشن می‌کند. دورکیم و ماکس وبر در کارهای خود نشان داده‌اند که چگونه ویژگی‌های فردی ظاهری منعکس‌کننده‌ی نیروهای اجتماعی بیرونی و جمعی هستند. به باور آنها محرک‌های تنش‌زا و پریشانی عاطفی منتج شده از آنها ناشی از فرایندهای اجتماعی یکپارچگی اجتماعی، نابرابری، ارزش‌های فرهنگی و همچنین دگرگونی‌های تاریخی است (اویسون و دیگران، ۲۰۰۷: ۶۷).

آنشنسل^{۱۵} و همکاران (۱۹۹۱) مدل‌های نظری تبیین‌کننده‌ی سلامت روان را به دو گروه مدل‌های جامعه‌شناختی که بر نتایج بهداشت روانی تأکیدکننده بر الگوهای سازمان اجتماعی و مدل‌های پزشکی اجتماعی تأکیدکننده بر پیشایندهای اجتماعی^{۱۶} اختلالات روانی، تقسیم کرده‌اند. مدل جامعه‌شناسی تبیین می‌کند که چگونه ترتیبات اجتماعی هنجاری، شرایطی ایجاد می‌کند که به زندگی عاطفی مردم صدمه می‌زند. در مقابل، رویکرد پزشکی اجتماعی اختلال را پدیده‌ای نابهنجار می‌بیند و در جستجوی عناصر غیر معمولی زندگی فردی بر می‌آید تا این اختلال را توجیه کند. این رویکرد فشار را به عنوان متغیری مستقل در نظر گرفته و خصیصه‌های اجتماعی را به عنوان زمینه یا عوامل درآمیخته به تصویر می‌کشد. در عوض، رویکرد جامعه‌شناختی فشار را به عنوان نتیجه سازمان اجتماعی مفهوم‌سازی می‌کند و برای مثال آن را یک متغیر فرضی رابط^{۱۷} در نظر می‌گیرد.

تقریباً همه نظریه‌های موجود در باره اثرات ساختار خانواده بر فرزندان، حول روابط میان نوع خانواده و منابع تمرکز کرده‌اند. برای مثال در حوزه‌ی جامعه‌شناسی نظریه‌های جامعه‌پذیری، یادگیری و کنترل اجتماعی پیش‌بینی می‌کنند که فرزندان خانواده‌هایی که به

¹⁵ Aneshensel

¹⁶ Social antecedents

¹⁷ Intervening variable

لحاظ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی منابع کمتری در اختیار دارند، موفقیت کمتری دارند و یکی از دلایل آن کاهش و یا فقدان سلامت روان مناسب است (بیبلارز و رافتری^{۱۸}، ۱۹۹۹). دیدگاه جامعه‌پذیری، بر نقش اساسی والدین در شکل‌دادن به زندگی کودکان تأکید می‌کند. در خانواده‌هایی که ساختارشان به نحوی با مشکل روبرو شده است (تنها یکی از والدین با فرزندان زندگی می‌کند، و یا دچار تعارضات و درگیری‌ها هستند) ثبات خانواده برای فراهم ساختن حمایت و کنترل فرزندان سست می‌شود. رویدادهای عاطفی ناراحت‌کننده از قبیل مرگ یکی از والدین و یا طلاق، می‌تواند بر فرزندان تأثیرات مهمی داشته باشد. برای مثال مرگ و یا طلاق می‌تواند مسئولیت‌های مضاعفی بر دوش هر یک از والدین بگذارد. خود این امر بر احساس تندرستی هر یک از زوجین نیز تأثیرات منفی دارد. وضعیت‌های ذکر شده می‌تواند به ناهماهنگی والدینی، نظارت کمتر بر فرزندان، استبداد والدینی و موارد مشابهی منجر گردد که همگی سلامت فرزندان را به خطر می‌اندازد (بیبلارز و رافتری، ۱۹۹۹).

نظریه‌ی یادگیری^{۱۹}، خانواده را اولین پایگاه یادگیری فرزندان می‌داند. خانواده موظف است به فرزندان بیاموزد چگونه تا بزرگسالی در جامعه زندگی کنند. بچه‌هایی که بدون یکی از والدین زندگی می‌کنند و یا در خانواده‌هایی هستند که در آن‌ها تعارضات و نزاع‌های آشکار و نهان زیاد است، مدل‌های رفتاری را به درستی فرا نمی‌گیرند (پاول و پارسل^{۲۰}، ۱۹۹۷). آنها به خوبی یاد نمی‌گیرند که چگونه با دیگران تعامل داشته باشند؛ بخصوص تعامل با افرادی که در موقعیت‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند که از اقتدار بالایی برخوردار هستند (بیبلارز و رافتری، ۱۹۹۹). در خانواده‌هایی که به طریقی دچار مشکل می‌شوند، منابع مثبتی که لازمه‌ی یادگیری فرزندان است از بین می‌رود و در مقابل، آنان با منابع منفی روبرو می‌شوند. رخدادهایی که موجب بوجود آمدن خانواده‌های مشکل‌دار و یا ناقص (همچون خانواده‌های تک والدینی) می‌شود، در کوتاه مدت فشارزا هستند و بالقوه توانایی اثرگذاری بر مسیر زندگی طولانی فرزندان و سوق دادن آن‌ها به سمت راه‌های منفی را دارند (بیبلارز و رافتری، ۱۹۹۹؛ گلن و کرامر^{۲۱}، ۱۹۸۷). برخی تغییرات ساختار خانواده در جریان کودکی می‌تواند در آینده‌ی رفتاری فرزندان اثر داشته باشد. مشکلاتی که در فرایند جامعه‌پذیری فرزندان ایجاد می‌شود و در کنترل والدین بر فرزندان اختلال ایجاد می‌کند، در رفتارهای آینده‌ی آنها دیده می‌شود. زمانی که از

¹⁸ Biblarz & Raftery

¹⁹ Learning Theory

²⁰ Powell & Parcel

²¹ Glenn & Kramer

ساختار خانواده صحبت می‌شود بیشتر منظور این است که آیا هر دوی والدین فرزند یا فرزندان زنده‌اند و در صورت زنده بودن آنها، آیا با یکدیگر زندگی می‌کنند یا خیر.

دورکیم در مطالعه خود بر روی خودکشی یکی از مهمترین مطالعات تجربی جامعه‌شناسی کلاسیک را در حیطه سلامت روان مطرح کرد. وی در این مطالعه سعی داشت بدون در نظر گرفتن خصیصه‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی این افراد، ثابت کند سلامت روان در میان مقوله‌های اجتماعی متفاوت افراد به جهت رابطه‌شان با نیروهای اجتماعی تغییر می‌کند. در دیدگاه وی زمینه‌های اجتماعی یکپارچه، شامل هنجارهای منصفانه‌ای است که رفتارها و روابط انسان‌ها را تنظیم کرده و به وضعیت‌های روانی رضایت‌مند سوق می‌دهد. تغییرات ناگهانی در زندگی اجتماعی غالباً فرد را به شکستن ارزش‌ها و هنجارها سوق می‌دهد و متعاقباً منجر به پریشانی روانی می‌گردد. برای دورکیم پیوندهای اجتماعی میانه (نه خیلی ضعیف و نه خیلی سرکوب‌کننده) سلامت روان فرد را به حداکثر می‌رسانند. نهادهای اجتماعی خوب، افراد را به جامعه متصل می‌کند به نحوی که آنها احساس انزوا نکنند و خود را عضوی از جمع بدانند. تعداد بسیار زیادی از تحقیقات جامعه‌شناسی سلامت روان، به تأیید دیدگاه دورکیم و تأکید وی بر یکپارچگی اجتماعی به عنوان علت اساسی تندرستی^{۲۲} پرداخته‌اند (هرویتز، ۲۰۰۷: ۷۲).

با توجه به تحقیقات احمدی و همکاران (۱۳۸۷) و بشردوست (۱۳۸۳) یکی از یافته‌های با ثبات در ارتباط با سلامت روان مثبت، دل‌بستگی^{۲۴} به دیگر افراد است. در مقابل، عدم تجربه‌ی این دل‌بستگی با پریشانی روان ارتباط می‌یابد. به بیان کلی‌تر، درگیری‌های اجتماعی، در همه انواع آن، با سلامت روان مثبت مرتبط است. برای مثال حضور والدین در خانه می‌تواند به ارتباط گرم‌تر والدین با یکدیگر و با فرزندان و در نهایت کاهش انزوای اجتماعی فرزندان بی‌انجامد. هر چه یکپارچگی زوج‌های ازدواج کرده بیشتر شود، روابط حمایتی بیشتر می‌شود و پیوند با نهادهای اجتماعی می‌تواند بطور وسیعی برای این رابطه مفید باشد (هرویتز، ۲۰۰۷: ۷۲). به علاوه ازدواج کارکردهایی تنظیمی دارد که موجب انطباق با هنجارهای اجتماعی، سبک‌های زندگی مرسوم‌تر و کاهش همه نوع انحراف می‌شود. لین و همکارانش بر این باورند که، افرادی که تماس بیشتری با خانواده، دوستان و همسایه‌ها دارند، کمتر دچار پریشانی می‌شوند (لین، ۱۹۸۵: ۱۰۰).

²² - Well-being.

²³ Horwitz

²⁴ Attachment

و انسل^{۲۵}، ۱۹۹۹). در مقابل بر اساس پژوهش‌های جامعه‌شناسی سلامت روان، فقدان دل‌بستگی‌های با ارزش با رشد پریشانی مرتبط است.

خانواده، به عنوان یکی از عوامل جامعه‌پذیری، سازمانی اجتماعی است که در جهت یکپارچه کردن اعضای خود با جامعه وسیع‌تر گام برمی‌دارد. بدین جهت تعارضات خانوادگی و والدینی صدمات جدی به سلامت اعضای خانواده و فرزندان وارد می‌کند (آویسون، ۲۰۱۰: ۶۱۶). این صدمات از صدمات ناشی از طلاق بیشتر است (بیلارز و دیگران، ۱۹۹۹). تعارضات خانوادگی که خود موجب تخریب یکپارچگی بین اعضای خانواده می‌شود، از یک سو موجب کاهش سلامت روان والدین می‌گردد و از سوی دیگر موجب دوری هر چه بیشتر فرزندان از خانواده و والدین می‌شود که خود نشان دهنده‌ی کاهش سلامت روان آن‌هاست. یکپارچگی اجتماعی [در خانواده] منجر به دل‌بستگی فرد به گروه و اعضای آن می‌گردد که خود این امر به افزایش سلامت روان کمک می‌کند (هرویتز، ۲۰۰۷).

۳-۲- فرضیه‌های تحقیق

۱. میان مقطع تحصیلی دانش آموزان و سلامت روان آنها رابطه وجود دارد.
۲. میان میزان تعارضات والدین از دید فرزندان و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۳. میان میزان تعارضات والدین با فرزندان (در خانه و در مقابل دیگران) و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۴. میان وضعیت درآمد والدین و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۵. میان سطح تحصیلات والدین و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۶. میان طبقه‌ی اجتماعی خانواده و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۷. میان ساختار خانواده و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.
۸. میان میزان حضور والدین در خانه و سلامت روان نوجوانان رابطه وجود دارد.

²⁵ Lin, Ye & Ensel

۳- روش تحقیق

در تحقیق حاضر از روش پیمایش استفاده شده است. پرسشنامه‌ی خودگزارشی ابزار جمع‌آوری داده‌ها بوده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، دانش‌آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در شهر شیراز بوده‌اند. کل دانش‌آموزان دختر و پسر شهر شیراز برابر با ۵۲۸۲۸ نفر است که در چهار ناحیه به تحصیل مشغول‌اند (سازمان آموزش و پرورش فارس معاونت پژوهش و برنامه‌ریزی منابع انسانی، گروه طرح و برنامه). حجم نمونه با استفاده از فرمول لین^{۲۶} محاسبه شده است. نمونه‌ی گزینشی با ضریب پایایی ± 5 ، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و واریانس جمعیت ۵۰-۵۰ درصد (فرض بالاترین حد واریانس در جمعیت) برابر با ۶۰۰ نفر بود که سعی شد به طور مساوی بین دخترها و پسرها توزیع شوند. برای این هدف ۶۰۰ پرسشنامه میان دانش‌آموزان توزیع شد. با حذف پرسشنامه‌های ناقص و پرسشنامه‌هایی که عودت داده نشدند، در نهایت مقدار پرسشنامه‌های دریافتی تقریباً سالم و کامل به ۵۹۵ پرسشنامه رسید. شیوه‌ی نمونه‌گیری، تصادفی چند مرحله‌ای بود. بر اساس جمعیت هر ناحیه سهمی از نمونه به نواحی اختصاص یافت. سپس در هر ناحیه تعدادی از دبیرستان‌ها بطور تصادفی انتخاب و بر اساس جمعیت هر مدرسه نیز همچنان پرسشنامه‌ها به نسبت توزیع شدند.

در این تحقیق برای اندازه‌گیری ادراک نوجوانان از تعارضات زناشویی والدین، میزان تعارضات زناشویی والدین، نوع تعارضات زناشویی والدین، نارضایتی از تعارضات زناشویی والدین و تمایل به دوری از تعارضات زناشویی والدین از پرسشنامه‌ای محقق ساخته با طیف لیکرت استفاده شده است. جهت بررسی اعتبار آن از اعتبار صوری و برای بررسی پایایی آن نیز از روش ضریب آلفای کرونباخ بهره استفاده شده است. جهت سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی^{۲۷} (وضعیت جسمانی، فشار، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال با طیف لیکرت می‌باشد و چهار مؤلفه‌ی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه برای استفاده در ایران توسط تقوی (۱۳۸۲) مورد تأیید قرار گرفته است.

²⁶ Lin

²⁷ General Health Questionnaire

۱-۳- تعریف مفاهیم و ابزار اندازه‌گیری

۱-۱-۳- تعارضات زناشویی: استورات^{۲۸} معتقد است که تعارض موقعیتی است که در آن هر یک از شرکا به دنبال تمایلات شخصی خودشان هستند و قاعده‌ای جهت تصمیم‌گیری برای بدست آوردن منابع با ارزش نمی‌یابند (مقدس^{۲۹}، ۲۰۰۸). تعارضات زناشویی عبارت از عدم توافق یا عدم تطبیق بین شرکای زندگی است (کوئرر و فیتزپاتریک^{۳۰}، ۲۰۰۲). این تعارضات، دارای ابعاد مختلفی شامل خشونت فیزیکی، تهدید، خشم زبانی، خشم غیر زبانی و کناره‌گیری است. در پژوهش حاضر بر ادراک فرزندان از تعارضات زناشویی والدین خود تأکید شده است. برای سنجش این متغیر ابتدا تعدادی گویه انتخاب کرده و بعد از سنجش پایایی گویه‌ها، آنها را ادغام نمودیم؛ (نمونه‌هایی از گویه‌ها: وقتی والدینم با یکدیگر بحث می‌کنند: ۱- احساس می‌کنم که میان آنها گرفتار شده‌ام؛ ۲- من نگرانم که چه پیش خواهد آمد؛ ۳- یکدیگر را کوچک می‌کنند؛ ۴- می‌ترسم که چیز بدی رخ بدهد و ...) این متغیر در سطح مقیاس فاصله‌ای سنجیده شده است. میانگین طیف برابر با $(m=46/38)$ و انحراف معیار آن برابر با $(SD=17/20)$ بود. همچنین آلفای کرنباخ طیف تعارضات والدینی برابر با $(\alpha=0/93)$ بود.

۲-۱-۳- تعارضات والدین - فرزندان: این متغیر در واقع از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول، برخوردی است که والدین در مقابل دیگران با فرزندان‌شان دارند و بخش دوم برخوردی است که در خانه با فرزندان‌شان دارند. برای سنجش این متغیر تعدادی گویه انتخاب و بعد از سنجش پایایی گویه‌ها، آنها را ادغام نمودیم؛ (نمونه‌هایی از گویه‌ها: والدین تان در برخورد با شما چقدر هر یک از این رفتارها را بروز می‌دهند؟ ۱- ترساندن، ۲- مسخره کردن، ۳- تحقیر کردن، ۴- کتک زدن و ...) این متغیر در سطح مقیاس فاصله‌ای سنجیده شده است. میانگین طیف رابطه با فرزندان در میان دیگران برابر با $(m=15/08)$ و انحراف معیار آن برابر با $(SD=7/52)$ بود. همچنین آلفای کرنباخ آن برابر با $(\alpha=0/93)$ بود. میانگین طیف رابطه با والدین در خانه برابر با $(m=29/33)$ ، انحراف معیار آن برابر با $(SD=13/30)$ و آلفای کرنباخ آن نیز برابر با $(\alpha=0/94)$ بود.

²⁸ Stuart

²⁹ Moqaddas

³⁰ Koerner & Fitzpatrick

۳-۱-۳- **سلامت روان:** سلامت روان به قابلیت و توانایی فرد در تغییر و اصلاح محیط خویش و حل مناسب و منطقی تعارض های هیجانی و تمایلات شخصی اطلاق می گردد. سلامت روان با شاخص های افسردگی، اضطراب و استرس سنجیده می شود (خدارحیمی، ۱۳۸۰: ۱۵). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان عبارت از بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است. در پژوهش حاضر، شاخص سلامت روان نمره ای است که آزمودنی از چهار مؤلفه پرسشنامه سلامت روان بدست می آورد.

۴-۱-۳- **طبقه اجتماعی:** برای ارزیابی طبقه اجتماعی راه های مختلفی وجود دارد که مطالعه پیش رو از روش ذهنی استفاده شده است. همچنانکه بروس کوئن نیز اذعان می دارد «روش ذهنی کارآیی اش را در جوامع پهناور و ناهمگون، ثابت کرده است» (کوئن، ۱۳۷۰: ۱۷۹)

در این روش از پاسخگویان پرسیده می شود به نظر خودشان، به چه طبقه ای اجتماعی (بالا، متوسط، پایین) تعلق دارند. این متغیر در سطح مقیاس رتبه ای سنجیده شده است.

۵-۱-۳- **ساختار خانواده:** در این مطالعه منظور از ساختار خانواده این است که آیا هر دوی والدین دانش آموز زنده اند و در صورت زنده بودن آنها، آیا با یکدیگر زندگی می کنند یا خیر. برای این دو منظور سه سوال با پاسخ بلی یا خیر مطرح شده است. این متغیرها در سطح مقیاس اسمی سنجیده شده اند.

همچنین متغیرهای درآمد والدین در سطح سنجش رتبه ای و میزان تحصیلات آنها نیز در سطح سنجش فاصله ای سنجیده شده اند.

۴- یافته های پژوهش

جدول شماره ۱ نشان می دهد که بین سطوح مختلف تحصیلی در ارتباط با سلامت روان و مؤلفه های آن تفاوت معنی داری وجود دارد. این تفاوت در مورد دو مؤلفه ای اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی معنی دار نبوده اما در مورد دو مؤلفه ای دیگر یعنی وضعیت جسمانی بهتر و عدم فشار و همچنین طیف کلی سلامت روان معنی دار بوده است. مقادیر F بدست آمده در سطح بیش از ۹۵ درصد اطمینان، نشان دهنده معنی داری این رابطه است.

جدول ۱: آزمون تفاوت میانگین بهداشت روان بر حسب مقطع تحصیلی دانش آموزان

سطح معنی داری F	مقدار F	میانگین مربع‌ها	جمع مربع‌ها	منبع تغییرات	
۰/۰۰۳	۴/۶۸	۵۸/۱۲۸	۲۵۵/۳۸۵	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۸/۱۹۳	۱۰۳۷۰/۰۱۶	آزمون درون گروهی	
۰/۰۳۲	۲/۹۵	۸۵/۳۳۴	۲۵۶/۰۰۲	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۸/۸۸۳	۱۶۳۱۸/۷۵۱	آزمون درون گروهی	
۰/۵۱	۰/۷۷	۴۸/۲۳۸	۱۴۴/۷۱۳	آزمون بین گروهی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۶۲/۳۸۶	۳۶۰۵۸/۹۵۷	آزمون درون گروهی	
۰/۱۲۱	۱/۹۵	۵۱/۹۹۸	۱۵۵/۹۹۳	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۲۶/۷۲۸	۱۵۴۷۵/۳۵۹	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۵	۴/۲۶	۱۳۳۱/۱۲۹	۳۹۹۳/۳۸۸	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۱۲/۵۷۰	۱۶۷۵۳۷/۳۶	آزمون درون گروهی	

یکی از شاخص‌های ساختار خانواده، حضور والدین است. بنا به فرضیه در خانواده‌هایی که به دلیلی پدر یا مادر وجود ندارند و ساختار خانواده دچار مشکل می‌شود، فرزندان دچار مشکل سلامت روان می‌گردند. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که داشتن یا نداشتن پدر بر روی سلامت روان و برخی از مؤلفه‌های آن اثر داشته است. تنها مؤلفه‌های فشار و وضعیت جسمانی تحت تأثیر زنده بودن یا نبودن پدر نبوده‌اند. جدول شماره ۳ نیز نشان می‌دهد که با یکدیگر زندگی کردن یا نکردن والدین می‌تواند بر سلامت روان فرزندان و مؤلفه‌های سازنده‌ی آن تأثیر داشته باشد. در تمامی آزمون‌های انجام شده (در جدول شماره ۳) کسانی که پدر و مادرشان با یکدیگر زندگی می‌کنند، در همه ابعاد سلامت روان و طیف کلی آن، از نمرات بالاتری برخوردار بوده‌اند.

جدول ۲: مقایسه میانگین سلامت روان دانش آموزان بر حسب زنده بودن پدر

سطح معنی داری	مقدار T	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد موارد	زنده بودن پدر	
۰/۰۵۰	۱/۹۶۳	۴/۲۱	۱۵/۳۶	۵۴۷	بلی	وضعیت جسمانی بهتر
		۵/۶۶	۱۳/۶۴	۲۵	خیر	
۰/۰۸۷	۱/۷۱۴	۵/۳۱	۱۳/۹۶	۵۴۲	بلی	عدم فشار
		۶/۵۸	۱۲/۰۸	۲۵	خیر	
۰/۰۳۹	۲/۰۶۹	۷/۸۱	۲۹/۹۷	۵۵۴	بلی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۹/۱۲	۲۶/۶۴	۲۵	خیر	
۰/۰۰۵	۲/۷۸۹	۵/۱۳	۱۳/۰	۵۵۵	بلی	عدم افسردگی
		۵/۷۴	۱۰/۱۲	۲۶	خیر	
۰/۰۲۲	۲/۲۸۹	۱۷/۴۴	۷۲/۱۸	۵۱۳	بلی	سلامت روان کلی
		۲۳/۲۲	۶۳/۷۱	۲۴	خیر	

جدول ۳: مقایسه میانگین سلامت روان دانش آموزان بر حسب با یکدیگر زندگی

کردن والدین

سطح معنی داری	مقدار T	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد موارد	با هم زندگی کردن	
۰/۰۲۱	۲/۳۹۸	۴/۲۱	۱۵/۴۱	۵۳۳	بلی	وضعیت جسمانی بهتر
		۵/۱۳	۱۳/۴۴	۴۱	خیر	
۰/۰۱۲	۲/۵۳۵	۵/۳۲	۱۴/۰۱	۵۲۹	بلی	عدم فشار
		۶/۰۸	۱۱/۷۸	۴۰	خیر	
۰/۰۱۸	۲/۳۶۷	۷/۸۵	۳۰/۰۰	۵۴۱	بلی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۸/۱۰	۲۶/۹۵	۴۰	خیر	
۰/۰۱۵	۲/۴۳۰	۵/۱۵	۱۳/۰۱	۵۴۲	بلی	عدم افسردگی
		۵/۳۰	۱۰/۹۸	۴۱	خیر	
۰/۰۰۴	۲/۸۷۵	۱۷/۴۸	۷۲/۳۰	۵۰۲	بلی	سلامت روان کلی
		۲۰/۸۰	۶۳/۶۲	۳۷	خیر	

جدول شماره ۳ و ۴ به میزان حضور والدین در طول روز در خانه پرداخته است. میزان حضور والدین در خانه به عنوان یکی از شاخص‌های دلبستگی به خانواده می‌تواند از یکسو به گرمای روابط والدین با یکدیگر و با فرزندان و در نتیجه کاستن انزوای اجتماعی فرزندان بی‌انجامد. با توجه به نتایج آماری میزان حضور والدین می‌تواند بر روی طیف سلامت روان و برخی از مؤلفه‌های آن اثر بگذارد.

جدول ۴: مقایسه میانگین سلامت روان دانش‌آموزان بر حسب میزان حضور پدر در خانه

سطح معنی‌داری F	مقدار F	میانگین مربع‌ها	جمع مربع‌ها	منبع تغییرات	
۰/۰۰۱	۳/۵۴۹	۶۳/۴۱۰	۵۰۷/۲۸۱	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۷/۸۶۷	۱۰۰۵۸/۹۶۲	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۰	۳/۹۱۳	۱۰۹/۳۶۰	۸۷۴/۸۸۳	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۷/۹۴۹	۱۵۵۹۵/۵۲۳	آزمون درون گروهی	
۰/۱۵۶	۱/۴۹۴	۹۲/۶۲۵	۷۴۰/۹۹۹	آزمون بین گروهی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۶۲/۰۱۲	۳۵۳۴۶/۷۲۱	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۰	۳/۶۷۴	۹۵/۳۳۱	۷۶۲/۶۴۹	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۲۵/۹۴۹	۱۴۸۴۳/۰۷۹	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۰	۴/۴۱۴	۱۳۳۹/۷۳۴	۱۰۷۱۷/۸۶۹	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۰۳/۵۴۵	۱۶۰۲۷۱/۶۴	آزمون درون گروهی	

جدول ۵: مقایسه میانگین سلامت روان دانش آموزان بر حسب میزان حضور مادر در خانه

سطح معنی داری F	مقدار F	میانگین مربعها	جمع مربعها	منبع تغییرات	
۰/۰۰۰	۴/۱۸۰	۷۴/۰۸۷	۵۹۲/۶۹۸	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۷/۷۳۴	۹۹۲۵/۳۵۱	آزمون درون گروهی	
۰/۰۱۹	۲/۳۲۰	۶۶/۲۳۶	۵۲۹/۸۱۱	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۸/۵۴۳	۱۵۸۴۱/۱۰۲	آزمون درون گروهی	
۰/۳۶۶	۱/۰۹۳	۶۷/۹۵۸	۵۴۳/۶۶۱	آزمون بین گروهی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۶۲/۱۹۰	۳۵۳۸۵/۸۵۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۲۰	۲/۲۸۷	۶۰/۴۵۱	۴۸۳/۶۱۲	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۳۶/۴۳۷	۱۵۰۶۹/۰۱۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۱۱	۲/۵۲۵	۷۸۷/۷۵۹	۶۳۰۲/۰۷۲	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۱۲/۰۲۵	۱۶۴۴۳۷/۳۶	آزمون درون گروهی	

جدول شماره ۶ تا ۸ به بررسی رابطه متغیرهای درآمد والدین و طبقه اجتماعی و سلامت روان فرزندان پرداخته است. آمارهای جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که میزان درآمد پدر بر سلامت روان فرزندان مؤثر است. البته این رابطه، در خصوص اختلال در کارکرد اجتماعی صدق نمی‌کند. همچنین در مورد درآمد مادر (جدول شماره ۷) می‌توان گفت که این متغیر بر سلامت کلی روان پاسخگویان اثر دارد ولی بر برخی از ابعاد طیف سلامت روان (وضعیت جسمانی بهتر، فشار و افسردگی) تأثیری نداشته است. نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که طبقه‌ی اجتماعی بر میزان سلامت روان پاسخگویان اثر داشته است.

جدول ۶ : آزمون تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب درآمد پدر دانش آموزان

سطح معنی داری F	مقدار F	میانگین مربع‌ها	جمع مربع‌ها	منبع تغییرات	
۰/۰۰۰	۵/۱۶	۹۱/۸۳۴	۳۶۷/۳۳۸	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۷/۸۱۱	۳۵۹۶/۹۰۲	آزمون درون گروهی	
۰/۰۱۰	۳/۳۶	۹۵/۴۷۰	۳۸۱/۸۸۲	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۸/۴۴۶	۱۵۲۷۵/۳۲۳	آزمون درون گروهی	
۰/۱۱۲	۱/۸۹	۱۱۴/۹۵۶	۴۵۹/۸۲۴	آزمون بین گروهی	عدم اختلال در کارکرد اجتماعی
		۶۰/۹۷۹	۳۳۴۷۷/۶۶۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۱۳	۳/۲۱	۸۳/۳۱۱	۳۳۳/۲۴۵	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۲۵/۹۲۹	۱۴۲۶۱/۱۰۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۱	۴/۴۷	۱۴۱۵/۰۹۶	۵۶۶۰/۳۸۳	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۰۳/۰۷۰	۱۵۴۸۶۸/۹۹	آزمون درون گروهی	

جدول ۷: آزمون تفاوت میانگین بهداشت روان بر حسب درآمد مادر دانش آموزان

سطح معنی داری F	مقدار F	میانگین مربع ها	جمع مربع ها	منبع تغییرات	
۰/۲۴۴	۱/۳۶۸	۲۴/۶۸۵	۹۸/۷۴۱	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۸/۰۴۱	۹۹۵۸/۳۷۵	آزمون درون گروهی	
۰/۱۶۸	۱/۶۲۰	۴۶/۳۷۳	۱۸۵/۴۹۱	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۸/۶۱۹	۱۵۶۵۴/۳۳۵	آزمون درون گروهی	
۰/۰۳۲	۲/۶۵۴	۱۶۱/۷۴۴	۶۴۶/۹۷۷	آزمون بین گروهی	عدم اختلال کارکرد اجتماعی
		۶۰/۹۳۷	۳۴۱۲۴/۸۲۱	آزمون درون گروهی	
۰/۲۱۳	۱/۴۶۱	۳۸/۵۵۴	۱۵۴/۲۱۷	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۲۶/۳۸۵	۱۴۸۰۱/۹۷۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۲۸	۲/۷۴۷	۸۳۷/۶۸۷	۳۳۵۰/۷۴۷	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۰۴/۹۷۲	۱۶۱۹۳۶/۰۵	آزمون درون گروهی	

جدول ۸ : مقایسه میانگین سلامت روان دانش آموزان بر حسب طبقه اجتماعی پاسخگویان

سطح معنی داری F	مقدار F	میانگین مربع‌ها	جمع مربع‌ها	منبع تغییرات	
۰/۰۵۲	۲/۹۷۸	۵۵/۱۱۰	۱۱۰/۲۱۹	آزمون بین گروهی	وضعیت جسمانی بهتر
		۱۸/۵۰۴	۱۰۳۳۹/۰۸۰	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۲	۶/۱۳۷	۱۷۴/۶۵۸	۳۴۹/۳۱۶	آزمون بین گروهی	عدم فشار
		۲۸/۴۵۹	۱۵۸۸۰/۱۹۲	آزمون درون گروهی	
۰/۵۲۷	۰/۶۴۲	۴۰/۲۱۷	۸۰/۴۳۳	آزمون بین گروهی	عدم اختلال کارکرد اجتماعی
		۶۵/۶۲۳	۳۵۶۹۵/۳۲۶	آزمون درون گروهی	
۰/۰۰۸	۴/۸۸۹	۱۲۹/۵۶۵	۲۵۹/۱۳۱	آزمون بین گروهی	عدم افسردگی
		۲۶/۵۰۰	۱۵۱۵۷/۱۵۴	آزمون درون گروهی	
۰/۰۳۰	۳/۵۳۳	۱۱۱۱/۶۶۸	۲۲۲۲/۳۳۵	آزمون بین گروهی	سلامت روان کلی
		۳۱۴/۶۳۵	۱۶۶۴۴/۱۹	آزمون درون گروهی	

جدول شماره ۹ به بررسی رابطه برخی از متغیرهای مستقل با سلامت روان و مؤلفه‌های آن پرداخته است. همچنانکه نتایج نشان می‌دهند میزان تحصیلات پدر بر سلامت روان فرزندان اثر مثبت داشته است. به عبارت دیگر هر چه پاسخگویان دارای پدرانی با تحصیلات بالاتر باشند از نمره سلامت روان بالاتری برخوردارند. با توجه به سطح معنی‌داری و تعداد پاسخگویان رابطه این دو متغیر را می‌توان در حد نسبتاً متوسط ارزیابی کرد. رابطه سلامت روان پاسخگویان با تحصیلات مادران‌شان ضعیف لیکن معنی‌دار و مثبت است. دانش آموزانی که دارای مادرانی با

تحصیلات بالاتر هستند از نمره سلامت روان بالاتری نیز برخوردارند. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تعارضات والدین با یکدیگر رابطه منفی با سلامت روان پاسخگویان و ابعاد آن داشته است. آماره‌ها جدول شماره ۹ نشان می‌دهند که رابطه دو متغیر معنی‌دار و منفی بوده است. همچنین رابطه تعارضات والدین با مؤلفه‌های سلامت روان نیز برخلاف برخی از متغیرهای پیشین کاملاً مرتبط و در سطح بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار بوده است. تعارضات رفتاری والدین با فرزندان در مقابل دیگران و دور از چشم دیگران در خانه با متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن در سطح بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار و معکوس است. به بیان دیگر پاسخگویانی که والدین آنها در مقابل دیگران و یا در خانه با آنها برخوردهای خشن و توهین‌آمیز چه به لحاظ کلامی و چه بدنی (فیزیکی) بیشتری داشته‌اند از سلامت روان کمتری برخوردارند. این دانش آموزان وضعیت جسمانی نامطلوب‌تر، احساس فشار بیشتر، اختلال کارکرد اجتماعی بیشتر، افسردگی بیشتر و نهایتاً نمره سلامت روانی کمتری دارند. بنابراین مشاهده می‌شود که روابط خانوادگی در مقایسه با سایر متغیرهای دیگر مورد مطالعه از اهمیت بیشتری برخوردار بوده‌است.

جدول ۹: رابطه‌ی بین برخی از متغیرهای مستقل با سلامت روان و مؤلفه‌های آن

وضعیت جسمانی خوب	عدم فشار	عدم اختلال کارکرد اجتماعی	عدم افسردگی	سلامت روان	
۰/۰۹۴*	۰/۰۹۰*	۰/۰۵۸	۰/۰۶۸	۰/۱۱۳**	میزان تحصیلات پدر
۰/۱۰۰*	۰/۰۴۰	۰/۰۵۲	۰/۰۸۵*	۰/۰۹۰*	میزان تحصیلات مادر
-۰/۳۰۲**	-۰/۳۳۷**	-۰/۲۵۹**	-۰/۳۴۰**	-۰/۳۹۳**	تعارضات والدین با یکدیگر
-۰/۳۷۵**	-۰/۳۹۴**	-۰/۲۶۲**	-۰/۴۱۱**	-۰/۴۴۳**	تعارضات والدین با فرزندان در مقابل دیگران
-۰/۳۹۵**	-۰/۴۵۴**	-۰/۲۷۹**	-۰/۴۱۳**	-۰/۴۹۰**	تعارضات والدین با فرزندان در خانه

** P<۰/۰۱, *P<۰/۰۵

جدول شماره ۱۰ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره را به روش مرحله به مرحله برای متغیر وابسته سلامت روان نشان داده است. داده‌های جدول نشان‌دهنده آن است که از میان متغیرهای مستقل، پنج متغیر تعارضات والدین با فرزندان در خانه، تعارضات والدین با یکدیگر، طبقه اجتماعی، مقطع تحصیلی پیش دانشگاهی و مقطع تحصیلی سال سوم دبیرستان، به ترتیب وارد معادله شده‌اند. همبستگی بین اولین متغیر وارد شده به معادله (تعارضات والدین با فرزندان در خانه) با متغیر وابسته $(\beta = -0/444)$ است. نزدیک به ۳۲ درصد تغییرات متغیر وابسته توسط این متغیر تبیین می‌شود. دومین متغیر وارد در معادله، تعارضات والدین با یکدیگر است. این متغیر به همراه متغیر پیشین، $34/5$ درصد تغییرات متغیر سلامت روان دانش آموزان را پیش‌بینی می‌کند. $2/5$ درصد تغییرات متغیر وابسته در مرحله دوم مربوط به این متغیر است.

در مرحله سوم طبقه اجتماعی (بالای) دانش آموزان وارد معادله شده است. این متغیر یک متغیر ظاهری یا جعلی^{۳۱} است. به بیان دیگر از آنجا که طبقه اجتماعی با استفاده از مقیاس رتبه‌ای سنجیده شده بود، برای وارد کردن آن به معادله‌ی رگرسیونی، به متغیری ظاهری تبدیل شد. در اینجا با توجه به نتایج بتای بدست آمده مشاهده می‌شود که دانش‌آموزان طبقه بالای جامعه نسبت به سایر طبقات $13/7$ درصد از سلامت روان بیشتری برخوردار بوده‌اند. نتایج بررسی‌های بعدی نشان داد که میزان تحصیلات والدین و میزان درآمد پاسخگویانی که خود را متعلق به طبقات بالاتر می‌دانستند، نسبت به طبقات پایین‌تر، بالاتر بوده است. همچنانکه والدین با درآمدها و تحصیلات بالا تعارضات کمتری با فرزندان نشان داشته‌اند.

مقطع تحصیلی پیش دانشگاهی چهارمین متغیری است که وارد معادله شد. با ورود این متغیر به معادله، توان پیش‌بینی مدل به $38/6$ درصد رسید. از آنجا که این متغیر نیز در ابتدا یک متغیر مقوله‌ای بود، لذا برای وارد کردن آن به معادله‌ی رگرسیونی، آن را به متغیری ظاهری تبدیل کردیم. لذا در تفسیر آن می‌توان گفت که دانش‌آموزان پیش دانشگاهی نسبت به سایر دانش‌آموزان $15/4$ درصد کمتر از سلامت روان برخوردار بوده‌اند.

متغیر پنجم، مقطع تحصیلی سوم دبیرستان بود. همبستگی این دانش‌آموزان نسبت به سایر دانش‌آموزان برابر با $0/146$ - بود (روند کاهشی). بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که دانش‌آموزان سال‌های بالاتر نسبت به سال‌های پایین‌تر از سلامت روان کمتری برخوردار بوده‌اند.

³¹- Dummy Variable.

جدول ۱۰: متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون برای تبیین واریانس سلامت روان دانش‌آموزان

مراحل	متغیر	R	R ^۲	F	Sig F	Beta	T	Sig. T
اول	تعارضات والدین با فرزندان در خانه	۰/۵۶۲	۰/۳۱۶	۸۷/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۴ -	-۶/۴۷۳	۰/۰۰۰
دوم	تعارضات والدین با یکدیگر	۰/۵۸۷	۰/۳۴۵	۴۹/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۲۱۲ -	-۳/۰۷۱	۰/۰۰۲
سوم	طبقه اجتماعی	۰/۶۰۷	۰/۳۶۸	۳۶/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۱۳۷	۲/۴۱۱	۰/۰۱۷
چهارم	مقطع تحصیلی دانش‌آموزان (پیش دانشگاهی)	۰/۶۲۱	۰/۳۸۶	۲۹/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۱۵۴ -	-۲/۶۸۲	۰/۰۰۸
پنجم	مقطع تحصیلی دانش‌آموزان (سال سوم دبیرستان)	۰/۶۳۷	۰/۴۰۶	۲۵/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۱۴۶ -	-۲/۵۳۰	۰/۰۱۲

۵- بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر تأثیر عوامل اجتماعی- اقتصادی و تعارضات خانوادگی بر سلامت روان در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است. بر اساس نظریه‌ای مبتنی بر آراء دورکیم و نظریه‌ی جامعه‌پذیری^{۳۲}، هشت فرضیه استخراج شد. روش پژوهش، پیمایش و ابزار جمع‌آوری، اطلاعات پرسشنامه بوده است. با توجه به نظریه مورد استفاده، یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان فرزندان، ساختار خانواده است. در خانواده‌هایی کامل، فرزندان از سلامت روان بیشتری برخوردارند اما در خانواده‌هایی که یکی از والدین به دلیلی حضور ندارد (مرگ، طلاق و...) فرزندان سلامت روان کمتری داشته‌اند. نتایج بدست آمده نشان داد که میزان حضور بیشتر پدر و مادر در خانه و زندگی کردن آنها با یکدیگر از عوامل مهم مؤثر بر سلامت روان فرزندان است. زیرا حضور بیشتر والدین در خانه الفت و دلبستگی

³² Socialization Theory

میان اعضای خانواده را بالا می‌برد و در نتیجه باعث می‌شود فرزندان از سلامت روان بیشتری برخوردار گردند. این نتایج با یافته‌های انجام شده در داخل کشور (احمدی و دیگران، ۱۳۸۷؛ شریفی درآمدی، ۱۳۸۶؛ هرویتر، ۲۰۰۷؛ بیلارز و رفتری، ۱۹۹۹؛ کامارا و رسنیک، ۱۹۸۹؛ گلن و کرامر، ۱۹۸۷) همسو است. مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده همچون طبقه‌ی اجتماعی، درآمد و تحصیلات والدین بر روی سلامت فرزندان اثر دارد. فرزندان خانواده‌هایی که از طبقات اجتماعی بالا، با درآمد و تحصیلات بالاتر هستند از سلامت روان بیشتری برخوردارند. این نتایج با یافته‌های (آنشسنسل و دیگران، ۱۹۹۱) در خصوص رابطه‌ی بین سلامت روان و طبقه‌ی اجتماعی همخوانی داشته است. جستار پیش رو بازگوکننده این امر است که بین درآمد و تحصیلات والدین با سلامت روان فرزندان رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد. در این باره می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که والدین با تحصیلات بالاتر احتمالاً توانایی بیشتری در خصوص حل مسائل فرزندانشان دارند، و می‌توانند مشکلات آنها را با تدبیرهای مناسب‌تر حل نمایند. از سوی دیگر والدینی که دارای درآمدهای بالاتر هستند به دلیل آنکه بهتر می‌توانند به تقاضاهای فرزندانشان پاسخ دهند کمتر با فرزندان دچار تعارض می‌شوند و از سرکوب نیازهای فرزندان اجتناب می‌کنند.

مطالعه حاضر در سطح روابط دو متغیره نشان داد که بین تعارضات والدین با یکدیگر و با فرزندان در خانه و در میان افراد دیگر و سلامت روان فرزندان رابطه معنی‌دار معکوس و نسبتاً قوی وجود دارد. نوجوانانی که گزارش کرده‌اند بین والدینشان تعارضات زیادی وجود دارد، از سلامت روان کمتری برخوردار بوده‌اند.

یکی از متغیرهای زمینه‌ای که با متغیر سلامت روان دارای رابطه بوده است، مقطع تحصیلی است. در این پژوهش نشان داده شد که هر چه مقطع تحصیلی بالاتر می‌رود میزان سلامت روان نوجوانان کمتر می‌شود. این امر می‌تواند به دلیل مسائل مربوط به دوران بلوغ و یا افزایش فشارهای درسی در مقاطع بالاتر و یا سایر مسائل دیگر باشد.

نتایج بدست آمده از تکنیک رگرسیون نشان داد که پنج متغیر تعارضات والدین با فرزندان در خانه، تعارضات والدین با یکدیگر، طبقه اجتماعی، مقطع پیش‌دانشگاهی و سال سوم دبیرستان بیشترین تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. ورود این متغیرها در مدل، نشان دهنده اهمیت آنها در تبیین سلامت نوجوانان است و نظریه استفاده شده را مورد تأیید قرار داده است. این متغیرها در سطح روابط دو متغیره نیز دارای رابطه با متغیر وابسته بودند. بر اساس نتایج حاصل از آزمون، مهمترین متغیری که سلامت روان دانش آموزان را تبیین

می‌کند، تعارضات والدین با فرزندان در خانه است. این متغیر خود تحت تأثیر متغیرهای اقتصادی- اجتماعی قرار دارد. متغیر اول و دوم که وارد معادله شده‌اند نشان دهنده ضعف پیوندهای خانوادگی و دل‌بستگی اعضای خانواده است. با بالا رفتن میزان تعارضات خانوادگی و زناشویی شاهد کاهش سلامت روان فرزندان هستیم. سومین متغیر در معادله رگرسیونی، طبقه اجتماعی است که خود از متغیرهای اقتصادی- اجتماعی است. با بالا رفتن طبقه اجتماعی والدین، شاهد افزایش میزان سلامت روان فرزندان هستیم. متغیرهای چهارم و پنجم مقاطع تحصیلی پیش دانشگاهی و سوم دبیرستان بوده‌اند. این متغیر را می‌توان از دو جهت مورد بررسی قرار داد. از یک جهت با افزایش سن، احتمالاً درگیری‌های اجتماعی و بحران‌های دوران بلوغ بیشتر شده و در نتیجه مشکلات روانی نوجوانان افزایش می‌یابد. همچنین با بالا رفتن مقطع تحصیلی فشارهای درسی نیز بیشتر می‌گردد که خود به افزایش مشکلات روانی نوجوانان می‌انجامد. به نظر می‌رسد که لازم است تا در این مورد مطالعات بیشتری انجام شود. در مجموع با حضور پنج متغیر فوق رابطه کلی مدل رگرسیونی با متغیر سلامت روان نسبتاً قوی ($R^2 = 0.637$) و قدرت تبیین مدل در پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته نزدیک به ۴۱ درصد بوده است ($R^2 = 40.6$).

از آنجا که تعارضات خانوادگی و بخصوص تعارضات والدین با یکدیگر و با فرزندان بیشترین توان تبیین‌کنندگی تغییرات سلامت روان نوجوانان را داشته است، لذا لازم است تا بر روی روابط خانوادگی و بهبود آنها بیشتر تأکید شود. لزوم اجرای برنامه‌هایی در جهت کاستن از تنش‌های خانوادگی توسط سازمان‌های ذی‌ربط همچون سازمان صدا و سیما، بهزیستی و مراکز مشاوره به شدت احساس می‌شود. این برنامه‌ها عمدتاً باید به شکل کارگاه‌های حل مسئله ارائه گردد تا با توانمندسازی خانواده‌ها از تنش‌های خانوادگی بکاهد. همچنانکه مشاهده شد، در خانواده‌هایی که دارای والدین تحصیل کرده‌تر هستند، میزان تعارضات با فرزندان کمتر است. خود این امر تأییدی بر این پیشنهاد است. به بیان دیگر تحصیلات، توانایی والدین را در حل مشکلات خانوادگی افزایش می‌دهد و نحوه برخورد با فرزندان و در نتیجه افزایش سلامت روان آنها را تقویت می‌کند. حال می‌توان با روش‌های مختلف به مانند تولید فیلم‌های آموزشی سینمایی و تلویزیونی، کلاس‌های مختلف در صدا و سیما جمهوری اسلامی و از طریق سازمان‌های مختلف که دست اندر کار مسائل خانواده‌ها هستند، به آموزش والدین پرداخت. این امر به آن معنی نیست که مشکلات اقتصادی خانواده، فشارهای تحصیلی و مانند

آنها را نادیده بگیریم. فرزندان که والدین و بخصوص پدران آنها بیش تر وقت خود را در خارج از خانه جهت کسب درآمد می گذرانند، پیوندهای خانوادگی ضعیفتری دارند و میزان آسیب پذیری آنها بیشتر است. بنابراین لازم است با آموزش های گوناگون شرایط اقتصادی- اجتماعی خانواده ها هر چه بیشتر بهبود یابد تا سلامت روان فرزندان تأمین و تضمین گردد.

منابع

۱. احمدی، محبوبه، فتحی آشتیانی، علی، و مهدی حبیبی. (۱۳۸۷). سلامت وران در خانواده خلبانان نظامی. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۴)، ۳۰۸-۳۰۵.
۲. بشردوست، سیمین. (۱۳۸۳). رابطه بین تعارضات زندگی زناشویی با سازگاری نوجوانان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۷(۲۴)، ۳۹-۵۸.
۳. تقوی، رضا. (۱۳۸۲). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سلامت عمومی برای استفاده در ایران، *مجله روانشناسی ایران*، ۲۰(۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
۴. توسلی، غلامعباس و رضا فاضل. (۱۳۸۱). تأثیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی و رفتار والدین بر اثر بخشی خشونت تلویزیونی بر رفتار کودکان. *مجله جامعه شناسی ایران*، ۴(۳)، ۱۱۵-۱۴۷.
۵. خداحیمی، سیامک. (۱۳۸۰). *بهداشت روانی*. شیراز: انتشارات جهاد دانشگاهی فارس.
۶. زاده محمدی، علی، حیدری، محمود، جندقی، غلامرضا، پوراعتقاد، حمیدرضا، ملک خسروی، غفار، و نیره السادات، سعادت‌مند. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عوامل خانوادگی در وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان قم. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۲(۷)، ۲۳۹-۲۵۶.
۷. سپهرمنش، زهرا، احمدوند، افشین، یآوری، پروین، و ساعی رضوان. (۱۳۸۷). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، ۴۳-۴۹.
۸. شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۶). مقایسه وضعیت بهداشت روانی نوجوانان طلاق و یتیم محروم از مادر و عادی سنین بین ۱۵ تا ۱۸ سال شهر اصفهان. *فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۲(۴)، ۷۱-۹۸.
۹. قرقانی، حیدرقلی. (۱۳۸۱). *مقایسه میزان تعارضات زناشویی والدین با سلامت وران دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهرستان شهرضا*. (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه: علامه طباطبایی.
۱۰. فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۸۵). نقش الگوهای خانوادگی در سازگاری نوجوانان. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۲(۷)، ۲۰۹-۲۲۱.

۱۱. قره‌باغی، فاطمه و وفایی، مریم. (۱۳۸۸). ارزیابی شناختی، مقابله هیجان مدار با تعارضات خانواده و سلامت کودک : بررسی نظریه شناختی استرس در کودکان دبستانی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۵(۴)، ۱۰۶-۱۹.
۱۲. ویژه، فیاض، مرادی، شهرام، فدایی، زهرا، و حبیبی عسگرآبادی، مجتبی. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای شیوع کودک آزاری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه بر حسب جنس، مقطع تحصیلی و سابقه طلاق در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۴)، ۱۶۵-۱۴۵.
13. Aneshensel, C. S., Rutter, C. M. & Lachenbruch, P. A. (1991). Social structure, stress, and mental health: competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, 2(4), 166-178.
14. Avison, W., McLeod, J. D., Pescosolido, B. A. (2007). *Mental health, social mirror*. New York: Springer press.
15. Avison, F. (2010). Stress consequence mental, neuropsychological and socioeconomic In: W. R. George (Ed.), *Environmental factors* (pp. 612-617). Oxford: Academic Press.
16. Biblarz, T. J. & Raftery, A. E. (1999). Family structure, educational attainment, and socioeconomic success: rethinking the pathology of matriarchy. *AJS*, 2(105), 321-365.
17. Camara, K. A. & Resnick, G. (1989). Styles of conflict resolution and cooperation between divorced parents: effects on child behavior and adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4(59), 560-575.
18. Cummings, E. M., Schermerhorn, A., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C. & Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 1(77), 132-152.
19. Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Cummings, E. M. (2006). Child adaptational development in contexts of interparental conflict over time. *Child Development*, 1(77), 218-233.
20. El-Sheikh, M., Kourosb, C. D., Erath, S. (2009). Marital conflict and children's externalizing behavior: pathways involving interactions between parasympathetic and sympathetic nervous system activity. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1(74), 1-101.
21. Forman, E. M., Davies, P. T. (2005). Assessing children's appraisals of security in the family system: the development of the Security in

- the Family System (SIFS) scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8(46), 900-916.
22. Glenn, N. D. & Kramer, K. B. (1987). The marriages and divorces of the children of divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 4(49), 11-25.
 23. Hatch, S. L.(Ed.) (2005). Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: implications for understanding health inequalities [Special issue]. *Journals of Gerontology*, 2(60B), 130-134.
 24. Horwitz, A. V. (2007). Classical sociological theory, evolutionary psychology, and mental health. In: W. R. Avison, J. D. McLeod, & B. A. Pescosolido (Eds.), *Mental health, social mirror*. (pp. 67-94). New York: Springer.
 25. Kalter, N., Kloner, A., Schrier, S. & Okla, K. (1989). Predictors of children's post-divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4(59), 605-618.
 26. Keller, P. S., Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2005a). The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9(46), 943-951.
 27. Keller, P. S., Cummings, E. M. & Davise, P. T. (2005b). Toward a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5(46), 479-789.
 28. Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. (2002). You never leave your family in a fight: the impact of family of origin on conflict-behavior in romantic relationships. *Communication Studies*, 3(53), 234-251.
 29. Kouros, C. D., Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2010). Early trajectories of interparental conflict and externalizing problems as predictors of social competence in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 3(22), 527-537.
 30. Lin, N., Ye, X. & Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: a structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 4(40), 344-359.
 31. Livas-Dlott, A., Fuller, B., Stein, G. L., Bridges, M., Mangual Figueroa, A. & Mireles, L. (2010). Commands, competence, and

- cariño: maternal socialization practices in Mexican-American families. *Developmental Psychology*, 3(46), 566-578.
32. McIntosh, J. & Chisholm, R. (2008). Cautionary notes on the shared care of children in conflicted parental separation. *Journal of Family Studies*, 8(14), 37-52.
 33. Moqaddas, A. A. (2008). Social classes and styles of family problem solving among Shirazi couples. *Iranian Journal of Sociology*, 1(2), 19-33.
 34. O'Leary S. G. & Vidair, H. B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: predicting child behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 208-216.
 35. Powell, M. A. & Parcel, T. L. (1997). Effects of family structure on the earnings attainment process: Differences by Gender. *Journal of Marriage and the Family*, 2(59), 419-433.
 36. Ulu, P. I. & Fişiloğlu, H. (2002). The relationship between Turkish children's perceptions of marital conflict and their internalizing and externalizing problems. *International Journal of Psychology*, 6(37), 369-378.
 37. Zhang, S., Benson, T. & Deng, X. (2000). A test-retest reliability assessment of the international self-report delinquency instrument. *Journal of Criminal Justice*, 48(28), 283-295.