تأثیر روابط خانوادگی بر بهداشت روانی فرزندان در شهر اصفهان

منصور حقیقتیان[۱]، فرشته حقیقت[۲]، سید رسول قریشی[۳]، پروانه محسنی‌پور[۳]

چکیده

مقدمه: خانواده با فراهم نمودن روابط نزدیک و مثبت می‌تواند نقش مؤثری بر ارتقای بهداشت روانی افراد داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روابط خانوادگی بر سلامت روانی جوانان اصفهان در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت.

روش‌ها: روش پژوهش پیمایش و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه ۸۰ سؤالی بود. جامعه آماری تحقیق شامل همه جوانان ۱۹-۱۵ ساله شهر اصفهان بود که از بین آن‌ها ۳۸۴ نفر با شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای سنجش سلامت روانی از پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سازمان بهداشت جهانی (۰/۸۸ = ضریب پایایی) و برای سنجش روابط خانوادگی از شش شاخص مشارکت، اعتماد، انسجام، حمایت اقتصادی، حمایت عاطفی و کنترل و نظارت خانواده (۰/۹۰ = ضریب پایایی) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به متغیرهای وابسته و مستقل، از روش‌های آماری ضریب همبستگی، ضریب تعیین، آزمون تحلیل واریانس و برای بررسی روابط علی بین متغیرها از معادله ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: روابط خانوادگی سازنده، تأثیر مثبت و معنی‌داری بر سلامت روانی افراد داشتند (α = ۰/۶۳). تأثیر مؤلفه‌های روابط خانوادگی نیز همگی مثبت و معنی‌دار بودند (اعتماد R^2 = ۰/۲۵۵، حمایت اقتصادی R^2 = ۰/۲۰۱، حمایت عاطفی R^2 = ۰/۱۸۴، انسجام R^2 = ۰/۱۹۲، مشارکت R^2 = ۰/۱۱۶، کنترل و نظارت خانواده R^2 = ۰/۱۱۶). همچنین پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده بر سلامت روانی جوانان تأثیر مثبت و معنی‌دار داشت، ولی بین جنسیت و سلامت روانی رابطه معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که متغیرهای اساسی در خانواده‌های همگن و همسو تأثیر مثبت شایانی بر سلامت بچه‌ها دارد. بنابراین لازم است که خانواده‌ها تلاش کنند چنین ارتباطات مثبت در خانواده ایجاد کنند. همان طور که در سایر گروه‌ها نیز نشان داده شد، ارتباطات مثبتی بین سلامت روان و روش کار همگن در مدارس برای دانش‌آموزان وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: روابط خانوادگی، سلامت روانی، مشارکت، اعتماد، انسجام، حمایت خانواده، نظارت و کنترل.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۹ *پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۲۳*

مقدمه

بسیاری از کودکان و نوجوانان در خلال زندگی خود ممکن است به نوعی دچار مشکلات عاطفی و رفتاری شوند و این اختلال‌ها را به گونه‌های متفاوتی مانند شکست تحصیلی، طرد شدگی اجتماعی، یا ضعف عزت نفس نشان دهند و در برقراری ارتباط با هم‌سالان یا بزرگ‌سالان یا با مراجع قانونی دچار مشکل شوند. بر اساس برخی بررسی‌های تجربی مشخص شده است که از ۳ تا ۲۵ درصد از دانش‌آموزان در سنین مدرسه از

۱. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: mansour-haghighatian@yahoo.com

۲. متخصص زنان، بیمارستان خانواده، اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. کارشناس ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، اصفهان، ایران.

www.mui.ac.ir

بیماری‌های روانی جدی نظیر افسردگی شدید، افکار انتحاری، روان پریشی (Psychosis) و مشکلات وخیم توجه یا اختلال وسواس- اجبار (Obsessive-compulsive disor) رنج می‌برند (۱). اختلافات خانوادگی، عدم توجه کافی والدین به فرزندان و مانند آن اثرات منفی روی بهداشت روانی آن‌ها دارد. از طرف دیگر روابط صمیمانه، انسجام و همدلی، مشارکت و اعتماد میان اعضای خانواده، می‌تواند اثرات مثبت و پایداری بر سلامت روانی فرزندان داشته باشد.

هدف از انجام تحقیق حاضر تعیین تأثیر متغیرهای خانوادگی بر سلامت روانی فرزندان می‌باشد و این که از بین این متغیرها، کدام تأثیر بیشتری دارند.

بیان مسأله

توجه به تأثیر متغیرهای خانوادگی و اجتماعی بر رفتار و یا روحیه افراد سابقه دیرینه در جامعه‌شناسی و اپیدمولوژی اجتماعی دارد. شاید اولین بار Durkheim (به نقل از Ritzer) بود که رابطه بین حمایت و انسجام اجتماعی و حالت‌های نابهنجار (آنومیک) افراد را مطرح ساخت (۲). به نظر می‌رسد که این گونه تحقیق‌ها برای مدتی چند اولویت کمتری نزد پژوهشگران اجتماعی داشت. از حدود دو سه دهه گذشته، تعدادی از صاحب نظران برخی ویژگی‌های اجتماعی از قبیل همبستگی، اعتماد، روابط صمیمانه اجتماعی و مانند آن را تحت عنوان سرمایه اجتماعی مطرح کردند، که با سلامت جسمی و یا روانی افراد در ارتباط می‌باشد (۵-۳). ضعف یا عدم وجود برخی از این ویژگی‌ها در خانواده می‌تواند اثر منفی بر بهداشت روانی افراد داشته باشد.

قاسمی و کاظمی با مطالعه نقش خانواده در ایجاد سرمایه اجتماعی در بین دانش‌آموزان دوره متوسط اصفهان دریافتند که الگوی خانواده دموکراتیک (که دارای آزادی معقول همراه با احترام متقابل و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و ... می‌باشد) تأثیر قابل ملاحظه‌ای (β = ۳۴ درصد) در ایجاد سرمایه اجتماعی خانواده داشت (۶). از طرف دیگر، دوره نوجوانی دوره سخت و فشارزایی است که افراد تحت فشارهای اجتماعی- روانی زیادی قرار می‌گیرند و با مسایل پیچیده‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند. بنابراین، سؤالات اصلی تحقیق حاضر این است که میزان سلامت روانی جوانان در شهر اصفهان چقدر است؟ و این که روابط مثبت خانوادگی مانند اعتماد متقابل، حمایت، ... تا چه حد می‌تواند در آن اثرگذار باشد؟

پیشینه تحقیق

هر چند بسیاری از تحقیقاتی که درباره رابطه میان روابط مثبت بین شخصی و سلامت روانی انجام گرفته، بر روی افراد بزرگ‌سال صورت گرفته است (۹-۷)، در زیر برخی از تحقیقات که روی افراد جوان‌تر انجام شده است، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

بخشی‌پور و همکاران در "بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان" با به کارگیری پرسش‌نامه رضایت از زندگی و مقیاس حمایت اجتماعی، تأثیر آن‌ها را بر سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ دانشگاه تهران مورد سنجش قرار دادند (۱۰). یافته‌ها حاکی از رابطه مثبت و معنی‌دار رضایت از زندگی (R^2 = ۰/۸۲۱۷) و حمایت اجتماعی (R^2 = ۰/۸۶۲) با سلامت روانی دانشجویان بود، ولی بین جنسیت و تأهل دانشجویان و سلامت روانی آن‌ها رابطه معنی‌دار وجود نداشت.

جنانی در "بررسی رابطه تعاملات درون خانواده و سلامت روانی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان بروجرد" که با یک نمونه ۴۰۶ نفری انجام گرفت، روابط نادرست والدین و فرزند، طرد شدن فرزند توسط والدین، عدم نوازش، انکار محبت، فقدان توجه به فعالیت‌ها و پیشرفت‌های فرزند را به عنوان منابع مؤثر بر عدم سلامت روانی فرزندان در نظر گرفت (۱۱). نتایج تحقیق نشان داد که بین متغیرهای تعامل اجتماعی خانواده، میزان احساس دلبستگی و همبستگی خانواده و میزان ابراز وجود و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود داشت.

خیرا... پور در بررسی "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی" که روی یک نمونه ۴۷۸ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام داد، به این نتیجه رسید که بین تضاد خانوادگی (r = ۰/۴۱۷)، تعداد اعضای خانواده (r = ۰/۴۱۶)، همبستگی خانواده (r = ۰/۷۶۱)،

www.mui.ac.ir

حمایت خانواده (r = ۰/۷۶۷) و سلامت روانی افراد رابطه معنی‌دار وجود داشت (۱۲).

پیروی و عابدیان در بررسی "رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران" در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ انجام داد، دریافت که حمایت اجتماعی خانواده رابطه مثبت و معنی‌داری بر سلامت روانی افراد داشت (r = ۰/۲۵)، این که عمده‌ترین عوامل بازدارنده دانشجویان از انواع خطرها (خودکشی، مصرف مواد مخدر و ...) دسترسی به منابع حمایت اجتماعی و بهره‌گیری از باورهای مذهبی و سبک‌های مقابله با استرس می‌باشند، که خانواده می‌تواند در این امر نقش مؤثری داشته باشد (۱۳).

آن چنان که از تحقیقات ذکر شده بر می‌آید، هر چند متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی و مشارکت روی بهداشت روانی تأثیر مثبت دارند، ولی میزان اثرگذاری آن‌ها در تحقیقات گوناگون متفاوت می‌باشد و برای رسیدن به نتایج قطعی‌تر، نیاز به تحقیقات بیشتری می‌باشد.

مبانی نظری تحقیق

نهاد خانواده در ایران از نظر میزان تأثیرگذاری بر فرزندان هنوز نهاد قدرتمند و با نفوذی می‌باشد. تحقیقات زیادی این مسأله را نشان می‌دهند. آخوندی (۱۴) و حقیقتیان و همکاران (۱۵) دریافتند که خانواده بر تعیین هویت ملی جوانان تأثیر بسزایی دارد، آزاد ارمکی (۱۶) دریافت که با توجه به آمار، از میان سه نسل مورد مطالعه، نسل سوم برای همدلی و صحبت درباره مشکلات و مسایل خود، نزد مادر خود می‌رود و نوغانی (۱۷) و سمیعی (۱۸) دریافتند که خانواده بر عملکرد و میزان موفقیت تحصیلی فرزندان اثر تعیین‌کننده دارد. روابط خانوادگی نزدیک و حمایت‌کننده به مثابه نوعی ذخیره و سرمایه‌ای است که اعضاء را در رسیدن به اهداف خودشان کمک می‌کند.

رابطه بین روابط خانوادگی مثبت و نزدیک مانند اعتماد، مشارکت، صمیمیت و سلامت روانی، هر چند پیچیده و برخی متغیر است، ولی به طور عمومی به عنوان یک رابطه مثبت دیده می‌شود. به این معنی که روابط خانوادگی ضعیف و منزوی بودن از دیگران، اغلب منجر به آثار روانی مخرب در فرد می‌شود. در ارتباط با چگونگی تأثیر روابط اجتماعی بر بهداشت روانی دو مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر اصلی (Main-effect model) و مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر (Stress-buffering hypothesis) ارایه شده است (۱۹). مدل تأثیر مستقیم بیان می‌دارد که صِرف داشتن روابط اجتماعی مثبت و حمایت برای سلامتی مفید است، زیرا به افراد احساس تعلق داشتن می‌دهد و عزت نفس را بالا می‌برد. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می‌آورد، صرف نظر از میزان استرس، فرد را در مقابل سختی‌ها مقاوم می‌سازد و موجب تشویق افراد به برگزیدن شیوه‌های زندگی سالم‌تر می‌شود. دیگر این که افراد احساس می‌کنند از آن جایی که دیگران به آن‌ها اهمیت می‌دهند و ممکن است به آن‌ها نیاز داشته باشند، پس بهتر است مراقب خود باشند، ورزش کنند و از رفتار مخرب دوری کنند (۲۰). درگیر بودن افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی، منابع حمایتی فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها افراد شرایط مطلوب به دست آوردن حمایت و متعاقب آن سلامتی را حاصل می‌کنند.

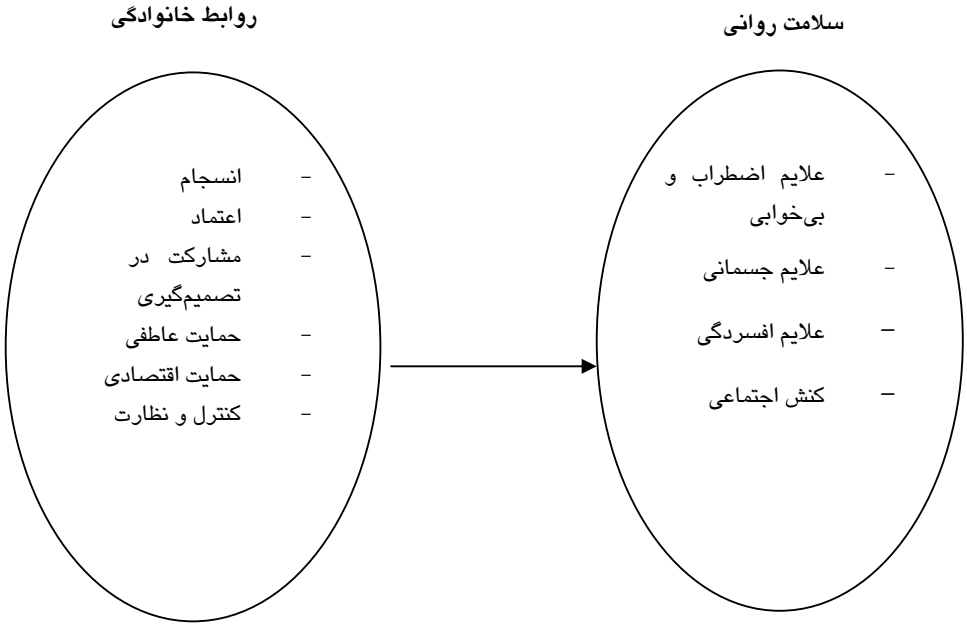
مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر ادعا می‌کند که روابط اجتماعی، به خصوص هنگامی که فشار بالاست، بر سلامت روانی مؤثر است. به این معنی که روابط اجتماعی افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زای رویدادهایی حفظ می‌کنند که فشار روانی را تشدید می‌کنند. از نظر Cohen و Wales (به نقل از صادقی و همکاران) طراحان این دو مدل، روابط اجتماعی در حد فاصل بین رویدادهای فشارزا و واکنش نسبت به آن وارد عمل می‌شود و باعث تضعیف پاسخ نامناسب به فشار می‌شود. روابط اجتماعی اثرات فشارزا را کاهش می‌دهند، اما هنگامی که فشار وجود ندارد، فاقد مزیت می‌باشند (۲۱). البته باید خاطر نشان ساخت که این دو دیدگاه غیر قابل جمع نبوده، منافاتی با یکدیگر ندارند. می‌توان گفت که جنبه‌های ساختاری روابط اجتماعی (مانند شبکه‌های اجتماعی، انسجام اجتماعی) ممکن است از طریق تأثیرات اصلی عمل کنند؛ در حالی که جنبه‌های شناختی روابط اجتماعی (مانند اعتماد و

www.mui.ac.ir

حمایت ادراکی) از طریق مکانیسم ضربه‌گیر مؤثر واقع شوند. به طور نمونه میزان حمایتی که فرد تصور می‌کند در اختیار دارد، با افزایش توانمندی‌های مقابله‌ای او، می‌تواند تأثیرات استرس را تعدیل کند (۱۹).

یکی از مؤلفه‌های روابط خانوادگی، حمایت می‌باشد. حمایت می‌تواند شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری شود. این گونه حمایت‌ها استرس و نگرانی فرد را برای حصول برخی منابع کاهش می‌دهند. حمایت می‌تواند فشار روانی و استرس‌های ناشی از حوادث ناگوار روزمره زندگی فرد را تعدیل کند و از پاسخ‌های هیجانی شدید به رویدادهای استرس‌زا که برای سلامتی مضر هستند، جلوگیری کند. مشارکت، انسجام و نظارت نیز از مؤلفه‌های دیگر روابط اجتماعی- خانوادگی می‌باشند. Durkheim شاید اولین دانشمندی بود که رابطه این متغیرها را بر سلامت روانی، یعنی تمایل به خودکشی افراد مورد سنجش قرار داد. ایده مبنایی Durkheim این بود که هر چه افراد بیشتر از گروه‌های اجتماعی جدا شوند و پیوند و مشارکت در آن‌ها کم و ضعیف شود و یا احساس کنند نظارت و کنترلی از طرف گروه بر رفتار آن‌ها وجود ندارد، امکان رفتار مخرب در آن‌ها افزایش می‌یابد. مشارکت کردن و درگیر بودن افراد در گروه، نقش‌های معنی‌داری از قبیل نقش‌های خانوادگی، شغلی و ... را برای آن‌ها تعریف می‌کند و ایجاد نقش‌ها به نوبه خود در افراد احساس ارزشمند بودن، تعلق داشتن و وابستگی را ایجاد می‌کند و فرصت‌هایی برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می‌سازد.

اعتماد، به عنوان مؤلفه دیگر روابط خانوادگی باعث می‌شود که افراد در فعالیت‌های اجتماعی بیشتری مشارکت کنند و به این وسیله امکان دست‌یابی بیشتر به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی را داشته باشند. تعامل بیش‌تر، همچنین موجب تقویت پیوندهای اجتماعی و در نتیجه گسترش دامنه روابط اجتماعی فرد می‌شود که او می‌تواند هنگام بروز شرایط نامطلوب از آن‌ها استفاده کند. با توجه به مسایل مطرح شده، مدل نظری تحقیق، در شکل ۱ ارایه می‌شود.



شکل ۱: مدل نظری تحقیق تأثیر روابط خانوادگی بر سلامت روانی فرد

www.mui.ac.ir

در راستای سنجش تأثیر روابط خانوادگی بر بهداشت روانی افراد، متغیرهای مشارکت در تصمیم‌گیری، اعتماد در روابط خانوادگی، انسجام خانواده، حمایت اقتصادی خانواده از فرزندان، حمایت عاطفی خانواده از فرزندان، کنترل و نظارت والدین بر کنش‌های فرزندان و پایگاه اجتماعی- اقتصادی خانواده به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند.

روش‌ها

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این بررسی شامل کلیه جوانان ۱۹-۱۵ ساله بود که در زمان مطالعه ساکن مناطق چهارده گانه شهر اصفهان بودند. بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران، جمعیت گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله، ۱۷۳۰۵۷ نفر می‌باشند که از این تعداد ۸۵۱۱۷ نفر زن و ۸۷۹۴۰ نفر مرد می‌باشند. حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران با P = ۰/۵۰ (یعنی سلامت روانی) و خطای ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۴ نفر برآورد گردید، که به صورت سهمیه‌ای بر اساس منطقه انتخاب شدند. برای تعیین سهمیه هر منطقه، جمعیت مناطق بر اساس جنسیت از دفتر مطالعات و آمار شهرداری مرکزی اصفهان تهیه شد، سپس بر اساس درصد جمعیت هر منطقه نسبت به کل، تعداد پاسخ‌گویان بر اساس جنسیت مشخص گردید. خانه‌ها در هر منطقه به صورت تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه در اختیار خود فرد قرار داده شد.

ابزار اندازه‌گیری دو نوع پرسش‌نامه روابط خانوادگی و سلامت عمومی بود که دارای اعتبار صوری بودند. پرسش‌نامه روابط خانوادگی شامل ۴۱ سؤال ۵ گزینه‌ای (۱ برای کمترین تا ۵ برای بیشترین) بود که ۶ مؤلفه اعتماد درون خانواده، انسجام درون خانواده، مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، حمایت اقتصادی، حمایت عاطفی و کنترل و نظارت را می‌سنجید. ضریب Cronbach's alpha پایایی این پرسش‌نامه ۰/۹۰ برآورد گردید. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ یا General health questionnaire) سازمان بهداشت جهانی شامل ۲۸ سؤال بود که توسط Goldberg برای تشخیص اختلالات روانی غیر بیمارگونه (Non-psychotic) طراحی شد و دارای ۶۰ سؤال بود. فرم ۲۸ ماده‌ای آن توسط Goldberg و Hill بر اساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای آن طراحی شده است و دارای چهار مقیاس فرعی است، که هر یک دارای ۷ سؤال چهار گزینه‌ای (۱ برای کمترین تا ۴ برای بیشترین) می‌باشد که عبارت از ۱. علایم جسمانی (Somatic symptoms)، ۲. علایم اضطراب و اختلال خواب (Anxiety and sleep disorder) ۳. کنش اجتماعی (Social function) ۴. علایم افسردگی (Depression) و مدت زمان تکمیل این پرسش‌نامه به طور متوسط در حدود ۸ دقیقه است. پایایی آن در این تحقیق ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین از آن جایی که پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده نقش بسزایی در سلامت روانی افراد بازی می‌کند، تأثیر این متغیر نیز بر سلامت روانی فرزندان مورد بررسی قرار گرفت. برای سنجش پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ها از مؤلفه‌های متوسط درامد خانواده، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن خانواده استفاده شد.

یافته‌ها

بیش از ۵۰ درصد از خانوارها درامد ماهیانه کمتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند. گروه سنی ۱۸ سال دارای بیشترین فراوانی (۲۷/۹ درصد) بود. ۵۱/۶ درصد از پاسخ‌گویان مذکر و ۳۲ درصد در مقطع پیش‌دانشگاهی تحصیل می‌کردند. ۴۲/۶ درصد دارای بعد خانوار ۴ نفری و ۳۰ درصد دارای بعد خانوار ۵ نفری بودند. ۶۵ درصد از پدران و ۷۴ درصد از مادران تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۵ درصد از پدران و ۳ درصد از مادران فوق لیسانس و بالاتر بودند. از نظر پایگاه اقتصادی- اجتماعی ۲۷ درصد از خانوارها در سطح پایین، ۵۰/۵ درصد در سطح متوسط و ۲۲/۴ درصد در سطح بالا بودند. میانگین نمره سلامت روانی پاسخ‌گویان ۳/۳ از ۴ و میانگین نمره روابط خانوادگی ۳/۹۵ از ۵ بود.

www.mui.ac.ir

تجزیه و تحلیل داده‌ها

ارقام جدول ۱ نشان می‌دهد که همه متغیرهای مستقل رابطه معنی‌دار با متغیر وابسته دارند و از بین آن‌ها اعتماد بیشترین تأثیر را روی سلامت روان دارد و می‌تواند ۲۵/۵ درصد از تغییرات سلامت روان را تبیین کند. حمایت اقتصادی، انسجام خانوادگی و حمایت عاطفی در مراتب بعد قرار دارند. نتیجه آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد که مؤلفه‌های روابط خانوادگی در مجموع ۶۷/۱۹ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین می‌کنند.

برای سنجش میزان تأثیر پایگاه اجتماعی- اقتصادی خانواده روی سلامت روانی از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آورده شده‌اند.

جدول ۱: ضرایب همبستگی متغییرهای مستقل با متغیر وابسته (سلامت روان)

متغیر	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای معیار برآورد	F	P
اعتماد	۰/۵۰۷	۰/۲۵۷	۰/۲۵۵	۰/۳۶۱	۱۳۲/۰۹	<۰/۰۰۱
مشارکت	۰/۳۴۴	۰/۱۱۸	۰/۱۱۶	۰/۳۹۴	۵۱/۲۲	<۰/۰۰۱
انسجام خانواده	۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۰/۱۸۹	۰/۳۷۷	۹۰/۵۲	<۰/۰۰۱
حمایت اقتصادی	۰/۴۵۰	۰/۲۰۳	۰/۲۰۱	۰/۳۷۴	۹۷/۰۸	<۰/۰۰۱
حمایت عاطفی	۰/۴۳۱	۰/۱۸۶	۰/۱۸۴	۰/۳۷۸	۸۷/۱۸	<۰/۰۰۱
کنترل و نظارت	۰/۳۴۴	۰/۱۱۸	۰/۱۱۶	۰/۳۹۴	۵۱/۱۸	<۰/۰۰۱

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس میزان سلامت روانی بر حسب پایگاه اجتماعی- اقتصادی

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	مقدار F	سطح معنی‌داری (Sig)
بین گروه‌ها	۱/۴۱۶	۳	۰/۴۷۲	۲/۷۲۶	۰/۴۴
درون گروه‌ها	۶۵/۷۷۹	۳۸۰	۰/۱۷۳		
کل	۶۷/۱۹۵	۳۸۳			

جدول ۳: آزمون توکی (Tukey HSD) برای مقایسه زوجی طبقات اقتصادی- اجتماعی

موقعیت اجتماعی اقتصادی (۱)	موقعیت اجتماعی اقتصادی (j)	اختلاف میانگین (I-j)	سطح معنی‌داری Sig
پایین	متوسط پایین	-۰/۰۸	۰/۵۵۹
	متوسط بالا	-۰/۱۶	۰/۰۳۳
	بالا	-۰/۰۴	۰/۹۳۷
متوسط پایین	پایین	۰/۰۸	۰/۵۵۹
	متوسط بالا	-۰/۰۸	۰/۵۱۸
	بالا	۰/۰۴	۰/۹۰۶
متوسط بالا	پایین	۰/۱۶	۰/۰۳۳
	متوسط پایین	۰/۰۸	۰/۵۱۸
	بالا	۰/۱۲	۰/۱۸۰
بالا	پایین	۰/۰۴	۰/۹۳۷
	متوسط پایین	-۰/۰۴	۰/۹۰۶
	متوسط بالا	-۰/۱۲	۰/۱۸۰

www.mui.ac.ir

نتایج بیانگر این است که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد. از این رو می‌توان گفت که بین افراد با پایگاه اجتماعی- اقتصادی مختلف از لحاظ سلامت روانی تفاوت وجود دارد. برای تحلیل دقیق‌تر از "آزمون Tukey" استفاده شده است که این آزمون مقایسه زوجی بین گروه‌ها را نشان می‌دهد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

نتایج به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی در گروه با موقعیت اجتماعی- اقتصادی پایین تفاوت معنی‌داری با گروه متوسط پایین (sig = ۰/۵۵۹) و گروه بالا (sig = ۰/۹۳۷) ندارد و تنها با گروه متوسط بالا (sig = ۰/۰۳۳) تفاوت معنی‌دار داشت. همچنین بررسی رابطه زوجی بین گروه متوسط پایین با گروه‌های دیگر نشان داد که میانگین سلامت روانی در این گروه با هر سه گروه دیگر تفاوت معنی‌دار ندارد؛ چرا که سطح معنی‌داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شده است. مقایسه گروه متوسط بالا با گروه‌های دیگر نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی در این گروه تفاوت معنی‌داری با گروه متوسط پایین (sig = ۰/۵۱۸) و گروه بالا (sig = ۰/۱۸۰) ندارد و تنها با گروه اجتماعی- اقتصادی پایین (sig = ۰/۰۳۳) تفاوت معنی‌دار دارد. همچنین بر اساس آخرین مقایسه روابط زوجی بین گروه‌ها می‌توان نتیجه گرفت که میانگین سلامت روانی افراد گروه اجتماعی- اقتصادی بالا، تفاوت معنی‌داری با سه گروه دیگر ندارد. به طور کلی از مقایسه زوجی گروه‌ها می‌توان نتیجه گرفت که افرادی که از لحاظ موقعیت اجتماعی- اقتصادی در وضعیت مناسب و به نسبت بالا قرار داشتند، نسبت به افراد با موقعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، از سلامت روانی بالاتر و مطلوبی نیز برخوردار بودند، اما افراد در موقعیت‌های نزدیک به هم، از نظر سلامت روانی تفاوتی با یکدیگر نداشتند.

مدل معادله ساختاری

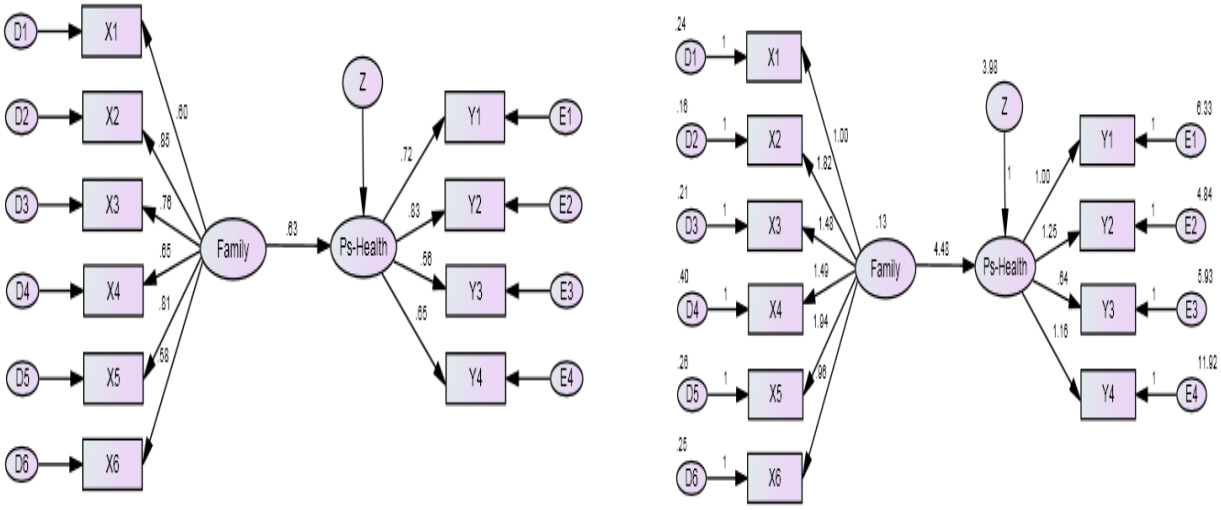
برای بررسی روابط، علل بین متغیرها از مدل معادله ساختاری که در شکل ۲ آمده است، استفاده شده است (۲۲). مهم‌ترین نتایج حاصل از دو مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری تدوین شده به این شرح می‌باشند. مقیاس‌های تعریف شده برای سنجش روابط خانوادگی (یا سرمایه اجتماعی خانواده) دارای وزن‌های متفاوتی (بارهای عاملی) بودند. نتایج نشان دادند که مقیاس‌های X_2 اعتماد خانواده (λ = ۰/۸۵)، X_5 حمایت عاطفی خانواده (λ = ۰/۸۱)، X_3 انسجام خانواده (λ =۰/۷۶)، X_4 حمایت اقتصادی خانواده (λ =۰/۶۵)، X_2 مشارکت در تصمیم‌گیری خانواده (λ =۰/۶۰) و X_6 کنترل و نظارت خانواده (λ =۰/۵۸) به ترتیب دارای وزن بیشتری در تعریف سرمایه اجتماعی خانواده بوده‌اند. همچنین چهار مقیاس فرعی طرح شده برای تعریف سلامت روانی افراد نیز دارای وزن‌های متفاوتی بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب وزن مقیاس‌های Y^3 اضطراب و اختلال خواب (λ =۰/۸۳)، Y^1 علایم جسمانی (λ =۰/۷۲)، Y^4 علایم افسردگی(λ =۰/۶۵)، Y^3 کنش اجتماعی (λ =۰/۵۶)، برای تعریف سلامت روانی افراد مورد مطالعه بیشتر بوده است. مدل ساختاری تدوین شده نیز نشان می‌دهد که ضریب گامای محاسبه شده برای اثر سرمایه اجتماعی خانواده بر سلامت روانی (α =۰/۶۳) حاکی از اثر قوی متغیر مستقل بر متغیر وابسته تحقیق است.

نتایج ارایه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که کلیه بارهای عاملی (برآوردهای استاندارد) تعریف شده برای دو سازه یا متغیر پنهان سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت روانی به لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌دار با مقدار صفر هستند که می‌توان به عنوان معیاری برای قابل قبول بودن مدل‌های اندازه‌گیری تفسیر شود. همچنین، نسبت بحرانی (C.R. = ۸/۴۱۵) و سطح معنی‌داری آن نشان می‌دهد که با اطمینان بسیار بالایی می‌توان نتایج حاصل از نمونه مورد مطالعه را به جامعه آماری تعمیم داد ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که خانواده‌های اصفهانی از نظر سرمایه اجتماعی درون خانواده در سطح به نسبت خوب (۳/۹۵ از ۵) و جوانان اصفهانی نیز از سطح خوبی (۳/۳ از ۴) از بهداشت روانی برخوردار هستند.

www.mui.ac.ir



الف) برآوردهای غیر استاندارد **ب) برآورد استاندارد**

شکل ۲: مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری برای تبیین سلامت روانی

جدول ۴: برآوردهای و مشخصات کلی مدل تدوین شده

متغیر	برآورد های استاندارد	برآوردهای غیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری P
سلامت روانی <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۶۳۴	۴/۴۸۲	۰/۵۳۳	۸/۴۱۵	<۰/۰۰۱
علائم جسمانی <- - سلامت روانی	۰/۷۱۶	۱			
علائم افسردگی <- - سلامت روانی	۰/۶۵۵	۱/۱۶۰	۰/۱۰۳	۱۱/۲۹۱	<۰/۰۰۱
علائم اضطراب <- - سلامت روانی	۰/۸۲۵	۱/۲۴۹	۰/۰۹۴	۱۳/۲۲۱	<۰/۰۰۱
کنش اجتماعی <- - سلامت روانی	۰/۵۶۳	٪۶۴۳	۰/۰۶۶	۹/۸۱۳	<۰/۰۰۱
حمایت عاطفی <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۸۰۹	۱/۹۳۶	۰/۱۶۲	۱۱/۹۷۷	<۰/۰۰۱
حمایت اقتصادی <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۶۵	۱/۴۹۰	۰/۱۴۴	۱۰/۳۲۹	<۰/۰۰۱
انسجام <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۷۶۱	۱/۴۸۴	۰/۱۲۹	۱۱/۵۲۵	<۰/۰۰۱
کنترل و نظارت <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۵۷۷	۰/۹۶۵	۰/۱۰۲	۹/۴۳۶	<۰/۰۰۱
اعتماد <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۸۵۴	۱/۸۱۷	۰/۱۴۷	۱۲/۳۵۵	<۰/۰۰۱
مشارکت در تصمیم گیری خانواده <- - سرمایه اجتماعی خانواده	۰/۶۰۰	۱			

www.mui.ac.ir

نتایج همچنین حاکی از آن است که از بین مؤلفه‌های این سرمایه اجتماعی، اعتماد دارای بیشترین ضریب تعیین (R^2 = ۰/۲۵۷) و سپس حمایت اقتصادی (R^2 =۰/۲۰۳) و بعد انسجام خانوادگی (R^2 =۰/۱۹۲) قرار داشته‌اند. اگر در نظر داشته باشیم که تنگناها و فشارهای اقتصادی نیز اغلب خود را به صورت رفتارهای پرخاشگرانه و انعطاف‌ناپذیر بودن در مسایل نشان می‌دهند، می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای اعتمادورزی و همدلی که موجب بالا رفتن وحدت و انسجام خانواده می‌شوند، در مجموع بیشترین تأثیر را روی سلامت روانی جوانان دارند. این یافته‌ها با نتایج Kawachi و Berkman مبنی بر تأثیر اعتماد بین شخصی و اعتماد اجتماعی بر سلامتی همخوانی دارند (۱۹). Ritzer گزارش کرد که تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که زنان و مردان از بسیاری جهات با یکدیگر تفاوت دارند (۲)، در تحقیق حاضر بین دختران و پسران از نظر سلامت روانی تفاوت‌هایی دیده شد. به طور مثال دامنه (کمترین- بیشترین) نمرات دختران بیشتر از پسران بود، همچنین میانگین نمره سلامت روان دختران ۰/۰۴ بیشتر از پسران بود، ولی این تفاوت‌ها ناچیز و از نظر آماری معنی‌دار نبود، این نتایج با یافته‌های پیروی و همکاران همخوانی نداشت (۲۳)، ولی با نتایج بخشی‌پور و همکاران در یک راستا قرار داشت (۱۰)، از این رو جا دارد که تحقیقات بعدی این مسأله را مورد توجه ویژه قرار دهند.

حمایت‌های عاطفی خانواده از جوانان نیز رابطه معنی‌دار (R^2 = ۰/۱۸۶) با سلامت روانی آن‌ها داشت. این یافته‌ها با نتایج پیروی و همکاران همخوانی دارند (۲۳). این مسأله با توجه به این که دوران جوانی دوران پر تنش و خطیری می‌باشد، دارای اهمیت دو چندان می‌شود. اگر در نظر گرفته شود که تأثیر مشارکت دادن جوانان در تصمیم‌گیری خانواده و داشتن نظارت و کنترل روی رفتار آن‌ها نیز تأثیر کمتری از متغیرهای اعتماد، انسجام خانواده و حمایت عاطفی داشت، اهمیت کیفیت روابط درون خانوادگی آشکارتر می‌شود، به این معنی که برای جوانان، مورد اعتماد بودن و اطمینان از حمایت‌های اقتصادی و عاطفی خانواده، بسیار دارای اهمیت است. در پایان باید خاطر نشان ساخت که اگر چه نتایج تحقیق حاکی از نقش مهم خانواده در تأثیرگذاری بر سلامت روانی جوانان است، با این وجود، نتیجه آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد که همه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی خانواده توانسته‌اند حدود ۶۷ درصد از تغییرات سلامت روانی جوانان را تبیین کنند و این مسأله نشان از آن دارد که فشارهای اجتماعی، مشکلات دوران جوانی، فشارها و مشکلاتی را برای آن‌ها به وجود می‌آورند که نباید از دید خانواده‌ها و مسؤولین مدارس پنهان بمانند.

References

1. Asghar Nejad F. Studying the effectiveness of mental health Training in Schools in Tehran [PhD Thesis]. Tehran: Instructor Training University; 1999.
2. Ritzer G. Sociological theory. 2nd ed. New York: Knopf; 1988.
3. Putnam R. Social Capital: Measaremant and Consequences. Isuma 2001; 2(1): 41-51.
4. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology 1988; 94(Suppl): S95-S120.
5. Portes A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. Annual Review of Sociology 1998; 24: 1-24.
6. Ghasemi V, Kazemi M. A Sociological Analysis of the family's role in social capital. Quarterly of Social Sciences, Ferdowsi University of Mashhad 2008; 5(1): 189-218.
7. Lahsae Zadeh A, Moradi G. The relationship between social capital and migrant's mental health. Social Welfare Quarterly 2007; 7(26): 161-82.
8. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health 1997; 87(9): 1491-8.
9. Hyyppa MT, Maki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. Prev Med 2001; 32(2): 148-55.

www.mui.ac.ir

10. Bakhshi pour A, Payravi H, Abedian A. Studying the relationships between Life satisfaction and social support with Mental Health among University students. The Journal of Fundamentals of Mental Health 2005; 7(27-28): 145-52.
11. Janani K. studying the relationship between inter-family interactions and mental health of third grade students in the city of Boroujerd [MSc Thesis]. Tehran: Teacher training University; 2001.
12. Kheiroalah Pour A. Studying social factors affecting mental health with an emphasis on social capital [MSc Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2004.
13. Payravi H, Abedian A. Mental Health and social support. Psychotherapy Novelties Quarterly 2007; 12(43-44): 67-87.
14. Akhondi MB. Studying Mashhadi Youth National and Religious Identity and social factors affecting it [MSc Thesis]. Mashhad: School of Literature and the Humanities, Ferdowsi University; 1998.
15. Haghighatian M, Ghazanfari A, Tekeh Akbarabdi P. Isfahani youth national identity and factors affecting it. Journal of Applied Sociology the University of Isfahan 2011; 22(1): 71-82.
16. Azad-Armaki T. Intergenerational relations in Iranian family. Tehran: Iranian Social Problems. Iranian Sociological Association; 2004. p. 570-89
17. Nughani M. The effects of cultural capital inequalities of pre-university students' chances of gaining access to higher education. Educational Quarterly 2007; 23(3): 71-102.
18. Samie Z. The effects of family cultural, social, and economic capitals on children's educational and occupational success in Tehran. [MSc Thesis]. Tehran: Alzahra University; 2000.
19. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. J Urban Health 2001; 78(3): 458-67.
20. Sarafino EP. The Health psychology: biosycho social interactions. Trans. Mirzaeian A. Tehran: Rushd Publications; 2005.
21. Sadeghi MR, Kastange S, Rujue M. The effects of psychological stress and social support in elderly depression. Psychological Research 1999; 5(3-4).
22. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Text. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
23. Payravi H, Hajebi A, Panaghi L. Studying the relationship between social support and mental health among Tehran university students. Health System Research 2010; 6(2): 75-82.

www.mui.ac.ir

The Effects of Family Relations on Youth Mental Health in the City of Isfahan, Iran

***Mansour Haghighatian*[1], *Fereshteh Haghighat*[2], *Rasol Ghoreishi*[3], *Parvaneh Mahsenipoor*[3]**

Abstract

Background: Family can play an important role in improving an individual's mental health through the provision of close and positive relations (social capital). The present study aimed to analyze the effects of family social capital on youth mental health in Isfahan, Iran during 2009.

Methods: In this survey, a stratified sample of 384 males and famales aged 15-19 were studied utilizing an 80-item questionnaire. The 28-item general mental health questionnaire provided by the world health organization (Cronbach's alpha = 0.88) was used to measure mental health. Other questions assessed family social capital in six categories including participation, trust, solidarity, economic support, emotional support, and family supervision and control (Cronbach's alpha = 0.90). To analyze the data regarding dependent and independent variables correlation coefficient, the coefficient of determination, analysis of variance, and t-test were used. Amos 18 was utilized to construct the structural equation model.

Findings: The findings showed that family social capital [such as participation in decision making (R^2 = 0.116, trust (R^2 = 0.255), solidarity (R^2 = 0.192), economic support (R^2 = 0.201), emotional support (R^2 = 0.184), family supervision (R^2 = 0.116)] significantly promoted individuals' mental health (α = 0.63). The results also indicated that higher socioeconomic status of the family had a significant positive effect on youth mental health. However, variables like age, sex and level of education had no significant relations with mental health.

Conclusion: It has been shown that family social capital variables have a significant effect on the health of children. So it is in cumbent on familes to try to provide such relations in the family since other studios have shown a positive relationship between mental health and school achievements of students.

Key words: Social Capital, Mental Health, Family Participation, Family Solidarity.

1- Assistant Professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran. (Corresponding Author). Email: mansour-haghighatian@yahoo.com
2- Gynecologist, Khanevadeh Hospital, Isfahan, Iran.
3- Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

www.mui.ac.ir