

نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان

رزیتا امانی^{*۱}

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

چکیده

مقدمه: نوجوانی یکی از دوره‌های بحرانی در مراحل رشد انسان است و با توجه به مدل مک مستر، کارکردهای خانوادگی همچون حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار نقش مهمی در این دوره‌ی بحرانی ایفا می‌کنند؛ بنابراین هدف از اجرای این مطالعه بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان بود.

روش: در این مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی، نمونه‌ی آماری که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تعیین گردید شامل ۱۸۰ نوجوان دختر می‌شد که در حال تحصیل در مقطع اول، دوم و سوم دبیرستان بودند. فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس ارزیابی خانوادگی مک مستر، آزمون افسردگی بک و مقیاس اضطراب کنل برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه نشان داد که دانش‌آموزان دارای اضطراب و افسردگی در مقایسه با نوجوانان سالم در زیرمقیاس‌هایی همچون حل مسئله، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار کارکردهای خانوادگی ناکارآمدی را گزارش داده بودند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مشارکت عاطفی و کنترل رفتار بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی نوجوانان ایفا می‌کنند ($p < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اضطراب و افسردگی نوجوانان با کارکرد خانوادگی ناکارآمد آنان در ارتباط است؛ بنابراین روان‌درمانگران در طول فرایند درمان نوجوانان دارای اضطراب و افسردگی باید از این تأثیر آگاه بوده و اهمیت زیادی برای رابطه‌ی نوجوان با خانواده‌اش قائل باشند.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانواده، اضطراب، افسردگی، نوجوان

*Email: ramani@basu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۷۷-۸۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 77-84

مقدمه

دوران نوجوانی دوره‌ی گذاری است که در آن افراد تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بسیاری را در طول فرایند رشد خود از کودکی به بزرگسالی تجربه می‌کنند و موضوعاتی مثل بلوغ زیستی و اجتماعی، اضافه شدن نقش‌های بزرگسالی و فعالیت‌های استرس‌زایی که زندگی فرد را تهدید می‌کنند تأثیرات مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی برای نوجوانان در بردارد [۱]. قمری [۲] بیان داشته است که حدود ۱۰ درصد از دانش‌آموزان نوجوان ایرانی از برخی نشانگان روان‌شناختی رنج می‌برند و آنچه بیش از همه مشاهده شده و مورد توجه قرار گرفت است اضطراب^۱ و افسردگی^۲ می‌باشد.

اضطراب حالتی از خلق است که با هیجان منفی شدید در واکنش به وقایع یا شرایط (ذهنی یا واقعی) تهدیدکننده مشخص می‌شود [۳]. اضطراب پدیده‌ی پیچیده‌ای است که از طریق سه سیستم واکنشی وابسته به هم شامل سیستم‌های جسمی، شناختی و رفتاری نمایان می‌شود. در سطح شناختی یک موقعیت خاص به عنوان موقعیتی تهدیدکننده یا ترسناک ادراک می‌شود. عناصر شناختی اضطراب شامل افکار اضطرابی همچون نگرانی، ترس از ناتوانی در سازگاری با موقعیت و تردید نسبت به آینده می‌شود که در واکنش به تعبیرهای تحریف‌شده‌ی فرد رخ می‌دهند. در سطح جسمانی، ادراک یا پیش‌بینی خطر قریب‌الوقوع منجر به فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک می‌شود تا بدن را برای انجام واکنش مناسب آماده کند. در سطح رفتاری نیز پاسخ جنگ/گریز راهکاری برای پایان دادن به موقعیت تهدیدکننده است. پاسخ‌های رفتاری در نوجوانان ممکن است شامل رفتارهایی مثل ناخن جویدن^۳ یا ضربه‌زنی با پای^۴ یا انگ‌گستان شود. البته پیش‌تر پاسخ‌های رفتاری شامل گریز از محرک (مانند تونل) یا موقعیت (مانند سخنرانی در جمع) اضطراب‌آور می‌شود [۳].

افسردگی در غالب اوقات با علائمی همچون خلق پایین (ناراحتی) نمایان می‌شود، باین‌حال چنین اختلالی در کودکان و نوجوانان با خلق تحریک‌پذیر، افزایش یا کاهش بدون اختیار وزن، اختلال در خواب (ناتوانی طولانی‌مدت در به خواب رفتن یا در خواب ماندن)، بی‌قراری، کندی حرکتی، احساس بی‌ارزشی، مشکل در تمرکز، افکار مکرر در مورد مرگ یا خودکشی مشخص می‌شود [۴]. امروزه در سبب‌شناسی اختلالات روانی در کنار نظریات درون‌فردی^۵، نظریات بین‌فردی^۶ نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و همان‌گونه که گاروف، هینونین، پسونن و آلمکویست [۵] بیان داشته‌اند، امروزه مطالعاتی که در حوزه‌ی اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب انجام می‌شوند همگی به‌اتفاق از مدل بیماری‌پذیری ارثی- استرس^۷ حمایت می‌کنند. بر اساس این مدل

عوامل ژنتیکی، کودکان و نوجوانان را در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کنند و تعامل این عوامل با عوامل محیطی ممکن است منجر به نمایان شدن این اختلالات بشود یا نشود. اگرچه عوامل محیطی دامنه‌ی بسیار گسترده‌ای دارد، باین‌حال گاروف و همکاران [۵] معتقدند که محیط و یا کارکرد خانواده، ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین عامل محیطی است که در شکل‌گیری و یا حفظ این اختلالات نقش دارد. آن‌ها معتقدند خانواده‌هایی که در آن‌ها آسیب روانی والدین، تعارضات شدید، تعاملات ناکارآمد، خشونت خانگی و بدرفتاری با کودکان و نوجوانان به چشم می‌خورد، یا عناصر نامحسوس و ظریف‌تری همچون همسویی والدین، ابراز عواطف و ارائه‌ی حمایت در آن وجود ندارد از کارکرد مناسبی برخوردار نیستند؛ به‌عبارت‌دیگر خانواده‌های با کارکرد ناکارآمد، منابع مهمی در ایجاد استرس‌هایی هستند که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی گوناگونی همچون اضطراب و افسردگی شود [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. ویژگی مهم نظریات بین‌فردی خانواده در این نکته نهفته است که توجه زیادی به آسیب‌های روانی درون‌فردی اعضای خانواده ندارند، بلکه بخش اعظم توجه خود را به کارکردهای بین‌فردی اعضای خانواده که باعث شکل‌گیری رفتارهای ناکارآمد می‌شود معطوف می‌کنند.

کارکرد خانواده به‌عنوان راهکارهایی تعریف می‌شود که اعضای خانواده برای تعامل، واکنش و رفتار با یکدیگر برمی‌گزینند و متغیرهایی همچون سبک‌های ارتباطی، سنت‌ها، نقش‌ها، مرزها، میزان نفوذپذیری، انعطاف‌پذیری، انطباق و تاب‌آوری را در برمی‌گیرد [۱۲]. یکی از معروف‌ترین مدل‌هایی که در حوزه‌ی کارکرد خانواده وجود دارد، مدل کارکرد خانواده‌ی مک‌مستر^۸ می‌باشد که بر اساس رویکرد سیستم‌های خانواده طراحی شده است. این مدل در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط اپستین، بی‌شاپ و لوین در دانشگاه مک‌مستر شکل گرفت [۱۳]. مدل مک‌مستر تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد، باین‌حال بر جنبه‌هایی از کارکرد خانواده تأکید دارد که بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت عاطفی (هیجانی) و جسمانی یا مشکلات اعضای خانواده دارند [۱۴]. بر اساس این مدل، کارکرد اصلی خانواده عبارت از فراهم آوردن زمینه‌ای برای رشد اجتماعی، روان‌شناختی و زیست-شناختی اعضای خانواده و حفظ آن‌ها از آسیب‌های گوناگون است. در طول این فرایند خانواده با انواع گوناگونی از موضوعات، مشکلات و وظایفی سروکار دارد که در سه حوزه جای می‌گیرند: (۱) وظایف اولیه: بنیادی‌ترین وظیفه‌ی خانواده شامل فراهم آوردن غذا، پول، حمایت و غیره؛ (۲) وظایف رشدی در چرخه خانواده: موضوعات موجود در طول رشد فردی و خانوادگی که بحران‌های فردی در نوزادی، کودکی، نوجوانی، میان‌سالی و پیری رخ می‌دهد و بحران‌های خانوادگی در آستانه‌ی ازدواج، اولین بارداری و مرحله آشیانه‌ی خالی^۹ نمایان می‌شود؛ (۳) وظایف اتفافی: این حوزه شامل رفع و رجوع بحران‌هایی می‌شود که ممکن است به خاطر

^۸ McMaster Model of Family Functioning (MMFF)

^۹ emptiness

^۱ anxiety

^۲ depression

^۳ nail-biting

^۴ foot-tapping

^۵ intrapersonal

^۶ interpersonal

^۷ diathesis-stress model

جامعه‌ی ایران نیز بخش قابل توجهی از نوجوانان را در میان دارد، توجه به مشکلات روان‌شناختی نوجوانان و شناخت متغیرهای مرتبط با آن می‌تواند گامی به‌سوی فراهم آوردن سلامت روانی برای آن‌ها باشد و در این میان خانواده نقش بسیار پررنگی دارد؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان انجام شد. دو فرض اصلی این مطالعه این است که کارکرد خانواده با اضطراب نوجوانان رابطه دارد و کارکرد خانواده با افسردگی نوجوانان رابطه دارد.

روش

نوع پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی بوده است.

آزمودنی

جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دبیرستانی آموزش‌وپرورش شهر همدان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌شد و حجم نمونه از طریق فرمول کوکران ۱۹۲ نفر محاسبه شد. درنهایت به دلیل مخدوش بودن برخی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی خوشه‌ای بود. بدین ترتیب که ابتدا اسامی ۱۵ دبیرستان ناحیه‌ی ۲ به ترتیب حروف الفبا نوشته شد و سپس تعداد ۲ دبیرستان انتخاب گردید و از هر دبیرستان یک کلاس اول، یک کلاس دوم و یک کلاس سوم انتخاب شد که درنهایت ۱۸۰ دانش‌آموز برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌های بکار برده شده در این مطالعه علاوه بر پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی (که مواردی همچون سن، شغل مادر و پدر، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و غیره در آن ذکر شده بود) شامل آزمون سنجش خانواده، آزمون اضطراب کتل و مقیاس افسردگی بک نیز می‌شد.

۱) آزمون سنجش خانواده: آزمون سنجش خانواده^{۱۰} یک پرسشنامه‌ی ۶۰ سؤالی است و برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بُعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. در این مقیاس علاوه بر شش بعد، یک خرده مقیاس هم وجود دارد که کارکرد عمومی خانواده را می‌سنجد [۱۳]. بیرامی و همکاران [۱۳] معتقدند که این مقیاس دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است. این پرسشنامه در ایران توسط زاده‌محمدی و ملک‌خسروی [۲۴] هنجاریابی شده که آلفای کرونباخ کلی در پژوهش آن‌ها در ارتباط با همه‌ی سؤالات معادل ۰/۹۴ و در مورد خرده مقیاس کارکرد عمومی خانواده ۰/۹۰ به دست آمد؛ اعتبار بازآزمایی پرسشنامه نیز ۰/۸۲ بود.

۲) آزمون اضطراب کتل: آزمون اضطراب کتل^{۱۱} شامل ۴۰

سؤال است که هر سؤال در یک مقیاس سه‌درجه‌ای (۰-۱-۲)

بیماری، تصادف، از دست دادن درآمد و تغییر شغل اعضای خانواده پیش آید [۱۴].

طبق مدل مک‌مستر کارکرد یک خانواده شش بُعد اساسی دارد که عبارتند از حل مسئله^۱ (توانایی خانوادگی برای حل مشکلاتی که یکپارچگی و ظرفیت کارکردی آن را به خطر می‌اندازد تا حدی که باعث حفظ کارکرد مؤثر خانواده شود)، ارتباط^۲ (تبادل کلامی اطلاعات در محیط خانواده)، نقش‌ها^۳ (الگوی مکرر رفتاری هر یک از اعضای خانواده که کارکردهای خانواده را برآورده می‌سازد)، پاسخ‌دهی عاطفی^۴ (میزان پاسخ‌دهی اعضای خانواده به محرک‌های عاطفی)، مشارکت عاطفی^۵ (میزان علاقه‌ی اعضای خانواده و ارزشی که آن‌ها برای فعالیت‌های دیگر اعضای خانواده قائل هستند. تأکید بر میزان علاقه به یکدیگر و نحوه‌ی بیان آن است)، کنترل رفتار^۶ (الگوی خانواده در برخورد با موقعیت‌هایی که از نظر جسمانی خطرناک هستند. موقعیت‌هایی که شامل ارضاء و بیان نیازها و سائق‌های روان‌شناختی می‌شود و موقعیت‌هایی که شامل اجتماعی کردن^۷ رفتارهای بین اعضای داخل خانواده و افراد بیرون از آن می‌شود). مدل مک‌مستر و دیگر مدل‌های خانواده همچون مدل بلوم در سال‌های اخیر برای پیش‌بینی سازه‌های مهم دوران نوجوانی از جمله خودپنداره [۱۵]، پرخاشگری [۱۶]، مثبت‌نگری [۱۷]، مشکلات هیجانی و رفتاری [۱۸]، بی‌اشتهایی عصبی [۱۹]، خودجرحی بدون خودکشی^۸ [۲۰]، سازگاری [۲۱]، سرسختی روان‌شناختی [۲۲] و بحران هویت [۲۳] مورد استفاده قرار گرفته است. قمری [۲] رابطه‌ی بین کارکرد خانواده با افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی شکل^۹ را در دانشجویان بررسی کرد و نتایج مطالعه‌ی او نشان داد که میان کارکرد خانواده با افسردگی و اختلال جسمانی شکل رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد اما چنین رابطه‌ای در مورد اضطراب صدق نمی‌کند. همچنین گاروف و همکاران [۵] خانواده درمانی مبتنی بر کارکرد خانواده را برای بهبود افسردگی نوجوانان به کار گرفتند که نتایج حاکی از اثر معنادار این مدل درمانی بر بهبود افسردگی نوجوانان بود. تزواران و همکاران [۱] نیز در مطالعه‌ی خود کارکرد معیوب خانواده را به‌عنوان یکی از عوامل خطرزا در اضطراب و افسردگی نوجوانان معرفی کردند. بیرامی و همکاران [۱۳] به مقایسه‌ی کارکرد خانوادگی بیماران افسرده با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر پرداختند و نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که افراد افسرده در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کنند. از آنجا که نوجوانان بخش مهمی از جامعه هستند و مشکلات روانی آن‌ها ممکن است باعث کاهش انرژی ذهنی برای آن‌ها و به بار آوردن هزینه‌های سنگینی برای جامعه شود و

¹ problem solving

² communication

³ roles

⁴ affective responsiveness

⁵ affective involvement

⁶ behavior control

⁷ socializing

⁸ no suicidal self-injury

⁹ somatoform

¹⁰ Family assessment device

¹¹ Cattle anxiety scale

همچنین در تحقیق فرامرزی [۲۷] برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب کتل از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۰ به دست آمد.

نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون از مؤثرترین ابزار سنجش اضطراب است که بر اساس پژوهش‌های گسترده، در ۴۰ پرسش برای افراد بالای ۱۴-۱۵ سال فراهم شده است. در هنجارگزینی ایرانی توسط منصور و دادستان در سال ۱۳۶۷ با تعداد ۱۶۳۴۲ پسر و تعداد ۸۵۳۲ دختر نیز ابزار مناسبی برای تشخیص اضطراب به کار رفته است [۲۵]. در تحقیق فلاحي [۲۶] برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب کتل از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۶ محاسبه شد که ضریب پایایی مورد قبولی است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده دانش‌آموزان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کارکرد خانواده	۱۸۰	۱۳۹/۷	۱۱/۸۲
حل مشکل	۱۸۰	۱۲/۳۸	۲/۹۹
ارتباط	۱۸۰	۱۶/۰۱	۲/۷۲
نقش‌ها	۱۸۰	۲۱/۵۳	۳/۱۱
پاسخ‌دهی عاطفی	۱۸۰	۱۴/۰۷	۲/۴۳
مشارکت عاطفی	۱۸۰	۲۰/۹۵	۴/۰۳
کنترل رفتار	۱۸۰	۲۴/۱۸	۴/۱۵
کارکرد کلی	۱۸۰	۳۰/۵۳	۳/۴۸

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین کارکرد خانواده (و زیرمقیاس‌های آن) با اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان

اضطراب	همبستگی	کارکرد خانواده	حل مسئله	ارتباط	نقش‌ها	پاسخ‌دهی عاطفی	مشارکت عاطفی	کنترل رفتار	کارکرد کلی
اضطراب	همبستگی	-۰/۱۵۳*	۰/۱۴۴	۰/۰۷۹	-۰/۱۲۷	-۰/۰۲۳	-۰/۲۴۶*	-۰/۳۰۷*	-۰/۰۴۲
	سطح معناداری	۰/۰۴۱	۰/۰۵۳	۰/۲۹	۰/۰۸۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۵۷
افسردگی	همبستگی	-۰/۱۶۳*	۰/۱۸۱*	۰/۰۶۱	۰/۰۵۴	۰/۹۸*	-۰/۱۹۷*	-۰/۳۹۴*	-۰/۱۰۵
	سطح معناداری	۰/۰۲۹	۰/۰۱۵	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	۰/۰۰۰	۰/۱۶۲

افسردگی و اضطراب میان آن‌ها توزیع شد و از آن‌ها خواسته شد تمامی ماده‌های آزمون‌ها را با دقت بخوانند و پرسش‌نامه‌ها را در کلاس تکمیل کنند؛ همچنین به منظور کنترل تأثیر ترتیب آزمودنی‌ها، ترتیب قرار گرفتن سه پرسشنامه در بسته‌های پرسشنامه با هم متفاوت بود. برای مثال در برخی از بسته‌ها پرسشنامه‌ی کارکرد خانواده اول بود، در برخی دوم و در برخی سوم بود. میانگین وقت لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ دقیقه بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آن‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس» نسخه‌ی ۱۸ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

از مجموع نمونه آماری مورد مطالعه، پایه‌ی تحصیلی ۶۰ نفر (۳/۳۳) اول، ۶۰ نفر (۳/۳۳) دوم و علوم پایه و ۶۰ نفر (۳/۳۳) سوم بود. میانگین سن دانش‌آموزان ۱۶/۱ (SD= ۱/۱۳) سال بود که کم سن‌ترین ۱۴ ساله و مسن‌ترین ۱۹ ساله بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آن در میان شرکت‌کنندگان گزارش شده است.

۳) مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک^۱ یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی می‌باشد که توسط بک در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است. هر گروه از عبارات که یک جنبه یا علامت افسردگی را می‌سند، شامل چهار جمله است که از لحاظ آن علامت درجه-بندی شده است. نمره‌ی بین جملات بین صفر (برای فقدان آن علامت) تا ۳ (برای شدیدترین وضعیت آن علامت) متغیر است. مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر و به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین و شدیدترین وجه احساس آن علامت می‌باشد [۲۸]. بک، ستیر و گاربین [۲۹] با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار [۲۸] اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند.

شیوه اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه و بعد از جلب مشارکت و همکاری آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های کارکرد خانواده،

² SPSS

¹ Beck depression inventory (BDI-II)

کرد، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره در جدول ۳ بیانگر آن است که مدل رگرسیون اعمال شده معنی دار بوده و مجاز به استفاده از آن می‌باشیم ($p < 0.05$). به منظور ارزیابی تأثیر کارکرد خانواده بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان اقدام به آنالیز رگرسیون چندگانه گردید که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

در جدول ۲ همبستگی بین کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آن با اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان ارائه شده است. با توجه به جدول ۲، همبستگی اضطراب با کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های مشارکت عاطفی و کنترل رفتار معنادار است. همچنین همبستگی افسردگی با کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های حل مسئله، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار معنادار است. در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا می‌توان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان را از طریق کارکرد خانواده پیش‌بینی

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چند متغیره رابطه‌ی اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و کارکرد خانواده

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	
				اماره	سطح معناداری
رگرسیون	۱	۵۰۹/۳۱	۵۰۹/۳۱		
	۱۷۸	۷۹۱۹/۴۸	۴۴/۴۹	۱۱/۴۴	۰/۰۰۱
	۱۷۹	۸۴۲۸/۸			
باقیمانده	۱	۳۹۵۸/۹۴	۳۹۵۸/۹۴		
	۱۷۸	۲۱۵۴۳/۷۸	۱۲۱/۰۳	۳۲/۷۱	۰/۰۰۰
	۱۷۹	۲۵۵۰۲/۷۲			
مجموع	۲	۴۵۹۹/۴۹	۲۲۹۹/۷۴	۱۹/۴۷	۰/۰۰۰
	۱۷۷	۲۰۹۰۳/۲۳	۱۱۸/۰۹		
	۱۷۹	۲۵۵۰۲/۷۲			

جدول ۴. ضرایب کارکرد خانواده در رگرسیون چندگانه رابطه اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و کارکرد خانواده

متغیر (عامل)	B	Beta	خطای معیار	t	سطح معناداری	R	R ²
مقدار ثابت	۴۸/۵۵		۲/۶۳	۱۸/۴۲	۰/۰۰۰		
مشارکت عاطفی	-۰/۴۱۸	-۰/۲۴	۰/۱۲۴	۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۰۶
مقدار ثابت	۳۵/۹۳		۶/۶۲	۵/۴۲	۰/۰۰۰		
کنترل رفتار خانواده	-۱/۲۴	-۰/۴۲	۰/۲۰۲	۶/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۹	۰/۱۵
مشارکت عاطفی	۰/۶۲	۰/۱۶	۰/۲۷	۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۱۸

گردید و مشخص گردید که سایر زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده در رابطه رگرسیون چندگانه نقش نداشته است و از مدل حذف گردید. نتایج نهایی آنالیز رگرسیون چندگانه، به همراه ضریب متغیر مؤثر در مدل، در زیر آمده است. مدل نهایی عبارت است از:

در ابتدا اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان به‌عنوان متغیر ملاک و کارکرد خانواده (به همراه زیرمقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی) به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از روش گام‌به‌گام زیرمقیاس مشارکت عاطفی بیش‌ترین تأثیر را در رگرسیون چندگانه، داشته و وارد مدل

$$Y = 48/55 + (مشارکت عاطفی خانواده) \times -0/418 - (مشارکت عاطفی) \times 0/62 + (کنترل رفتار خانواده) \times -1/24 - (افسردگی دانش‌آموزان)$$

دانش‌آموزان رابطه منفی و مشارکت عاطفی و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. به عبارتی هرچه کنترل رفتار خانواده بیش‌تر باشد، افسردگی دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و بالعکس با کاهش کنترل رفتار خانواده، افسردگی دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. با افزایش مشارکت عاطفی، افسردگی دانش‌آموزان افزایش می‌یابد و بالعکس؛ بنابراین با استفاده از میزان کنترل رفتار خانواده و مشارکت عاطفی، افسردگی نوجوانان را می‌توان پیش‌بینی کرد.

ضریب مدل رگرسیون نشان می‌دهد بین مشارکت عاطفی خانواده و اضطراب دانش‌آموزان رابطه منفی وجود دارد. به عبارتی هرچه مشارکت عاطفی خانواده بیش‌تر باشد، اضطراب دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و بالعکس با کاهش مشارکت عاطفی خانواده، اضطراب دانش‌آموزان افزایش می‌یابد؛ بنابراین با استفاده از میزان مشارکت عاطفی خانواده، می‌توان اضطراب نوجوانان را پیش‌بینی کرد. همچنین بین کنترل رفتار خانواده و افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان انجام گرفت. فرضیه اول بنی بر این که کارکرد خانواده با اضطراب نوجوانان رابطه دارد تأیید شد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی تزواران و همکاران [۱] همسو است و با نتایج قمری [۲] مغایرت دارد. فرضیه‌ی دوم این مطالعه مبنی بر این که کارکرد خانواده با افسردگی نوجوانان رابطه دارد نیز تأیید شد که این یافته نیز با نتایج قمری [۲]، تزواران و همکاران [۱] و بیرامی و همکاران [۱۳] همسو می‌باشد. از آنجا که اضطراب و افسردگی دو اختلالی هستند که همپوشی بسیار زیادی با یکدیگر دارند در بسیاری از مطالعات موجود در ادبیات پژوهشی تبیین‌های یکسانی در مورد چگونگی رابطه‌ی کارکرد خانواده با این دو متغیر بیان شده است. در این مطالعه نیز همین روال در پیش گرفته شده است. در تبیین این یافته‌ها باید به آن دسته از زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده که با اضطراب و افسردگی نوجوانان رابطه داشته‌اند پرداخت.

اپستین، بیشاپ و لوین [۳۰] معتقدند از آنجا که خانواده‌های ناکارآمد در حل مسائل ابزاری و عاطفی از سرعت و منطق مورد نیاز بی‌بهره هستند، بیش‌تر مسائل کوچک اعضای خانواده به‌ویژه نوجوانان در طول زمان کهنه شده و تبدیل به مشکلات لاینحلی می‌شوند که استرس زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند و چنین استرس‌هایی به دلیل ارزیابی‌هایی که اعضای خانواده از ناتوانی خود برای حل آن‌ها دارند تبدیل به اضطراب و کاهش خلق می‌شود. از سوی دیگر از آنجا که این خانواده‌ها معمولاً مراحل حل یک مسئله را به‌درستی طی نمی‌کنند، نمی‌توانند آن را به فرزندان خود نیز آموزش دهند و همین امر باعث می‌شود که این فرزندان در برخورد با مسائل مختلف از کارایی لازم برخوردار نباشند و دچار اضطراب شوند.

طبق مدل مک‌مستر نوع مشارکت عاطفی در خانواده‌هایی که نوجوانان آنان از افسردگی رنج می‌برند معمولاً شامل عدم مشارکت^۱، مشارکت عاری از احساس^۲ و یا مشارکت همراه با خودشیفتگی^۳ است. در حالت عدم مشارکت، اعضای خانواده هیچ علاقه و نیروگذاری^۴ روی یکدیگر ندارند و بیش‌تر شبیه افرادی هستند که در یک خوابگاه در کنار هم زندگی می‌کنند. در حالت مشارکت بدون احساس، اعضای خانواده با یکدیگر مشارکت دارند اما این مشارکت در بیش‌تر اوقات خالی از عواطف و احساسات است و تنها در صورت ضرورت چنین عواطفی به میزان بسیار کمی ابراز می‌شوند و در مشارکت همراه با خودشیفتگی، مشارکت معمولاً با خودبینی و برای منافع شخصی است و اهمیتی به دیگری داده نمی‌شود. مشارکت عاطفی ناکارآمد در این سه حالت باعث آن می‌شود که نوجوان در کانون خانواده جایی برای ابراز نگرانی‌ها و مشکلات خود نداشته و به دلیل عدم دریافت توجه

احساس بی‌ارزشی کند و چنین فضایی به‌شدت باعث کاهش خلق می‌شود. از سوی دیگر مشارکت عاطفی در خانواده‌هایی که نوجوانان آنان از اضطراب رنج می‌برند معمولاً شامل مشارکت بیش‌ازحد و مشارکت همزیستی می‌شود که در آن روابط بیش‌ازحد مداخله‌گرانه و حمایتی وجود دارد و معمولاً در روابط همزیستی مرزهای میان اعضای خانواده به‌قدری از هم می‌پاشد که دیگر تمایز بین اعضا بسیار دشوار می‌شود. بدیهی است که چنین شرایطی برای نوجوانی که در ابتدای راه ایجاد مرز و استقلال است اضطراب بسیار زیادی به همراه خواهد داشت. لازم به ذکر است که شرایط بهنجار این روابط شامل مشارکت همدلانه می‌شود که در آن اعضای خانواده می‌توانند نگرانی‌های خود را به‌راحتی ابراز کنند و اعضای خانواده اهمیت زیادی برای علائق یکدیگر قائل هستند [۱۴]. در زمینه‌ی کنترل رفتار نیز معمولاً کنترل رفتار خشک و انعطاف‌ناپذیر باعث ایجاد اضطراب شدید در نوجوانان می‌شود. در این شرایط محیط خانواده سرشار از معیارهای بسیار سخت و متعصبانه است که هیچ جایی برای آزادی عمل و مذاکره باقی نمی‌ماند و چنین شرایطی در نوجوانان اضطراب شدیدی ایجاد می‌کند. در سوی دیگر این بردار کنترل رفتار کاملاً آزادانه و بی‌تفاوت وجود دارد که معمولاً مانند فضای خانوادگی بدون مشارکت می‌ماند و عدم توجه به نوجوان باعث کاهش خلق وی می‌شود [۱۴].

با توجه به نقش تعیین‌کننده‌ی زیرمقیاس مشارکت عاطفی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی نوجوان و اهمیت ساختار بین فردی مشارکت عاطفی، یکی از نظریاتی که به‌خوبی به تبیین نقش مشارکت عاطفی در فضای خانواده پرداخته است، نظریه‌ی دلبستگی می‌باشد [۳۱]. طبق این نظریه در سال‌های اولیه‌ی زندگی، کودکان نیازمند پیوندی عمیق و عاطفی با مراقبان یا مظاهر دلبستگی هستند. در صورت پاسخ داده نشدن به نیاز حمایت، ثبات عاطفی و در دسترس بودن مراقب، کودک اولین باورها در مورد خود (فردی ارزشمند نیست)، دیگران (قابل اعتماد نیستند) و جهان (مکان ناامنی برای زندگیست) را به صورتی منفی می‌سازد. پس از شکل‌گیری چنین باورهایی، اساس روابط کودک در آینده پایه‌ریزی می‌شود و دوران نوجوانی که دوره‌ی سرشار از تعارضات، کشمکش‌ها و موقعیت‌های مستلزم تصمیم‌گیری است و نیازمند حمایت و مشارکت عاطفی برای مواجهه‌ی با چنین موقعیت‌هایی می‌باشد، باورهای منفی در رابطه با خود، دیگران و جهان، به‌خصوص زمانی که فرد در جستجوی آرامش است، دچار فشار روانی بسیار و در وهله‌ی اول اضطراب و به دنبال آن، اختلال هیجانی افسردگی می‌شود [۳۱].

به‌طور کلی اختلال در کارکرد خانواده باعث سردرگمی، نگرانی، مشکلات ارتباطی و تهدید سلامتی اعضای آن می‌شود. در حقیقت آنچه در یک خانواده روی می‌دهد و نحوه‌ی کارکرد آن نقش مهمی در انعطاف‌پذیری و سازگاری اعضای آن با شرایط و موقعیت‌های دشوار می‌شود. در خانواده‌ای که از کارکرد مناسبی برخوردار است، فرایند حل مسئله به‌خوبی طی می‌شود، نقش‌ها و مسئولیت‌ها به‌خوبی روشن و انعطاف‌پذیرند، ارتباطات میان

¹ lack of involvement

² involvement devoid of feeling

³ narcissistic involvement

⁴ investment

8- Carly Guberman, M. A., & Katharina Manassis, M. D. (2011). Symptomatology and Family Functioning in Children and Adolescents with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*, 20(3), 186-195.

9-Wang, C. Xia, Y., Li, W., Wilson, S. M., Bush, K., & Peterson, G. (2014). Parenting Behaviors, Adolescent Depressive Symptoms, and Problem Behavior: The Role of Self-Esteem and School Adjustment Difficulties among Chinese Adolescents. *Journal of Family Issues*, 23, 1-21.

۱۰-زرگر، فاطمه، عاشوری، احمد، اصغری پور، نگار، و عاقبتی، اسماء. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلابه اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۵، شماره ۱۰، صص ۱۰-۲.

۱۱-مؤمنی، خدامراد، و علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایزیافتگی خود و تاب‌آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال ۳، شماره ۲، صص ۳۱۰-۲۹۷.

12- Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. Los Angeles: CA: Sage.

۱۳- بیرامی، منصور، فرنام، علیرضا، قلی‌زاده، حسین، و ایمانی، مهدی. (۱۳۸۹). مقایسه کارکرد خانوادگی بیماران افسرده اساسی با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، سال ۳۲، شماره ۲، صص ۲۹-۲۵.

14- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., Bishop, D. S. (2012). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. Routledge.

15- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Schwartz, S. G., & Liddle, H. A. (2006). Family Functioning, Self-Concept, and Severity of Adolescent Externalizing Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 721-31.

16- Avci, R., & Guçray, S. S. (2010). An Investigation of Violent and Nonviolent Adolescents' Family Functioning, Problems Concerning Family Members, Anger and Anger Expression. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(1), 65-76.

اعضای خانواده شفاف و مستقیم است، عواطف اعضا به‌خوبی در میان گذاشته می‌شود و مورد حمایت قرار می‌گیرد و در آخر تعارضات به‌وضوح مطرح و حل می‌شوند. این مطالعه نیز همانند اغلب مطالعات دیگر از محدودیت‌های برخوردار بود که تعمیم یافته‌های آن را با مشکل مواجه می‌سازد. برای نمونه می‌توان به کم بودن حجم نمونه و استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از نمونه‌های بزرگ‌تر و نمونه‌گیری دقیق‌تر استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام افرادی که امکان انجام این پژوهش را برای ما فراهم آوردند و ما را در انجام آن یاری دادند سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Tezvaran, Z., Akan, H., & Zahmacioglu, O. (2012). Risk of depression and anxiety in high school students and factors affecting it. *Health MED*, 6(10), 3333-9.
- 2- Ghamari, M. (2012). Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(5), 101-5.
- 3- Essau, C. A., Olaya, B., & Ollendick, T. M. (2013). Classification of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In C. Essau, & T. Ollendick, *Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety Disorders*. London: Wiley-Blackwell.
- 4- Romero, A. J., Edwards, L. M., Bauman, S., & Ritter, M. K. (2014). *Preventing Adolescent Depression and Suicide among Latinas, Resilience Research and Theory*. New York: Springer.
- 5- Garoffa, F. F., Heinonen, K., Pesonena, A., & Almqvist, F. (2012). Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34, 4-23.
- 6-Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 329-76.
- 7-Matejevic, M., Jovanovic, D., & Ilic, M. (2015). Patterns of Family Functioning and Parenting Style of Adolescents with Depressive Reactions. *Social and Behavioral Sciences*, 185, 234-239.

- ۲۶- فلاحی، آذر. (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی روش‌های حساسیت-زدایی منظم و قصد متضاد در کاهش اضطراب بین دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۲۷- فرامرزی، فلور. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب و افزایش مسئولیت‌پذیری معتادین مرد خود معرف بهزیستی شهرستان مسجد سلیمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد اهواز.
- ۲۸- آرخوش، منوچهر. (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران، روان، چاپ سوم، صص ۲۲۶-۲۲۴.
- 29- Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psych review journal*, 8, 77-100.
- 30- Schwab, J. J., Gray-Ice, H. M., & Prentice, F. R. (2002). *Family Functioning: The General Living Systems Research Model*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- 31- Abaied, J. L., & Rudolph, K. D. (2014). Family Relationships, Emotional Processes, and Adolescent Depression. In Richards, C. S., & O'Hara, M. V (Eds.), *The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity* (pp. 460-475). New York: Oxford University Press.
- 17- Sahin, Z. S., Nalbone, D. P., Wetchler, J. L., & Bercik, J. M. (2010). The Relationship of Differentiation, Family Coping Skills, and Family Functioning with Optimism in College-Age Students. *Contemporary Family Therapy*, 32, 238-56.
- 18- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., & Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 341-50.
- 19- Sim, L., & Matthews, M. (2013). The Role of Maternal Illness Perceptions in Family Functioning in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 541-50.
- 20- Tschan, T., Schmid, M., & In-Albon, T. (2015). Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(17), 1-9.
- ۲۱- ساقی، محمدحسین، و رجایی، علیرضا. (۱۳۸۷). رابطه‌ی ادراک نوجوانان از کارکرد خانواده با سازگاری آن‌ها. مجله اندیشه و رفتار، سال ۳، شماره ۱۰، صص ۸۲-۷۱.
- ۲۲- شریفی، خلیل، عریضی، حمیدرضا، و نامداری، کورش. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱، شماره ۱۰، صص ۹۴-۸۵.
- ۲۳- نجفی، محمود، احدی، حسن، و دلاور، علی (۱۳۸۵). بررسی رابطه کارایی خانواده و دینداری با بحران هویت. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱، شماره ۱۶، صص ۲۶-۱۷.
- ۲۴- زاده‌محمدی، علی، و ملک‌خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ۲، شماره ۵، صص ۸۹-۶۹.
- ۲۵- نورعلی‌زاده میانجی، مسعود، و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۹). رابطه‌ی اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه‌ی آن‌ها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی، مجله‌ی روان‌شناسی و دین، سال ۳، شماره ۲، صص ۴۴-۲۹.