

مقاله‌ی پژوهشی

پیش‌بینی نیم‌رخ سلامت روان‌شناختی بر اساس مولفه‌های کارکرد تحولی خانواده

*شهربانو عالی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد،

مشهد، ایران

ریحانه کدیور

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه

فردوسی مشهد، مشهد، ایران

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان رابطه و قدرت پیش‌بینی خرده-مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی بر اساس سطوح کارکرد تحولی خانواده از منظر رویکرد نوین تحول یکپارچه‌ی انسان (DIR) در دانشجویان متاهل دانشگاه فردوسی مشهد انجام گرفت.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش توصیفی-همبستگی، شامل تمام دانشجویان متاهل دانشگاه فردوسی مشهد مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های سنجش کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ) و مقیاس سلامت روان‌شناختی (SCL-25) بود. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: بین کارکرد تحولی خانواده و خرده‌مقیاس‌های جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، اضطراب و افسردگی رابطه‌ی منفی معنی-دار وجود دارد ($P < 0/01$) و تفکر منطقی و ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها از سطوح کارکرد تحولی خانواده بهترین پیش‌بینی‌کنندگان سلامت روان‌شناختی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این پژوهش نقش واسطه‌ای سطوح کارکرد تحولی خانواده را در آسیب‌شناسی روانی تایید می‌کند. به طوری که می‌توان گفت با بررسی ادراک افراد از کارکرد تحولی خانواده می‌توان مشکلات سلامت روان‌شناختی آن‌ها را پیش‌بینی نمود و این مهم به ارتقای دانش پژوهشگران در حیطه‌ی تبیین و درمان آسیب‌های روانی کمک خواهد کرد.

واژه‌های کلیدی: تحولی، خانواده، سلامت روان‌شناختی، کارکرد

*مؤلف مسئول:

دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

sh.aali79@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۲۵

تاریخ تایید: ۹۴/۰۴/۲۱

پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری شرکت-کنندگان تقدیر و تشکر می‌شود.

مقدمه

در این پژوهش عملکرد خانواده براساس دیدگاه تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط^۱ (DIR) یا مدل تحول یکپارچه‌ی انسان مورد مطالعه قرار گرفته است. الگوی DIR که توسط گرینسپن و ویدر^۲ مطرح شده است، رویکردی تحولی و فراگیر است که بر اساس یکپارچگی توانمندی‌های شناختی، عاطفی، زبانی و هیجانی قرار گرفته است. در DIR عوامل زیستی و روانی به طور مشترک عمل می‌کنند و درست شبیه نمایش، هر یک بر دیگری اثر می‌گذارد. گرینسپن معتقد است ویژگی‌های زیستی منحصر به فرد هر فرد از یک سو و ویژگی‌های اجتماعی که در آن متولد می‌شود از جمله خانواده، فرهنگ و ... از سوی دیگر بر کیفیت تعاملات افراد موثر بوده و سطح تحول هر فرد را تعیین می‌نمایند (۱۰).

گرینسپن و ویدر پس از ۸ سال مشاهده‌ی عمیق نشانه‌های هیجانی اولیه، تفاوت‌های پردازش شناختی و حرکتی، رابطه‌ی مراقب - کودک و الگوهای تعاملی خانوادگی کودکان (هم کودکان دارای تحول سالم و هم کودکان دچار آسیب)، مسیر طبیعی تحول هیجانی-کارکردی را از بدو تولد تا بزرگسالی ترسیم نمودند و برای درمان کودکانی که از این مسیر انحراف می‌یابند، برنامه‌ی فراگیر درمانی با عنوان DIR طراحی نمودند که بر سه مولفه‌ی تحول، ارتباط و تفاوت‌های فردی در تحول کودک تاکید می‌ورزد. تحول (D) بیانگر مرحله‌ی تحولی کودک است. در این الگو با دیدی تحولی به سلامت روان کودکان شش سطح تحولی مطرح می‌شود شامل: توجه و تنظیم، جذب شدن در روابط انسانی، علامت‌دهی و مبادله‌ی عاطفی ارادی، حلقه‌های علامت‌دهی هیجانی و حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک، ایجاد و به کار بستن ایده‌ها و پل زدن بین دو یا چند ایده. کودکان باید برای دست‌یابی به سلامت روان این سطوح را به طور متوالی پشت سر بگذارند. هر یک از این سطوح تحولی بر قبل خود بنا می‌شوند (۱۱). تفاوت‌های فردی (I) به تفاوت‌های فردی در تعدیل حسی، پردازش حسی و ردیف‌بندی حرکتی اشاره دارد و هر کودک با نیم‌رخ حسی-تنظیمی خود به شیوه‌ای متفاوت نردبان تحولی را می‌پیماید (۱۲). ارتباط (R) چگونگی روابط عاطفی کودک با مراقب، کیفیت تعاملات عاطفی و اجتماعی با دیگران که تحت تاثیر ویژگی‌های زیستی منحصر به فرد کودک قرار می‌گیرد و تحول روان‌شناختی کودک را تعیین می‌کند (۱۳).

فولی و هاچمن^۳ معتقدند مهمترین بینشی که مدل DIR را شکل می‌دهد تاثیر حیاتی روابطی است که تعاملات چندگانه را برای کودک

سلامت روان‌شناختی که از ابعاد مهم و محور ارزیابی سلامتی کلی است، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی جوامع دارد و شامل آسایش ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و شناخت توانایی خود در محقق ساختن ظرفیت‌های عقلی و هیجانی خویش می‌باشد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با تنش‌های معمول زندگی مدارا کند و به اهداف مورد نظرش دست یابد. با رشد جمعیت و توسعه‌ی شهرنشینی و صنعتی شدن، بیماری‌های روانی در صدر عوامل ایجادکننده‌ی ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار گرفته‌اند و شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی‌های طولانی‌مدت و مزمن همراه آن‌ها باعث شده است تا این مشکلات در تمام جوامع به عنوان یک اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرند (۱).

آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون‌فردی در یک عضو خانواده نیست بلکه فرایندی تعاملی بین اعضای خانواده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علائم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد (۲). عملکرد خانواده به توانایی آن در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا و موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده مربوط است. تغییرات کمی و کیفی در فرایند فوق باعث شکل‌گیری شخصیتی متفاوت در خانواده و در مواردی نیز موجب مشکلات روان‌شناختی می‌شود.

یکی از الگوهای مهم در زمینه‌ی بررسی عملکرد خانواده، الگوی عملکرد خانواده‌ی مک‌مستر است. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی می‌باشد شش بعد از زندگی خانوادگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، همراهی عاطفی و کنترل رفتار است (۳). تا کنون پژوهش‌های بسیاری با استفاده از این الگو رابطه‌ی عملکرد خانواده را با مشکلات روان‌شناختی تایید نموده‌اند. برای مثال می‌توان به ارتباط بین عملکرد خانواده با مسئولیت‌پذیری، خودپنداره، گرایش مذهبی و امید به آینده (۴)، ارتباط مثبت بین عملکرد خانواده و سرسختی فرزندان (۵)، خودتنظیمی (۶)، تاب‌آوری در برابر مصرف مواد (۷)، نیازهای روان‌شناختی (۸) و اضطراب و افسردگی (۹) اشاره نمود.

¹Developmental Individual Differences Relationship-Based Model

²Greenspan and Wieder

³Fulli and Hatchman

خانواده حساسیت بسیاری به محرک‌های حسی داشته باشد، محیط را متناسب با نیازهای او تعدیل می‌کنند یا در مقابل، اگر عضوی نیاز به پویایی و تحرک بیشتری داشته باشد، محیط پرتحرک‌تر و برانگیزاننده‌تری را فراهم می‌آورند، طوری که همه‌ی اعضا از نظر هیجانی آرام و تنظیم‌یافته باشند. در مواقع چالش نیز خانواده برای اعضا، نقش تنظیم‌کننده دارد و به جای بمباران و یا بی‌تفاوتی هیجانی تلاش دارد تا فرد به هم ریخته را تنظیم و آرام نماید. به میزانی که خانواده دارای چنین کارکردی باشد، آن خانواده از سطح تحول‌یافتگی کارکردی بالاتری برخوردار خواهد بود.

مرحله‌ی دوم: صمیمیت - اعضای خانواده‌ای که به لحاظ هیجانی آرام و تنظیم‌یافته است، به یکدیگر علاقه‌مندند. اعضای چنین خانواده‌ای در تجربه‌های هیجانی هم مشارکت می‌کنند، به گونه‌ای که تجربه‌های ذهنی و هیجانی هر عضو خانواده برای دیگر اعضا اهمیت داشته و در آن شریک می‌شوند.

مرحله‌ی سوم: ارتباط متقابل دوسویه - در سطح سوم، چنین خانواده‌ای از توانمندی برقراری ارتباط متقابل عمیق و گسترده برخوردار است، در این سطح تحول، همه‌ی اعضای خانواده به گونه‌ای هدفمند و متناسب با توانمندی‌هایشان با هم تعامل می‌کنند. در این سطح تحولی، اعضای خانواده قادر به مبادله‌ی احساس‌ها، نیت‌ها و افکار خود با دیگران‌اند.

مرحله‌ی چهارم: حل مسئله‌ی اجتماعی - اعضای خانواده‌ای که به این قابلیت تحولی دست یافته‌اند، نسبت به نیازهای یکدیگر حساس هستند و احساس مسئولیت می‌کنند. در برخورد با چالش‌ها و گرفتاری‌ها، خانواده رویکرد مسئله‌مدار دارد و با مشارکت در حل مسئله، مشکلات فردی اعضا را به‌عنوان قسمتی از چالش‌های کل خانواده در نظر می‌گیرند. به ویژه اگر یکی از اعضای خانواده معلولیت داشته باشد، تمام اعضا، جهت حل مسائل مربوط به داشتن چنین فرزندی با یکدیگر همکاری می‌کنند.

مرحله‌ی پنجم: ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها - در این سطح، خانواده‌ای است که در آن ایده‌ها ابراز می‌شوند و مورد گفتگو قرار می‌گیرند. اعضا به‌جای کنترل احساسات یکدیگر، خودشان را با تجربه‌های احساسی همدیگر هماهنگ و تنظیم می‌کنند. اعضا درباره‌ی دامنه‌ی گسترده‌ای از احساس‌ها نظیر دوست‌داشتن، صمیمیت، پرخاشگری، کنجکاو و حسادت، به گفت‌وگو و تبادل نظر می‌پردازند. اعضا به ایده‌های هم‌سعه‌ی صدر نشان می‌دهند، آن‌ها را با هم به اشتراک می‌گذارند و درباره‌ی آن‌ها گفتگو می‌کنند و در خلال این گفت‌وگو، احساسات یکدیگر را غنا می‌بخشند. بنابراین، خانواده‌ای که فقط درباره‌ی بعضی از هیجان‌ها به گفت‌وگو می‌پردازد و از سایر احساس‌ها اجتناب می‌ورزد یا آن‌ها را کنترل می‌کند، یا خانواده‌ای که ابراز عقیده در آن وجود ندارد یا به

فراهم می‌آورد (۱۴). در این الگو بر نقش تعامل‌های هیجانی در تحول روان‌شناختی انسان تاکید می‌شود و همه‌ی توانمندی‌های پایه‌ی انسانی را نه به عنوان ویژگی‌های ژنتیکی از قبل تعیین شده که در فرایند تحول ظاهر می‌شوند بلکه به عنوان قابلیت‌های اکتسابی می‌شناسد که در درون روابط هیجانی کودک با دیگران ساخته می‌شود و تحول می‌یابد. عامل مهمی که روابط کودک-والدین را در تحول روان‌شناختی انسان تعیین می‌نماید، هیجان‌هایی است که در روابط بین فردی انسانی ظاهر می‌شوند (۱۵). در این مدل، تیم ذهن انسان شامل حس، حرکت، توجه و حافظه تحت هدایت هیجان‌ها هماهنگ و یکپارچه می‌شوند. هیجان‌ها با فراهم ساختن هدف برای رفتار قسمت‌های مختلف ارگانسیم را هماهنگ می‌نمایند و باعث معنی‌داری تجربه‌های فرد می‌شوند. هم‌چنین هیجان‌ها اساس شکل‌گیری بازنمایی‌های ذهنی، ایده‌ها و نمادهای زبانی می‌باشند که در جریان تفکر و استدلال منطقی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۸-۱۶).

الگوهای تعاملی کودک با مراقب، زیست منحصراً به فرد کودک را در پیشرفت تحولی بزرگتر وارد می‌کنند و در ارتقای توانمندی‌های تحولی بیشتر سهم می‌باشند، روابط و عواطف او را ساز و برگ داده و دامنه‌ی تجارب کودک را در هر سطح از تحول گسترش می‌دهند و او را در حرکت از یک سطح تحول کارکردی به سطح بعدی یاری می‌نمایند (۱۹). در مقابل، تعامل‌هایی که مطابقت با سطح تحول کارکردی کودک و یا تفاوت‌های فردی او را نادیده می‌گیرند، پیشرفت کودک را تضعیف می‌نمایند. به طور مثال مراقبی که افسرده است، ممکن است نتواند کودکی را که در خود فرورفته یا کم‌واکنش است جذب نماید (۱۴).

در چهارچوب خانواده نیز تمرکز این مدل بر نحوه‌ای است که خانواده به عنوان یک واحد کلی کارکردهای حیاتی فوق‌راحمایت و یا تضعیف می‌نماید و محیط پرورش‌دهنده‌ی مطلوبی را طراحی می‌نماید. از این رو خانواده در این مدل از منظر نوزادی و اوایل دوران کودکی و در قالب رویکردی تحولی مورد ملاحظه قرار می‌گیرد (۲۰). بر مبنای این نظریه در صورتی اعضای خانواده می‌توانند مسیر تحول سالم را پیمایند و به توانمندی‌های تحولی بنیادین ذکر شده دست یابند که این توانمندی‌ها در درون خانواده به عنوان یک واحد کلی وجود داشته باشند.

در همین راستا عالی و همکاران بر اساس مراحل تحول هیجانی-کارکردی این الگو، مراحل تحول خانواده را طراحی نموده‌اند که در ذیل به تفصیل آمده است:

مرحله‌ی اول: توجه و تنظیم - در این سطح، خانواده‌ی سالم خانواده‌ای آرام و تنظیم‌یافته است که اعضای آن میزان تحمل یکدیگر را در مقابل محرک‌های محیطی در نظر می‌گیرند، به نحوی که اگر عضوی در

خانواده در آن حیطه است. روایی ملاک این پرسشنامه با ابزار سنجش کارکرد خانوادگی مک‌مستر ۰/۷۵-، ضریب بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه نیز ۰/۹۲ می‌باشد (۲۱).

ب- پرسشنامه‌ی سلامت روان: این آزمون فرم کوتاه شده‌ی آزمون SCL-90 می‌باشد که توسط نجریان و داوودی به صورت یک ابزار تک‌عاملی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی تهیه شده است. این ابزار شامل خرده‌مقیاس‌های جسمانی‌سازی^۳ (SOM)، وسواس-اجبار^۴ (O-C)، حساسیت بین فردی^۵ (INT)، افسردگی^۶ (DEP)، اضطراب^۷ (ANX)، هراس^۸ (PHOB)، اندیشه‌پردازی پارانوئید^۹ (PAR)، روان-روان‌گسسته‌گرایی^{۱۰} (PSY) می‌باشد. در پژوهش‌های انجام شده برای بررسی اعتبار این آزمون همبستگی آن با پرسشنامه‌ی اضطراب عمومی برابر با ۰/۶۹ و با پرسشنامه‌ی افسردگی بک ۰/۴۹، با مقیاس کمال‌گرایی اهواز ۰/۶۶ و با مقیاس سرسختی ۰/۵۶ گزارش شده است. هم‌چنین ضریب پایایی آن به شیوه‌ی بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه‌ی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است (۲۲).

نتایج

در این قسمت شاخص‌های توصیفی و نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی خرده‌مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی بر اساس متغیر کارکرد تحولی خانواده به عنوان متغیر پیش‌بین ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مولفه‌های کارکرد تحولی خانواده

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حد اکثر	حداقل
توجه و تنظیم	۱۴/۰۸	۲/۹۸	۱۹	۲
جذب شدن	۱۳/۸۲	۳/۲۰	۱۹	۱
ارتباط متقابل	۱۴/۵۴	۳/۶۰	۲۱	۴
حل مسئله	۱۶/۰۶	۳/۰۸	۲۱	۴
ایجاد بازنمایی‌ها	۱۲/۴۶	۲/۸۰	۱۸	۴
تفکر منطقی	۱۰/۳۶	۲/۷۴	۱۹	۰
انضباط	۱۱/۱۶	۲/۴۷	۱۸	۰

³Somatization

⁴Obsessive-Compulsive

⁵Interpersonal Sensitivity

⁶Depression

⁷Anxiety

⁸Phobic

⁹Paranoid Thinking

¹⁰Psychoticism

ندرت ابراز عقیده‌ای در آن دیده می‌شود، در این قابلیت تحولی دچار نقص است.

مرحله‌ی ششم: تفکر منطقی- دست‌یابی به سطح تحولی ایجاد بازنمایی‌ها، خانواده را در رسیدن به سطح تفکر منطقی یاری می‌کند. در این سطح که سطح ششم تحول خانواده است، خانواده در رویارویی با مسائل، واقع‌بینانه و منطقی عمل می‌کند. زمانی که اعضای خانواده به‌عنوان یک گروه در کنار هم قرار می‌گیرند، متفکرانی واقع‌بین هستند که در مواجهه با مسایل و رویدادها کمتر هیجانی و بیشتر منطقی رفتار می‌کنند. رویکرد منطقی در خصوص تمام احساس‌ها و هیجان‌ها دیده می‌شود و مختص به موضوع‌ها و هیجان‌های خاص نیست.

مرحله‌ی هفتم: انضباط- آخرین سطح تحول خانواده، دست‌یابی به خانواده‌ای منضبط است. در این سطح، قواعد درون خانواده با گفت‌وگو و تبادل نظر با تمام اعضا و نیز متناسب با توانمندی‌های آن‌ها تعیین می‌شود. در چنین خانواده‌ای، قواعد برای تمام اعضا، واضح و روشن است و افراد قاطعانه به آن‌ها عمل می‌کنند (۲۱).

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش توصیفی-همبستگی شامل تمام دانشجویان متاهل دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه ۲۴۰ دانشجوی متاهل بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، به دلیل ناقص بودن اطلاعات ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان، سرانجام داده‌های مربوط به ۲۲۰ نفر تحلیل شد. در این پژوهش پرسشنامه‌های سنجش کارکرد تحولی خانواده^۱ (DFFAQ) و سلامت روان^۲ (SCL-۲۵) به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده: در این پژوهش برای سنجش کارکرد تحولی خانواده از پرسشنامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده‌ی عالی و همکاران استفاده شد. پرسشنامه‌ی مذکور شامل ۴۳ ماده بوده و خرده‌مقیاس‌های آن عبارتند از: توجه و تنظیم، جذب شدن در روابط انسانی، ارتباط متقابل دوسویه، حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط. هر سؤال در مقیاسی ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ (صفر برای هیچ‌گاه و ۳ برای همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات

۱۲، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۷، ۳۸، ۳۹ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی پایین در هر خرده‌مقیاس نشانگر ضعف کارکردی

¹Developmental Family Function Assessment Questionnaire

²Symptom Checklist-25

۰	۱۲	۲/۵۳	۳/۳۷	حساسیت بین فردی
۰	۴	۰/۸۱	۰/۳۰	افسردگی
۰	۱۲	۲/۴۶	۳/۵۶	اضطراب
۰	۱۱	۲/۱۸	۲/۷۴	هراس
۰	۴	۱/۰۷	۱/۳۴	اندیشه‌پردازی پارانوئید
۰	۹	۱/۷۶	۲/۱۶	روان‌گسسته‌گرایی
۲۷	۱۲۸	۱۶/۳۴	۹۲/۷۵	سلامت روان‌شناختی

کارکرد خانواده ۲۶/۱۹ ۱۲/۶۳ ۶۳ ۲

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد گروه نمونه، کارکرد خانواده‌ی خود را در سطوح حل مسئله، توجه و تنظیم و ارتباط متقابل بیش از سایر سطوح ادراک نموده‌اند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های سلامت روان-

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداکثر	حداقل
جسمانی‌سازی	۷/۵۷	۴/۳۶	۲۳	۰
وسواس-اجبار	۴/۳۴	۲/۵۷	۱۳	۰

طبق داده‌های جدول فوق نیم‌رخ سلامت روان‌شناختی گروه نمونه در خرده‌مقیاس‌های جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار و اضطراب از وضعیت نامطلوب‌تری در مقایسه با سایر نشانه‌ها برخوردار می‌باشد.

جدول ۳- همبستگی مولفه‌های کارکرد تحولی خانواده با خرده‌مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی

متغیر	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	PHOB	PAR	PSY	MH
توجه و تنظیم	۰/۳۱**	-۰/۲۱**	-۰/۳۶**	-۰/۱۹**	-۰/۳۰**	۰	-۰/۱۶*	-۰/۰۸	-۰/۴۳**
جذب شدن	۰/۳۷**	-۰/۲۸**	-۰/۳۶**	-۰/۲۱**	-۰/۳۶**	-۰/۱۸**	-۰/۱۱	-۰/۱۱	-۰/۴۶**
ارتباط متقابل	۰/۲۴**	-۰/۲۰**	-۰/۲۳**	-۰/۱۳	-۰/۲۶	-۰/۰۶	-۰/۰۵	۰	-۰/۳۰**
حل مسئله‌ی اجتماعی	۰/۲۳**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۵**	-۰/۲۵**	-۰/۰۹	-۰/۰۴	-۰/۰۹	-۰/۳۵**
ایجاد بازنمایی‌ها	۰/۲۰**	-۰/۱۶*	-۰/۲۶**	-۰/۰۷	-۰/۲۰	۰/۰۱	۰	-۰/۰۴	-۰/۲۹**
تفکر منطقی	۰/۳۸**	-۰/۲۹*	-۰/۳۸**	-۰/۱۹**	-۰/۳۴	-۰/۱۹**	-۰/۱۷*	-۰/۲۱**	-۰/۴۶**
انضباط	۰/۱۵**	۰/۰۶	-۰/۰۸	-۰/۱۴*	-۰/۱۶	۰/۰۴	-۰/۰۴	-۰/۰۶	-۰/۳۲**
کارکرد خانواده	۰/۳۴**	-۰/۲۵**	-۰/۳۵**	-۰/۲۱**	-۰/۳۳**	-۰/۱۰	-۰/۱۱	-۰/۱۰	-۰/۴۸**

جسمانی‌سازی (SOM)، وسواس-اجبار (O-C)، حساسیت بین فردی (INT)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، هراس (PHOB)، اندیشه‌پردازی پارانوئید (PAR)، روان-گسسته‌گرایی (PSY)

همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند کارکرد تحولی خانواده با نمره‌ی کل افراد در مقیاس سلامت روان‌شناختی همبستگی منفی معنی-دار دارد (-۰/۴۸). هم‌چنین مولفه‌ی توجه و تنظیم، بیشترین همبستگی را با خرده‌مقیاس‌های حساسیت بین فردی، جسمانی‌سازی و وسواس-اجبار، مولفه‌ی جذب شدن با جسمانی‌سازی، حساسیت بین فردی و اضطراب، ارتباط متقابل با اضطراب و توجه و تنظیم، حل مسئله با حساسیت بین فردی، ایجاد بازنمایی با اضطراب، تفکر منطقی با توجه و تنظیم، جذب شدن، اضطراب، حساسیت بین فردی و انضباط نیز با حساسیت بین فردی، اضطراب و توجه و تنظیم، رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد ($P < 0/01$). به عبارت دیگر هر چه خانواده از نظر مولفه‌های ذکر شده کارکرد بهتری داشته باشد نشانه‌های آسیب‌های روانی در اعضای آن کمتر مشاهده خواهد شد و خانواده از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردار خواهد بود.

جدول ۴- رگرسیون گام به گام مربوط به سهم ابعاد کارکرد تحولی خانواده در پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی

متغیرها	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی-داری
SOM	۱۶/۰۷	۱/۲۶۲	-	۱۲/۷۳۸	۰/۰۰۰
	-۰/۴۱	۰/۱۱۹	-۰/۲۶۰	-۳/۴۷	۰/۰۰۱
	-۰/۳۰	۰/۱۰۲	-۰/۲۲۳	-۲/۹۸	۰/۰۰۳
O-C	۸/۱۱	۰/۷۷۹	-	۱۰/۴۱۴	۰/۰۰۰
	-۰/۱۸۵	۰/۰۷۳	-۰/۱۹۷	-۲/۵۱۶	۰/۰۱۳
	-۰/۱۳۴	۰/۰۶۳	-۰/۱۶۷	-۲/۱۳۳	۰/۰۳۴
INT	۸/۵۷	۰/۷۸۷	-	۱۰/۸۹۴	۰/۰۰۰
	-۰/۲۴	۰/۰۶۶	-۰/۲۶۷	-۳/۷۰۹	۰/۰۰۰

هم‌چنین برای تعیین سهم هر یک از ابعاد کارکرد تحولی خانواده در سلامت روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل ابعاد کارکرد تحولی خانواده به عنوان متغیرهای پیش‌بین

جدول ۵- رگرسیون گام به گام مربوط به سهم کارکرد تحولی

خانواده در پیش‌بینی نمره‌ی کل سلامت روان‌شناختی

متغیرها	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
جسمانی‌سازی	۶۰/۰۱۱	۴/۲۱۰	-	۱۴/۲۵۵	۰/۰۰۰
وسواس-اجبار	-۰/۳۷۱	۰/۰۸۶	-۰/۴۸۰	-۴/۲۹۲	۰/۰۰۰
حساسیت بین فردی	-۱/۱۳۰	۰/۳۷۷	-۰/۲۴۵	-۲/۹۹۷	۰/۰۰۳
افسردگی	۰/۹۹۰	۰/۴۲۳	۰/۲۲۰	-۲/۳۳۹	۰/۰۲۰

نتایج جدول ۵ مربوط به پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی به عنوان یک متغیر کلی بر اساس ابعاد کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد که کارکرد تحولی خانواده با ضریب بتای $-۰/۴۸۰$ پیش‌بینی معنی‌داری از سلامت روان‌شناختی ارائه می‌دهد. هم‌چنین از میان خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ایجاد بازنمایی‌ها و تفکر منطقی با ضرایب بتای $-۰/۲۴۵$ و $۰/۲۲۰$ پیش‌بینی معنی‌داری از سلامت روان‌شناختی داشته‌اند.

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر بر قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روان‌شناختی بر اساس سطوح کارکرد تحولی خانواده صحه می‌گذارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش بین کارکرد تحول خانواده و خرده‌مقیاس‌های جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این یافته با گستره‌ای از پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه هم‌خوان است (۲۸-۲۳). هم‌چنین در پژوهش قمری نیز که رابطه‌ی عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک‌مستر با سلامت روان بررسی شده است، بین جسمانی‌سازی و افسردگی با عملکرد خانواده رابطه‌ی معنی‌دار مشاهده شده است (۲۹). در پژوهش حاضر علاوه بر رابطه‌ی نمره‌ی کل کارکرد خانواده، تمام سطوح آن نیز با جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار و حساسیت بین فردی رابطه‌ی معنی‌دار داشته‌اند. در توجیه نتایج به دست آمده با توجه به این که تفکر منطقی نیز پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای سلامت روان‌شناختی برآورد شده است می‌توان گفت در مدل تحول یکپارچه‌ی انسان، خانواده‌ی سالم، خانواده‌ای است که در رویارویی با مشکلات، منطقی و واقع‌بینانه عمل می‌کند و اعضای آن متفکرینی واقع‌بین می‌باشند که در مواجهه با مسایل و رویدادها کمتر هیجانی و بیشتر منطقی می‌باشند. در مقابل، خانواده‌ی ناکارآمد در مواجهه با مسایل، سر در گم و هیجانی عمل می‌کند. زمانی که رویکرد خانواده، مواجهه‌ی هیجانی با مشکلات باشد و فضای ابراز عاطفی و هیجانی نگرانی‌ها و آشفتگی‌ها در جامعه وجود نداشته باشد این مشکلات می‌توانند به شکل جسمانی پدیدار شوند بنا به گفته‌ی محققین، جسمانی‌سازی در بعضی جوامع و فرهنگ‌ها

توجه و تنظیم	-۰/۱۸۸	۰/۰۶۱	-۰/۲۲۲	-۳/۰۷۸	۰/۰۰۲
مقدار ثابت	۱/۳۸۱	۰/۲۸۴	-	۴/۸۵۵	۰/۰۰۰
حل مسئله	-۰/۰۶۷	۰/۰۱۷	-۰/۲۵۳	-۳/۸۵۳	۰/۰۰۰
مقدار ثابت	۸/۰۴۶	۰/۷۲۳	-	۱۱/۱۳۴	۰/۰۰۰
جذب شدن	-۰/۱۸۸	۰/۰۵۸	-۰/۲۴۵	-۳/۲۲۲	۰/۰۰۱
تفکر منطقی	-۰/۱۸۱	۰/۰۶۸	-۰/۲۰۲	-۲/۶۵۹	۰/۰۰۸
مقدار ثابت	۳/۴۹۶	۰/۷۵۶	-	۴/۶۲۶	۰/۰۰۰
تفکر منطقی	-۰/۱۹۷	۰/۰۶۶	-۰/۲۴۸	-۲/۹۶۴	۰/۰۰۳
ایجاد بازنمایی	-۰/۱۷۲	۰/۰۶۹	۰/۲۲۲	۲/۵۱۱	۰/۰۱۳
جذب شدن	-۰/۲۰۶	۰/۰۶۴	-۰/۳۰۲	-۳/۲۲۸	۰/۰۰۱
توجه و تنظیم	۰/۱۴۱	۰/۰۶۵	-۰/۱۹۳	۲/۱۶۶	۰/۰۳۱
مقدار ثابت	۱/۳۸۱	۰/۲۸۴	-	۴/۸۵۵	۰/۰۰۰
حل مسئله	-۰/۰۶۷	۰/۰۱۷	-۰/۲۵۳	-۳/۸۵۳	۰/۰۰۰
مقدار ثابت	۸/۰۴۶	۰/۷۲۳	-	۱۱/۱۳۴	۰/۰۰۰
جذب شدن	-۰/۱۸۸	۰/۰۵۸	-۰/۲۴۵	-۳/۲۲۲	۰/۰۰۱
تفکر منطقی	-۰/۱۸۱	۰/۰۶۸	-۰/۲۰۲	-۲/۶۵۹	۰/۰۰۸

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تحلیل رگرسیون گام به گام طی گام نهایی برای متغیر جسمانی‌سازی، مولفه‌ی تفکر منطقی و جذب شدن وارد معادله‌ی رگرسیون شده‌اند. به ترتیب تفکر منطقی با ضریب استاندارد بتا $۰/۲۶۰$ و تفکر منطقی با $۰/۲۲۳$ توان پیش‌بینی معنی‌داری برای جسمانی‌سازی داشته‌اند. برای متغیر وسواس-اجبار متغیرهای تفکر منطقی و جذب شدن به ترتیب با ضرایب بتای $۰/۱۹۷$ و $۰/۱۶۷$ پیش‌بینی معنی‌داری برای وسواس-اجبار داشته‌اند. هم‌چنین به ترتیب تفکر منطقی و توجه و تنظیم با ضرایب بتای $۰/۲۶۷$ و $۰/۲۲۲$ متغیر حساسیت بین فردی را پیش‌بینی نموده‌اند.

بر اساس نتایج، سطح تحولی حل مسئله می‌تواند پیش‌بینی معنی‌داری از افسردگی داشته باشد و سایر سطوح پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای این خرده‌مقیاس نبوده و از مدل خارج شده‌اند. برای خرده‌مقیاس اضطراب نیز بر اساس نتایج مندرج در جدول می‌توان گفت به ترتیب سطوح جذب شدن و تفکر منطقی با ضرایب بتای $۰/۲۴۵$ و $۰/۲۰۲$ پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی می‌باشند. در مورد هراس نیز سطح تفکر منطقی با ضریب بتای $۰/۲۴۸$ ، ایجاد بازنمایی‌ها با بتای $۰/۲۲۲$ ، جذب شدن با بتای $۰/۳۰۲$ و توجه و تنظیم با بتای $۰/۱۹۳$ به ترتیب وارد معادله‌ی رگرسیون شده‌اند و خرده‌مقیاس‌های ذکر شده را پیش‌بینی نموده‌اند.

بر اساس یافته‌های این جدول، مقیاس تفکر منطقی از زیرمقیاس‌های کارکرد تحولی خانواده، اندیشه‌پردازی پارانوئیدی و روان‌گسسته‌گرایی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کرده است ($P < ۰/۰۱$) و زیرمقیاس‌های دیگر پیش‌بین سلامت روان‌شناختی نبوده و از مدل رگرسیون خارج شده‌اند.

مستبد که در آن فرزندان، صمیمیت والدینی کمتری را تجربه می‌کنند به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب فرزندان مطرح شده است (۳۳). بنابراین می‌توان گفت جذب عاطفی ضعیف و نبود و یا ضعف روابط صمیمانه در درون خانواده با اضطراب، رابطه دارد. جذب عاطفی ضعیف می‌تواند از یک سو موجب افزایش ترس‌های بیمار شده و از سوی دیگر علاقه‌مندی او را به دیگران دشوار نماید. از این رو بین اضطراب و توانمندی جذب شدن، ارتباطی دوسویه وجود دارد که یکی، علت دیگری است. هم‌چنین عملکرد خانواده نیز تحت تاثیر بیماری یک فرد قرار می‌گیرد. چنان‌چه فردی در خانواده تشخیص اختلال اضطرابی دریافت نماید سایر اعضا نمی‌دانند چگونه اختلال وی را مدیریت نمایند و کارکرد خانواده به این شکل تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۲۸).

در مجموع، نتایج این پژوهش بیش از هر چیز نقش واسطه‌ای کارکرد تحولی خانواده را در آسیب‌شناسی روانی تایید می‌کند. به طوری که با بررسی ادراک افراد از کارکرد تحولی خانواده می‌توان مشکلات سلامت روان‌شناختی آن‌ها را پیش‌بینی نمود. از بین سطوح تحول خانواده نیز سطح ۵ و ۶، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها و نیز تفکر منطقی، پیش‌بینی‌کنندگان بهتری بودند. پژوهشگر در این مطالعه سعی در بررسی نیاز تحولی مرتبط با هر اختلال ذکر شده در بالا داشت که این نیاز تحولی در چهارچوب سطوح کارکرد تحولی خانواده بررسی شد. نتایج به دست آمده از این پژوهش بستری برای بررسی عمیق‌تر نیاز تحولی خاص هر اختلال است این امر گامی مهم در تبیین و وضوح بخشیدن به اختلالات خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه‌های درمانی و طراحی رویکردهای درمانی با محوریت خانواده و ارتقای سلامت روان‌شناختی اعضای آن، خواهد داشت.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اندک بودن منابع مطالعاتی در زمینه‌ی رویکرد DIR و مشارکت ضعیف شرکت‌کنندگان اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نقش واسطه‌ای سطوح کارکرد تحولی خانواده را در آسیب‌شناسی روانی تایید می‌کند. به طوری که با بررسی ادراک افراد از کارکرد تحولی خانواده می‌توان مشکلات سلامت روان‌شناختی آن‌ها را پیش‌بینی نمود و این مهم به ارتقای دانش پژوهشگران در حیطه‌ی تبیین و درمان آسیب‌های روانی کمک خواهد نمود.

پذیرفته شده‌ترین راه است و به همین سبب در مورد جوانان ممکن است مشکلات عاطفی و جسمانی با هم اشتباه گرفته شوند. بنابراین بهتر است به مشکلات جسمانی جوانان توجه دقیق‌تر شود و علل اصلی نشانگان جسمی مورد توجه قرار گیرد (۲۵).

افسردگی نیز با کارکرد خانواده به ویژه در خرده‌مقیاس حل مسئله، رابطه دارد و دلیل این رابطه می‌تواند موارد ذکر شده در بالا باشد و کارایی بهتر و سالم‌تر خانواده می‌تواند در کاهش افسردگی اعضای خانواده موثر باشد. افسردگی از جمله اختلالات عاطفی است که می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی هر فرد تاثیر بگذارد. این اختلال، نشاط، شادابی و شور زندگی را از جوانان می‌گیرد و بر پیشرفت تحصیلی، اجتماعی، رشد و شکوفایی آنان تاثیر منفی می‌گذارد. چنان‌چه به نشانه‌های افسردگی توجه کافی نشود، شدت این اختلال به خودکشی نیز می‌انجامد. در همین راستا در مطالعه‌ی هتريک^۱ و همکاران، کارکرد خانواده از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودکشی جوانان ذکر شده است. در الگوی DIR افسردگی رابطه‌ای نیرومند با سطح چهارم از سطوح تحول خانواده دارد، خانواده‌ای که اعضای آن نسبت به نیازهای یکدیگر حساس نیستند و احساس مسئولیت ندارند فرد را در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر خواهند نمود (۳۰).

هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر بین اضطراب و عملکرد خانواده رابطه‌ای معنی‌دار مشاهده شده است که با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون در الگوی DIR اضطراب بر اساس سطح دوم تحول خانواده یا جذب شدن و علاقه‌مندی به روابط انسانی قابل پیش‌بینی است، به عبارت دیگر در خانواده‌ای که اعضای آن به یکدیگر علاقه‌مند نبوده و در تجارب هیجانی هم مشارکت نمی‌کنند، اعضا در مقابل اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیر می‌شوند. هم‌خوان با این یافته، پژوهش رایبی^۲ می‌باشد که روابط عاطفی ضعیف خانواده را عامل خطر تعیین‌کننده‌ی آسیب‌پذیری افراد در مقابل اضطراب عنوان نموده است (۳۱). زانگ^۳ نیز وجود رابطه‌ی مستقیم و غیر مستقیم بین کارکرد خانواده و اضطراب را تایید کرده است (۳۲). در پژوهش ولفرات^۴ و همکاران، سبک فرزندپروری

¹Hetrick

²Rapee

³Zhang

⁴Wolfradt

References

- Heydari Sh. [The relation between addiction to internet and mental health in domestic users in Ahwaz]. First National Congress and Newly-Emerged Figurative Space and Social Disorders. (Persian)
- Fattahzade A. [Comparing quality of life and family function among happy and unhappy employers of Refinery Shazand Arak]. MA. Dissertation. Islamic Azad University, Arak Branch, 2009. (Persian)
- Rahiminejad A. Paknejad M. [The relation between family function and mental needs and teenagers' mental health]. Family-research 2014; 10: 99-111. (Persian)

4. Golchin M, Nasiri M, Najmiov SB, Bashardoost N. The relation between family function and some mental features among male and female teenagers. *Research on medical sciences* 2007; 6(4): 297-9.
5. Sharifi Kh, Arizi HR, Namdari K. [Studying the relation between family function and mental recalcitrance in students]. *Clinical psychology and character journal* 2005; 1(10): 85-94. (Persian)
6. Hosseini M, Samani S. [The relation between family function and children's self-regulation]. *Family-research quarterly* 2012; 8: 305-17. (Persian)
7. Javadi R, Aqabakhshi H, Rafiei H, Asgari A, Memar A, Abdizarrin S. [The relation between family function and tolerance against drug using among risky high school students]. *Clinical psychology and consulting researches* 2011; 3(2): 157-73. (Persian)
8. Asgari P, Heydari A, Naderi F, Marashian F, Taqipour S, Zamiri A. [A guide for mental tests]. Ahwaz: Islamic Azad University, Ahwaz branch; 2009. (Persian)
9. Van Dijk MP, Branje S, Keijsers L, Hawk ST, Hale WW, Meeus W. Self-concept clarity across adolescence: Longitudinal associations with open communication with parents and internalizing symptoms. *J Youth Adolesc* 2014; 43(11): 1861-76.
10. Greenspan SI, Wieder S. Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *J Dev Learn Disord* 1997; 1: 87-142.
11. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Can J Occup Ther* 2011; 78(3): 196-203.
12. Greenspan SI, Wieder S, Simons R. *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. UK: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman; 1998.
13. Mahoney G, Perales F. Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Top Early Childhood Spec Educ* 2003; 23(2): 74-86.
14. Foley GM, Hochman JD. *Mental health in early intervention: Achieving unity in principles and practice*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2006.
15. Amin Yazdi SA. [Integrated development of humankind: Developmental, individual differences, relationship-based model (DIR)]. *Principles of education research* 2013; 2(1): 109-26. (Persian)
16. Greenspan SI, Shanker S. *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. 1st ed. Cambridge: Da Capo; 2004.
17. Greenspan S, Wieder S. *Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach to assessment and intervention*. Washington. DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
18. Greenspan SI, Wieder S. *Engaging autism: Using the Floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge: Da Capo; 2009.
19. Hollander E, Anagnostou E. *Clinical manual for the treatment of autism*. Washington. DC: American Psychiatric Publishing; 2007.
20. Greenspan S. *The developmental approach to family functioning: The historical background of the different ways or lenses or theories-all different ways of looking at families-a very complex process*. 2007. Available from: URL; <http://www.icdl.com/distance/webRadio/documents/RadioShow2007071807L.pdf>
21. Aali S, AminYazdi SA, Abdekhodaei MS, Moharrerri F, Ghanaei Chamanabad A. [Develop and validate a questionnaire of family developmental functioning]. *Research in clinical psychology and counseling*. 2013; 3(2): 157-73. (Persian)
22. Asgari P, Heidari AR, Marashian F, Taghipoor S. [Help psychological tests]. Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2008. (Persian)
23. Sheeber L, Hops AA. Family support and conflict prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25: 333-44.
24. Salary RS. *Comparison of family functioning in depressed and normal adolescents*. MS. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University, 2001. (Persian)
25. Rosen G, Kleinman A, Katon W. Somatization in family practice: A biopsychosocial approach. *J Fam Pract* 1982; 14(3): 493-502.
26. Saiady A. [Examining the mutual effect of family function on psychosocial problems of boys and girls adolescents in Tehran]. MS. Dissertation. Tehran: Tabatabaei University, 2002. (Persian)
27. Lashkari M. [The relationship of family function general health of children]. MS. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University, 2004.
28. Wang J, Chen Y, Tan C, Zhao X. Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *Int J Soc Psychiatry* 2015. (In press)
29. Ghamari M. Family function and depression, anxiety, and somatization among college students. *Int J Acad Res Business Soc Sci* 2012; 2: 101-5.
30. Hetrick SE, Parker AG, Robinson J, Hall N, Vance A. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents. *Crisis* 2012; 33(1): 13-20.
31. Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2012; 15(1): 69-80.
32. Zhang J. Research on family function, coping type and anxious level for undergraduate. *Chinese journal of school doctor* 2013; 27: 166-8.
33. Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalization, anxiety and coping behavior in adolescents. *Pers Individ Diff* 2003; 34(3): 521-32.