

مدل تحلیل مسیر روابط میان انسجام و انعطاف پذیری خانواده، تاب آوری و سلامت روانی دانشجویان

نرگس کیانی^۱

مختار عارفی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان در قالب یک مدل علی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود که از میان آن‌ها تعداد ۳۰۳ نفر (۱۵۰ دختر و ۱۵۳ پسر) با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، از مقیاس‌های انسجام خانواده سامانی، انعطاف پذیری خانواده شاکری، تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر (GHQ-28) استفاده شد. مدل فرضی پژوهش از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) با استفاده از رگرسیون چندگانه به شیوه متوالی هم‌زمان با بهره‌گیری از مراحل پیشنهادی بارون و کنی (۱۹۸۶) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج برآمده از تحلیل مسیر بیانگر معنی‌داری نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سلامت روانی دانشجویان بود. هم‌چنین شاخص‌های نیکویی برازش GFI، AGFI، RFI و RMSEA حاکی از برازندگی مطلوب مدل پیشنهادی و تطابق آن با داده‌های تجربی بود. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که کارکرد مطلوب خانواده از حیث انسجام و انعطاف‌پذیری، هم به‌صورت مستقیم و هم از طریق تقویت تاب آوری در فرزندان، می‌تواند نقش بسزایی در ارتقای سطح سلامت روانی اعضای خانواده داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: انسجام خانواده، انعطاف‌پذیری خانواده، تاب آوری، سلامت روانی

۱. کارشناس ارشد گروه مشاوره و روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. arefi.2020@gmail.com

مقدمه

سلامت روانی^۱ از جمله مفاهیمی است که در تبیین آن کوشش‌های فراوانی صورت گرفته و نظریه‌پردازان شخصیت هر یک به گونه‌ای از سلامت روانی و معیارهای رفتار سالم و ناسالم سخن گفته‌اند؛ به‌عنوان مثال نظام‌های زیستی نگر، سلامت روانی را در کارکرد درست اندام‌ها و دستگاه عصبی بدن و نبود علائم بیماری تعریف کرده‌اند، درحالی که نظام‌های روان تحلیل گری، سلامت روانی را در کنش موزون سه پایگاه شخصیت^۲ (نهاد^۳، خود^۴ و فراخود^۵) و سازگاری فرد با خود و با خواسته‌ها و فشارهای جامعه در نظر می‌گیرند. در برابر، نظام رفتارگرا، سلامت روانی را در رفتارهای سازش یافته و آموخته‌شده در محیط تعریف می‌کند و در واقع سلامت روانی را همتای رفتار همساز با قوانین و ضوابط جامعه می‌داند؛ در صورتی که انسان‌گراها، سلامت روانی را در ارضای نیازهای بنیادی و رسیدن به مرحله خودشکوفایی و تحقق خویش‌شنی می‌دانند؛ اما صرف نظر از دیدگاه‌های مختلف درباره سلامت روانی، همان‌طوری که در گزارش سازمان بهداشت جهانی^۶ (۲۰۰۱) آمده است، سلامت روانی به‌عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی^۷ افراد در نظر گرفته می‌شود که مفهوم آن چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی است و دربرگیرنده احساس درونی خوب بودن، اطمینان از کارآمدی خود، استقلال و خودگردانی، کفایت و شایستگی، وابستگی میان نسلی^۸ و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است؛ بنابراین نبود علائم بیماری روانی یا از میان رفتن علائم بیماری در اثر درمان، به این معنی نیست که فرد دارای سلامت روانی و سالم است (ویلیامز^۹، ۲۰۰۸)، چه بسا سلامت روانی، حالتی ذهنی است که به‌وسیله به زیستی هیجانی، رهایی کمابیش از اضطراب و نشانه‌های بیماری، گنجایش برپایی روابط سازنده و چیره شدن بر خواسته‌های هرروزه و فشارهای زندگی بازشناخته می‌شود (اش^{۱۰}، ۲۰۰۳).

1. mental health

2. personality

3. id

4. ego

5. superego

6. World Health Organization (WHO)

7. general health

8. intergenerational dependence

9. Williams

10. Asch

از میان عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی، سازه‌ای که طی سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است، تاب‌آوری^۱ است که یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه روان‌شناسی مثبت^۲ است. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در دهه‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف غایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که به زیستی و شادکامی انسان را فراهم می‌کند. از این رو عواملی که موجبات تطابق هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را سبب گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). کانر^۳ (۲۰۰۶) تاب‌آوری را به‌عنوان روشی برای اندازه‌گیری اندازه‌گیری توانایی فرد در کنار آمدن با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند، تعریف کرده است. در واقع تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۴، ۲۰۰۱)؛ اما تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده^۵ و خطرناک نیست بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال^۶ و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز است (کانر و دیویدسون^۷، ۲۰۰۳)؛ بنابراین می‌توان گفت، تاب‌آوری فراتر از جان سالم به در بردن از استرس‌ها و ناملایمات زندگی است (بونانو^۸، ۲۰۰۴) و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می‌کند (ریچاردسون^۹، ۲۰۰۲).

نظریه‌های نخستین در مورد تاب‌آوری بر ویژگی‌های مرتبط با پیامدهای مثبت در مواجهه با مصائب و ناملایمات زندگی تأکید داشتند (روتتر^{۱۰}، ۱۹۸۵). این دسته از پژوهش‌ها، بعدها عوامل حفاظتی^{۱۱} بیرونی، مانند مدارس کارآمد و روابط با بزرگ‌سالان حمایت‌گر را نیز در بهبود

1. resilience

2. positive psychology

3. Cooner

4. Waller

5. threatening

6. active participant

7. Davidson

8. Bonanno

9. Richardson

10. Rutter

11. protective factors

تاب‌آوری مؤثر دانستند (لوتار، سیچتی و بکر^۱، ۲۰۰۰). باین حال غالب پژوهش‌های مربوط به تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی تحولی^۲ انجام شده که عمدتاً به بررسی ویژگی‌های کودکان و نوجوانانی که علی‌رغم مواجهه با خطرهای جدی به اختلال‌های روان‌شناختی مبتلا نشده‌اند، پرداخته‌اند (لوتار و سیچتی، ۲۰۰۰؛ ماستن^۳، ۲۰۰۱)؛ اما به نظر می‌رسد افزون بر منابع درون فردی فردی ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور، عوامل حمایتی محیطی هم نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد. از جمله این عوامل می‌توان به نقش محیط خانوادگی، فرآیندهای خانواده^۴ خانواده^۴ و کارکردهای متعادل آن به‌عنوان یک عامل حفاظتی در برابر عوامل خطر ساز اشاره نمود. خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین نهاد اجتماعی و اولین نظام مؤثر بر نحوه رشد و تحول کودکان و نوجوانان می‌تواند از طریق فراهم کردن محیط حمایتی و منسجم در تاب‌آوری فردی فرزندان مؤثر بوده و به تبع سلامت روانی افراد خانواده را تضمین و ارتقاء دهد؛ چراکه بر اساس نظریه سیستمی خانواده^۵، به خانواده به‌صورت یک کل که از بخش‌های مرتبط به هم تشکیل یافته است نگریده می‌شود که در آن اعضاء بر هم تأثیر گذاشته و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند؛ به‌عبارت‌دیگر در دیدگاه سیستمی، خانواده مجموعه‌ای از عناصر به شمار می‌رود که در این مجموعه هر یک از عناصر دارای نقش‌های تعریف شده و درعین حال پویا می‌باشند که در راستای دستیابی به هدف‌های مشخص در کنش واکنش درون سیستمی و برون سیستمی هستند (السون^۶، ۱۹۹۹). بر همین اساس السون با نگاهی سیستمی به خانواده، مدلی مرکب از سیستم خانواده و روابط زناشویی ارائه کرده است که بر سه بُعد محوری کارکرد خانواده تمرکز دارد که عبارت است از: انسجام خانواده^۷، انعطاف‌پذیری خانواده^۸ و ارتباطات^۹ در خانواده. انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده دو پس از ابعاد مدل مدور ترکیبی^{۱۰} السون از خانواده می‌باشند که پیش‌بینی می‌گردد بر تاب‌آوری و سلامت روانی فرزندان تأثیرگذار باشد. منظور از انسجام

1. Luthar, Cicchetti & Becker

2. developmental psychology

3. Masten

4. family processes

5. Family System Theory

6. Olson

7. family cohesion

8. family flexibility

9. communication

10. Circumplex Model

خانواده، پیوند عاطفی^۱ و احساس همبستگی است که زن و شوهر و اعضای خانواده نسبت به هم دارند؛ و منظور از انعطاف‌پذیری خانواده، مقدار تغییراتی است که در رهبری خانواده^۲، روابط نقش^۳ و قواعد ارتباط^۴ وجود دارد (السون، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰؛ السون و گورال^۵، ۲۰۰۳). مدل مدور مدور ترکیبی السون نشان می‌دهد که سطوح متعادل انسجام و انعطاف‌پذیری منجر به عملکرد سالم خانواده می‌شود. در مقابل، سطوح نامتعادل انسجام و انعطاف‌پذیری (سطوح بسیار پائین یا بسیار بالا) با عملکرد مشکل دار خانواده مرتبط است (السون، ۲۰۱۱).

با بررسی انجام‌شده در ادبیات پژوهشی و تحقیقاتی که در سال‌های اخیر در حوزه روان‌شناسی و مشاوره صورت گرفته است علیرغم اهمیت محیط خانواده و کارکردهای آن در سلامت روانی اعضای آن؛ پیشینه تحقیقاتی که در زمینه ارتباط مستقیم انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده با سلامت روانی و تاب‌آوری باشد یافت نشد و کمبود پژوهش در زمینه رابطه متغیرهای مذکور مشهود بود، اما در چند مطالعه به بررسی نقش فرآیندهای خانواده به‌عنوان عامل حمایتی و حفاظت‌کننده فرزندان در برابر عوامل خطرزا^۶ و بهبود تاب‌آوری تأکید شده بود (روتز، ۱۹۷۹؛ لوتار و همکاران، ۲۰۰۰؛ سیکومب^۷، ۲۰۰۲؛ پرکینز و جونز^۸، ۲۰۰۴؛ فیتزپاتریک و کوثرنر^۹، ۲۰۰۴؛ بنزیس و مایکیژیک^{۱۰}، ۲۰۰۹).

شماری از پژوهش‌ها نیز به نقش محیط خانواده، تعاملات مثبت درون خانواده و کنش‌های متعادل خانواده از حیث انسجام و انعطاف‌پذیری بر سلامت روانی و کاهش مشکلات رفتاری و بعضی اختلال‌های روانی اعضای خانواده اشاره داشته‌اند (امریکنر، منکس، ولف و توماس^{۱۱}، ۱۹۹۴؛ جانسون، لایوی و ماهونی^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ یاهاو^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ دکویک، ویسینک و میجر^{۱۴}، ۲۰۰۴؛

1. emotional bonding

2. family leadership

3. role relationships

4. relationship rules

5. Gorall

6. risk factors

7. Seccombe

8. Perkins & Jones

9. Fitzpatrick & Koener

10. Benziés & Mychasiuk

11. Amerikaner, Monks, Wolfe & Thomas

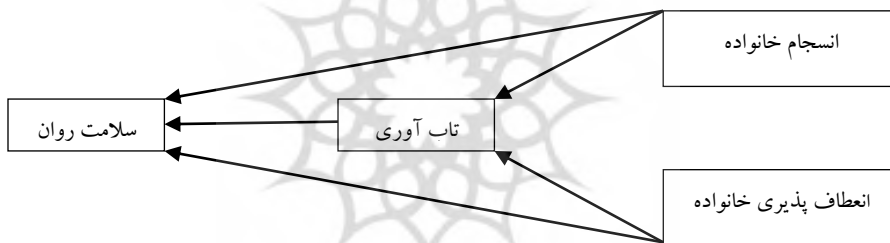
12. Johnson, Lavoie & Mahony

13. Yahav

14. Dekovic, Wissink & Meijer

لوسیا و برسلاو^۱، ۲۰۰۶؛ ریچموند و استوکر^۲، ۲۰۰۶؛ ویکتور، برنات، برنشتاین و لاین^۳، ۲۰۰۷؛
۲۰۰۷؛ سامانی و رضویه، ۱۳۸۶؛ بیرمز^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ عبدالله زاده و سامانی، ۲۰۱۰؛ زرگر،
محمدی بهرام آبادی و بساک نژاد، ۱۳۹۱؛ فیروزی و فرهادی، ۱۳۹۱).

با توجه به نتایج تحقیقاتی که به آن اشاره شد به نظر می‌رسد تاب‌آوری می‌تواند نقش واسطه‌ای را در رابطه میان دو بُعد محوری کارکرد خانواده^۵ در مدل السون یعنی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سلامت روانی داشته باشد؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر با به کارگیری الگوی پیشنهادی زیر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بر رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان بود؛ به عبارت دیگر بر اساس مدل پیشنهادی این پژوهش، متغیر تاب‌آوری به عنوان یک عامل میانجی به پژوهش اضافه شد تا نوع رابطه و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده بر سلامت روانی را روشن‌تر نماید. بدین ترتیب فرضیه اصلی پژوهش حاضر این بود که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با واسطه‌گری تاب‌آوری، سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند.



شکل ۱: مدل مفهومی ماهیت رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان زن و مرد با دامنه سنی میان ۲۵ تا ۴۰ سال دوره کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران

1. Lucia & Breslau

2. Richmond & Stocker

3. Victor, Bernat, Bernstein & Layne

4. Birnes

5. family functioning

نمونه مورد نیاز به تعداد ۳۵۶ نفر برآورد گردید که پس از اجرا و بررسی پرسش نامه‌های تکمیل شده، تعداد ۵۳ پرسش نامه به دلیل نقایص مختلف از جمله عدم پاسخگویی به برخی از پرسش نامه‌ها و یا تکمیل نکردن بخش عمده‌ای از هر پرسش نامه کنار گذاشته شد. در نهایت پس از حذف پرسش نامه‌های معیوب، حجم نمونه به تعداد ۳۰۳ نفر شامل ۱۵۰ نفر زن و ۱۵۳ نفر مرد تقلیل یافت که گروه نمونه پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش، به منظور انتخاب نهایی اعضای تشکیل دهنده گروه نمونه با به کارگیری روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای^۱، ابتدا از میان ۴ گروه آموزشی علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و هنر؛ گروه علوم انسانی و از میان رشته‌های تحصیلی موجود گروه علوم انسانی در مقطع کارشناسی ارشد، تعداد ۱۰ رشته و از میان رده‌های هر رشته، دو کلاس (ترم اول و ترم سوم) و در مجموع ۲۰ کلاس به تصادف برگزیده شد؛ و در نهایت همه دانشجویان حاضر در کلاس مورد آزمون قرار گرفتند و به پرسش نامه‌های مورد نظر به صورت هم‌زمان پاسخ دادند. به منظور ارزیابی مدل پژوهش، از تحلیل رگرسیون چندگانه^۲ به شیوه سلسله مراتبی هم‌زمان و روش مدل‌سازی معادله ساختاری^۳ SEM با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری AMOS^۴-21 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس انسجام خانواده^۵. این مقیاس بر پایه بررسی متون موجود در زمینه همبستگی و با الهام از الگوی الگوی مدور ترکیبی السون (۱۹۹۹) با هدف بررسی میزان انسجام خانواده و همبستگی میان افراد خانواده به وسیله سامانی (۱۳۸۱) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۸ گویه است و در مقابل هر گویه، پنج گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، تقریباً مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم) به صورت طیف لیکرتی طراحی شده است. برای هر گویه به ترتیب نمره‌ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۵ (برای کاملاً موافقم) در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسش نامه ۱۴۰ و حداقل ۲۸ است. در این مقیاس ۵۰ درصد بالای نمرات (بالتر از نمره ۹۶) تحت عنوان سطح انسجام بالا و ۵۰ درصد پائین نمرات (پائین تر از نمره ۹۶) تحت عنوان سطح انسجام پایین تعریف شده‌اند (ساعتچی، کامکاری و عسکریان، ۱۳۸۹). ضریب پایایی مقیاس به روش بازمایی با فاصله یک هفته

1. multistage cluster random sampling

2. multiple regression analysis

3. Structural Equation Modeling (SEM)

4. Analysis of Moment Structures (AMOS)

5. Family Cohesion Scale

۰/۷۹ و به روش آلفای کرون باخ^۱ ۰/۹۰ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۱). هم‌چنین در بررسی دیگری که توسط سامانی انجام شد، ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵، ضریب آلفای کرون باخ ۰/۷۹ و ضریب پایایی آن با روش بازمایی ۰/۸۰ گزارش شد (ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹).

مقیاس انعطاف‌پذیری خانواده^۲. این مقیاس با اقتباس از الگوی مدور ترکیبی السون (۱۹۹۹) درباره خانواده، به‌وسیله شاکری (۱۳۸۲) ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۶ گویه است و توسط فرزندان خانواده پاسخ داده می‌شود تا از طریق پاسخ‌های آن‌ها میزان انعطاف‌پذیری موجود در خانواده مشخص گردد. جواب سؤالات به‌صورت طیف لیکرتی است و به شکل کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم ارائه شده است. برای هر گویه به ترتیب نمره‌ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۵ (برای کاملاً موافقم) در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسش‌نامه ۸۰ و حداقل ۱۶ است. بالاترین و پایین‌ترین نمرات کسب‌شده در این پرسش‌نامه به ترتیب، ۷۲ و ۳۰ است. در این پرسش‌نامه، ۵۰ درصد بالای نمرات (بالاتر از نمره ۵۲) تحت عنوان انعطاف‌پذیری بالا و ۵۰ درصد پایین نمرات (پایین‌تر از نمره ۵۲) نیز تحت عنوان سطح انعطاف‌پذیری پایین تعریف شده‌اند. اعتبار و روایی این مقیاس در طی مطالعه شاکری (۱۳۸۲) بر روی ۴۸ آزمودنی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب همسانی درونی مقیاس، با استفاده از آلفای کرون باخ معادل ۰/۸۹ گزارش شد. نتیجه تحلیل عاملی این مقیاس نیز، تنها یک عامل عمومی (G) با عنوان انعطاف‌پذیری به دست داده است. هم‌چنین روایی محتوایی پرسش‌نامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در مرحله دیگر، پرسش‌نامه بر روی گروه دیگر اجرا گردید و ضریب اعتبار آن از طریق آلفای کرون باخ محاسبه شد که عدد ۰/۹۳ به دست آمد (ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳. این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با هدف سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف و جهت اندازه‌گیری قدرت کنار آمدن با فشار و تهدید با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسش‌نامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (کانر و

1. Cronbach s alpha

2. Family Flexibility Scale

3. Conner.Davidson Resilience Scale (CD.RISC)

دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی^۱، پایایی بازمایی^۲ و روایی همگرا^۳ واگری^۴ مقیاس کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس یک ابزار ۲۵ سؤالی و پنج گزینه‌ای است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت به ترتیب از صفر (برای گزینه کاملاً غلط) تا چهار (برای گزینه کاملاً درست) می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است. نقطه برش^۵ این پرسش‌نامه نمره ۵۰ است. به این معنی که نمره بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد بالاتر خواهد بود و برعکس. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرون باخ، ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۹ به دست آورد و برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه سه، ضرایبی میان ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۶. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر سایکوتیک تدوین و تنظیم گردید. فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای چهار مقیاس فرعی است و هر یک از این مقیاس‌ها حاوی هفت سؤال است. عناوین خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه عبارت‌اند از: علائم جسمانی^۷، (سؤالات ۱-۷)؛ اضطراب و اختلال خواب^۸، (سؤالات ۸-۱۴)؛ اختلال در کارکرد اجتماعی^۹، (سؤالات ۱۵-۲۱) و افسردگی^{۱۰} شدید و گرایش به خودکشی (سؤالات ۲۲-۲۸). نمره کلی هر فرد از حاصل جمع این چهار مقیاس به دست می‌آید. پاسخ آزمودنی به هریک از پرسش‌ها در یک طیف چهاردرجه‌ای مشخص می‌شود. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه استفاده از روش ساده لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳) برای

1. internal consistency

2. test.retest reliability

3. convergent validity

4. divergent

5. cut.off point

6. General Health Questionnaire (GHQ.28)

7. somatic symptom

8. anxiety and sleep disorder

9. social function disorder

10. depression

گزینه‌های مواد پرسش‌نامه است. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسش‌نامه کسب کند، ۸۴ و حداقل نمره صفر است. در این پژوهش، نمره ۲۳ برای نمره کل سلامت عمومی (مجموع چهار مقیاس فرعی) به‌عنوان نقطه برش و تفکیک‌کننده افراد دارای سلامت روانی از افراد ناسالم (مشکوک به اختلال) منظور شده است؛ به این معنی که کسب نمره پایین‌تر از ۲۳ در این آزمون نشان‌دهنده عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی فرد است و کسب نمره ۲۳ و بالاتر حاکی از وجود اختلال است. در داخل کشور تحقیقات متعددی برای ارزیابی پایایی و اعتبار این پرسش‌نامه انجام شده است. برای نمونه هومن (۱۳۷۶) در پژوهش خود پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را در دانشگاه تربیت‌معلم مورد بررسی قرار داد و ضریب همسانی درونی مربوط به نمرات خام و استاندارد شده این مقیاس را بر مبنای فرمول کرون باخ به ترتیب برابر ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آورد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان داد که بیشترین تعداد دانشجویان در رده سنی میان ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند که تعداد ۲۱۱ نفر (۶۹/۶ درصد) از مجموع آزمودنی‌ها را شامل می‌شدند. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها برحسب نمره‌های انسجام خانواده، انعطاف‌پذیری خانواده، تاب‌آوری و سلامت روانی به تفکیک دانشجویان مرد و زن مشخص شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در دانشجویان مرد و زن

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
انسجام خانواده	مرد	۱۵۳	۹۳/۹۱	۲۰/۵۵
	زن	۱۵۰	۱۰۱/۷۴	۱۵/۳۴
انعطاف‌پذیری خانواده	مرد	۱۵۳	۵۵/۹۱	۱۳/۲
	زن	۱۵۰	۶۲/۵۷	۱۰/۴۰
تاب‌آوری	مرد	۱۵۳	۷۱/۲۵	۱۷/۹۸
	زن	۱۵۰	۷۰/۹۳	۱۸/۰۱
سلامت روانی	مرد	۱۵۳	۲۴/۶۰	۱۰/۷۲
	زن	۱۵۰	۲۴/۲۳	۸/۹۸

مشاهده میانگین نمرات ادراک دانشجویان از عملکرد خانواده‌هایشان در ابعاد انسجام و انعطاف‌پذیری، نشان می‌دهد که تفاوت چشمگیری در ابعاد عملکرد خانواده میان

دانشجویان دختر و پسر وجود ندارد؛ هم چنین میانگین نمرات تاب آوری و سلامت روانی نیز در دو گروه دانشجویان دختر و پسر تقریباً با هم برابر است. به منظور بررسی ارتباط میان متغیرهای پژوهش ابتدا همبستگی میان آن‌ها با یکدیگر محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- همبستگی میان انسجام و انعطاف پذیری خانواده با تاب آوری و سلامت روانی در دانشجویان پسر و دختر

سلامت روانی	تاب آوری			
-۰/۳۸۵	۰/۳۱۱	همبستگی پیرسان		
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معنی داری	پسران	
۱۵۳	۱۵۳	تعداد		

-۰/۵۰۴	۰/۳۹۵	همبستگی پیرسان		انسجام خانواده
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معنی داری	دختران	
۱۵۰	۱۵۰	تعداد		

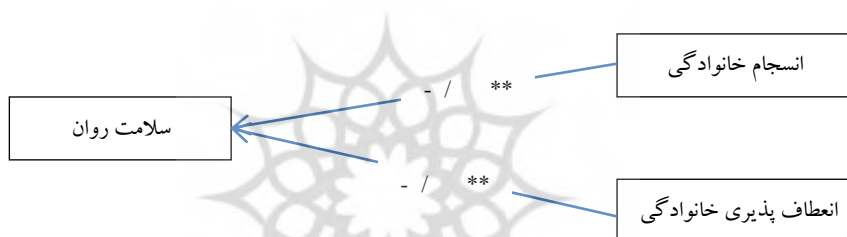
-۰/۳۳۳	۰/۵۰۵	همبستگی پیرسان		
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معنی داری	پسران	
۱۵۳	۱۵۳	تعداد		انعطاف پذیری خانواده

-۰/۳۱۳	۰/۶۲۲	همبستگی پیرسان		
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معنی داری	دختران	
۱۵۰	۱۵۰	تعداد		

همان طوری که در جدول فوق مشاهده می شود، همبستگی میان متغیرهای انسجام و انعطاف پذیری خانواده با تاب آوری در دانشجویان دختر و پسر مثبت و معنی دار و با سلامت روانی دانشجویان منفی و معنی دار است. چون سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱ به دست آمده است ($P < 0.01$)، بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد می توان گفت میان نمرات انسجام و انعطاف پذیری خانواده با تاب آوری دانشجویان رابطه مثبت و با سلامت روانی آنان رابطه منفی وجود دارد؛ بنابراین، می توان گفت با افزایش انسجام و انعطاف پذیری خانواده، نمره تاب آوری دانشجویان بیشتر و نمره سلامت روانی آنان کمتر شده است، یعنی دانشجویان از سلامت روانی بهتر و ظرفیت تاب آوری بالاتری برخوردار بوده اند و برعکس.

به منظور ارزیابی و بررسی ساختار ارتباطی متغیرهای موجود در مدل پیشنهادی پژوهش و نیز آزمون نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی، با بهره‌گیری از روش مدل‌سازی معادله ساختاری SEM از روش آماری تحلیل مسیر^۱ با استفاده از رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی هم‌زمان بر اساس مراحل چهارگانه پیشنهادی بارون و کنی^۲ (۱۹۸۶) استفاده شد. در پژوهش حاضر حاضر هر کدام از مراحل فوق به عنوان یک مدل جداگانه مورد آزمون قرار گرفت.

در مرحله اول، انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده به عنوان پیش‌بینی کننده‌های سلامت روانی وارد معادله رگرسیون شد و مقدار ضریب بتای سلامت روانی بر روی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده محاسبه شد. نتایج رگرسیون هم‌زمان سلامت روانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده در نمودار شماره ۱ به صورت ضرایب استاندارد بتا مربوط به هر متغیر مشخص شده است.



نمودار ۱: رگرسیون سلامت روانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده (ضرایب بتا)

($R=0.549$, $R^2=0.301$, $**P<0.01$)

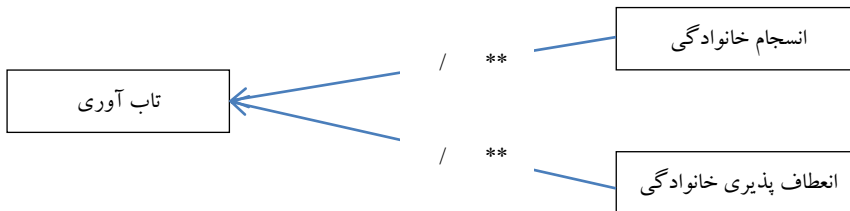
همان‌طوری که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، ضرایب بتای به دست آمده منفی و معنی‌دار است. این تحلیل نشان می‌دهد که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده پیش‌بینی کننده معنی‌دار سلامت روانی در دانشجویان می‌باشند؛ بنابراین، شرط اول واسطه‌ای بودن برقرار است.

در مرحله دوم، نقش انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده در پیش‌بینی تاب‌آوری بررسی شد و مقدار ضریب بتای تاب‌آوری بر روی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده محاسبه گردید. نتایج رگرسیون هم‌زمان تاب‌آوری بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده در نمودار شماره ۲ به صورت ضرایب مسیر (بتا) مربوط به هر متغیر نشان داده شده است. این ضرایب بیانگر آن

1. path analysis

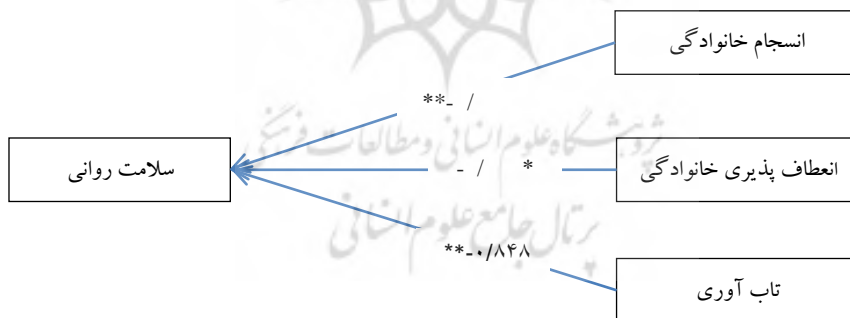
2. Baron & Kenny

است که انسجام و انعطاف پذیری خانواده پیش‌بینی کننده معنی‌دار تاب‌آوری در دانشجویان می‌باشند؛ بنابراین، شرط دوم واسطه‌ای بودن نیز برقرار است.



نمودار ۲: رگرسیون تاب‌آوری بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده (ضرایب بتا)
 (R=0.553, R²=0.303, **P<0.01)

در مرحله سوم که با هدف تعیین نقش واسطه‌گری تاب‌آوری و مهار نقش انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده انجام شد، انسجام خانواده، انعطاف‌پذیری خانواده و تاب‌آوری به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های سلامت روانی وارد معادله رگرسیون شده و رگرسیون هم‌زمان سلامت روانی بر روی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و تاب‌آوری محاسبه شد. نتایج رگرسیون سلامت روانی بر انسجام خانواده، انعطاف‌پذیری خانواده و تاب‌آوری در نمودار شماره ۳ به صورت ضرایب استاندارد بتا مربوط به هر متغیر ارائه شده است.



نمودار ۳: رگرسیون سلامت روانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و تاب‌آوری (ضرایب بتا)
 (R=0.556, R²=0.302, **P<0.01, *P<0.05)

در مرحله آخر، ضرایب مسیر (بتا) انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری خانواده از مرحله اول (وقتی که به تنهایی وارد معادله شدند) به مرحله سوم (وقتی که متغیر تاب‌آوری وارد معادله شد)

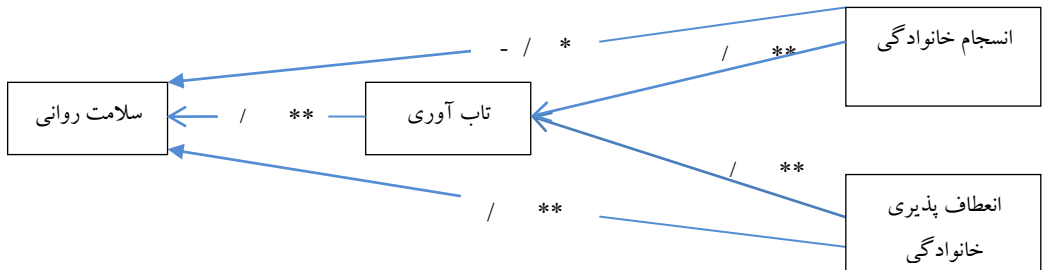
مقایسه شد و با کاهش معنی دار ضرایب مسیرهای مستقیم انسجام و انعطاف پذیری خانواده روی سلامت روانی، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری میان متغیرهای مذکور و سلامت روانی تأیید شد؛ به عبارت دیگر، مطابق روش بارون و کنی (۱۹۸۶)، چنانچه با ورود متغیر واسطه‌ای تاب‌آوری به معادله، ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده از مرحله اول به مرحله سوم کاهش یافته و به سمت صفر میل کند، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری محرز می‌گردد؛ بنابراین، کاهش معنی دار ضریب بتا بیانگر نقش واسطه‌ای متغیر مرتبه جدید (تاب‌آوری) در ارتباط متغیر مرتبه قبل (انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده) و متغیر ملاک است. همان‌طوری که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، اگرچه با ورود متغیر تاب‌آوری در مرحله سوم، ضرایب بتای انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده نسبت به مرحله اول کاهش یافت و نشان از نقش واسطه‌ای تاب‌آوری داشت؛ اما رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سلامت روانی هم چنان به‌طور معنی‌داری باقی ماند. این موضوع، ضمن تأیید فرضیه پژوهش، بیانگر آن است که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده هم به‌صورت مستقیم و هم با واسطه تاب‌آوری می‌توانند سلامت روانی را در دانشجویان پیش‌بینی نمایند.

نتایج مراحل مربوط به بررسی مسیرهای موجود در مدل به‌منظور آزمون نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سلامت روانی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی هم‌زمان

مرحله	متغیر	بتا (Beta)	t	R	R ²	F	df	P
مرحله اول	انسجام خانواده	-۰/۴۶۰	-۷/۳۵۱	۰/۵۴۹	۰/۳۰۱	۳۱/۹۷	۳	۰/۰۱
	انعطاف‌پذیری خانواده	-۰/۲۲۰	-۴/۷۹					۰/۰۱
مرحله دوم	انسجام خانواده	۰/۲۱۳	۵/۰۳	۰/۵۵۳	۰/۳۰۳	۵۵/۷۹	۳	۰/۰۱
	انعطاف‌پذیری خانواده	۰/۴۷۵	۱۰/۶۱					۰/۰۱
مرحله سوم	انسجام خانواده	-۰/۲۹۲	۳/۶۷					۰/۰۱
	انعطاف‌پذیری خانواده	-۰/۱۹۰	۲/۳۲	۰/۵۵۶	۰/۳۰۲	۴۰/۶۵	۴	۰/۰۵
	تاب‌آوری	-۰/۳۴۸	۷/۳۶					۰/۰۱

نتایج نهایی، پیش‌بینی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده به‌واسطه تاب‌آوری در نمودار ۴ آورده شده است.



نمودار ۴: ضرایب مسیر مدل نهایی پژوهش

($R=0.545$, $R^2=0.293$, $**P<0.01$, $*P<0.05$)

همان‌طوری که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، یافته‌های برآمده از اجرای مراحل چهارگانه بارون و کنی (۱۹۸۶) برای بررسی مسیرهای موجود در مدل پژوهش، نقش واسطه‌گری تاب‌آوری را تأیید نمود و نشان داد که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی‌گری تاب‌آوری، سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند. اثرات مستقیم و غیرمستقیم انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده بر تاب‌آوری و سلامت روانی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- اثرات مستقیم و غیرمستقیم انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده بر تاب‌آوری و سلامت روانی

متغیرهای پیش‌بین	تاب‌آوری		سلامت روانی	
	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
انسجام خانواده	۰/۲۱۳**	—	۰/۲۹۲**	۰/۱۴**
انعطاف‌پذیری خانواده	۰/۴۷۵**	—	۰/۱۹۰*	۰/۲۲۷**
کل	۰/۴۳۲**	—	۰/۴۱۷**	—

** $P<0.01$, $*P<0.05$

پس از تأیید نقش واسطه‌گری تاب‌آوری، برای بررسی برازندگی^۱ مدل مذکور و تعیین شاخص‌های نیکویی برازش مدل، از نرم‌افزار Amos-21 استفاده شد. بر این اساس مقدار

^۱. fitness

شاخص‌های GFI^1 ، $AGFI^2$ ، RFI^3 و $RMSEA^4$ به ترتیب برابر با ۰/۹۸، ۰/۹۰، ۰/۱۹ و ۰/۰۱۹ به دست آمد که نشان از برازندگی بسیار مطلوب مدل و تطابق آن با داده‌های تجربی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان انجام پذیرفت. نتایج به دست آمده در این پژوهش، حاکی از آن بود که میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با تاب‌آوری و سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر، رابطه معنی‌دار وجود دارد. هم‌چنین یافته‌های برآمده از پژوهش حاضر، نقش واسطه‌ای گری متغیر تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان را تأیید نمود و در نهایت برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش مورد بررسی گرفت و برازندگی آن بسیار مطلوب ارزیابی شد. در ادامه به بحث و نتیجه‌گیری پیرامون نتایج به دست آمده آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

درباره رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با تاب‌آوری دانشجویان، نتایج نشان داد که میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با تاب‌آوری در هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. از نظر پیشینه پژوهشی این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین بر پایه نقش حمایتی محیط خانواده و عملکرد بهینه خانواده بر افزایش ظرفیت تاب‌آوری فرزندان هماهنگ است. به عنوان مثال می‌توان به پژوهش‌های روتر، ۱۹۷۹؛ هاوولی، ۲۰۰۰؛ سیکومب، ۲۰۰۲؛ والش، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳؛ پرکینز و جونز، ۲۰۰۴؛ فیتزپاتریک و کوئرتر، ۲۰۰۴؛ مورالس، ۲۰۰۷؛ بنزیس و مایکیژیک، ۲۰۰۹؛ بهادری و خیر، ۱۳۹۱؛ کرمی و بزرگ‌منش، ۱۳۹۲ در این زمینه اشاره نمود.

افزون بر این، یافته مذکور را می‌توان بر اساس مدل مدور ترکیبی السون و مدل‌های جبرانی و محافظتی تاب‌آوری تبیین کرد. همان‌طوری که پیش‌ازین اشاره شد، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط تهدیدکننده (والر، ۲۰۰۱) و فرآیند پویای سازش مثبت باتجربه‌های تلخ و ناگوار (ماستن، ۲۰۰۱) است که عوامل متعددی بر آن تأثیر می‌گذارد. برخی

1. Goodness of Fit Index (GFI)

2. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

3. Relative Fit Index (RFI)

4. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

از این عوامل فرآیند تاب‌آوری را تسهیل (عوامل حفاظتی) و برخی دیگر این فرآیند را تضعیف (عوامل خطرزا) می‌کنند. از جمله عوامل برجسته‌ای که می‌تواند تأثیری دوگانه بر تاب‌آوری افراد داشته باشد، کارکردهای خانواده به لحاظ انسجام و انعطاف‌پذیری است که در ادامه به تبیین رابطه این کارکردها با تاب‌آوری فرزندان پرداخته می‌شود:

خانواده‌های متعادل در بُعد انسجام، به دلیل ایجاد پیوند عاطفی استوار و رابطه گرم و صمیمی میان اعضای خود، همواره حس تعلق و پذیرش در سیستم خانواده و احساس مسئولیت متقابل را در فرزندان به وجود می‌آورند. در چنین خانواده‌ای اعضای نسبت به خواسته‌ها، ارزش‌ها و علائق هم حساس هستند و برای یکدیگر وقت و انرژی صرف می‌کنند. آنان پیشرفت، رفاه و آسایش همدیگر را می‌خواهند و برای زدایش مشکلات اعضای خانواده، خود را مسئول می‌دانند (لینگرن، ۲۰۰۳). والدین خانواده‌های منسجم، در سایه امنیت روانی موجود، زمینه حمایت عاطفی و مراقبت سازنده از فرزندان را فراهم می‌آورند و آن‌ها را در برابر فشارهای زندگی واکسینه می‌نمایند. به همین دلیل است که می‌توان بر اساس مدل محافظتی تاب‌آوری، چنین استدلال کرد که خانواده‌های منسجم می‌توانند به‌عنوان یک عامل محافظتی همانند یک سپر بلا آثار سوء برآمده از مواجهه فرزندان با عوامل خطر را تعدیل کنند و تاب‌آوری فرزندان را افزایش دهند. این یافته، هم‌سو با مفروضه نظریه سیستمی تاب‌آوری خانواده والش (۲۰۰۳) است که انسجام خانواده و حمایت متقابل اعضای خانواده از یکدیگر را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی برای تاب‌آوری خانواده و سازگاری با بحران معرفی کرده است.

از طرف دیگر، در خانواده‌های متعادل در بُعد انعطاف‌پذیری نیز به دلیل وجود رهبری دموکراتیک در خانواده، فرزندان از ارکان مهم تصمیم‌گیری محسوب شده و همواره در حل مسائل و مشکلات خانواده مشارکت فعال دارند (السون، ۱۹۹۹). در چنین خانواده‌ای که حلقه‌های مذاکره و گفتگو برای اعضای باز است، فرزندان جسارت ابراز عقیده را پیدا می‌کنند، احساس ارزشمندی نموده و اعتماد به نفس در آن‌ها تقویت می‌گردد؛ به عبارت دیگر، در خانواده‌هایی که فرآیندهای ارتباطی و حل مسئله در میان آن‌ها، مبتنی بر مشارکت با اعضای خانواده و استفاده از روش همکاری برای حل مسائل است، احساسی از اعتبار در فرآیند تصمیم‌گیری در میان اعضای خانواده ایجاد می‌نمایند که به رفتارهای سازگارانه تری منجر

می‌شود (والش، ۲۰۰۳)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که والدین خانواده‌های منعطف و با ساختار در سایه نظم و انضباط و ساختار باثبات سیستم خانواده، شرایط بلوغ فکری و قدرت حل مسئله را در فرزندان پرورش می‌دهند به طوری که آنان از مواجهه با تغییر و نیز رویارویی با مسائل چالش‌انگیز نمی‌هراسند و در نتیجه مهار بیشتری بر زندگی خود دارند. در چنین شرایطی است که فرزندان به مرور مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری و مدیریت حل تعارض را فراگرفته و در مقابل فشارهای زندگی مقاوم‌تر می‌شوند؛ بنابراین، بر اساس مدل جبرانی تاب‌آوری، می‌توان چنین استدلال کرد که کارکرد سالم خانواده در بُعد انعطاف‌پذیری می‌تواند به عنوان یک عامل جبرانی، تأثیر مواجهه با عوامل خطر را خنثی کرده و در مقاوم ساختن افراد برای کنار آمدن با فشارهای روانی و ایجاد شخصیت تاب آور فرزندان نقش اساسی را ایفا نماید.

در زمینه ارتباط انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان، نتایج نشان داد که میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی در هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد؛ و این بدین معنا است که دانشجویانی که وضعیت خانواده‌های خود را به لحاظ ابعاد انسجام و انعطاف‌پذیری در سطح بالاتری ادراک کرده بودند، از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند و برعکس آن. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر نقش کنش‌های متعادل خانواده از حیث انسجام و انعطاف‌پذیری و نیز تأثیر عملکرد سالم خانواده بر افزایش سلامت روانی فرزندان نظیر پژوهش‌های لوسیا و برسلاو (۲۰۰۶)، لشگری و همکاران (۱۳۸۴)، عراقی (۱۳۸۷)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۱)، امرینکر و همکاران (۱۹۹۴)، جنانی (۱۳۸۰)، لیدی و همکاران (۲۰۱۰) و کافمن (۲۰۱۱) همسو است. هم‌چنین یافته‌های این پژوهش، با نتایج برخی از پژوهش‌های گذشته که عملکرد مثبت خانواده را در کاهش برخی مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان نظیر افسردگی، تنیدگی و اضطراب مؤثر می‌دانستند، هماهنگ است. به عنوان مثال می‌توان به پژوهش‌های اسمیت و همکاران (۲۰۰۱)، جانسون و همکاران (۲۰۰۱)، سامانی (۱۳۸۵)، عراقی (۱۳۸۷)، ویکتور و همکاران (۲۰۰۷)، فیروزی و فرهادی (۱۳۹۱)، زرگر و همکاران (۱۳۹۱)، امرینکر و همکاران (۱۹۹۴)، ریچموند و استوکر (۲۰۰۶)، دکویک و همکاران (۲۰۰۴)، یاهاو (۲۰۰۲)، سامانی و رضویه (۱۳۸۶)، عبدالله زاده و سامانی (۲۰۱۰) و بیرمز و همکاران (۲۰۰۹) اشاره نمود.

این نتایج را می‌توان بر اساس مدل مدور ترکیبی السون، نظریه نظام‌های خانواده بوئن و نظریه ساختاری خانواده مینوچین تبیین کرد. همان‌طوری که اشاره شد یکی از ابعاد محوری مدل مدور ترکیبی السون، بُعد انسجام خانواده است که به‌عنوان پیوند عاطفی که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند، تعریف می‌شود (السون، ۲۰۱۱). تمرکز سازه انسجام بر این مسئله قرار دارد که چگونه سیستم خانواده قادر است میان جدا بودن اعضای خودش، در مقابل باهم بودن آنان تعادل ایجاد کند (السون، ۲۰۰۰). بر اساس این مدل، انسجام خانواده سطوح متفاوتی دارد که سطوح میانی یا متعادل آن به دلیل ایجاد تعهد عاطفی پایدار میان اعضای خانواده به همراه ایجاد حس استقلال فردی و اعتماد متقابل میان والدین و فرزندان، باعث کارکرد بهینه خانواده و به دنبال آن سلامت روانی فرزندان می‌شود. هم‌چنین در بُعد انعطاف‌پذیری هم که به‌عنوان کیفیت رهبری و ساختار خانواده، رابطه نقش و قواعد ارتباطات و مذاکرات در خانواده تعریف می‌شود (السون، ۲۰۱۱)، تمرکز بر این مسئله قرار دارد که چگونه سیستم خانواده می‌تواند میان ثبات، در مقابل تغییر تعادل ایجاد کند (السون، ۲۰۰۰). در این بُعد هم سطوح متفاوتی وجود دارد که سطوح مرکزی یا متعادل آن به دلیل ایجاد ساختار باثبات و مناسب در خانواده از لحاظ رهبری، قواعد، نقش‌ها، نظم و انضباط و مذاکرات در خانواده به همراه باز بودن نسبت به تغییر در مواقع ضروری، باعث کارکرد مطلوب خانواده و در نتیجه سلامت روانی فرزندان می‌شود.

در تبیینی دیگر، می‌توان گفت که سازه انسجام خانواده در مدل السون، مفهوم «تمایز یافتگی» در نظریه بوئن را به ذهن متبادر می‌نماید. مفهوم تمایز یافتگی یا تفکیک خویشتن که از نظر مفهومی تشابه زیادی با انسجام خانواده دارد، مهم‌ترین مفهوم و سنگ بنای نظریه نظام‌های خانواده بوئن (۱۹۷۸) است و شامل دو بُعد روانی درون فردی و میان فردی است. تمایز یافتگی در بُعد درون روانی به توانایی فرد برای تمییز فرآیند عقلی از فرآیند احساسی (عاطفی) اشاره دارد و در بُعد میان فردی به توانایی فرد در تمایز از دیگران در ضمن صمیمیت با آنان اشاره دارد. بوئن نیز به‌مانند السون، برای ارزیابی سطح تفکیک هر فرد یک مقیاس نظری ارائه می‌کند که در قطب پائین آن افرادی قرار دارند که بیش‌ترین امتزاج را دارند و شدیداً با دیگران هم‌آمیخته هستند و در میانه این مقیاس، کسانی قرار دارند که درجات نسبی امتزاج یا تفکیک را نشان می‌دهند و کسانی که بیشترین سطح تمایز یافتگی را دارند، در قطب

بالای این مقیاس قرار گرفتند (بوئن، ۱۹۶۶). به اعتقاد بوئن همیشه نوعی اضطراب مزمن در زندگی وجود دارد که از طریق کشمکش دائمی بر سر متعادل سازی میان احساس با هم بودن وحدت و تفکیک خود در اعضای خانواده به وجود می آید. از نظر او این اضطراب مبنای اصلی تمامی نشانه های بیمارگون است و تنها پادزهر این وضعیت، رسیدن به افتراق و تفکیک خویشن است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ به نقل از حسین شاهی پرواتی و همکاران، ۱۳۸۹).

بنابراین با توجه به نظریه بوئن (۱۹۷۸) می توان چنین استدلال نمود که کسانی که تمایزیافتگی پائینی دارند، هویت مستقلی نداشته و به دلیل هم آمیختگی و امتزاج شدید با اعضای خانواده، در تنش ها و مسائل میان شخصی موجود به سادگی در عواطف حاکم یا جاری خانواده حل شده و قدرت تفکیک خود را از خانواده از دست می دهند و به تدریج خود پیروی فردی در آنان کاهش می یابد. در نتیجه کاهش خود پیروی و نیاز مداوم به حمایت و تائید دیگران، فرد دچار افزایش اضطراب مزمن شده و از کارکرد مؤثر فردی و اجتماعی بازمی ماند. در این شرایط است که فرد دچار احساس بی کفایتی، خودباوری ضعیف و اعتماد به نفس پائین شده و سلامت روانی او به مخاطره می افتد و در نتیجه مستعد مشکلات روان شناختی و بروز نشانه های بیماری می گردد. برعکس، کسانی که به تمایزیافتگی متعادل رسیده اند، به دلیل این که به یک هویت شخصی استوار دست یافته و عقاید محکم و باورهای کاملاً مشخص دارند و به خاطر خشنودی والدین، دستیابی به هماهنگی خانواده و یا به خاطر زور، دست به مصالحه بر سر هویت خویش نمی زند؛ کمترین سطح اضطراب و نشانگان روان شناختی را از خود نشان داده و سلامت روانی خویش را تضمین می کنند؛ بنابراین، نتیجه به دست آمده از این فرضیه در بخش رابطه انسجام خانواده با سلامت روانی فرزندان، با نظریه بوئن که سلامت روانی فرد را در گرو سطح تفکیک و تمایزیافتگی او از نظام عاطفی خانواده می داند، هماهنگ است.

از طرف دیگر، با الهام از نظریه ساختاری مینوچین می توان گفت که سازه انعطاف پذیری خانواده در مدل السون، همپوشی زیادی با مفهوم «ساختار خانواده» در نظریه مینوچین دارد. به نظر مینوچین، ساختار خانواده مجموعه نامشهودی از خواسته ها یا ضوابط کارکردی است که نحوه تعامل اعضای خانواده با یکدیگر را سازمان می دهد و معرف مجموعه ای از قواعد

عملیاتی است که خانواده برای تحقق بخشیدن به کارکردهای مهم خود، آن‌ها را وضع کرده است. در اصل، ساختار سازمانی زیر بنایی خانواده (الگوهای تعاملی پایدار و نظم‌دهنده آن) و انعطاف‌پذیری آن در پاسخ به شرایط متغیر در سراسر چرخه زندگی خانوادگی است که باعث ظهور الگوهای کارساز یا بدکار می‌شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ به نقل از حسین شاهی برواتی و همکاران، ۱۳۸۹). به نظر مینوچین (۱۹۸۴)، خانواده در همان حالی که از چرخه‌های زندگی خود در حال گذر است، می‌کوشد تعادل ظریف میان ثبات و تغییر را حفظ کند؛ هرچقدر خانواده کارکرد سالم‌تری داشته باشد، در طی دوره‌های انتقالی خانوادگی نسبت به تغییر گشوده‌تر است و بیشتر مایل است که متناسب با شرایط متغیر، ساختار خود را اصلاح کند. برعکس، در خانواده‌های برخوردار از ساخت بدکار، مشکلات زمانی به وجود می‌آیند که خانواده به یک نقطه انتقالی برسد اما فاقد انعطاف کافی برای انطباق با این شرایط در حال تغییر باشد؛ بنابراین با توجه به همپوشی معنایی دو مفهوم ساختار خانواده در نظریه مینوچین و انعطاف‌پذیری خانواده در مدل السون می‌توان چنین نتیجه گرفت که خانواده‌هایی که خود را با شرایط محیطی متغیر یا موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند و در عین حال، تداوم خود را نیز حفظ می‌کنند و هم‌چنین در برخورد با تعارض و فشارهای روانی، توانایی بازسازی قواعد تبادلی خانواده را دارند و به‌جای استفاده از قواعد کهنه، قواعدی را جایگزین می‌کنند که با واقعیت‌های کنونی خانواده ارتباط بیشتری دارد، از عملکرد بهتری در افزایش سلامت روانی اعضای خود برخوردار هستند.

در خصوص نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی دانشجویان نتایج برآمده از تحلیل رگرسیون چندگانه و برازش مدل علی پژوهش، حاکی از موجه بودن مدل و معنی‌داری نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی بود؛ به‌عبارت‌دیگر، این یافته‌ها نشان داد که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم با واسطه تاب‌آوری می‌توانند سلامت روانی دانشجویان را پیش‌بینی نمایند. نتیجه برآمده از این فرضیه در بخش رابطه مستقیم انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی و هم‌چنین با تاب‌آوری دانشجویان در تبیین فرضیه‌های قبلی به‌طور جداگانه مورد بحث قرار گرفت و یافته‌های به‌دست‌آمده همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین، قویاً این فرضیه‌ها را تأیید نمودند؛ اما

درزمینه تبیین نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت روانی، بر اساس مدل السون (۲۰۰۰) می‌توان چنین استدلال نمود که خانواده‌های با عملکرد متعادل در ابعاد انسجام و انعطاف‌پذیری به دلیل ایجاد حس مسئولیت‌پذیری و تعهد عاطفی متقابل میان اعضای خانواده، مشارکت دادن فرزندان در تصمیم‌گیری‌های مهم خانواده، پرورش حس استقلال فردی در فرزندان، وجود قواعد منعطف در خانواده و گشودگی نسبت به تغییرات زندگی، همواره زمینه‌ساز را برای کسب ویژگی‌های مثبتی مثل اعتمادبه‌نفس، جرئت ابراز عقیده، خودکارآمدی، مهارت حل مسئله و مدیریت بحران در فرزندان به وجود می‌آورند، در نتیجه کسب این مهارت‌ها، آن‌ها قادر خواهند بود با تکیه بر این توانایی‌ها و در سایه شبکه حمایتی خانواده، بدون نگرانی و تشویش خاطر مقاومت خود را در مقابل اثرات منفی فشارهای روانی افزایش داده و به این وسیله از سلامت روانی خود محافظت نمایند. به بیان دیگر، چتر حمایتی خانواده به‌عنوان سپری استوار در مقابل فشارهای روانی عمل کرده و به واسطه ارتقاء تاب‌آوری در فرزندان، منجر به مواجهه مؤثر و سازگاری مثبت آنان در برخورد با فشارهای زندگی شده و از این طریق برافزایش سلامت روانی فرزندان تأثیر می‌گذارد.

درمجموع نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده نقش مؤثر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده اصلی در پیش‌بینی تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که هرچقدر سیستم خانواده سازمان‌یافته‌تر و درعین حال تعاملات میان اعضای خانواده مبتنی بر رفتارهای محبت‌آمیز، صمیمیت وفاداری باشد، احتمال این که فرزندان آن‌ها در بزرگسالی توان رویارویی و مقابله مؤثر با عوامل تنش‌زا را داشته باشند و درگیر رفتارهای آسیب‌زا و اختلالات روانی نشوند، بیشتر است. افزون بر این، نتایج برآمده از ارزیابی مدل علی پژوهش نیز نشان داد که تاب‌آوری میانجی‌گر رابطه میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و سلامت روانی فرزندان است. این نتیجه نیز به نقش مهم و تأثیرگذار محیط خانواده برافزایش ظرفیت تاب‌آوری فرزندان که خود یکی از عوامل مؤثر بر بهداشت روانی آنان است، صحنه گذاشت.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم همسان‌سازی گروه نمونه بر اساس متغیرهای مداخله‌گری مثل سطح تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده، تعداد فرزندان خانواده اصلی و غیره بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد توجه قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این بود که جامعه

آماري پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه می‌شد، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش محدود به جامعه آماری است، لذا پیشنهاد می‌گردد برای افزایش قابلیت تعمیم نتایج و بررسی دوباره متغیرها، این پژوهش برای سایر گروه‌ها در سنین مختلف و در دیگر شهرهای ایران تکرار گردد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، پیشینه پژوهشی نسبتاً ناچیز مرتبط با مدل علی پژوهش بود که امکان مقایسه یافته‌های برآمده از ارزیابی مدل پژوهش حاضر را با نتایج مطالعات پیشین محدود نمود.

از آنجایی که در این پژوهش برای سنجش میزان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده از دو پرسش‌نامه جداگانه استفاده شد، پیشنهاد می‌گردد به منظور بررسی و مقایسه نتایج، در مطالعات بعدی، از دیگر ابزارهای سنجش انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده نظیر ویرایش‌های مختلف مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده (FACES) السون و دیگر مقیاس‌های سنجش کارکرد خانواده مثل مقیاس عملکرد خانواده (FFS) بلوم و یا پرسش‌نامه سنجش خانواده (FAD) اپشتاین و همکاران استفاده گردد. هم‌چنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تأثیر کارکردهای متعادل خانواده را در کاهش اختلالات رفتاری و ارتقاء سطح سلامت روانی فرزندان مورد تأیید قرار داد، پیشنهاد می‌گردد که درمانگران و مشاوران خانواده در فرآیند تشخیص و ارزیابی‌های کلینیکی، طرح‌ریزی برنامه درمانی و درنهایت تغییر و اصلاح سیستم‌های خانوادگی نامتعادل و کژکار، با بهره‌گیری از نقشه‌ی زوج و خانواده‌السون، نخست نحوه‌ی تعاملات کنونی اعضای خانواده را بررسی نمایند، سپس با توجه به جای‌گاه خانواده بر روی پیوستارهای انسجام و انعطاف‌پذیری در نمودار خانواده، به آماده‌سازی طرح درمان و مداخله‌های درمانی برای تغییر الگوی تعاملات کژکار خانواده پردازند.

تقدیر و تشکر. این پژوهش بر گرفته از پایان‌نامه دانشجویی خانم نرگس کیانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین و پرسنل دانشگاه و دانشجویان که ما را در انجام این کار یاری دادند، صمیمانه سپاسگزاریم.

بهادری، الهام؛ و خیر، محمد. (۱۳۹۱). رابطه سرسختی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری خانواده با سبک‌های کنار آمدن با تنیدگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، سال دوم، شماره ۷، ۱۸-۱.

جنانی، کتابون. (۱۳۸۰). *بررسی رابطه تعاملات درون خانواده و سلامت روانی دانش‌آموزان پایه سوم دوره راهنمایی شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۷۹-۷۸*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت‌معلم.

رضویه، اصغر؛ و سامانی، سیامک. (۱۳۷۹). *مقایسه همبستگی خانوادگی دختران و پسران به پدر و مادر*. چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، ۲۹-۲۷ مهر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، ایران.

زرگر، یداله؛ محمدی بهرام آبادی، رضیه؛ و بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۱). *بررسی فرآیندهای خانواده به‌عنوان پیش‌بین‌های مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان‌های شهر یاسوج*. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، دوره ۱، شماره ۲، ۱۰۳-۷۷.

ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ و عسکریان، مهناز. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: ویرایش.

سامانی، سیامک. (۱۳۸۱). *بررسی مدل علی همبستگی خانوادگی، استقلال عاطفی و سازگاری روانی*. پایان‌نامه دکترای تخصصی رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.

سامانی، سیامک. (۱۳۸۵). *همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی در دختران فراری از خانه*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال دوازدهم، شماره ۳، ۲۶۲-۲۵۸.

سامانی، سیامک؛ و رضویه، اصغر. (۱۳۸۶). *رابطه همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی با مشکلات عاطفی*. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانی‌شناختی*، دوره اول، شماره ۱، ۳۷-۳۰.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). *تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.

عراقی، یحیی. (۱۳۸۷). *کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان*. *نشریه روان‌شناسی و دین*، سال اول، شماره ۳، ۷۸-۶۳.

فیروزی، فاطمه؛ و فرهادی، مریم. (۱۳۹۱). *پیش‌بینی اضطراب نوجوانان بر اساس ابعاد همبستگی خانواده*. *چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی*، ۲۸-۲۶ مهر، اصفهان، ایران.

- کرمی، خبات؛ و بزرگ‌منش، کاملیا. (۱۳۹۲). رابطه عملکرد و انسجام خانواده با تاب‌آوری در دانش‌آموزان. ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان، ۲۸-۲۶ شهریور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ایران.
- گلدنبرگ، ایرنه؛ و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۰). *خانواده‌درمانی*. ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند (۱۳۸۹)، چاپ دهم، تهران: روان.
- لشگری، منصوره؛ طالقانی، نرگس؛ ازخوش، منوچهر؛ و دلاور، علی. (۱۳۸۴). رابطه کارایی خانواده با سلامت عمومی فرزندان. *فصلنامه علمی-پژوهشی صدای مشاور*، سال دوم، شماره ۷، ۹-۱.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکترای تخصصی رشته روان‌شناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۷۶). *بررسی و اعتبار یابی پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت‌معلم.

- Abdollahzadeh, N., & Samani, S. (2010). The family processes, family content and adolescence emotional problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 733-737. Available online at www.sciencedirect.com.
- Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P., & Thomas, S. (1994). Family Interaction and Individual Psychological Health. *Journal of Counseling and Development*, 72(6), 614-620.
- Asch M. (2003). *Dictionary of psychology*. New Delhi: Lipincott. P: 68-109.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14(1), 103-114.
- Birmes, P., Raynaud, J. P., Daubisse, L., Brunet, A., Arbus, C., Klein, R., & et al. (2009). Children s Enduring PTSD Symptoms are Related to Their Family s Adaptability and Cohesion. *Community Mental Health Journal*, 45(4), 290-299.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345-374.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.

- Conner, M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 46-49.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Dekovic, M., Wissink, I. B., & Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behavior: comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27(5), 497-514.
- Fitzpatrick, M.A., & Koener, A. F. (2004). Family Communication Schemata Effects on Children s Resiliency. In S. Dunwoody, L. B. Becker, D. McLeod, & G. Kosicki (Eds.), *The evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack, M. McLeod* (pp. 115-139). Cresskill, New Jersey: Hampton Press.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. 9, 131-145.
- Hawley, R. D. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 8, 101-106.
- Johnson, H. D., LaVoie, J. C., & Mahoney, M. (2001). Interparental Conflict and Family Cohesion: Predictors of Loneliness, Social Anxiety, and Social Avoidance in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 16(3), 304-318.
- Kaufman, M. (2011). *How Families Facilitate the Development of Empathy in Children: A Family Systems Theory Perspective*. A Dissertation Doctor of Philosophy, Manhattan, Kansas: Kansas State University.
- Leidy, M. S., Guerra, N. G., & Toro, R. I. (2010). Positive Parenting, Family Cohesion, and Child Social Competence Among Immigrant Latino Families. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 252-260.
- Lingren, H. G. (2003). *Creating sustainable families*. Available online at: <http://www.janr.Un.Edu/pubs/family/g1269.htm>
- Lucia, V. C., & Breslau, N. (2006). Family cohesion and children s behavior problems: A longitudinal investigation. *Psychiatry Research*, 141(2), 141-149.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.

- Minuchin, S. (1984). *Family kaleidoscope*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morales, E. (2007). Approaches Based on Resilience. Commissioned by Oak Foundation. English Translation.
- Olson, D. H. (1999). Empirical Approaches to Family Assessment. *Journal of Family Therapy*, Special Edition.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). *Circumplex Model of marital and family systems*. In F. Walsh (Eds.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 514-548). New York: The Guilford Press.
- Perkins, D. F., & Jons, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 547-563.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Richmond, M. K., & Stocker, C. M. (2006). Associations between family cohesion and adolescent siblings , externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 663-669.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children s responses to stress and disadvantage. *Primary prevention of psychopathology*, 3, 49-74.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Secombe, K. (2002). Beating the odds versus changing the odds: poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and family*. 64,384-394.
- Smith, E. P., Prinz, R. J., Dumas, J. E., & Laughline, J. (2001). Latent Models of Family Processes in African American Families: Relationships to Child Competence, Achievement, and Problem Behavior. *Journal of Marriage and family*, 63(4), 967-980.
- Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2007). Effects of Parent and Family Characteristics on Treatment Outcome of Anxious Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(6), 835-848.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137.

- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Werner, E. E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40, 68-72.
- Williams, J. B. W. (2008). *Mental health status, functioning and disability*. In A. J. Rush, M. B. First & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (2nd ed., pp. 83-106). Washington, DC: American Psychological Association.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yahav, R. (2002). External and Internal Symptoms in Children and Characteristics of the Family Systems: A Comparison of the Linear and Circumplex Models. *The American Journal of Family Therapy*, 30(1), 39-56.

