

## پیوندهای والدینی و سلامت روانی: نقش جنس

### Parental Bonding and Mental Health: The Role of Gender

|                                                         |                                                      |                                                       |                                                             |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Alireza Fazeli Mehrabadi</b><br>MA in Family Therapy | <b>Somayeh Mohamadi</b><br>MA in Family Therapy      | <b>سمیه محمدی</b><br>کارشناس ارشد خانواده درمانی      | <b>علیرضا فاضلی مهرآبادی</b><br>کارشناس ارشد خانواده درمانی |
| <b>Naser Aghababaei</b><br>MA in General Psychology     | <b>Shahrzad Izadpanah</b><br>MA in Family Therapy    | <b>شهرزاد ایزدپناه</b><br>کارشناس ارشد خانواده درمانی | <b>ناصر آقابابائی</b><br>کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی      |
| <b>Leyli Panaghi, PhD</b><br>Shahid Beheshti University | <b>Fatemeh Ghadiri, PhD</b><br>Clinical Psychologist | <b>دکتر فاطمه قدیری</b><br>روان‌شناس بالینی           | <b>دکتر لیلا پناغی</b><br>استادیار دانشگاه شهید بهشتی       |

#### چکیده

برای شناخت رابطه پیوندهای والدینی و سلامت روانی ۳۳۰ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی (۲۳۳ زن، ۹۷ مرد) انتخاب شدند. برای سنجش رابطه والد-کودک، سیاهه پیوندهای والدینی (پارکر، ۱۹۷۹) و برای بررسی سلامت روانی، پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) به کار برده شدند. نتایج نشان دادند مراقبت والدینی با سلامت روانی همبستگی منفی و فزون‌حمایتگری والدینی با سلامت روانی رابطه مثبت دارد. زنان سلامت روانی بهتر و مراقبت والدینی بیشتری را گزارش کردند. جنس به صورت مستقیم و غیرمستقیم (با واسطه مراقبت والدینی) سلامت روانی را پیش‌بینی کرد. **واژه‌های کلیدی:** پیوندهای والدینی، سلامت روانی، جنس، سبک‌های فرزندپروری

#### Abstract

In order to examine the relationship between parental bonding and mental health 330 students (233 females, 97 males) of Shahid Beheshti University were selected. To assess parent-child relationship the Parental Bonding Inventory (Parker, 1979), and to assess mental health the General Health Questionnaire (Goldberg & Hiller, 1979) was used. Results indicated that parental care negatively correlated with mental health, and parental overprotection positively correlated with mental health. Females reported better mental health and stronger parental care. Gender, directly and indirectly (through parental care) predicted mental health.

**Keywords:** parental bonding, mental health, sex, child-rearing styles

received: 3 February 2010

accepted: 22 November 2011

دریافت: ۸۸/۱۱/۱۴

پذیرش: ۹۰/۹/۱

Contact information: alifazeli.m@gmail.com

## مقدمه

پژوهش‌ها را می‌توان به جنس و فرهنگ شرکت‌کنندگان نسبت داد. فرهنگ در این رابطه، نقش مهمی دارد؛ برای مثال، کارتر، اسبروکو، لويس و فریدمن (۲۰۰۱) به بررسی پیوندهای والدینی با افسردگی و اضطراب در آمریکایی‌های آفریقایی و اروپایی تبار پرداختند. این پژوهش نشان داد در آمریکایی‌های اروپایی تبار اضطراب و افسردگی با بُعد مراقبت والدین، رابطه منفی و اضطراب با فزون‌حمایتگری رابطه مثبت دارد، اما در آمریکایی‌های آفریقایی تبار، اضطراب و افسردگی با فزون‌حمایتگری والدین رابطه‌ای ندارد. آنها نتیجه گرفتند که علت این امر فرهنگ آمریکایی‌های آفریقایی تبار است، زیرا برای آفریقایی‌ها فزون‌حمایتگری، نوعی مراقبت تلقی می‌شود. والدین آفریقایی تبار این پیام را می‌رسانند که رفتارهای خشک برای کودکان بهتر است و موجب احساس مسئولیت در رفتارهای اجتماعی آنها می‌شود.

علاوه بر فرهنگ، جنس نیز در این رابطه اهمیت دارد. جنس شرکت‌کنندگان و والدین آنها، هر دو می‌توانند بر چگونگی ادراک سبک‌های والدینی اثر بگذارند. پژوهش‌ها اغلب نقش این دو عامل را نادیده گرفته‌اند (یوجی، تاناکا، شونو و کیتامورا، ۲۰۰۶؛ ماتسوکا و دیگران، ۲۰۰۶)، اما پژوهش‌های جدیدتر به این نقش توجه کرده‌اند؛ برای مثال، در پژوهش سان، انگ و گو (۲۰۱۰) زنان سطوح بالاتری از مراقبت مادرانه و پدرانه و سطوح پایین‌تری از فزون‌حمایتگری مادرانه را گزارش کردند. در پژوهش آنها جنس بر متغیر وابسته‌ای مرکب از متغیرهای پیوند والدینی، اجتناب<sup>۱۵</sup> و اضطراب اثر داشت. چنانچه پیشتر اشاره شد از نظر پارکر (۱۹۷۹)، گرمی والدینی مربوط به بُعد دوم رفتار والدین یعنی مراقبت، است. در یک پژوهش، فقدان گرمی ادراک شده پدر، ناگویی خلقی<sup>۱۶</sup> فرد را پیش‌بینی کرد (توربرگ، یانگ، سولیوان و لیورز، ۲۰۰۹). در پژوهش اپراریو، تشان، فلورز و بریجس (۲۰۰۶) که گرمی والدین با درماندگی هیجانی<sup>۱۷</sup> کمتر همبسته بود، متغیر جنس توانست این رابطه را میانجی‌گری کند؛ یعنی آشفتگی هیجانی

عامل‌های متعددی در سلامت روانی افراد مؤثرند. یکی از آنها چگونگی تعامل والدین و کودک است. ارتباط والد و کودک نقش اساسی در تحول طبیعی و بهنجار کودک ایفا می‌کند و انحراف از تحول رفتارهای دلبستگی، عدم حمایت و مراقبت والدین، کودکان را مستعد اختلال‌های روانی در بزرگسالی می‌کند (بنت و استرلینگ، ۱۹۹۸). پارکر (۱۹۷۹) برای بررسی ارتباط کودک با والدین به دو بُعد اساسی رفتار والدین اشاره می‌کند: فزون‌حمایتگری<sup>۱</sup> و مراقبت<sup>۲</sup> فزون‌حمایتگری نشان‌دهنده والدینی مداخله‌گر و مهارگر است که آزادی عمل را از کودک سلب می‌کنند. مراقبت والدین نیز بیانگر محبت، گرمی<sup>۳</sup> و پاسخگویی به نیازهای کودکان است. از ترکیب این دو بعد چهار سبک رفتاری ایجاد می‌شود: سبک بهینه<sup>۴</sup> (مراقبت زیاد و فزون‌حمایتگری کم)، سبک محدودیت محبت‌آمیز<sup>۵</sup> (مراقبت زیاد و فزون‌حمایتگری زیاد)، سبک مهار بدون عاطفه<sup>۶</sup> (مراقبت کم و فزون‌حمایتگری زیاد)، و والدگری بی‌توجه<sup>۷</sup> (مراقبت کم و فزون‌حمایتگری کم).

پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط پیوندهای والدینی با سلامت روانی در جمعیت بالینی پرداخته‌اند. در برخی از این پژوهش‌ها، مراقبت پایین و فزون‌حمایتگری هر دو والد با افسردگی<sup>۸</sup>، اضطراب<sup>۹</sup>، اختلال وحشتزدگی<sup>۱۰</sup>، اضطراب اجتماعی<sup>۱۱</sup>، وسعت هراسی<sup>۱۲</sup> (پارکر، ۱۹۷۹، ۱۹۹۰) و احساس تنهایی<sup>۱۳</sup> (وایزمن، میزلس و شارابانی، ۲۰۰۶) رابطه داشتند. در برخی دیگر تنها فزون‌حمایتگری والدین با افسردگی (ساتو، ساکادو، یوهارا، نیشیوکا و کاساهارا، ۱۹۹۷)، وسواس فکری (کاودو و پارکر، ۱۹۹۴)، وسواس بی‌اختیاری و هراس (تورگن، کانر، مارچند و فریستون، ۲۰۰۲) و اقدام‌های شبه‌خودکشی<sup>۱۴</sup> (کوران، فیتزجرالد و گرین، ۱۹۹۹) همراه بودند. در دسته‌ای دیگر از پژوهش‌ها، صرفاً مراقبت مادرانه با اختلال‌های روانی همبسته بود (بالا و هومان، ۱۹۹۲؛ جرلسما، داس و املکمپ، ۱۹۹۳؛ والترز و کندلر، ۱۹۹۵). یکی از علل تفاوت نتایج

1. overprotection
2. care
3. warmth
4. optimal style
5. affectionate constraint
6. affectionless control

7. neglectful parenting
8. depression
9. anxiety
10. panic disorder
11. social anxiety
12. agoraphobia

13. loneliness
14. parasuicide
15. avoidance
16. alexithymia
17. emotional distress

زن، ۹۷ مرد) تحلیل شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۲/۴۹ سال با انحراف استاندارد ۲/۶۱ و دامنه ۱۸ تا ۴۴ سال بود. ۹۱/۲ درصد (۳۰۱ نفر) از شرکت‌کنندگان مجرد و ۷/۳ درصد (۲۴ نفر) متأهل بودند. ۱/۵ درصد (پنج نفر) نیز وضعیت تأهل خود را ذکر نکرده بودند. فراوانی شرکت‌کنندگان به تفکیک دانشکده در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱

فراوانی شرکت‌کنندگان به تفکیک دانشکده

| گروه‌ها                  | پسران |      | دختران |       |
|--------------------------|-------|------|--------|-------|
|                          | n     | %    | n      | %     |
| ادبیات                   | ۲۱    | ۶/۳۶ | ۷۰     | ۲۱/۲۱ |
| علوم زمین                | ۱۰    | ۳/۰۳ | ۹      | ۲/۷۲  |
| حقوق                     | ۸     | ۲/۴۲ | ۳۲     | ۹/۶۹  |
| علوم تربیتی و روان‌شناسی | ۴     | ۱/۲۱ | ۱۶     | ۴/۸۴  |
| مدیریت و حسابداری        | ۱۳    | ۳/۹۳ | ۳۲     | ۹/۶۹  |
| اقتصاد                   | ۴     | ۱/۲۱ | ۱۳     | ۳/۹۳  |
| علوم و علوم ریاضی        | ۸     | ۲/۴۲ | ۲۸     | ۸/۴۸  |
| مهندس برق و کامپیوتر     | ۱۷    | ۵/۱۵ | ۱۱     | ۳/۳۳  |
| تربیت بدنی               | ۷     | ۲/۱۲ | ۱۱     | ۳/۳۳  |
| معماری و شهرسازی         | ۴     | ۱/۲۱ | ۱۰     | ۳/۰۳  |

در زنانی بیشتر بود که سطوح پایین‌تری از گرمی والدین را گزارش کردند.

تفاوت جنسی در متغیرهای سلامت و بیماری نیز وجود دارد. زنان عموماً سلامت ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند، با این حال تفاوت‌های جنسی در سلامت متغیر است؛ بدین معنا که زنان سطوح پایین‌تری از مرگ و میر دارند، اما سطوح بالاتری از افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و دسته‌ای از بیماری‌های مزمن را گزارش می‌کنند. ریشه‌های نابرابری‌های جنسی در سلامت، بسیار درهم‌تنیده و پیچیده‌اند (اسکات و کولینگز، ۲۰۱۰؛ دنتون، پراس و والترز، ۲۰۰۴). با وجود تفاوت‌های جنسی در سلامت، هنوز داده‌های چندانی در این زمینه در دست نیست (اسکات و کولینگز، ۲۰۱۰) و در مورد نقش جنس در رابطه پیوندهای والدینی با سلامت روانی وضع از این بدتر است.

با توجه به آنچه بیان شد هدف پژوهش حاضر تعیین چگونگی رابطه پیوندهای والدینی و سلامت روانی در گروهی از دانشجویان با توجه به نقش جنس است.

## روش

این پژوهش از نوع مطالعه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۶ تشکیل داد. شرکت‌کنندگان پژوهش ۴۰۰ نفر بودند که با روش نمونه‌برداری طبقه‌ای انتخاب شدند. طبقه‌ها بر اساس رشته تحصیلی و نسبت دانشجویان آن رشته به تعداد کل دانشجویان انتخاب شدند تا معرف بهتری برای جامعه پژوهش باشند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان نخست به کمک اطلاعات به‌دست‌آمده از دانشگاه شهید بهشتی و وزارت علوم، فهرستی از تعداد دانشجویان مقطع کارشناسی در دانشکده‌های مختلف به‌دست آمد. دانشکده‌هایی که تعداد آنها کم بود و با دانشکده‌های دیگر در ارتباط بودند، ترکیب شدند. سپس ابزارهای پژوهش بین دانشجویان توزیع شدند. در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، نتایج ۳۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۲۳۳

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

**سیاهه سلامت عمومی<sup>۱</sup>** (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹): این ابزار یک سیاهه غربالگری ۲۸ ماده‌ای مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که هدف اصلی آن تمایز بیماری روانی و سلامت روانی- و نه تشخیص یک اختلال روانی خاص- است. این سیاهه چهار زیرمقیاس دارد: نشانه‌های بدنی، اضطراب، افسردگی، و نارسانکنش‌وری اجتماعی. هر زیرمقیاس هفت ماده دارد که بر پایه مقیاس لیکرت تنظیم شده‌اند. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده نشانه‌های مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت روانی کمتر است (رجایی، بیاضی و حبیبی‌پور، ۱۳۸۸؛ کشاورز، مهرابی و سلطانی‌زاده، ۱۳۸۸؛ نیکوگفتار، ۱۳۸۸). اعتبار این سیاهه در پژوهش پاشا، صفرزاده و مشاک (۱۳۸۶) با بهره‌گیری از ضریب همسانی درونی ۰/۹۵ و روایی آن از طریق همبستگی با فهرست تجدیدنظرشده نشانه‌های مرضی<sup>۲</sup>،

1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

2. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

مطلوب گزارش شده است. ضریب همسانی درونی مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۲ و برای چهار زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۶۲ و ۰/۹۰ به دست آمد.

**سیاهه پیوندهای والدینی**<sup>۳</sup> (پارکر، ۱۹۷۹): یک مقیاس ۲۵ ماده‌ای است که ادراک افراد را از رفتار پدر و مادر در ۱۶ سال نخست زندگی اندازه‌گیری می‌کند و شامل دو بُعد مراقبت و فزون‌حمایتگری است. ۱۳ ماده آن مراقبت و ۱۲ ماده آن فزون‌حمایتگری را می‌سنجد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در بعد مراقبت بیانگر گرمی و محبت والدین است و نمره پایین نشان‌دهنده والدین سرد و طردکننده است. نمره بالا در بُعد فزون‌حمایتگری بیانگر فزون‌حمایتگری بیش از حد، مهار و مداخله والدین است. نمره پایین مبین والدینی است که آزادی و استقلال عمل را برای کودک فراهم می‌آورند. سان و دیگران (۲۰۱۰) همسانی درونی این سیاهه را برای بُعد مراقبت ۰/۸۴ و برای فزون‌حمایتگری ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. اعتبار سیاهه در پژوهش حاضر برای دو بُعد یادشده به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۳ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آماری فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و رگرسیون استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی‌های متقابل متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. چنانچه مشاهده می‌شود مراقبت مادرانه با افسردگی، اضطراب، نشانه‌های بدنی و نمره کل سلامت روانی همبستگی منفی دارد. اما، فزون‌حمایتگری مادرانه با متغیرهای یادشده همبستگی مثبت دارد. مراقبت پدرانه نیز با افسردگی، اضطراب و نمره کل سلامت روانی رابطه منفی دارد. اما، فزون‌حمایتگری پدرانه با همه متغیرهای سلامت روانی رابطه مثبت دارد. برای بررسی تفاوت دو جنس در متغیرهای پژوهش، جنس با کدگذاری مجازی وارد تحلیل همبستگی شد

(مرد=۱، زن=۲). کدگذاری مجازی روش رایجی است که بسیاری از پژوهشگران به وسیله آن، جنس را به عنوان یک متغیر وارد تحلیل همبستگی می‌کنند (برای مثال، ازکان و لاجونن، ۲۰۰۶؛ تسانگ و روات، ۲۰۰۷؛ جانسن، روات و پترینی، ۲۰۱۱؛ دوریس، ۲۰۱۱؛ قربانی، کانینگهم و واتسن، ۲۰۰۹). طبق این کدگذاری، همبستگی مثبت جنس با یک متغیر، نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره زنان در آن متغیر است و همبستگی منفی جنس با یک متغیر مبین بالاتر بودن نمره مردان در آن متغیر است. در پژوهش حاضر نتایج تحلیل همبستگی نشان دادند جنس با افسردگی و نمره کل سلامت روانی همبستگی منفی دارد؛ یعنی نمره مردان در این متغیرها بالاتر است، و جنس با مراقبت والدینی رابطه مثبت دارد؛ یعنی نمره زنان در این دو متغیر بالاتر است. در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره پایین‌تر نشانه سلامت روانی بهتر است. از این رو سطح افسردگی و سلامت روانی گزارش‌شده در پسران بالاتر از دختران است و سطح مراقبت والدینی گزارش‌شده در دختران بالاتر از پسران است (جدول ۲).

برای بررسی نقش متغیرها در پیش‌بینی سلامت روانی، رگرسیون چندگانه اجرا شد (جدول ۳). در این رگرسیون مراقبت مادرانه، فزون‌حمایتگری مادرانه، مراقبت پدرانه، فزون‌حمایتگری پدرانه، و جنس به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شدند. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تنها فزون‌حمایتگری پدرانه توانست سلامت روانی را پیش‌بینی کند.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود جنس در کنار متغیرهای پیوند والدینی (با روش رگرسیون چندگانه همزمان) نتوانست سلامت روانی را پیش‌بینی کند. اما، با توجه به رابطه جنس با مراقبت والدینی (جدول ۲)، به آزمودن این فرضیه پرداخته شد که جنس از طریق مراقبت والدینی می‌تواند مؤلفه‌های سلامت روانی را پیش‌بینی کند. بدین منظور برای بررسی نقش واسطه‌ای مراقبت والدینی در رابطه جنس با سلامت روانی از روش بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد.

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی‌های متقابل متغیرهای پژوهش

| متغیرها                  | M     | SD    | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹    |
|--------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| ۱. افسردگی               | ۷/۴۵  | ۶/۰۸  | —      |        |        |        |        |        |        |        |      |
| ۲. اضطراب                | ۱۰/۶۱ | ۵/۲۹  | ۰/۶۷** | —      |        |        |        |        |        |        |      |
| ۳. نشانه‌های بدنی        | ۹/۱۰  | ۴/۹۵  | ۰/۵۲** | ۰/۶۶** | —      |        |        |        |        |        |      |
| ۴. نارساکنش‌وری اجتماعی  | ۹/۲۱  | ۳/۱۶  | ۰/۴۱** | ۰/۳۶** | ۰/۳۳** | —      |        |        |        |        |      |
| ۵. سلامت روانی           | ۳۶/۱۰ | ۱۵/۷۷ | ۰/۸۵** | ۰/۸۸** | ۰/۸۰** | ۰/۵۸** | —      |        |        |        |      |
| ۶. مراقبت مادرانه        | ۲۸/۸۹ | ۶/۵۸  | ۰/۲۵** | ۰/۱۸** | ۰/۱۴*  | ۰/۲۰** | ۰/۲۰** | —      |        |        |      |
| ۷. فزون‌حمایتگری مادرانه | ۱۲/۳۷ | ۶/۶۷  | ۰/۱۸** | ۰/۱۸** | ۰/۱۲*  | ۰/۱۰   | ۰/۲۲** | ۰/۴۶** | —      |        |      |
| ۸. مراقبت پدرانه         | ۲۶/۵۷ | ۶/۵۰  | ۰/۲۵** | ۰/۱۷** | ۰/۱۱   | ۰/۰۳   | ۰/۲۰** | ۰/۵۰** | ۰/۳۹** | —      |      |
| ۹. فزون‌حمایتگری پدرانه  | ۱۱/۹۵ | ۶/۴۵  | ۰/۱۹** | ۰/۲۳** | ۰/۲۰** | ۰/۱۷** | ۰/۲۷** | ۰/۲۳** | ۰/۴۷** | ۰/۴۳** | —    |
| ۱۰. جنس                  | ۱/۷۱  | ۰/۰۷  | ۰/۱۶** | ۰/۰۷   | ۰/۰۱   | ۰/۰۳   | ۰/۱۱*  | ۰/۱۸** | ۰/۰۶   | ۰/۲۲** | ۰/۰۱ |

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

بین متغیرهاست. اگر یکی از این ارتباطها معنادار نباشد، پژوهشگران نتیجه می‌گیرند احتمالاً نقش واسطه‌ای وجود ندارد. در مرحله چهارم اگر با وجود متغیر پیش‌بین (جنس) اثر متغیر واسطه (مراقبت مادرانه/پدرانه) هنوز معنادار باشد، از نقش واسطه‌ای حمایت می‌شود.

این روش، مستلزم اجرای مراحل ذیل است: (۱) رگرسیون سلامت روانی روی جنس، (۲) رگرسیون مراقبت مادرانه/پدرانه روی جنس، (۳) رگرسیون سلامت روانی روی مراقبت مادرانه/پدرانه، و (۴) رگرسیون سلامت روانی روی مراقبت مادرانه/پدرانه و جنس. سه مرحله نخست برای احراز رابطه

### جدول ۳

خلاصه نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس متغیرهای پیوندهای والدینی و جنس

| متغیر                 | R    | R <sup>۲</sup> | SE   | B     | β      |
|-----------------------|------|----------------|------|-------|--------|
| مراقبت مادرانه        | ۰/۳۳ | ۰/۱۱           | ۰/۱۸ | -۰/۲۲ | -۰/۱۰  |
| فزون‌حمایتگری مادرانه |      |                | ۰/۱۹ | ۰/۰۳  | ۰/۰۱   |
| مراقبت پدرانه         |      |                | ۰/۱۸ | -۰/۲۰ | -۰/۰۹  |
| فزون‌حمایتگری پدرانه  |      |                | ۰/۱۸ | ۰/۴۷  | ۰/۲۱** |
| جنس                   |      |                | ۲/۳۶ | -۲/۵۲ | -۰/۰۷  |

\*\* $P < 0.01$

۱. طبق مراحل یادشده، در گام نخست نتایج رگرسیون نشان دادند جنس می‌تواند سلامت روانی را پیش‌بینی کند ( $R^2 = 0.11$ ,  $\beta = -0.11$ ,  $P < 0.05$ ).

۲. در گام دوم دو رگرسیون ساده اجرا شد. جنس، مراقب مادرانه ( $R^2 = 0.03$ ,  $\beta = 0.18$ ,  $P < 0.01$ ) و مراقبت پدرانه را پیش‌بینی کرد ( $R^2 = 0.05$ ,  $\beta = 0.22$ ,  $P < 0.01$ ).

۴. رگرسیون چندگانه جنس و مراقبت مادرانه بر سلامت روانی حاکی از معناداری نقش مراقبت مادرانه بود ( $R^2 = 0.06$ ,  $\beta = -0.23$ ,  $P < 0.01$ ). رگرسیون چندگانه جنس و مراقبت پدرانه بر سلامت روانی نیز از معناداری نقش مراقبت پدرانه حکایت

۳. دو رگرسیون ساده نیز نشان دادند مراقبت مادرانه

داشت ( $P < 0/01$ ,  $\beta = -0/25$ ,  $R^2 = 0/08$ ).

این مراحل نقش واسطه‌ای مراقبت مادرانه و مراقبت پدرانه را در رابطه جنس با سلامت روانی تأیید کرد.

## بحث

این پژوهش رابطه ابعاد پیوندهای والدینی با سلامت روانی دانشجویان را بررسی کرد. یافته‌های پژوهش نشان دادند پیوندهای والدینی با مؤلفه‌های سلامت روانی رابطه دارد؛ یعنی مراقبت والدینی با سلامت روانی و مؤلفه‌های همبستگی منفی دارند؛ به عبارت دیگر هر چه مراقبت والدین بیشتر باشد، سلامت روانی بالاتر است، و فزون‌حمایتگری والدینی با سلامت روانی کمتر رابطه دارد. این یافته‌ها مطابق نتایج پژوهش‌های پیشین است که مراقبت والدین را با سلامت روانی فرزندان و فزون‌حمایتگری زیاد را با عدم سلامت روانی فرزندان همراه دانسته‌اند (برای مثال، آریندل و دیگران، ۱۹۸۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد جنس با افسردگی و نمره کل سلامت روانی رابطه منفی دارد؛ یعنی نمره‌های پسران در افسردگی و سلامت روانی اندکی بالاتر از نمره‌های دختران است، در حالی که در پژوهش‌های دیگر دختران بیش از پسران نشانه‌های افسردگی و اضطراب را گزارش کرده‌اند (اسچوین، اسپینک و ترنت، ۲۰۱۰). علت این مسئله شاید این باشد که پسران در برابر اثرات فشار خانواده حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر از دختران‌اند و پیامد تجربه عوامل تنیدگی‌زا نظیر اختلافات زناشویی و افسردگی مادر برای پسران اثرات مخرب‌تری دارد (ارلز و یونگ، ۱۹۸۷). تبیین احتمالی دیگر مربوط به مسائل اجتماعی-اقتصادی جامعه است. عوامل تنیدگی‌زا در زنان و مردان متفاوت است؛ بدین معنا که مردان نسبت به مسائل اقتصادی و شغلی حساسیت زیادی دارند و عدم امنیت شغلی و اقتصادی سلامت روانی آنها را به خطر می‌اندازد (دنتون و دیگران، ۲۰۰۴). بسیاری از دانشجویان پسر در دوره دانشجویی به لزوم داشتن شغل و آینده حرفه‌ای می‌اندیشند و چنانچه بپذیریم شرایط اقتصادی ناامنی در جامعه

حکمرماسست، پسران آینده مبهم و نامشخصی در پیش دارند که می‌تواند امید به آینده را محدود، افسردگی را تشدید و سلامت روانی را به خطر اندازد. علاوه بر این در ایران پسران پس از فراغت از تحصیل باید دوره خدمت ضرورت (سربازی) را طی کنند که خود منبع مهمی برای عدم رضایت از زندگی قلمداد شده است (جوشن‌لو و افشاری، ۲۰۱۱). این عامل‌ها در کنار سایر عوامل می‌تواند سطح افسردگی بالاتر در پسران را تبیین کنند.

در ابعاد والدینی ادراک‌شده، جنس با سطوح بالاتر مراقبت والدینی رابطه داشت؛ یعنی دختران نمره‌های بالاتری در مراقبت والدینی گزارش کردند. این امر می‌تواند بازتابی از این حقیقت باشد که دختران رابطه صمیمی‌تری با والدین‌شان دارند که این خود می‌تواند حاکی از بیشتر درگیر شدن پدران و مادران ایرانی در نقش مراقبتی از فرزندان‌شان به‌ویژه دختران باشد.

از یافته‌های دیگر پژوهش ارتباط جنس به صورت غیرمستقیم و از طریق مراقبت والدینی با سلامت روانی است. روان‌شناسان غالباً پژوهش‌ها را برای احراز تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر و پی بردن به میزان این تأثیر انجام می‌دهند. اما، کشف ارتباط دو متغیر، تنها بخش کوچکی از هدف روان‌شناسی است. درک ژرف‌تر هنگامی به دست می‌آید که فرایند ایجاد اثر را بفهمیم. تحلیل واسطه فراتر از این پرسش می‌رود که آیا یک متغیر مستقل تغییری را در یک متغیر وابسته ایجاد می‌کند. وساطت به این پرسش می‌پردازد که تغییر چگونه رخ می‌دهد (پریچر و هایز، ۲۰۰۸). اکنون شواهد زیادی در مورد تفاوت‌های جنسی در سلامت روانی وجود دارد. نقش پژوهش حاضر در این زمینه، ارائه یک مدل برای تبیین تفاوت‌های مشاهده شده در دو جنس است. زنان از زمان کودکی مراقبت والدینی بیشتری را دریافت می‌کنند. توجه بیشتر پدر و مادر (به عنوان مهم‌ترین منبع تأمین نیازهای کودک) به دختر، محیط مناسب‌تری را برای رشد بهینه روانی (و جسمی) دختر فراهم می‌آورد. از این رو دختران در آینده، سلامت روانی و بهزیستی بالاتری را گزارش می‌کنند (جوشن‌لو و افشاری، ۲۰۱۱). اگر این مراقبت‌ها و حمایت‌ها در

بیشتری دارند و می‌توانند دست به انتخاب‌های مختلف بزنند و با الگوها و سبک‌های زندگی جدیدی آشنا شوند. این آزادی‌ها و این حد از استقلال در برخی از خانواده‌های سنتی پذیرفتنی نیست و فرد در صورت تغییر الگوهای رفتاری خود با واکنش خانواده روبه‌رو می‌شود. این مخالفت‌ورزی و ایستادگی خانواده در برابر تصمیم‌های دختران در خانواده‌های ایرانی بیشتر به چشم می‌خورد. در نتیجه دختران در این دوره، تعارض و دوگانگی فرهنگی-اجتماعی بارزتری را تجربه می‌کنند.

این پژوهش، همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی است. افراد مورد بررسی دانشجو بودند. شایسته است برای تعمیم‌پذیری بیشتر، گروه‌های دیگری از جامعه مانند جمعیت بالینی و جمعیت عمومی مطالعه شوند. برای به‌دست آوردن فهم جامعی از تفاوت جنسی در سلامت روانی لازم است به عامل‌هایی چون ساختارهای اجتماعی (مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت اجتماعی)، تعیین‌کننده‌های روانی-اجتماعی (برای مثال، بحران‌های زندگی، عوامل تنیدگی‌زای مزمن و منابع روانی) و عامل‌های رفتاری (مانند سوء‌مصرف مواد) توجه کرد. در پژوهش حاضر، صرفاً نقش پیوندهای والدینی مطالعه شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده، نقش عامل‌های یادشده را بررسی کنند.

## منابع

پاشا، غ.، صفر زاده، س. و مشاک، ر. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *خانواده پژوهی*، ۳(۹)، ۵۱۵-۵۰۳.

رجایی، ع. ر.، بیاضی، م. ح. و حبیبی‌پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۲۲، ۹۷-۱۰۷.

کشاورز، ا.، مهرابی، ح. و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۸۸). پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رضایت از زندگی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۲۲، ۱۶۸-۱۵۹.

گرت، ا. (۱۳۸۲). *جامعه‌شناسی جنسیت*. ترجمه ک. بقایی. تهران: نشر دیگر (تاریخ انتشار اثر اصلی ۱۹۸۲).

زندگی مشترک توسط همسر و بعدها توسط فرزندان (و دیگر اعضای خانواده) ادامه یابد می‌توان انتظار داشت زنان در بزرگسالی (میانسالی و سالمندی) نیز سلامت روانی بالاتری را داشته باشند.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر بالاتر بودن نمره مراقبت پدرانه در دختران بود. این یافته نشان از مهم‌تر بودن مراقبت پدرانه برای دختران است و با برخی از پژوهش‌های پیشین مبنی بر اینکه فزون‌حمایتگری پدر با حرمت‌خود پایین و نشانه‌های افسردگی و اضطراب دختران همراه است، هماهنگ است (مورای، ۱۹۹۹؛ هال، پدن، راینز و ییب، ۲۰۰۴). برای مثال، پژوهش سایکل، کاپلان و رید (۲۰۰۲) پیرامون سبک‌های فرزندپروری و اهمال‌کاری<sup>۱</sup> در نوجوانان نشان داد که نوع والدگری پدر اثر مستقیم و بیشتری بر اهمال‌کاری دختر دارد، در حالی که نوع والدگری مادر تأثیر غیرمستقیم و کمتری بر اهمال‌کاری دختر دارد. اما، بیشتر پژوهش‌ها به اهمیت رابطه مادر و کودک تأکید کرده‌اند (پارکر، ۱۹۷۹، ۱۹۸۲؛ بلات و هومان، ۱۹۹۲؛ جرلسما و دیگران، ۱۹۹۳). این تفاوت در یافته‌ها را باید در بستر فرهنگی-اجتماعی و انتظارات هر جامعه بررسی کرد. برای بررسی سلامت روانی زنان، به دیدگاهی نیاز داریم که متغیرهای اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی را هماهنگ کند (ببینگتون، ۱۹۹۸). این مسئله در بیشتر پژوهش‌ها درباره ارتباط والدین با کودک نادیده گرفته شده است (کارتر و دیگران، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند خانواده، دختر را بیش از پسر مهار می‌کند و دختر رابطه عمیق‌تری با خانواده دارد و به پیروی از خواسته‌های والدین خود بها می‌دهد. دختران و پسران فرایند جامعه‌پذیری را به‌طور متفاوتی طی می‌کنند. دختران در برابر انجام رفتارهای خاصی همچون وابستگی، ملاحظه‌کاری و اطاعت پاداش دریافت می‌کنند و در قبال رفتارهای دیگری چون پرخاشگری با تنبیه و سرزنش روبه‌رو می‌شوند. در واقع، انتظارات جامعه، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (گرت، ۱۳۸۲/۱۹۸۲). انتظار جامعه این است که دختران بیش از پسران مهار شوند و این انتظار بیشتر متوجه پدران است. دانشجویان در محیط دانشگاه آزادی عمل

- Crisis*, 20 (3), 115-120.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004).** Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600.
- De Vries, R. E. (2011).** No evidence for a general factor of personality in the HEXACO Personality Inventory. *Journal of Research in Personality*, 45, 229-232.
- Earls, L., & Jung, K. (1987).** Temperament and home-environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26, 491-498.
- Gerlsma, C., Das, J., & Emmelkamp, P. M. G. (1993).** Depressed patients parental representations: Stability across changes in depressed mood and specificity across diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 27, 173-181.
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J. L., & Watson, P. J. (2009).** Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 147-154.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979).** A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hall, L. A., Peden, A. R., Rayens, M. K., & Beebe, L. H. (2004).** Parental bonding: A key factor for mental health of college woman. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 11-20.
- نیکوگفتار، م. (۱۳۸۸).** آموزش هوش هیجانی، ناگویی خلقی، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۹، ۱۹۸-۱۸۷.
- Arrindell, W. A., Kwee, M. G. T., Methorst, G. J., Van Der Ende, J., Pol, E., & Morit, B. J. M. (1989).** Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986).** Moderator-mediator variables distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bebbington, P. E. (1998).** Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Bennet, A., & Stirling, J. (1998).** Vulnerability factors in the anxiety disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 311-321.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992).** Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Carter, M. M., Sbrocco, T., Lewis, E. L., & Friedman, E. K. (2001).** Differences between African-American and European American college students. *Anxiety Disorders*, 15, 555-569.
- Cavedo, L. C., & Parker, G. (1994).** Parental bonding instrument: Exploring links between scores and obsessionality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 78-82.
- Curran, S., Fitzgerald, M., & Greene, V. (1999).** Psychopathology 8½ years post parasuicide. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 311-321.



- Parker, G. (1982).** Parental representations and affective symptoms: Examination for a hereditary link. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 57-61.
- Parker, G. (1990).** The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 281-282.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. E. (2008).** A symptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40 (3), 879-891.
- Pychyl, T. A., Coplan, R. J., & Reid, P. (2002).** Parenting and procrastination: Gender differences in the relations between procrastination, parenting style and self-worth in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 33, 271-285.
- Sato, T., Sakado, K., Uehara, T., Nishioka, K., & Kasahara, Y. (1997).** Perceived parental styles in a Japanese sample of depressive disorders: A replication outside Western culture. *British Journal of Psychiatry*, 170, 173-175.
- Schwinn, T. M., Schinke, P. S., & Trent, D. N. (2010).** Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addictive Behaviors*, 35, 30-34.
- Scott, K. M., & Collings, S. C. D. (2010).** Gender and the association between mental disorders and disability. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 207-212.
- Sun, Q., Ng, K., & Guo, L. (2010).** The link between parental bonding and adult attachment in Chinese graduate students: Gender differences. *The Family Health Nursing*, 25, 277-291.
- Johnson, M. K., Rowatt, W. C., & Petrini, L. (2011).** A new trait on the market: Honesty-humility as a unique predictor of job performance ratings. *Personality and Individual Differences*, 50, 857-862.
- Joshanloo, M., & Afshari, S. (2011).** Big five personality traits and self-esteem as predictors of life satisfaction in Iranian Muslim university students. *Journal of Happiness Studies*, 12, 105-113.
- Matsuoka, N., Uji, M., Hiramora, H., Chen, Z., Shikai, N., Kishida, Y., & Kitamura, T. (2006).** Adolescents attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Women Mental Health*, 9, 23-29.
- Mori, M. (1999).** The influence of father-daughter relationship and girls' sex-role on girls' self-esteem. *Archives of Women Mental Health*, 2, 45-47.
- Operario, D., Tschann, J., Flores, E., & Bridges, M. (2006).** Brief report: Associations of parental warmth, peer support, and gender with adolescent emotional distress. *Journal of Adolescence*, 29, 299-305.
- Ozkan, T., & Lajunen, T. (2006).** What causes the differences in driving between young men and women? The effects of gender roles and sex on young drivers' driving behaviour and self-assessment of skills. *Transportation Research Part F*, 9, 269-277.
- Parker, G. (1979).** Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.

- Uji, M., Tanaka, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2006).** Factorial structure of the Parental Bonding Instrument (PBI) in Japan: A study of cultural, developmental, and gender influences. *Child Psychiatry Human Development, 37*, 115-132.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995).** Anorexia nervosa and anorexia-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry, 152*, 64-7.
- Wiseman, H., Mayseless, O., & Sharabany, R. (2006).** Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Personality and Individual Differences, 40*, 237-248.
- Journal, 18(4), 386-394.**
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009).** Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors, 34*, 237-245.
- Tsang, J., & Rowatt, W. C. (2007).** The relationship between religious orientation, right-wing authoritarianism, and implicit sexual prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion, 17(2)*, 99-120.
- Turgeon, L. O., Connor, K. P., Marchand, A., & Freeston, M. H. (2002).** Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105* (4), 310-316.

