

کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک‌مستر

Quality of Life of Women Heading Family: the Role of Resiliency, and Family Functioning Based on McMaster Model

Z. Rezaei, M.A.

Family Research Institute, Shahid Beheshti University,
Tehran, Iran

M. Dehghani, Ph.D.

Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University,
Tehran, Iran

M. Heidari, Ph.D.

Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University,
Tehran, Iran

✉ زهرا سادات رضایی

پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محسن دهقانی

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمود حیدری

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۵/۸/۱۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۶/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۱۷

Abstract

Single mothers who head the families face many problems; and multiple roles for women cause negative effects on their health, satisfaction and quality of life in these women. In this study, quality of life and family functioning and the mediating role of resiliency in these families were investigated. All households headed by woman in Tehran were our statistical population. Due to the type of research, the inventory and its subscales, the sample size was determined as 160 individuals who were selected through the available sampling method.

✉ Corresponding author: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Velenjak, Tehran, Iran.
Email: z.rezaei.e@gmail.com

چکیده

زنان سرپرست خانوار با مشکلات متعدد و نقش‌های مضاعفی روبرو هستند که می‌تواند روی سلامت، رضایت و کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی بگذارد. در مطالعه حاضر ارتباط کیفیت زندگی با کارکرد خانواده و نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در این خانواده‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر تهران بود. حجم نمونه با توجه به نوع پژوهش، سیاهه و خرده مقیاس‌های آن، ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسش‌نامه سنجش کارکرد خانواده، پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون مورد استفاده قرار گرفت.

✉ نویسنده مسئول: تهران، ولنجک، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

پست‌الکترونیکی: z.rezaei.e@gmail.com

Family Assessment Scale, Quality of Life Inventory and Connor-Davidson Resilience Scale were given as a battery of scales. Results showed that there is a significant positive relationship between resiliency with physical health, mental health, environmental health and social relations. There was a significant negative correlation between aspects of quality of life and resiliency with all subscales of the Family Function Device scales. Also mediating role of resiliency in the suggested relationships between general family functioning and physical health, roles with mental health, roles and general functioning with environmental health, and between general functioning and the roles with social relationship were significant. It can be resiliency might be recognized as an effective variable in the relationship between quality of life and family function levels.

Keywords: Female Heads of House Hold, Family Functioning, Resiliency, Quality of Life.

نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری با سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت محیط و روابط اجتماعی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بین ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری با تمام خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی معنادار وجود داشت. همچنین نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه کارکرد عمومی خانواده با سلامت جسمانی، بین نقش‌ها و سلامت روان، بین متغیر نقش‌ها و کارکرد عمومی با سلامت محیط رابطه معنی‌داری داشت و در نهایت در رابطه کارکرد عمومی و نقش‌ها با روابط اجتماعی این رابطه معنادار بود. تاب‌آوری را متغیری موثر در ارتباط بین کیفیت زندگی با سطوح کارکرد خانواده دانست.

کلیدواژه‌ها: زنان سرپرست خانوار، کارکرد خانواده، تاب‌آوری، کیفیت زندگی.

مقدمه

انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن، باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادری) برای زنان می‌شود و این مشکلات باعث تأثیر منفی روی سلامت، رضایت و کیفیت زندگی زنان شده و مشکلات روان‌شناختی متعددی ایجاد می‌کند (هربست^۱، ۲۰۱۲). چیسمن، فرگوس و کوهن^۲ (۲۰۱۱) معتقدند که مشکلات عاطفی - روانی زنان سرپرست خانوار، منجر به آسیب‌های روحی مانند نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، اضطراب و افسردگی می‌شود. از همین رو ایفچر و ضرغامی^۳ (۲۰۱۴) سطح شادکامی زنان سرپرست خانواده را نسبت به زنان غیرسرپرست پایین برآورد کرده است و به طور کلی احتمال ابتلا به اختلالات روانی و تجربه استرس، سلامتی پایین، تغذیه ناکافی، افسردگی و اضطراب بالا، علائم سایکوتیک، کیفیت آموزش پایین، سوءمصرف دارو در زنانی که سرپرستی خانواده را بر عهده گرفته‌اند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند، بیشتر است (استیس، راگان و رندال^۴، ۲۰۰۴؛ مک لانهان^۵، ۲۰۰۹؛ حبیب^۶، ۲۰۱۰؛ کونل، برازیر، اوکتاین، لیود - جونز و پیسلی^۷، ۲۰۱۲؛ لی، هان و جون^۸، ۲۰۱۳). یکی از سازه‌های اصلی که به صورت مستقیم تحت تأثیر مشکلات این زنان قرار می‌گیرد، کیفیت زندگی است. براساس مطالعه‌ای که لی، هان و جون (۲۰۱۳) روی

۴۳۰ نفر انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار وضعیت اقتصادی نابسامانی را تجربه می‌کنند که به نوبه خود روی کیفیت زندگی آن‌ها به ویژه وضعیت سلامتی فیزیکی تأثیر منفی می‌گذارد. با توجه به گستردگی مفهوم کیفیت زندگی مطالعات زیادی سعی در تبیین آن در اختلال‌های مختلف داشته‌اند و مفاهیم یا سازه‌هایی که بتوانند در این مسیر نقش ایفا کنند، دارای اهمیت فراوان هستند. یکی از توانمندی‌هایی که طی ۱۰ سال گذشته و سال‌های اخیر توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است، تاب‌آوری می‌باشد که از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی است (یو، لا، مک، زانگ و لوی^{۱۱}، ۲۰۱۱). از آنجایی که تاب‌آوری می‌تواند یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی باشد، پژوهشگران بر این عقیده‌اند که نقش در تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های روان‌شناختی باشد و این موضوع یکی از زمینه‌های اساسی مورد بررسی متخصصان روان‌درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه‌های مختلف روان‌شناختی و جسمانی است (ریگر، ون بورن، بیشاپ، تانوفسکی-کرف، ولش و ویلفلی^{۱۱}، ۲۰۱۰). هم‌چنین پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که ویژگی‌های تاب‌آوری فردی نقش مهمی در رضایت اعضا از یکدیگر در یک چرخه ارتباطی، روابط زوجین، کاهش استرس‌های زندگی و افزایش هیجانات مثبت دارد (گریف و وندرسون^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ لاتیلید^{۱۳}، ۲۰۰۶؛ هوبر، ناوارو، ومبل و میوم^{۱۴}، ۲۰۱۰؛ نف و برادی^{۱۵}، ۲۰۱۱). بنابراین فرض بر آن است که تاب‌آوری فردی بتواند در برابر عوامل استرس‌زایی که زنان سرپرست خانواده در زندگی با آن‌ها روبه‌رو هستند به عنوان یک ضربه‌گیر قوی عمل کند و زنانی که از این توان‌مندی بیشتر بهره‌مند باشند، بهتر می‌توانند در برابر عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کنند.

هم‌چنین یکی از عوامل که تاب‌آوری می‌تواند در ارتباط با آن نقش مهمی داشته باشد، خانواده و کارکرد آن است. آن‌چه در بافت خانواده تاب‌آوری را می‌سازد، ویژگی‌های اولیه مثبتی هم‌چون عملکردهای خوب فکری، ارتباطات مثبت، توجه بیشتر والدین به فرزندان، جدایی کمتر از آن‌ها، تضادهای کم خانواده و کمتر قرار گرفتن در معرض عوامل فشارزای زندگی است (ماستن^{۱۶}، ۱۹۹۴). با توجه به اهمیت کارکرد خانواده برای کنار آمدن با مشکلات مختلف از جمله محرک‌های تنش‌زا و بهبود کیفیت زندگی، به نظر می‌رسد که ناکارآمدی کارکرد خانواده (در اینجا منظور ارتباط مادران سرپرست خانواده با فرزندان است) کیفیت زندگی را مختل می‌کند و در یک روند تدریجی، تنش‌های به وجود آمده به تضعیف، فرسایش و سرخوردگی روابط اعضا منجر می‌شود. در مورد کارکرد خانواده مدل‌های مختلفی مطرح شده است که می‌توان به مدل رفتاری مک‌مستر اشاره کرد. این مدل بر شش بعد متمرکز شده است که شامل: حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، تعلق عاطفی و کنترل رفتار می‌باشد (میلر، ریان کیتنر، بیشاپ و اپشتاین^{۱۷}، ۲۰۰۰). در رابطه با مدل مک‌مستر اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای وجود کارکرد خانوادگی ضعیف با روابط خانوادگی آسیب دیده است (برای مثال مک‌درموت، باتیک، رابرتز و گیون^{۱۸}، ۲۰۰۲). اغلب تحقیقات در این زمینه مربوط به وجود یک اختلال خاص و ارتباط آن با کارکرد خانواده بوده است و یافته‌های ما در سایر موارد، هم‌چون کارکرد خانواده در رابطه با زنان سرپرست خانواده و مسائلی مانند کیفیت زندگی آنان یا تاب‌آوری محدود است.

با توجه به حجم بالای ادبیات پژوهش مبنی بر ایفای نقش مهم تاب‌آوری در ارتباط با مفاهیم مرتبط با سلامت روان و آسیب‌شناسی روانی و همچنین این نکته که کیفیت زندگی متأثر از تاب‌آوری است، می‌توان فرض کرد که تاب‌آوری در رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده با کارکرد خانواده آنان نقش واسطه‌ای دارد. باید توجه داشت که احتمالاً تاب‌آوری و کارکرد خانواده ارتباط دوسویه‌ای با هم داشته باشند؛ به این صورت که تاب‌آوری موجب کارکرد بهتر خانواده می‌شود و کارکرد خانواده مطلوب‌تر، سطح تاب‌آوری را بالا می‌برد. همچنین تاب‌آوری به عنوان متغیری فردی و خانوادگی، نشان‌دهنده مقاومت خانواده بوده و شیوه برخورد با فشارهای روانی و مشکلات و چگونگی حل و فصل آن‌ها را نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت مطالعه کارکرد خانواده به واسطه تاب‌آوری اطلاعات دقیق‌تری در اختیار می‌گذارد. در نهایت احتمالاً از جمله عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانواده مفهوم‌بندی کند، کارکرد خانواده و نقش واسطه‌ای تاب‌آوری است که به صورت مستقیم و در ارتباط با هم به آن‌ها پرداخته نشده است. لذا هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که چه ارتباطی بین کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانواده با تاب‌آوری و کارکرد خانواده آن‌ها وجود دارد؟ و به چه میزان تاب‌آوری می‌تواند ارتباط بین کارکرد خانواده و کیفیت زندگی را واسطه شود.

روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع مطالعات کاربردی می‌باشد و از لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل، از روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی استفاده شده است. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر تهران می‌باشد که حداقل داری یک فرزند بوده باشند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه با توجه به نوع پژوهش، پرسش‌نامه‌ها و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها و همچنین احتمال مخدوش بودن تعدادی از آن‌ها (پنج درصد) پس از جمع‌آوری داده‌ها، ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد و نفرات مذکور از طریق ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است، به دلیل استفاده از تحلیل آماری همبستگی چندمتغیره، از ضریب ۱۰ آزمودنی در برابر هر متغیر برای برآورد اندازه نمونه استفاده گردید (تعداد خرده‌مقیاس‌های ابزارهای پژوهش ۱۱ مورد می‌باشد که کارکرد خانواده بر اساس مدل مک‌مستر شش خرده‌مقیاس؛ کیفیت زندگی چهار خرده‌مقیاس و تاب‌آوری یک خرده‌مقیاس دارد). ملاک-های ورود، داشتن حداقل سواد لازم برای درک و پاسخ‌گویی به گویه‌های ابزارهای پژوهش، سرپرست خانوار بودن و دارا بودن حداقل یک فرزند بود. همچنین تشخیص اختلال روان‌پزشکی جدی و محدودکننده مثل اختلالات سایکوتیک و سوء‌مصرف مواد از طریق مصاحبه بالینی بر اساس اطلاعات موجود در پرونده آزمودنی‌ها، از معیارهای خروج افراد از پژوهش بود. پس ارزیابی اولیه برای رعایت ملاک‌های ورود، کسب رضایت شخصی و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی و در اتاق اختصاص داده شده توسط هر مرکز، در شرایط یکسان برای همه آزمودنی‌ها تکمیل گردید. در پژوهش حاضر ابزارهای زیر به کار رفته است.

مقیاس کارکرد خانواده^{۱۹}: این ابزار به منظور ارزیابی ابعاد مدل مک‌مستر مطابق با ادراک اعضای خانواده طراحی شده است. خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه شش بعد مدل مک‌مستر را ارزیابی می‌کنند و هم‌چنین یک مقیاس کارکردی عمومی دارد که روی هم رفته کارکرد خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهند (میلر و همکاران، ۲۰۰۰). نمره بالاتر در هر مقیاس به معنی عملکرد ضعیف‌تر است. در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آن می‌توان گفت که در مطالعات مختلف همسانی درونی آن مشخص شده است که بالاترین آن، مقیاس کارکردی عمومی بود (بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶) و پایین‌ترین آن برای مقیاس نقش‌ها بود (۰/۵۷ تا ۰/۶۹). پایایی آزمون - بازآزمون آن در مورد همه مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۶ بود، ولی برای مقیاس حل مسئله (۰/۶۶)، ارتباط (۰/۷۲)، نقش‌ها (۰/۷۵)، پاسخ‌دهی عاطفی (۰/۷۶)، تعلق عاطفی (۰/۶۷)، کنترل رفتار (۰/۷۳) و کارکرد عمومی (۰/۷۱) گزارش شد (واندسبورگر^{۲۰}، ۲۰۰۱). این پرسش‌نامه در ایران توسط زاده‌محمدی و ملک‌خسروی^{۲۱} (۱۳۸۵) روی ۴۹۴ نفر از مادران دانش‌آموز مدارس ابتدایی شهر تهران هنجاریابی شد و از بین شرکت‌کنندگان، ۳۲ نفر دو بار پرسش‌نامه را دریافت کردند که همبستگی کلی پرسش‌نامه‌ها در دو مرحله ۰/۸۲ گزارش شد و آلفای کرونباخ کلی در ارتباط با همه سؤالات ۰/۹۴ گزارش گردید. هم‌چنین روایی ملاک این ابزار توسط نجاریان^{۲۲} (۱۳۷۴) قابل قبول گزارش شده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

تاب‌آوری^{۲۳}: این پرسش‌نامه از ۲۵ گویه در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تشکیل شده است. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد. نمره بالاتر در هر مقیاس به معنی عملکرد بهتر است. کانر و دیویدسون^{۲۴} (۲۰۰۳)، پایایی آزمون - بازآزمون این پرسش‌نامه روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی هم‌گرایی این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسش‌نامه تاب‌آوری با پرسش‌نامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). به طور کلی نتایج حاکی از پایایی و روایی مطلوب پرسش‌نامه تاب‌آوری است. پرسش‌نامه تاب‌آوری در ایران توسط محمدی^{۲۵} (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

کیفیت زندگی^{۲۶}: پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط فریش، کورنل، ویلانوا و رتزلاف^{۲۷} (۱۹۹۲) به منظور استفاده در پیامد و برنامه‌های درمانی طراحی شد. آن‌ها در مطالعه خود پایایی آزمون - بازآزمون را ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی را در سه نمونه بالینی و غیربالینی بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ درصد گزارش کردند. پرسش‌نامه کیفیت زندگی شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ارتباطات محیطی می‌باشد. نمره بالاتر در هر مقیاس به معنی عملکرد بهتر است. این پرسش‌نامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده^{۲۸} (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و علاوه بر روایی خوب و قابل

قبول، ضریب آلفای پرسش‌نامه برای سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آمده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

سطح تحصیلات نمونه مورد مطالعه به قرار زیر می‌باشد: بی‌سواد ۳ نفر (۱/۹ درصد)، سیکل ۸۲ نفر (۵۱/۲ درصد)، دیپلم ۶۸ نفر (۴۲/۵ درصد)، فوق دیپلم ۱ نفر (۰/۶ درصد) و لیسانس ۶ نفر (۳/۸ درصد). همچنین میانگین سنی نمونه ۴۵/۳۷ و انحراف استاندارد ۷/۳۵ به دست آمد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	متغیر
۱/۲۲	۱۱/۵۶	حل مسئله
۲/۰۲	۱۴/۱۵	ارتباط
۲/۱۲	۲۳/۲۶	نقش‌ها
۲/۴۶	۱۶/۰۵	پاسخ‌گویی عاطفی
۲/۶۹	۱۹/۲۵	تعلق عاطفی
۱/۶۵	۱۸/۹۹	کنترل رفتار
۳/۴۴	۲۸/۸۵	کارکرد عمومی
۴/۲۲	۲۲/۰۸	سلامت جسمانی
۲/۹۹	۱۹/۸۸	سلامت روان
۳/۰۱	۲۳/۰۶	سلامت محیط
۱/۴۳	۵/۵۲	روابط اجتماعی
۹/۲۸	۸۷/۳۱	تاب‌آوری

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. هم‌چنین بررسی شاخص‌ها نشان داد که تقریباً در هیچ یک از متغیرها کجی و کشیدگی شدید وجود نداشت. به ویژه اگر به عنوان یک ملاک تجربی ساده مقدار کجی بر خطای استاندارد کجی تقسیم شود (در این پژوهش مقدار خطای استاندارد کجی ۰/۱۹۲ محاسبه شد) و مقدار کشیدگی هر متغیر نیز بر خطای استاندارد کشیدگی (در این پژوهش برابر با ۰/۳۸۱) تقسیم شود، حاصل تقسیم در اکثر متغیرها از Z معیار ۹۹ صدم (۲/۵۷) فراتر نرفت. بنابراین با توجه به مقاوم بودن اکثر آزمون‌های پارامتری به تخطی اندک از مفروضه نرمال بودن، متغیرها بدون استفاده از تبدیل داده‌ها وارد تجزیه و تحلیل همبستگی و رگرسیون شد. بنابر نظر بارون و کنی^{۲۹} (۱۹۸۶) برای آن‌که متغیری بتواند نقش واسطه داشته باشد، باید این شرایط برقرار باشد: ۱- همبستگی متغیر مستقل و وابسته معنادار باشد، ۲- همبستگی متغیر واسطه و مستقل معنادار باشد، ۳- با کنترل اثر متغیر واسطه رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته تضعیف شود. نتایج نشان داد شروط یک و دو برقرار است. به نحوی که بین سلامت جسمانی با ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، تعلق عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی ارتباط منفی معنادار وجود داشت. هم‌چنین بین سلامت روان با تمام خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی

معنادار و بین سلامت محیط با تمام خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی معنادار وجود داشت. در نهایت این همبستگی منفی بین روابط اجتماعی با تمام خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده نیز معنی‌دار بود. باید توجه داشت که هرچه نمره فرد در مقیاس‌های کارکرد خانواده پایین‌تر باشد، نشان‌دهنده کارکرد خانواده بهتر است. در ارتباط با رابطه بین متغیر واسطه و مستقل نیز یافته‌ها نشان داد که همبستگی تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده نیز به صورت منفی معنادار بود. برای آن که بدانیم آیا شرط سوم نیز وجود دارد یا نه، از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد.

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی (سلامت جسمانی)

روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R ²	R ² تعدیل شده	ΔR^2	F ΔR^2	df1	df2	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۴۰۲	۰/۱۶۱	۰/۱۲۳	۰/۱۶۱	۴/۱۷۸	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۱۶	۰/۲۶۷	۰/۲۲۸	۰/۱۰۵	۲۱/۶۷	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۲، نتایج آزمون F برای معناداری ضریب تبیین نشان داد که ضریب تبیین رگرسیون هم در گام اول ($F(7, 152) = 4/17$ ؛ $p=0/001$) و هم در گام دوم ($F(8, 151) = 6/86$ ؛ $p=0/001$) در ارتباط با سلامت جسمانی معنادار است. R^2 تعدیل شده نشان می‌دهد که با ورود متغیر واسطه‌ای به مدل، ضریب تبیین از ۰/۱۲ در مرتبه اول به ۰/۲۲ در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی (سلامت جسمانی)

روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۳۵/۸۸	۴/۷۶		۷/۵۳	۰/۰۰۱
	کارکرد عمومی	-۰/۳۰۲	۰/۱۶۰	-۰/۲۴۶	-۱/۸۸۴	۰/۰۴۷
۲	ثابت	۱۲/۳۲	۶/۷۵		۱/۸۲	۰/۰۷۰
	کارکرد عمومی	-۰/۱۲۳	۰/۱۵۵	-۰/۱۰۰	-۰/۷۹۱	۰/۴۳۰
	تاب‌آوری	۰/۱۳۶	۰/۲۹	۰/۴۰۸	۴/۶۵۶	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، در مرتبه اول کارکرد عمومی عملکرد خانواده با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت جسمانی داشته باشد. در دومین مرتبه رگرسیون فقط تاب‌آوری با ضریب مثبت سلامت جسمانی را پیش‌بینی کرد و سایر ابعاد کارکرد خانواده ضریب معناداری نداشتند. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی کارکرد عمومی غیرمعنادار شده است. بنابراین تاب‌آوری دارای نقش واسطگی در رابطه کارکرد عمومی خانواده با سلامت جسمانی است.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان)

روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R ²	R ² تعدیل شده	ΔR^2	F ΔR^2	df _۱	df _۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۵۰۶	۰/۲۵۶	۰/۲۲۲	۰/۲۵۶	۷/۴۸	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۶۰	۰/۳۱۴	۰/۲۷۸	۰/۰۵۸	۱۲/۶۵	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، در ارتباط با بعد سلامت روان نتایج آزمون F برای معناداری ضریب تبیین نشان داد که ضریب تبیین رگرسیون هم در گام اول ($F(۷, ۱۵۲) = ۷/۴۸$ ؛ $p=۰/۰۰۱$) و هم در گام دوم ($p=۰/۰۰۱$)؛ $F(۸, ۱۵۱) = ۸/۶۳$ معنادار است و R² تعدیل شده نشان می‌دهد که با ورود متغیر واسطه‌ای به مدل، ضریب تبیین از ۲۲ درصد در مرتبه اول به ۲۷ درصد در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۵: ضرایب رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان)

روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۳۴/۱۴	۳/۱۷۱		۱۰/۷۶	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۴۶	۰/۱۲۸	-۰/۲۴۵	-۲/۷۰۵	۰/۰۰۸
۲	ثابت	۲۱/۸۳	۴/۶۱		۴/۷۲	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۲۷۵	۰/۱۲۵	-۰/۱۹۵	-۲/۲۰۰	۰/۰۲۹
	تاب‌آوری	۰/۰۷۱	۰/۲۰	۰/۳۰۲	۳/۵۵	۰/۰۰۱

جدول ۵، ضرایب رگرسیون سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری را نشان می‌دهد. در مرتبه اول نقش‌ها با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت روان داشته باشند. در دومین مرتبه رگرسیون علاوه بر نقش‌ها، تاب‌آوری با ضریب مثبت نیز قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را داشت. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی نقش‌ها با وجود افت جزئی در ضریب استاندارد (β)، همچنان معنادار مانده است. هم‌چنین می‌توان نتیجه گرفت واسطه‌گری تاب‌آوری بین نقش‌ها و سلامت روان معنادار است.

جدول ۶: خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی روابط اجتماعی روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R ²	R ² تعدیل شده	ΔR^2	F ΔR^2	df _۱	df _۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۴۲۸	۰/۱۸۳	۰/۱۴۶	۰/۱۸۳	۴/۸۷	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۲۹	۰/۲۸۰	۰/۲۴۲	۰/۰۹۷	۲۰/۳۱	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، ضریب تبیین رگرسیون در هر دو گام معنادار است و R² تعدیل شده نشان می‌دهد که با ورود متغیر تاب‌آوری به مدل، ضریب تبیین از ۱۴ درصد در مرتبه اول به ۲۴ درصد در مرتبه دوم رسیده است.

جدول ۷: ضرایب رگرسیون سلسله‌مراتبی روابط اجتماعی روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۱۲/۰۶	۱/۵۹		۷/۵۸	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۱۴۰	۰/۰۶۴	-۰/۲۰۷	-۲/۱۷۶	۰/۰۳۱
	کارکرد عمومی	-۰/۱۰۸	۰/۰۵۳	-۰/۴۶۰	-۲/۰۲۰	۰/۰۴۵
۲	ثابت	۴/۴۱	۲/۲۶		۱/۹۵	۰/۰۵۳
	نقش‌ها	-۰/۰۹۵	۰/۰۶۱	-۰/۱۴۱	-۱/۵۵	۰/۱۲۱
	تاب‌آوری	۰/۰۴۴	۰/۰۱۰	۰/۳۹۱	۴/۵۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷، در مرتبه اول نقش‌ها و کارکرد عمومی با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت روان داشته باشد. در دومین مرتبه رگرسیون، فقط تاب‌آوری با ضریب مثبت روابط اجتماعی را پیش‌بینی کرد و سایر ابعاد کارکرد خانواده ضریب معناداری نداشتند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که نقش واسطگی تاب‌آوری معنادار است.

جدول ۸: خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی سلامت محیط روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R ²	R ² تعدیل شده	ΔR^2	F ΔR^2	df _۱	df _۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۵۹۱	۰/۳۵۰	۰/۳۲۰	۰/۳۵۰	۱۱/۶۷	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۶۳۸	۰/۴۰۶	۰/۳۷۵	۰/۰۵۷	۱۴/۴۵	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول بالا نشان داده شده است، علاوه بر معناداری مدل در هر دو گام، R² تعدیل شده نشان می‌دهد که با ورود متغیر تاب‌آوری به مدل، ضریب تبیین از ۳۲ درصد در مرتبه اول به ۳۷ درصد در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۹: ضرایب رگرسیون سلسله‌مراتبی سلامت محیط روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۴۰/۳۱	۲/۹۹		۱۳/۴۶	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۷۶	۰/۱۲۱	-۰/۲۶۴	-۳/۱۱۷	۰/۰۰۲
	کارکرد عمومی	-۰/۴۴۶	۰/۱۰۱	-۰/۵۰۹	-۴/۴۲۸	۰/۰۰۱
۲	ثابت	۲۷/۹۶	۴/۳۳		۶/۴۴	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۰۴	۰/۱۱۷	-۰/۲۱۴	-۲/۵۹	۰/۰۱۰
	کارکرد عمومی	-۰/۳۵۲	۰/۱۰۰	-۰/۴۰۲	-۳/۵۲	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	۰/۰۷۱	۰/۰۱۹	۰/۳۰۰	۳/۸۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۹، در مرتبه اول نقش‌ها و کارکرد عمومی با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت محیط داشته باشد. در دومین مرتبه رگرسیون علاوه بر نقش‌ها و کارکرد عمومی، تاب‌آوری نیز با ضریب مثبت قابلیت پیش‌بینی سلامت محیط را

داشت. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی نقش‌ها و کارکرد عمومی با وجود افت جزئی در ضریب استاندارد (β)، همچنان معنادار مانده است و می‌توان نتیجه گرفت واسطه‌گری تاب‌آوری بین نقش‌ها و کارکرد عمومی و سلامت محیط معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف نشان دادن نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین کارکرد خانواده و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانواده صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری با سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت محیط و روابط اجتماعی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. بین ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری با تمام خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی معنادار وجود داشت. همچنین تاب‌آوری نقش واسطه‌ای در رابطه کارکرد عمومی خانواده با سلامت جسمانی، بین نقش‌ها و سلامت روان، بین متغیرهای نقش‌ها و کارکرد عمومی با سلامت محیط داشت و در نهایت نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه با کارکرد عمومی و نقش‌ها با روابط اجتماعی معنادار بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت در خانواده‌هایی که زنان سرپرست خانوار هستند و ارتباط میان اعضای خانواده آن‌ها و تعاملات درون خانواده بر اساس نزدیکی، صمیمیت و تفاهم استوار است، همه اعضا ممکن است در برابر فشارها مقاوم باشند. از طرف دیگر در خانواده‌هایی که جو متشنج و ناآرامی دارند و تعامل اعضا بر اساس عدم تفاهم، عدم ارتباط سالم و نبود صمیمیت کافی است، همه اعضا می‌توانند در معرض مشکلات جسمانی و روانی متعدد قرار گیرند که به صورت مستقیم کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گلدنبرگ و گلدنبرگ^{۳۰} (۲۰۱۲) بیان می‌دارد که از جمله کارکردهای بااهمیت و مهم اعضای خانواده کمک به یکدیگر برای تحقق توانایی‌ها و کشف استعدادهاست. نکته قابل توجه این است که اعضای خانواده با کارکرد سالم در زمینه حل مسئله، هنگام مواجهه با مشکلات در کنار همدیگر قرار می‌گیرند و دارای کارکرد حل مسئله سالم هستند. در صورتی که در خانواده‌های با کارکرد ناسالم، حل مسئله، همفکری و همدلی در بین اعضا تضعیف شده است و ممکن است هر یک از افراد به تنهایی با مشکلات روبه‌رو شوند و احتمالاً اعضا به راهبردهای مقابله‌ای مطلوبی برای برخورد با مشکلات مجهز نباشند. نتایج این مطالعه در راستای مطالعات کرشو، نورتهوس، کریتپراچا، شافناکر و مود^{۳۱} (۲۰۰۴)، میشل و بن زور^{۳۲} (۲۰۰۷)، و رنسون، جاکوبسن، اشمیت و آندریکوسکی^{۳۳} (۲۰۰۵) است. در بعد ارتباطی، ارتباطات کلامی به صورت صریح و مستقیم به کیفیت زندگی بهتر و ارتباطات نامفهوم و مبهم همراه با کنایه به کیفیت زندگی پایین‌تر می‌انجامد و چنین ارتباطی باعث می‌شود که افراد نتوانند به راحتی با هم ارتباط برقرار کنند، همدیگر را به سختی درک می‌کنند و اگر ارتباطی برقرار کنند، ممکن است به خصومت و پرخاشگری منجر شود و در نتیجه بر اثر ارتباط ناسالم کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (دینگوال، ایکلار و مورای^{۳۴}، ۲۰۱۴). در بعد نقش‌ها اشکال در توزیع و انجام وظایف محوله می‌تواند تنش‌زا بوده و کیفیت زندگی را پایین بیاورد. به عبارت دیگر اگر نقش‌ها به کارآمدترین شکل خود تحقق یابد و افراد نقش‌های خود را به صورت مستمر پیگیری کنند، کیفیت زندگی متفاوت از شرایطی خواهد بود که خانواده قادر نباشد نقش‌های ضروری را انجام دهد و در مورد مسئولیت‌ها اهمال‌کاری صورت بگیرد یا افراد در نقش‌های همدیگر به صورت غیرسازنده تداخل ایجاد

کنند (برای مثال کانوجیا^{۳۵}، ۲۰۱۰). در نتیجه کارکرد مطلوب به فضای روانی خانواده غنا می‌بخشد و افراد حمایت اجتماعی را احساس می‌کنند که این امر نیز موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین کارکرد مناسب خانواده سبب می‌شود که افراد به راحتی احساسات و عواطف خود را با سایر اعضای خانواده مطرح کنند و با لذت بردن نسبی از فضای موجود کیفیت زندگی بهبود یابد.

در ارتباط با تاب‌آوری و کیفیت زندگی می‌توان گفت از آنجایی که تاب‌آوری بیشتر ویژه شرایط سخت و ناگوار است و سرپرست بودن خانوار برای زنان همراه با سختی‌های زیادی است، برخوردار بودن بیشتر از این قابلیت، تاب و تحمل افراد در برابر مشکلات اجتماعی، عاطفی و جسمانی را افزایش می‌دهد و در نتیجه کیفیت زندگی نیز حفظ می‌شود و حتی ممکن است بهبود یابد. از طریق تاب‌آوری بالا، افراد احساسات خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم می‌کنند، در سازش‌یافتگی با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت و در مقایسه با افرادی که از تاب‌آوری پایینی برخوردار هستند، مشکلات بین‌فردی کمتری را تجربه می‌کنند، ضمن این که مهارت بیشتر در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجانات دیگران، شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری را برای آنان ایجاد می‌کند (ماروکین^{۳۶}، ۲۰۱۱؛ پو، ریفه، استوکمن و گادو^{۳۷}، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه حاضر در این زمینه علاوه بر مطالعات مذکور در راستای بررسی تام، لی، فو و لیم^{۳۸} (۲۰۱۲) است.

به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانواری که از راهبردهای هم‌چون حل مسئله، ارتباط، پاسخ‌دهی عاطفی و تعلق عاطفی استفاده می‌کنند و از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند، هنگامی که با چالش‌ها و سختی‌هایی عمده و بالقوه که عملکرد خانواده را بر هم می‌زنند روبه‌رو می‌شوند؛ از توانایی خانواده در به‌کارگیری منابع داخلی و خارجی برای مقابله با چالش‌ها استفاده می‌کنند و از فرآیند پویای درگیر شدن با سختی‌ها به منظور بهینه ساختن سازگاری و افزایش کیفیت زندگی استفاده می‌نمایند (مراجعه شود به دوگازمن^{۳۹}، ۲۰۱۱). در این رابطه باید توجه داشت که تاب‌آوری صرفاً مقاومت و ایستادگی در برابر شرایط فشارزا و تهدیدآمیز نیست، بلکه شرکت فعال در محیط است و هنگامی که این وجه از تاب‌آوری در کنار مفاهیمی هم‌چون ارتباط، تعلق عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی و کارکرد کلی خانواده قرار می‌گیرد، ارتباط آن با این مفاهیم بهتر روشن می‌شود. پیرو یافته‌های دوگازمن (۲۰۱۱)، نتایج این بررسی نشان داد کارکرد خانواده با تاب‌آوری رابطه معنادار دارد و می‌توان گفت که درصدی از واریانس تاب‌آوری را می‌تواند تبیین کند. بدین صورت که احتمالاً اعضای خانواده زنان سرپرست خانوار که کارکرد مطلوب‌تر دارند، تاب‌آوری بیشتری از خود بروز می‌دهند. این نکته ممکن است بدین دلیل باشد که این زنان از توانایی درک عواطف و احساسات بیشتری برخوردار هستند و کارکرد خانواده بهتر می‌تواند از طریق تاب‌آوری بالا در موقعیت‌های فشارزا و سخت، مقابله مؤثرتری را از خود نشان دهد. از طرف دیگر خود تاب‌آوری به عنوان یک عامل فردی می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی شود (لیو، وانگ و لی^{۴۰}، ۲۰۱۲ و لیو، وانگ و لو^{۴۱}، ۲۰۱۳). در واقع سطوح بالای تاب‌آوری به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کنند. با توجه به این که تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا شرایط استرس‌زا را مدیریت کنند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی به سطح جدیدی از تعادل دست یابند، نقش آن در ارتباط با افزایش کیفیت زندگی و بهبود عملکرد کارکرد خانواده بااهمیت است.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد کارکرد مطلوب خانواده از طریق تاب‌آوری بالا دربردارنده یک سیستم پویا برای سازگاری و غلبه بر مشکلات است (مراجعه شود به ماستن، ۲۰۱۴) و سطوح تاب‌آوری بالا باعث می‌شود که کارکرد خانواده در برابر تهدیدات و عوامل فشارزا نتایج رشدی مثبت به بار آورد (گلدشتاین و بروکس^{۴۲}، ۲۰۱۳). به طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد که کارکرد خانواده می‌تواند از طریق تاب‌آوری کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را پیش‌بینی و تبیین کند و کارکرد خوب خانواده توأم با سطح تاب‌آوری بالا می‌تواند با افزایش کیفیت زندگی همراه باشد.

در نهایت بنابر نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت استفاده مطلوب از ابعاد کارکردی خانواده، هم‌چون حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، تعلق عاطفی و بعد رفتاری با افزایش کیفیت زندگی ارتباط دارد. در نتیجه کارکرد مطلوب به فضای روانی خانواده کمک می‌کند که در آن اعضا احساس حمایت اجتماعی کرده و نقش مثبت خود را در آن پیدا کنند و نشان دهند. از این رو آموزش مهارت‌های مرتبط با افزایش کارکرد خانواده، به خصوص برای زنان سرپرست خانوار اهمیت دارد. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه در راستای مطالعات پیشین نقش مهم تاب‌آوری را نشان داد. نکته مهم در این مطالعه ارتباط بین کارکرد خانواده و تاب‌آوری است. بدین صورت که می‌توان ادعا داشت که زنان سرپرست خانوار که کارکرد مطلوبی دارند، از تاب‌آوری بیشتری نیز برخوردارند. این نکته ممکن است بدین دلیل باشد که این زنان از توانایی بیشتری در درک عواطف و احساسات برخوردار هستند و کارکرد بهتر خانواده می‌تواند از طریق تاب‌آوری بالا در موقعیت‌های فشارزا و سخت، مقابله مؤثرتری را امکان‌پذیر سازد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|---|
| 1. Herbst | 23. Affective involvement |
| 2. Cheeseman, Ferguson & Cohen | 24. Behavior control |
| 3. Women heading family | 25. Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein |
| 4. Ifcher & Zarghamee | 26. McDermott, Batik, Roberts & Gibbon |
| 5. Stice, Ragan & Randall | 27. Connor & Davidson |
| 6. Habib | 28. Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff |
| 7. Connell, Brazier, O'Cathain, Lloyd-Jones & Paisley | 29. Baron & Kenny |
| 8. Lee, Han & Jeon | 30. Goldenberg & Goldenberg |
| 9. McLanahan | 31. Michael & Ben-Zur |
| 10. Physical health status | 32. Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood |
| 11. Resiliency | 33. Ransom, Jacobsen, Schmidt & Andrykowski |
| 12. Yu, Lau, Mak, Zhang & Lui | 34. Dingwall, Eekelaar & Murray |
| 13. Rieger, Van Buren, Bishop, Tanofsky-Kraff, Welch & Wilfley | 35. Kanojia |
| 14. Huber, Navarro, Womble & Mumme | 36. Marroquín |
| 15. Neff & Broady | 37. Pouw, Rieffe, Stockmann & Gadow |
| 16. Lataillade | 38. Tam, Lee, Foo & Lim |
| 17. Greeff & Vanderson | 39. De Guzman |
| 18. Masten | 40. Lui, Wang & Li |
| 19. Problem solving | |

20. Communication
21. Roles
22. Affective responsiveness
41. Lui, Wang & Lu
42. Goldstein & Brooks

منابع

- زاده‌محمدی، ع. و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲ (۱)، ۶۹-۸۹.
- محمدی، خ. (۱۳۸۵). *بررسی عامل‌های خطر افراد در معرض مواد مخدر*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکوئی‌نایینی، ک.، محمد، ک. و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴)، ۱-۱۲.
- نجاریان، ف. (۱۳۷۴). *بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سنجش کارکرد خانواده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- 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- 1183.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. (2011). The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. *Australian Community Psychologist*, 23(7), 32-49.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*, 10(138), 1-16.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dingwall, R., Eekelaar, J., & Murray, T. (2014). *The protection of children: State intervention and family life* (Vol. 16). New York: Quid Pro Books.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. New York: Cengage Learning.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2013). *Handbook of resilience in children* (2nd Ed.). New York: Springer.
- Greeff, A. P., & Vanderson, M. S. (2004). Variables associated with resilience in divorced families. *Social Indicators Research*, 68, 59-75.
- De Guzman, J. (2011). *Family resilience and Filipino immigrant families: Navigating the adolescence life-stage*. Doctoral dissertation, Clinical Psychology Department, The University of Guelph.
- Habib, T. Z. (2010). Socio-psychological status of female heads of households in Rajshahi City, Bangladesh. *Journal of Anthropology*, 6(2), 173-186.

- Herbst, C. M. (2012). Footloose and fancy free? Two decades of single mothers' subjective well-being. *Social Service Review, 86*(2), 189-222.
- Huber, C. H., Navarro, R. L., Womble, M. W., & Mumme, F. L. (2010). Family resilience and midlife marital satisfaction. *The Family Journal, 18*(2), 136-145.
- Ifcher, J., & Zarghamee, H. (2014). The Happiness of Single Mothers: Evidence from the General Social Survey. *Journal of Happiness Studies, 15*(5), 1219-1238.
- Kanojia, A. (2010). Maditation And Depression: A novel solution to the burden of mental illness in India? *Resilience: Interdisciplinary Perspectives on Science and Humanitarianism, 7*, 77-91.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping Strategies and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers. *Psychology and Health, 19*(2), 139-155.
- Lataillade, J. J. (2006). Consideration for treatment of African American couples relationships. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly, 20*(4), 341-358.
- Lee, H. S., Han, K. C., & Jeon, G. B. (2013). Impact on Quality of Life of Single-parent Female Head of Household Economic Stress. *The Journal of the Korea Contents Association, 13*(3), 174-183.
- Liu, Y., Wang, Z., & Li, Z. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 52*(7), 833-838.
- Liu, Y., Wang, Z., & Lu, w. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 850-855.
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical psychology review, 31*(8), 1276-1290.
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development, 85*(1), 6-20.
- McDermott, B. M., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(4), 509-514.
- McLanahan, S. (2009). Fragile families and the reproduction of poverty. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 621*(1), 111-131.
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Stressful Life Events: Coping and Adjustment to Separation or Loss of Spouse. *Illness, Crisis & Loss, 15*(1), 53-67.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 168-189.
- Mohammadi, KH. (2006). *Investigating the Risk Factors of Exposing Subjects to Drugs*. Doctoral dissertation in psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences [in Persian].

- Najarian, F. (1995). *Psychometric Properties of Family Assessment Device*. Master thesis in general Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch [in Persian].
- Neff, L. A., & Broady, E. F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect?. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(5), 1050-1068.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakoei Naeini, K., Mohammad, K., Majdzade, S. (2006). [Standardization of World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and Psychometric of Iranian sample]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, *4*(4), 1-12 [in Persian].
- Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadov, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning, and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(4), 549-556.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2005). Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *30*(3), 243-253.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, *30*(4), 400-410.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(1), 155-159.
- Tam, C. L., Lee, T. H., Foo, Y. C., & Lim, Y. M. (2012). Communication skills, conflict tactics and mental health: A study of married and cohabitating couples in Malaysia. *Asian Social Science*, *7*(6), 79-87.
- Vandsburger, E. H. (2001). *The effects of family resiliency resources on the functioning of families experiencing economic distress*. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University.
- Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., & Lui, W. W. (2011). Factor Structure and Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(2), 218-224.
- Zadeh Mohammadi, A., & Malek Khosravi, Gh. (2006). [Initial Investigation on Psychometric Properties and Standardizing of Family Assessment Device (FAD)]. *Journal of Family Research*, *2*(1), 69-89 [in Persian].