

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۹/۵

تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۱/۱۸

نقش واسطه‌گری سازگاری اجتماعی در بین الگوهای خانواده و سلامت روان نوجوانان

فرحناز نمازی*، دکتر نادره سهرابی شگفتی**

چکیده

هدف از این پژوهش تبیین نقش واسطه‌گری سازگاری اجتماعی برای الگوهای خانواده و سلامت روان نوجوانان شهر شیراز بود. روش تحقیق در این پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دبیرستانی گروه سنی ۱۳ تا ۱۶ ساله شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بودند. نمونه مورد مطالعه در این تحقیق شامل ۶۰۳ نفر (۲۸۶ دختر و ۳۱۷ پسر) که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ابزار تجدیدنظرشده الگوی ارتباطات خانواده ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۰)، پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی سینها و سینگ (۱۹۹۳) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل مسیر انجام شد.

* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

** استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران. Sohrabi_sh2006@yahoo.com

یافته‌های تحقیق نشان داد از بین الگوهای ارتباطی خانواده، فقط گفت‌وشنود قادر است واریانس سلامت روان را به میزان ۱۲ درصد پیش‌بینی کند و متغیر سازگاری دارای نقش کامل واسطه‌ای در رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و سلامت روان بود. در مجموع یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که آموزش و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای یادگیری مهارت‌های سازگاری، در هر زمینه‌ای ضامن سلامت روان است.

واژگان کلیدی: سازگاری اجتماعی، الگوهای ارتباطی خانواده، سلامت روان.

مقدمه

نوجوانی دوره تضاد شیطنت‌های کودکانه و تفکرهای بزرگ است. دوره‌ای که همزمانی سه رشد بزرگ جسمی، جنسی و اجتماعی، انبوهی از فشارها را با خود به همراه دارد. خانواده همچون دوره‌های قبل، مساعدترین محیط را برای حل همه تعارضات و مدیریت هیجانهای نوجوان فراهم می‌کند. آگاهی و درک عمیق از شرایط این دوره می‌تواند زمینه‌ساز سلامت روان دوره نوجوانی و دوره‌های بعدی رشد یک انسان باشد.

سلامت روان مفهومی است که چگونگی احساس، تفکر و عملکرد فرد را در مواجهه با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهد و به درک فرد از خود و زندگی‌اش بستگی دارد. درحقیقت سلامت روان چیزی بیش از نبود بیماری روانی است؛ همچنین بسته به میزان برخوردارگی از سلامت روان، عملکرد ما در کنترل استرس، برقراری ارتباط با دیگران، ارزیابی‌ها و انتخاب‌مان متفاوت است (دانیلز و استاپنیسکی، ۲۰۱۲). سلامت روان به‌عنوان تطابق مؤثر با خود و محیط و انتخاب بهترین راه‌حل‌ها در هنگام مواجهه با مشکلات تعریف شده است. سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی، اتکا و اعتماد به خود، قابلیت رقابت، دوست‌داشتن دیگری، شکوفایی استعداد و توانایی فکری و هیجانی است (اویبوده، ۲۰۱۵).

عوامل متعددی بر سلامت روانی نوجوانان تأثیرگذار می‌باشند. سازگاری اجتماعی یکی از این عوامل است که می‌تواند تأثیری مستقیم بر سلامت روان داشته باشد.

«اسلیوگورا»، سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی توصیف کرده‌اند که عبارت‌است از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریقی خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد. درحالی‌که «اسلوموسکیودان»، سازگاری اجتماعی را فرایندی می‌داند که فرد را قادر می‌سازد تا از طرفی رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی کند و از طرف دیگر رفتار خود را کنترل کند تا نهایتاً تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کند (خدایاری‌فر، ۲۰۱۰). «گوداشتاين ولانيون» سازگاری را فرایند پیوسته‌ای تعریف کرده‌است که در آن، تجارب یادگیری اجتماعی شخص، باعث ایجاد نیازهای روانی او می‌شود و نیز امکان کسب توانایی و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که از آن طریق می‌توان به ارضای نیازها پرداخت (لانیون و گوداشتاين، ۱۹۹۷). ابعاد سازگاری، شامل سازگاری جسمانی، سازگاری روانی، سازگاری اجتماعی و سازگاری اخلاقی است که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد. پیش‌درآمد رسیدن به سازگاری‌های روانی، اخلاقی و جسمانی، سازگارشدن از لحاظ اجتماعی است (مقدس پور، ۱۳۸۰). سازگاری اجتماعی سازه‌ای است مرکب از مهارت‌ها و کفایت‌های متعدد، و حیطه‌های مختلف را دربر می‌گیرد (زووی هو^۱، ۲۰۱۰). کمبود روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می‌دهد، می‌تواند بر روی انگیزه و سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد (جورج و اکیانگ، ۲۰۱۲). ارتباطات بین اعضای خانواده و همچنین شیوه‌های ابراز افکار و عواطف در خانواده‌ها متفاوت است و این عوامل در شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان نقش مهمی دارند. نظام خانواده و تأثیر آن در سلامت روان نوجوانان قابل توجه است. خانه و خانواده اولین اجتماع یا سیستمی است که انسان از آن تأثیر می‌پذیرد و در آن آموزش می‌بیند. مطالعه خانواده نه تنها شناخت بهتر این نظام را میسر می‌سازد؛ بلکه شناخت ما از افرادی که در آن پرورش می‌یابند نیز فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد تمامی

^۱-Zhouyi Hu

افراد، حتی در زمان بزرگسالی از خانواده تأثیر می‌پذیرند. تعاملات و ارتباطات خانوادگی و نوع و شیوه تربیت خانواده بر صفات، توانایی و رفتار افراد تأثیر می‌گذارد (کشتکاران، ۱۳۸۸). برخی محققان معتقدند، الگوهای ارتباط بین اعضای خانواده از اهمیت بیشتری در سازگاری فرزندان برخوردار است (کوئرner^۲ و فیتزپاتریک^۳، ۲۰۰۲). منظور از الگوهای ارتباطات خانوادگی، چگونگی تعامل بین اعضای خانواده برای رسیدن به عقاید مشترک و نحوه اتخاذ تصمیمات توسط خانواده است (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). در خصوص ارتباط والدین و فرزندان الگوهای متنوعی وجود دارد که یکی از آنها، مدل الگوهای ارتباطی خانواده است. مفهوم الگوهای ارتباطی خانواده به چگونگی ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه افراد خانواده چگونه ارتباطات خانوادگی را معنا می‌کنند اشاره دارد که دارای دو بُعد زیربنایی جهت‌گیری هم‌نواپی و جهت‌گیری گفت‌وگوشنود است (کوئرner و فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). منظور از وضعیت گفت‌وگوشنود این است که خانواده‌ها تا چه حد شرایطی را به وجود می‌آورند که در آن همه اعضای خانواده به شرکت آزادانه و راحت در تعامل و بحث در زمینه طیف گسترده‌ای از موضوعات تشویق می‌شوند و افراد خانواده با هم‌فکری هم، تصمیمات مربوط به خانواده را اتخاذ می‌کنند. وضعیت هم‌نواپی به این معناست که ارتباطات خانواده تا چه حد بر شرایط همسان‌بودن نگرش‌ها، ارزش‌ها و عقاید تأکید دارند؛ به عبارت دیگر، جهت‌گیری هم‌نواپی بر هماهنگی، اجتناب از تعارض و کشمکش و وابستگی اعضا به یکدیگر تأکید می‌کند (کوئرner و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲).

ارتباط گرم بین والدین و نوجوان، باعث خلق محیطی سالم برای توسعه و پیشرفت نوجوان می‌شود و آن‌ها بلوغ کامل را در خانواده‌های با احساس و پذیرش نشان می‌دهند (اکرودیودیو، ۲۰۱۰).

^۲ - Koerner

^۳ - Fitzpatrick

با توجه به تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر پیامد زندگی فردی و نقش آن در شکل‌دهی شخصیت افراد، سازگاری اجتماعی و سلامت روان، هدف این پژوهش، تبیین نقش واسطه‌گری سازگاری اجتماعی در بین الگوهای خانواده و سلامت روان نوجوانان است.

دب و همکاران^۱ (۲۰۱۵) تحقیقی باعنوان «نقش محیط خانه، مراقبت والدین، شخصیت والدین و رابطه آن‌ها با سلامت روان نوجوانان» متوجه شد که محیط خانواده و شخصیت والدین با سلامت روان نوجوان ارتباط دارد. نوجوانانی که در محیط خانه درک می‌شوند، به‌طور قابل توجهی دارای اضطراب کمتر و همچنین سازگاری عاطفی بیشتر و اعتمادبه‌نفس بالاتری بودند. جسیکا و همکاران (۲۰۱۵) در مقاله‌ای باعنوان «اختلال ذهنی در کودکی: ساختار خانوادگی و روابط اجتماعی شدن»، بیان می‌کنند که داده‌ها با استفاده از تحلیل موضوعی محتویات تحلیل شدند که دو مقوله را به‌وجود می‌آورند؛ حمایت اجتماعی و شبکه‌ای، کمک به معیشت خانواده دارای یک بچه دچار اختلال ذهنی و ساختار خانواده و طراحی پیوندها. شبکه حمایت و حمایت اجتماعی، برای کنارآمدن با مشکلات ناشی از بیماری ذهنی لازم هستند و این جزء مسئولیت پرستاران است تا این منابع حمایت و انواع پیوندها را برای تأمین مراقبت خانواده، در مرکز توجه قرار بدهند. کرامر^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در مقاله خود باعنوان «سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی: مفاهیمی برای متخصصان سلامت ذهنی» به این نتیجه دست یافتند که افرادی از نمونه جامعه، اغلب سریعاً برای حمایت، به اعضای خانواده توجه می‌کنند. نتایج دارای فهمی از ماهیت حمایت موجود برای مراجعه‌کننده و برای بسیج کردن منابع حمایت از شبکه موجود روابط برای کمک به سازگاری به معیشت جامعه است. تحقیقی باعنوان «نقش محیط خانه، مراقبت والدین، شخصیت والدین و رابطه آن‌ها با سلامت روان نوجوانان» توسط سیبث

^۱.Sibnath Deb

^۱.Kramer, et al

دب^۱ و همکاران (۲۰۱۵) انجام شد و متوجه شدند که محیط خانواده و شخصیت والدین با سلامت روان نوجوان ارتباط دارد. نوجوانانی که در محیط خانه درک می‌شوند، به‌طور قابل توجهی دارای اضطراب کمتر و همچنین سازگاری عاطفی بیشتر و اعتماد به نفس بالاتری بودند.

نتایج به‌دست آمده از مطالعه‌ای که در زمینه نقش واسطه‌گری حل مسأله برای پیش‌بینی سازگاری شخصی از طریق فرایند و محتوای خانواده انجام دادند، ارتباط بین محتوا و فرایند خانواده و سازگاری شخصی را نشان می‌دهد (صمدی و سهرابی، ۲۰۱۶). فرایند خانواده شامل فاکتورهایی از قبیل اعتقادات مذهبی، مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری است. یافته‌ها در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یادگیری مهارت‌های مثبت در خانواده می‌تواند باعث افزایش توانایی حل مسأله و پیش‌بینی مؤثر در سازگاری افراد شود (صمدی و سهرابی، ۲۰۱۶). نتایج مقاله خواجه‌نوری و دهقانی (۱۳۹۵) با عنوان «مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده و رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان» نشان می‌دهد که درآمد خانواده، رفتار والدین با فرزندان در داخل و خارج از خانه و تعارضات والدین بر سلامت روان نوجوانان تأثیر دارد. پژوهش اکبرزاده آرانی (۱۳۹۶) نشان داد که سازگاری اجتماعی با سلامت معنوی رابطه معناداری دارد و افزایش سازگاری اجتماعی در دانشگاه‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا سلامت معنوی و روانی‌شان افزایش یابد. همچنین شجاعی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با سلامت روان و سازگاری نوجوانان دبیرستانی» نشان داد، بین کارکرد اجتماعی با سازگاری تحصیلی و سازگاری تحصیلی با الگوهای ارتباطی و سلامت عمومی با الگوهای ارتباطی رابطه معناداری وجود دارد. در مقاله «بررسی رابطه دلبستگی محیطی با میزان سلامت روان و سازگاری اجتماعی نوجوانان»، پیوسته‌گر، درووزه و

^۱.Sibnath Deb

طاووسی (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که دلبستگی محیطی با برخی از مؤلفه‌های سلامت روان و سازگاری اجتماعی همبستگی معنی‌داری دارد. افزایش دلبستگی محیطی باعث افزایش سلامت روان و سازگاری اجتماعی در نوجوانان می‌شود. در پژوهش حاضر به دنبال آزمون این فرضیه هستیم که الگوهای خانواده از طریق متغیرهای میانجی‌گر سازگاری اجتماعی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد.

روش

این پژوهش، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه دانش‌آموزان دبیرستانی گروه سنی ۱۳ تا ۱۶ ساله شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۶۰۳ نفر (۲۸۶ دختر و ۳۱۷ پسر) از مدارس متوسطه دوم شهر شیراز انتخاب و به‌عنوان نمونه آماری در این پژوهش در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش از ۳ ابزار استفاده شد که عبارت‌اند از:

۱. ابزار تجدیدنظرشده الگوی ارتباطات خانواده RFCP

این پرسشنامه که توسط ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۰) ساخته شده، دارای ۲۶ سؤال است که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند که در دامنه ۵ درجه‌ای، مورد سؤال قرار می‌دهد. نمره (۴) معادل کاملاً موافقم و نمره (۰) معادل کاملاً مخالفم است. ۱۵ گزاره اول مربوط به بُعد جهت‌گیری گفت‌و شنود و ۱۱ گزاره بعدی مربوط به جهت‌گیری همنوایی می‌باشد. به عبارت دیگر، این ابزار به ترتیب شامل مقیاس جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری همنوایی است. بررسی همسانی درونی نشان داده است که سؤالات مربوط به هر عامل با نمره کل آن عامل، بیشترین همبستگی معنی‌دار را دارند و بین نمرات حاصل از

دو عامل جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی نیز به ترتیب با نمره کل ابزار تجدیدنظرشده الگوی ارتباطات خانواده همبستگی معنادار ۰/۵۷ و ۰/۴۴ وجود دارد. در رابطه با مطالعه پایایی این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است که برای مقیاس‌های جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی، به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۱ بوده است. در مجموع ابزار تجدیدنظرشده الگوهای ارتباطات خانواده از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردار است و می‌توان به‌عنوان ابزاری روایی و پایایی درباره دانش‌آموزان ایرانی به‌کار برده شود (کوروش‌نیا، ۱۳۸۵).

۲. پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی

این پرسشنامه توسط سینها و سینگ (۱۹۹۳) تدوین شده و ۶۰ سؤال دارد و دانش‌آموزان دبیرستانی با سازگاری خوب را از دانش‌آموزان با سازگاری ضعیف در سه حوزه (عاطفی، اجتماعی و آموزشی) جدا می‌کند. ضریب پایایی این آزمون با نیمه‌کردن ۰/۹۵، با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و با روش کودر ریچاردسون ۰/۹۴، به‌دست آمده است. فرم نهایی این پرسشنامه ۶۰ سؤال است (برای هر حوزه ۲۰ سؤال). حوزه‌های مورد بررسی عبارت‌اند از:

- ۱- سازگاری عاطفی: نمره بالا نشان‌دهنده بی‌ثباتی عاطفی و نمره پایین، نشانگر ثبات عاطفی است.
- ۲- سازگاری اجتماعی: نمره بالا بیانگر سلطه‌پذیری و عقب‌ماندگی و نمرات پایین نشان‌دهنده پرخاشگری است.
- ۳- سازگاری آموزشی: نمرات بالا نشان‌دهنده وضعیت درسی و تحصیلی ضعیف و نمرات پایین مخصوص علاقه‌مندی به تحصیل و مدرسه است.

۳. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه توسط گلدنبرگ (۱۹۷۲) ساخته شده و از جمله شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ در دسترس است. در این مجموعه فرم ۲۸ سؤالی آن ارائه شده است که سؤالات آن دربرگیرنده چهار خرده‌مقیاس است که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند. سؤالات ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی است. از سؤال ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵-۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. پرسشنامه حاضر استاندارد بوده و در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی (MHQ) سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ بوده و ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر اعتبار بالای آن است. این مطالعه بر روی جامعه آماری دانشجویی اجرا شده بود. همچنین این آزمون از پایایی بالایی برخوردار است که مقدار آلفای محاسبه‌شده برای کل گویه‌های آن ۰/۹۰ است (تقوی، ۱۳۸۷).

بعد از انتخاب نمونه، با مراجعه به مدارس، هدف از انجام تحقیق برای دانش‌آموزان توضیح داده شد و سپس پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

یافته‌ها

برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. نتایج توصیفی در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه		
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	۲۹/۱۰	۱۵/۸۷
علائم جسمانی	۶/۴۸	۴/۷۸
علائم اضطرابی	۷/۷۰	۴/۴۲
علائم کارکرد اجتماعی	۷/۸۶	۳/۸۶
علائم افسردگی	۷/۰۵	۶/۲۲
سازگاری عاطفی	۸/۷۴	۲/۸۱
سازگاری اجتماعی	۹/۵۷	۲/۶۴
سازگاری آموزشی	۱۰/۲۲	۲/۹۵
گفت‌و شنود	۳۳/۴۶	۱۳/۹۶
همنوایی	۲۰/۵۲	۹/۵۸

با توجه به نتایج جدول ۱ مشاهده می‌شود که از بین متغیرهای مورد مطالعه و ابعاد آنها، بُعد گفت‌و شنود دارای بیشترین میانگین می‌باشند.

به منظور آزمون فرضیه اصلی پژوهش در خصوص نقش میانجی ابعاد سازگاری، برای ابعاد الگوی ارتباطی خانواده و سلامت روان از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. در همین راستا در مرتبه اول تحلیل با استفاده از رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان قدرت پیش‌بینی الگوهای ارتباطی خانواده برای سلامت روان استفاده شد و در مرتبه دوم، ابعاد سازگاری به معادله رگرسیون اضافه شد که مقدار قدرت پیش‌بینی از ۱۲ درصد در مرتبه اول، به ۳۰ درصد در مرتبه دوم رسید. جدول شماره ۲ نشانگر نتایج آزمون رگرسیون به منظور پیش‌بینی سلامت روان توسط الگوهای ارتباطی خانواده و ابعاد سازگاری است.

جدول ۲. نتایج آزمون رگرسیون سلسله‌مراتبی به‌منظور بررسی فرضیه اصلی

مرتبۀ	متغیر مستقل	Beta	t	Sig	R	R2	F	df	P
مرتبۀ اول	گفت‌وشنود	-۰/۳۲۶	-۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۱۲۰	۲۶/۸۵	۵۵۱-۲	۰/۰۰۱
	همنوایی	۰/۰۶۸	۱/۴۰	۰/۱۶۱					
مرتبۀ دوم	گفت‌وشنود	-۰/۲۰۹	-۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۰/۳۰۴	۳۴/۱۸	۵۴۸-۵	۰/۰۰۱
	همنوایی	۰/۰۵۵	۱/۲۵	۰/۲۱۱					
	سازگاری عاطفی	۰/۳۹۱	۸/۱۰	۰/۰۰۱					
	سازگاری اجتماعی	۰/۰۹۰	۱/۷۷	۰/۰۷۶					
	سازگاری آموزشی	۰/۱۳۰	۲/۷۶	۰/۰۰۶					

با توجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که در مرتبۀ اول، از بین الگوهای ارتباطی خانواده بُعد گفت‌وشنود قادر است ۱۲ درصد از واریانس سلامت روان را پیش بینی کند. در مرتبۀ دوم و با وارد شدن متغیر سازگاری به معادله رگرسیون، مشاهده می‌شود که ضریب بتای بُعد گفت‌وشنود نسبت به مرتبۀ اول کاهش چشمگیری داشته و همچنین ضریب تبیین نیز به مقدار قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است؛ به طوری که ضریب تبیین از ۱۲ درصد در مرحله اول، به ۳۰/۴ درصد در مرتبۀ دوم رسیده است که نشان می‌دهد با وارد شدن متغیر سازگاری به عنوان متغیر میانجی، به‌منظور پیش‌بینی سلامت روان، نقش بُعد گفت‌وشنود کاهش می‌یابد؛ بنابراین متغیر سازگاری می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و سلامت روان باشد. در ادامه تجزیه و تحلیل اطلاعات و به‌منظور تأیید نقش واسطه‌ای ابعاد سازگاری به پیش‌بینی ابعاد سازگاری براساس ابعاد الگوی ارتباطی خانواده اقدام شد. جدول ۳ نشانگر نتایج آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان، به منظور پیش‌بینی ابعاد سازگاری توسط الگوهای ارتباطی خانواده است.

جدول ۳. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان، به منظور پیش‌بینی سازگاری اجتماعی توسط الگوهای ارتباطی خانواده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	Beta	t	Sig	R	R2	f	df	P
گفت‌وشنود	سازگاری عاطفی	-۰/۲۳۲	-۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵	۰/۰۶۵	۱۳/۷۱	۵۵۱-۲	۰/۰۰۱
همنوایی	سازگاری اجتماعی	۰/۰۶۸	۱/۳۶	۰/۱۷۳	۰/۰۹۳	۰/۰۰۹	۱/۷۳	۵۵۱-۲	۰/۱۷۹
گفت‌وشنود	سازگاری آموزشی	-۰/۰۷۴	-۱/۴۳	۰/۱۵۱	۰/۱۷۹	۰/۰۳۲	۶/۵۲	۵۵۱-۲	۰/۰۰۲
همنوایی	سازگاری آموزشی	۰/۰۴۴	۰/۸۶۵	۰/۳۸۸	۰/۰۰۳	۰/۱۷۹	۶/۵۲	۵۵۱-۲	۰/۰۰۲

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در جدول ۳ نتایج زیر حاصل شد:

از بین الگوهای ارتباطی خانواده، تنها گفت‌وشنود قادر است بُعد سازگاری عاطفی را پیش‌بینی کند. هیچ کدام از الگوهای ارتباطی خانواده قادر به پیش‌بینی واریانس سازگاری اجتماعی نبودند و درخصوص بُعد آموزشی، سازگاری هر دو بُعد الگوی ارتباطی (گفت‌وشنود و همنوایی) دارای قدرت پیش‌بینی بودند. نمودار شماره ۱ نشانگر ضریب بتا برای مسیرهای مختلف در بررسی نقش واسطه‌ای ابعاد سازگاری برای ابعاد الگوهای خانواده و سلامت روان است.



نمودار ۱. دیاگرام ضرایب مسیر برای نقش واسطه‌ای سازگاری برای ابعاد الگوی خانواده و

سلامت روان

جدول شماره ۴. نشانگر اثرات مستقیم و غیرمستقیم در بررسی نقش واسطه‌ای ابعاد سازگاری برای ابعاد الگوی خانواده و سلامت روان است.

جدول ۴. اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین و واسطه بر روی ابعاد علائم اضطرابی			
علائم اضطرابی			
اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیر
۰/۰۴۹	۰/۲۶۸	۰/۱۸۶	گفت‌وشنود
-----	-----	-----	همنوایی
۰/۴۳۸	-----	۰/۴۳۸	سازگاری عاطفی
۰/۱۰۴	-----	۰/۱۰۴	سازگاری اجتماعی
۰/۱۲۴	-----	۰/۱۲۴	سازگاری آموزشی

همان‌گونه که از نتایج آزمون تحلیل مسیر و جدول شماره ۴ پیداست، از میان ابعاد الگوی ارتباطی خانواده تنها بُعد گفت‌وشنود دارای اثر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان است. اثر مستقیم متغیر بُعد گفت‌وشنود الگوی ارتباطی خانواده از مسیر سازگاری عاطفی و سازگاری آموزشی صورت می‌پذیرد و بُعد همنوایی هیچ نوع تأثیر مستقیم یا غیرمستقیمی بر سلامت روان ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس هدف پژوهش حاضر که تبیین نقش واسطه‌گری سازگاری اجتماعی برای الگوهای خانواده و سلامت روان بود، یافته‌ها نشان داد از بین الگوهای ارتباطی خانواده، تنها گفت‌وشنود قادر است واریانس سلامت روان را به میزان ۱۲ درصد پیش‌بینی کند و متغیر سازگاری دارای نقش کامل واسطه‌ای در رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و سلامت روان بود.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم باز می‌کند، از آن تأثیر می‌پذیرد و در آن آموزش می‌بیند. مطالعات خانواده‌نه تنها

شناخت بهتر این نظام را میسر می‌سازد، بلکه شناخت ما را از افرادی که در آن پرورش می‌یابند، فراهم می‌کند. الگوی ارتباطی خانواده به نحوه تعاملات در درون خانواده و شیوه ابراز افکار، عقاید و احساسات می‌پردازد. به اعضای خانواده در جهت‌گیری گفت‌ووشنود، بر صحبت آزاد درباره عقاید و نظریات تأکید می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بُعد گفت‌ووشنود دارای پیامدهای مثبت فردی و اجتماعی برای اعضای خانواده است. الگوهای ارتباطی خانواده که پایه‌های شناختی دارد و به باور اعضای خانواده درباره کیفیت تعاملاتش برمی‌گردد، منجر به شکل‌گیری رفتار ارتباطی تأیید والدین می‌شود و از طریق این متغیر واسطه‌ای به بهزیستی روانی و سلامت روانی منجر می‌شود. همچنین جو حاکم و الگوی ارتباطی خانواده و رفتار والدین می‌تواند در چگونگی احساس فرد از خود و توانایی‌هایش مؤثر باشد و منجر به سازگاری اجتماعی بهتر فرد شود.

والدین و شیوه‌های تربیتی آنان، از جمله عواملی هستند که در گذر از این مرحله و رشد بهنجار نوجوانان نقش تعیین‌کننده‌ای دارند؛ بنابراین سلامت روانی و علائم اجتماعی در نحوه سازگاری کودکان و نوجوانان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک کرده و بی‌توجهی به شرایط رشدی دوران کودکی، صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد خواهد کرد. تأثیر این مقطع سنی در زندگی افراد و جامعه بسیار قابل توجه است؛ زیرا رفتار بزرگسالان در نوجوانی تثبیت می‌شود. این در حالی است که بیشتر مشکلات سلامت روان در سنین نوجوانی و ابتدای جوانی شکل می‌گیرد. نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت‌گرفته در دو دهه اخیر نشان می‌دهد، علائم اختلال اجتماعی بیشتر در این دوران دیده می‌شود. طبق مبانی نظری، بیش از یک‌پنجم بچه‌ها و نوجوانان از حداقل یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند (کانر، ۲۰۱۰). بنابر گزارشی، ۱۱ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی در طول زندگی اقدام به خودکشی می‌کنند (فارونتاش و حالودی، ۲۰۰۶).

شخصی که بتواند با محیط خود و اطرافیان و به‌طورکلی با محیط اجتماعی سازگار شود، از نظر بهداشت روانی بهنجار است. صاحب‌نظران معتقدند محیط گرم و دوستانه خانواده که در آن پدر و مادر و اعضای دیگر خانواده دارای روابط خوب و صمیمانه‌ای هستند، معمولاً کودکان سالم با شخصیتی مثبت با برمی‌آورد و برعکس، نبود خانواده‌ای یا زندگی در خانواده‌های ازهم‌پاشیده یا خانواده‌های مقتدر و سهل‌انگار، اساس کج‌روی‌ها را در کودکی پایه‌گذاری می‌کند.

ارتباطات درجهت رشد و سلامت و حتی بقای انسان ضروری هستند. خانواده همواره به‌عنوان جالب‌ترین و مهم‌ترین سیستم انسانی مورد توجه قرار داشته است. الگوی ارتباطات خانواده یا شیوه بیان افکار و احساسات اعضای آن از خانواده‌ای به خانواده‌ای دیگر متفاوت است. شناخت این الگوها به شناخت بعضی از جنبه‌های عملکرد خانواده کمک می‌کنند.

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که اگر کسی در زمینه سلامت روانی با مشکل روبه‌رو باشد، در زمینه‌های دیگر هم مشکل خواهد داشت. علائم اضطرابی از جمله اختلالی است که در دوره نوجوانی رشد چشمگیری پیدا می‌کنند. شاید بتوان اضطراب را به‌عنوان رنج‌آوری تعریف کرد که به یک موقعیت کنونی شوک‌آور یا به انتظار خطری مربوط به شیئی نامعین مرتبط است (دادستان، ۱۳۷۸).

فرزندان خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت‌و شنود زیاد، احتمالاً مهارت‌های ارتباطاتی رشدیافته‌تری دارند که این به‌نوبه خود به آن‌ها اجازه می‌دهد درباره نقش‌ها و انتظارات خود به‌طور مؤثری با دیگران گفتگو کنند. آن‌ها همچنین از مهارت‌های حل مسأله کارآمدتری برخوردارند که باعث می‌شود در موقعیت‌های مختلف عملکرد مناسبی داشته باشند و در برابر مشکلات بیشتر تاب بیاورند و دستخوش عواطف منفی نشوند. هرچه محیط خانواده بیشتر شرایط گفتگوی راحت را درباره طیف وسیعی از موضوعات فراهم آورد و برای در میان گذاشتن افکار و احساسات اعضای خانواده بیشتر وقت

بگذارد، احتمال ابتلای فرزندان خود را به اضطراب کمتر خواهد کرد. روان‌شناسان بر این باورند که ارتباط با دیگران یکی از مهم‌ترین و درعین‌حال باارزش‌ترین بخش زندگی هر فرد را تشکیل می‌دهد و در سال‌های اخیر توجه زیادی به مبحث تعامل اجتماعی ماهرانه شده است. این نکته که برخی از انسان‌ها تعامل‌گران ماهرتری هستند باعث شده تا پژوهش‌های دقیق و منظمی درباره کارکردهای تعامل اجتماعی انجام شود و نتایج حاکی از این امر است که الزاماً فعالیت‌های اجتماعی مؤثر، توان برقراری رابطه‌ای پویا و متقابل است و این ارتباطات و مهارت‌های میان‌فردی بر همه تماس‌ها و رابطه‌های انسان سایه‌افکنده است (رزنیام، ۲۰۰۷).

پایکوف و بروکس (۱۹۹۱) دریافت که در خانواده‌هایی که گفت‌وشنود در آن‌ها بالاست، فرزندان از افسردگی پایینی برخوردار هستند. دوست‌داشتن دیگران، توجه به احساسات و عواطف دیگران، احساس مسئولیت، تبحر در حل مسائل و درنهایت رشد استقلال از تبعات گفت‌وشنود بالاست. در خانواده‌هایی که گفت‌وشنود بالاست، فرزندان مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله رشدیافته‌تری دارند (کوئرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). در خانواده‌های با گفت‌وشنود بالا، ارتباطات باز و خودانگیخته وجود دارد. در چنین خانواده‌هایی بحث‌هایی گسترده و در رابطه با موضوعات مختلف صورت می‌گیرد، آرزوها، افکار و احساسات فرزندان مورد توجه قرار می‌گیرند؛ فرزندان احساس می‌کنند که مورد پذیرش والدین‌اند و توسط آن‌ها درک می‌شوند؛ والدین نیز بیشتر درباره عواطف و احساساتشان صحبت می‌کنند و این مسأله نیز فرزندان را در ایجاد ارتباطات وسیع‌تر ترغیب می‌کند (رحیمی و خیر، ۱۳۸۶). در همین راستا، بامریند (۱۹۹۶) معتقد است که خانواده‌های با گفت‌وشنود بالا، تمایل دارند فرزندان با مهارت‌های اجتماعی، قدرت حل مسأله و توانایی رهبری بالا تربیت کنند. این خانواده‌ها، معمولاً ارتباطاتی باز در خانواده ایجاد کرده و مخالفت‌ها و ابراز احساسات را تشویق می‌کنند که این امر لذت از ایجاد ارتباطات باز و وسیع با دیگران و درگیر شدن در این ارتباطات را به‌دنبال دارد.

منابع

۱. پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ دروېزه، زهرا؛ طاووسی، سیما. (۱۳۹۴). بررسی رابطه دلبستگی محیطی با میزان سلامت روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان شهرستان ورامین. نشریه علمی- پژوهشی معماری و شهرسازی. دوره ۸. شماره ۱۵، ۱۹۵-۲۰۳.
۲. تقوی، محمدرضا (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان شیراز، دانشور رفتار، ۱۵، ۲۸، ۱-۱۳.
۳. خواجه‌نوری، بیژن؛ دهقانی، رودابه. (۱۳۹۵). مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده و رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان. دوفصلنامه اجتماعی جامعه‌شناسی نهادهای. دوره ۳، شماره ۷، ۳۷-۶۶.
۴. دادستان، پروین. (۱۳۷۸). روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی. (جلد اول). تهران: انتشارات سمت.
۵. رحیمی، مهدی؛ خیر، محمد. (۱۳۸۶). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، ۱۰(۱)، ۵-۲۶.
۶. شجاعی، سارا؛ مطهری‌نژاد، حسین. (۱۳۹۴). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با سلامت روان و سازگاری نوجوانان دبیرستانی، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، مؤسسه آموزش عالی مهراروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
۷. کشتکاران، طاهره. (۱۳۸۸). رابطه الگوی ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. سال ۱۱، شماره ۳۹، ۴۴-۵۳.

۸. کوروش نیا، مریم. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده بر میزان سازگاری فرزندان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
۹. پور مقدس، علی. (۱۳۸۰)، روان شناسی سازگاری. تهران: انتشارات وحید.
10. Baumrind, D. (1996). *The discipline controversy revisited. Family Relations*, 45, 405-414.
11. Daniels, M., & Stupnisky, H. (2012). *Not that different in theory: Discussing the control value theory of emotions in online learning environments. Internet and Higher Education*, 15. 222-226.
12. Fitzpatrick, M. A. (۲۰۰۴). *The family communication patterns theory: Observations on its development and application The Journal of Family Communication*, ۴, ۱۶۷-۱۷۹.
13. George, N. I., & Ukpong, D. E. (2012). *Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. International Journal of Business and Social Science*, 3(19), 245-251.
14. Jéssica Batistela Vicente, Ieda Harumi Higarashi, Maria Cândida de Carvalho Furtado, (2015) *Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. Esc. Anna Nery vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.*
15. Khodayarfar, M. (2010) *Preparing measurement scales for spiritual attitudes in Sharif university students [Dissertation]. Tehran: Sharif University of Technology.*
16. Koerner, A. F, Fitzpatrick MA. (2002a). *Understanding family communication patterns and family functioning: The roles*

17.Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (۲۰۰۲b). *Understanding family. Communication pattern and family functioning: The role of conversation orientation and conformity orientation.*

Communication Year Book, 68-36-28..

18.Kramer, Rory, Ruth Burke, and Camille Charles. (2015).

“When Change Doesn’t Matter: (In)consistency and Adolescent Well-being.” *Sociology of Race and Ethnicity* 1(2):270–86.

19.Lanyon, R. I., & Goodstein, L. D. (1997). *Personality assessment: John Wiley & Sons.*

20.Oyebode, F. (2015). *Normality and mental health. In J. D. Wright (Ed.), International encyclopedia of the social & behavioral sciences (second Edition) (pp. 1-4). Oxford: Elsevier.*

21.OkrodeduG (2010). *Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District.EDO Journal of Counselling*, 3, 58-86.

22.Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1991). *Do parent- child relationships change during puberty?. Psychological Bulletin*, 110, 47–66.

23.Deb, S., McGirr, K., Bhattacharya, B., and Sun, J.(2015). *Role of home environment, parental care, parent's personality and their relationship to adolescent mental health. Psychology and Psychotherapy*, 5, 6, 2-8.

24.Rozenbaum, I. (2007). *Filtering techniques for data streams. PhD Dissertation, The state University of New Jersey.*

25.Samadi, M., and Sohrabi, Nadereh. (2016). *Mediating role of the social problem solving for family process, family content,*

and adjustment. *Procedia of Social and Behavioral Sciences*,
217, 5, 1185-1188

26. ZhouyiHu , Raymond CK chan , Grainne M Me Alonan(2010)
maturation of social altributin skills in typically development

children : an inverstigation using the social Ahrivation task.
Behavioral and Brain Functions.

