رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

نقش میانجی باورهای سلامت در رابطه شیوه‌های والدگری و پریشانی روان شناختی فرزندان

The mediating role of health beliefs in the relationship between parenting practices and children's emotional distress

مجید محمود علیلو
استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
رسول حشمتی
استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
تورج هاشمی
استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
شروین زنجانی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری روان شناسی، پردیس بین المللی ارس، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای سلامت در رابطه شیوه‌های والدگری و پریشانی روان شناختی فرزندان بود. روش پژوهش حاضر توصیفی_ همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری را والدین دارای فرزند نوجوان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد ۲۲۰ نفر به روش نمونه-گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-۲۱) لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵)، مقیاس بازخورد نسبت به بیماری(IAS) کلنر (۱۹۸۷) و پرسشنامه والدگری آلاباما (APQ) شلتون و همکاران (۱۹۹۶) بود. از تحلیل معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج بیانگر برازش مطلوب مدل پژوهش بود. نتایج نشان داد که شیوه والدگری مشارکت و باورهای سلامت اثر مستقیم معناداری بر پریشانی روان شناختی دارند (P=۰/۰۰۹) و نظارت ضعیف و انضباط ناپایدار نیز اثر مستقیم معناداری بر باورهای سلامت دارند (P=۰/۰۰۹)، ولی اثر مستقیم مشارکت، والدگری مثبت و تنبیه بدنی به بر باورهای سلامت معنادار نبود (P>۰/۰۵). شیوه‌های والدگری نظارت ضعیف (P=۰/۰۱) و انضباط ناپایدار (P=۰/۰۰۵) اثر غیر مستقیم معناداری بر پریشانی روان شناختی داشتند، اما مشارکت، والدگری مثبت و تنبیه بدنی اثرغیرمستقیم معناداری نشان ندادند (P<۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که باورهای سلامت نقش میانجی معناداری در رابطه شیوه‌های والدگری نظارت ضعیف و انضباط ناپایدار با پریشانی روان شناختی فرزندان نوجوان دارد.

واژه‌های کلیدی: *باورهای سلامت، پریشانی روان شناختی، شیوه‌های والدگری.*

Majid Mahmood Alilou
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Rasoul Heshmati
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Touraj Hashemi
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Shervin Zanjani*
PhD student in Psychology, Aras International Campus, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
shervin.zanjani.psychologist@gmail.com

Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of health beliefs in parenting practices and children's emotional distress. The present research method was the descriptive-correlation type of structural equation modeling. The statistical population was made up of parents with teenage children who were referred to counseling centers in Tabriz city in 2022-2023. Several 220 people were selected as a sample using the convenience Sampling method. The research tools included the Stress, Anxiety, and Depression Questionnaire (DASS-21) by Lavibond and Lavibond (1995), the Illness Feedback Scale (IAS) by Kellner (1987), and the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) by Shelton et al. (1996). Structural equation analysis was used to analyze the data. The results showed the optimal fit of the research model. The results showed that participatory parenting style and health beliefs have a significant direct effect on emotional distress (P=0.009) and poor supervision and unstable discipline also have a significant direct effect on health beliefs (P=0.009), but the effect of Direct participation, positive parenting and corporal punishment was not significant on health beliefs (P>0.05). Parenting methods of poor supervision (P=0.01) and inconsistent discipline (P=0.005) had a significant indirect effect on emotional distress, but involvement, positive parenting, and physical punishment did not show a significant indirect effect (P>0.05). These results show that health beliefs have a significant mediating role in the relationship between parenting practices of poor supervision and inconsistent discipline with the emotional distress of adolescents.

Keywords: *Health Beliefs, Emotional Distress, Parenting Practices.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۲** | **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی واجد پریشانی روان شناختی هستند که در طی زمان و تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد. مشکلات هیجانی یک نگرانی مشترک برای والدین و ذینفعان سلامت روان است. نوجوانی به عنوان دوره‌ای از زندگی بین بلوغ و استقلال بزرگسالی تعریف می‌شود و با تغییرات گسترده فیزیولوژیکی روانی و اجتماعی همراه است که بر عملکرد فرد در بزرگسالی تاثیر می‌گذارد (بلکمور[۱]، ۲۰۱۹). شیوع مشکلات سلامت روان در دوران کودکی و نوجوانی رو به افزایش است (مورابیتو[۲] و همکاران، ۲۰۲۱). پریشانی روان شناختی در نوجوانان منعکس کننده حالات خلقی مانند اضطراب، افسردگی و مولفه‌های استرس مانند تحریک پذیری، تنش و بی قراری است (چن[۳] و همکاران، ۲۰۲۳). استرس، پاسخ فرد به یک واقعه بیرونی که فراتر از ظرفیت کنترل فرد ادراک می‌شود. اضطراب به حالتی اشاره دارد که به موجب آن فرد بیش از اندازه درباره اتفاق افتادن چیز وحشتناکی در آینده نگران، تنیده و ناراحت است. افسردگی نیز به حالات خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، کاهش وزن، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی، بی‌قراری یا کندی حرکتی روانی، خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل تمرکز یا بی تصمیمی و افکار خودکشی اطلاق می‌گردد (چوجنوسکا[۴] و همکاران، ۲۰۲۱). وجود برخی از این نشانه‌ها در نوجوانان با کاهش سلامت روان و ناتوانی در انجام نقش‌های روزمره مانند وظایف تحصیلی و رعایت بهداشت شخصی است (ملکی کامبخش و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارعی پور و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به اینکه تقریبا نیمی از نوجوانان پریشانی روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی را حداقل در مدرسه نشان می‌دهند و منجر به ناسازگاری و مشکلات جسمی و روانی در آنها می‌گردد، شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده این نشانه‌ها مورد توجه قرار گرفته است (ناندهینی[۵] و همکاران، ۲۰۲۳). اگر چه در دوران نوجوانی، افراد ظرفیت تعیین کننده‌ای برای تنظیم هیجان ایجاد می‌کنند، اما زمینه خانواده می‌تواند یک عامل خطر یا محافظت کننده برای نوجوانانی باشد که دچار پریشانی روان شناختی می‌شوند و نوجوانان با تعارض خانوادگی بالاتر مشکلات تنظیم هیجان و علائم افسردگی بیشتری را نشان می‌دهند (لامونتاگن[۶] و همکاران، ۲۰۲۳).

منشاء بسیاری از تعارض‌های بین والدین و نوجوانان به شیوه والدگری و فرزندپروری والدین برمی‌گردد (التانتاوی[۷] و همکاران، ۲۰۲۲). والدگری یک رفتار خاص است که والدین برای مراقبت، تربیت و آموزش فرزند خود، انتخاب می‌کنند. شیوه‌های والدگری که مبتنی بر مراقبت از فرزند است در کنار سیستم های دلبستگی، معمولاً به طور همزمان فعال می‌شوند و به عنوان جو عاطفی که والدین در آن، فرزندان خود را تربیت می‌کنند، تعریف می‌شود (کوپنس و کولمنس[۸]، ۲۰۱۹). مهارت‌های والدگری ابزاری است که به والدین کمک می‌کند تا رشد جسمی، عاطفی، اجتماعی و ذهنی فرزندان خود را ارتقا داده و از آنها حمایت کنند (حاجی چارالامبوس[۹]، ۲۰۲۱). اجماع گسترده‌ای وجود دارد که هدف والدگری ایجاد روابط مثبت با کودکان و نوجوانان در خانواده است تا رشد و رفاه آنها را تضمین کند (لورنس[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، شیوه‌های بد والدینی یکی از رایج‌ترین عوامل خطر برای مشکلات رفتاری در کودکان است (هاوز و دادز[۱۱]، ۲۰۲۱). به دلیل اینکه رفتار والدین یکی از تاثیرگزارترین عوامل در ایجاد مشکلات رفتاری برونسازی و درونسازی نوجوانان است (لورنس و همکاران، ۲۰۱۹). در حالت کلی رفتار والدین و سلامت روانی آنها نقش مهمی در علت اختلالات پریشانی روان شناختی و جسمانی فرزندشان دارد و استرس بیشتر والدین با افزایش نرخ اختلال نشانه‌های جسمانی در کودکان مرتبط است (گرشفلد- لیتوین[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین قرار گرفتن در معرض آسیب شناسی روانی والدین، به ویژه در اوایل زندگی، به شدت با خطر افسردگی و اضطراب در فرزندان مرتبط است (کلیبرن[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۱). والدگری مثبت (مانند گرمی و حمایت) با پریشانی روان شناختی ارتباط منفی دارد، در حالی که والدگری منفی (مانند کنترل روانی و مستبدانه) ارتباط مثبتی با پریشانی روان شناختی دارد (گواگوسس[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۳).

1 Blakemore
2 Morabito
3 Chen
4 Chojnowska
5 Nandhini
6 LaMontagne
7 El Tantawi
8 Kuppens & Ceulemans
9 Hadjicharalambous
10 Lorence
11 Hawes & Dadds
12 Gershfeld-Litvin
13 Clayborne
14 Goagoses

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

به نظر می‌رسد که هر چه عاطفه و ارتباط مثبت درک شده بیشتر باشد، ادراک هدف در زندگی بیشتر و سطوح اضطراب و افسردگی در نوجوانان کمتر است (اورتگا[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

براساس نتایج مطالعات مروری به نظر می‌رسد که نقش شیوه‌های والدگری در پریشانی روان شناختی فرزندان غیرقابل‌انکار است، اما مسیرها و مکانیزم‌هایی که اثر والدگری را بر پریشانی روان شناختی به ویژه در سنین نوجوانی انتقال می‌دهد، تا حدودی مجهول بوده است (میلرز[2] و همکاران، ۲۰۲۳). این درحالی است که انتقال بین نسلی رفتار والدینی و آسیب شناسی روانی شامل فرآیندهای متقابلی است که در آن فرزندپروری می‌تواند عاملی پویا در انتقال آسیب روانی مانند پریشانی روان شناختی باشد (برنج[3] و همکاران، ۲۰۲۰). برای درک تاثیر شیوه‌های والدگری بر پریشانی روان شناختی، نقش باورهای سلامت قابل توجه است (وودز[4]، ۲۰۲۰). باورهای افراد در مورد بیماری و پاسخ آنها به علایم توسط افراد مهم زندگی به ویژه مراقبین اصلی به طور معمول والدین شکل می‌گیرد (هایق-فرگوسن[5] و همکاران، ۲۰۲۱). باورهای سلامت شامل تفسیر فرد از بیماری یا میزان تهدید بیماری (از جمله باورهایی در مورد شدت و تأثیر احتمالی آن) و همچنین ادراک فرد در مورد تأثیر رفتارش بر آن بیماری (و همچنین هزینه‌ها و مزایای نسبی پاسخ‌های بالقوه) است (هوانگ[6] و همکاران، ۲۰۲۰). وجود نشانه‌های جسمانی - هیجانی و گزارش علایم مکرر در والدین ممکن است منجر به نگرش‌ها و باورهای سلامت در فرزندان بشود که با تقویت توجه به این علایم همراه باشد (رومتا[7] و همکاران، ۲۰۲۰). باورهای سلامت منفی و معناسازی مختل باعث افزیش شدت افسردگی، اضطراب عمومی و تجربه استرس در شرایط روبرو شدن با موقعیت‌های استرس‌زا می‌گردد (میلمن[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ هویتگ[9] و همکاران، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد نگرانی‌های مربوط با سلامت به طور قابل توجهی با مشکلات سلامت روان از جمله مشکلات هیجانی، پریشانی و جسمانی سازی مرتبط است (هایق-فرگوسن و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین نشان داده شده که مدل باور سلامتی تبیین کننده معناداری برای اضطراب فرزندان است (ذوالفقاری و الهی، ۱۳۹۹). علاوه بر این نیز برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوه‌های والدگری با باورهای سلامت و سلامت روان فرزندان ارتباط دارد (نوران و آزادی، ۱۴۰۲؛ محمدی مصیری و همکاران، ۱۳۹۳).

شواهد اخیر نشان می‌دهد که میزان پریشانی روان شناختی افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان ایرانی به ترتیب ۳۳/۷٪، ۳۷/۸٪ و ۲۴/۲٪ است (زارعی پور و همکاران، ۱۳۹۸). بر همین اساس بررسی مدل‌ها و متغیرهای مرتبط تبیین کننده آن جهت کاهش این نشانه‌ها در نوجوانان به یک اولویت تبدیل شده است. با توجه به اینکه نوجوانی، دوره‌ای است که شامل بسیاری از تغییرات زمینه‌ای مانند خانواده است، بنابراین در نظر گرفتن متغیرهای زمینه‌ای مانند شیوه‌های والدگری از اهمیت برخوردار است (فرچمن، باس، هرتینگ، میلز و تامنز[10]، ۲۰۲۲). علاوه بر این، بحث در مورد اینکه آیا اثرات بین نسلی قابل مشاهده بالینی از والدین به فرزندان وجود دارد یا خیر، در چند سال گذشته با شناخت روزافزون جهانی بودن این پدیده بحث برانگیز شده است (یهودا و لهنر[11]، ۲۰۱۸).

در مجموع و با توجه به آنچه که گفته شد، به نظر می‌رسد که پریشانی روان شناختی نظیر اضطراب و افسردگی شیوع نسبتاً بالایی در نوجوانان دارد که باعث اختلال در زندگی روزمره و زندگی تحصیلی آنها شده است. بر همین اساس، شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن یک مسئله اساسی به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه در ادبیات پژوهشی صورت گرفته بر نقش تاریخچه رشدی افراد در بروز پریشانی روان شناختی تأکید شده است، بر همین اساس متغیر شیوه‌های والدگری می‌توانند متغیرهای زیربنایی و تبیین‌کننده باشند. با این وجود مسیرها و مکانیزم‌های اثرگذاری این متغیر بر پریشانی روان شناختی نوجوانان چندان روشن نیست. بنابراین ارائه یک مدل ساختاری مبتنی بر ریشه‌های آسیب‌پذیری پریشانی روان شناختی، احتمالاً بتواند به درک مکانیزهای اثرگذار و مرتبط با آن کمک نماید و روان‌شناسان بر پایه شناخت بدست آمده بتوانند در مراکز روان‌شناختی مداخله‌های کارآمدی را در جهت بهبود پریشانی روان شناختی

1 Ortega
2 Miralles
3 Branje
4 Woods
5 Haig-Ferguson
6 Huang
7 Rumetta
8 Milman
9 Hoying
10 Ferschmann
11 Yehuda & Lehrner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

انتخاب کنند. در همین راستا و در جهت رفع این خلاء پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای سلامت در رابطه شیوه‌های والدگری و پریشانی روان شناختی فرزندان بود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی – همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل والدین دارای فرزند نوجوان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. حجم نمونه لازم با توجه به پیشنهادات گارور و منتزر[1] (۱۹۹۹) حداقل ۲۰۰ نفر است. با در نظر گرفتن این ملاک تعداد ۲۲۰ والد و فرزند نوجوان به عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت دردسترس بود. لازم به ذکر است که قبل از پاسخگویی، توضیحاتی پیرامون هدف پژوهش و شرایط شرکت در پژوهش ارائه شد. فرآیند نمونه‌گیری تا رسیدن به تعداد نمونه لازم و معرفی شده برای انجام پژوهش ادامه یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی و جسمی حاد (طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی و دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال فرزند نوجوان. همچنین عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوالات پرسشنامه‌ها و درخواست خروج از پژوهش حین پاسخگویی به پرسشنامه‌ها ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. لازم به ذکر است که از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه شامل اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان بود. همچنین پژوهش حاضر با شناسه اخلاق IR.TABRIZU.REC.1402.068 در دانشگاه تبریز مصوب گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری و دو نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی[2] (DASS-21): مقیاس استرس- اضطراب- افسردگی توسط لاویبوند و لاویبوند[3] در سال ۱۹۹۵ جهت سنجش استرس- اضطراب- افسردگی ساخته شده و دارای ۲۱ سوال می‌باشد. مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی شامل ۳ مولفه است که هر یک از خرده‌های مقیاس‌های آن شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. شیوه نمره گذاری آن به این صورت است که برای هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می شود. در پژوهش لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های افسردگی، اضطراب، استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۲ و متغیر کلی نیز برابر با ۰/۸۳ بود و روایی همگرای آن با پرسشنامه سلامت روان نیز ۰/۷۲ بدست آمد. در ایران برای تایید روایی همگرای پرسشنامه نتایج نشان داد که عامل‌های این پرسشنامه با عامل‌های پرسشنامه سلامت روان با مقادیر همبستگی ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ روایی مطلوبی را نشان می‌دهد و پایایی پرسشنامه نیز به روش بازآزمون با فاصله سه هفته بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ بدست آمد (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده-مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس بالاتر از ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس بازخورد نسبت به بیماری[4] (IAS): این مقیاس توسط کلنر[5] در سال ۱۹۸۷ در قالب ۲۸ گویه ساخته شده است و براساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود (۰ = هرگز، ۱ = به ندرت، ۲ = گاهی اوقات، ۳ = اغلب اوقات و ۴ = همیشه). این مقیاس نگرانی در مورد بیماری، نگرانی درباره درد، عادات سلامت، باورهای خودبیمارپندارانه، هراس از مرگ، هراس از بیماری، اشتغال ذهنی در مورد بدن، تجربه‌های درمانی و آثار نشانه‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. در پژوهش کلنر (۱۹۸۷) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است. در ایران پرسشنامه توسط عطری فرد و شعیری (۲۰۰۶) مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ بدست آمد. در ایران در پژوهش عطری‌فرد و همکاران (۱۳۸۵) ضریب بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز برای عامل‌های مقیاس با مقدار بیشتر از ۰/۶۸ معنادار بود و مقدار آلفای کرونباخ نیز بالاتر از ۰/۷۱ بدست آمد و در تایید روایی

1 Garver & Mentzer
2 anxiety, depression and Stress Scale–21 (DASS-21)
3 . Lovibond & Lovibond
4 . Illness Attitude Scale (IAS)
5 . Kellner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

سازه مقیاس نیز نتایج نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های این مقیاس با خرده مقیاس‌های خودبیمارپنداری، نشانه‌های بدنی و شکایات جسمانی همبستگی معناداری با مقدار بالاتر از ۰/۲۳ وجود دارد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه والدگری آلاباما[1] (APQ): پرسشنامه فرزندپروری ۴۲ سؤالی توسط شلتون[2] و همکاران (۱۹۹۶) برای سنجش شیوه‌های فرزندپروری والدین ساخته شده است. پاسخگویی به پرسشنامه در یک طیف لیکرت از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ ارزیابی می‌شود. پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس مشارکت، والدگری مثبت، نظارت ضعیف، انضباط ناپایدار و تنبیه بدنی است. پایایی پرسشنامه توسط شلتون و همکاران (۱۹۹۶) از طریق بازآزمایی در فاصله زمانی ۳ هفته ۰/۶۵ گزارش شده و روایی ملاکی آن با پرسشنامه‌های والدگری بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ بدست آمده است. در پژوهش نظری و همکاران (۱۳۹۴) مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ بدست آمد و روایی محتوایی گویه‌های و کل پرسشنامه بالاتر ۰/۸۶ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بالاتر از بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ بدست آمد.

یافته ها

از ۲۲۰ والد مادر و فرزند نوجوان شرکت کننده در پژوهش ۱۱۹ نفر از فرزندان نوجوان (۵۳/۸۰ درصد) دختر و ۱۰۱ کودک (۴۶/۲۰ درصد) پسر بودند. همچنین ۱۱۸ نفر (۵۳/۸۰ درصد) از مادران این نوجوانان تحصیلات کاردانی و یا کارشناسی داشتند و فقط ۴ نفر (۱/۷۰ درصد) از آنها تحصیلات دکتری و ۱۱ نفر (۴/۲۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. همچنین ۸۷ نفر (۳۵/۸۰ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. از این مادران ۴۳ نفر (۲۳/۸۰ درصد) شاغل و ۱۷۷ نفر (۷۶/۲۰ درصد) خانه‌دار بودند. در نهایت میانگین و انحراف معیار سن فرزندان نوجوان شرکت کننده در پژوهش به ترتیب ۱۶/۸۷ و ۲/۶۹ و مادران نیز به ترتیب ۴۷/۶۴ و ۵/۹۱ بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی به همراه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها

	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
شیوه‌های والدگری	مشارکت	۱					
	والدگری مثبت	۰/۳۸**	۱				
	نظارت ضعیف	-۰/۳۹**	-۰/۳۷**	۱			
	انضباط ناپایدار	-۰/۲۳**	-۰/۲۰**	۰/۵۶**	۱		
	تنبیه بدنی	-۰/۴۹**	-۰/۲۷**	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۱	
	باورهای سلامت	-۰/۱۸**	-۰/۲۲**	۰/۵۳**	۰/۵۶**	۰/۲۰**	۱
	پریشانی روان شناختی	-۰/۲۷**	-۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۱۱	۰/۳۳**
	میانگین	۲۶/۶۹	۱۶/۵۸	۲۳/۰۴	۱۶/۷۰	۸/۱۱	۵۷/۵۸
	انحراف معیار	۱۰/۰۱	۵/۴۷	۶/۷۲	۴/۹۵	۲/۲۴	۶/۰۹
	کجی	۰/۶۳	۰/۶۵	۰/۲۱	۰/۰۲	-۰/۴۹	-۰/۱۳
	کشیدکی	-۰/۶۲	-۰/۶۲	-۰/۳۳	-۰/۲۱	-۰/۳۴	۰/۳۲

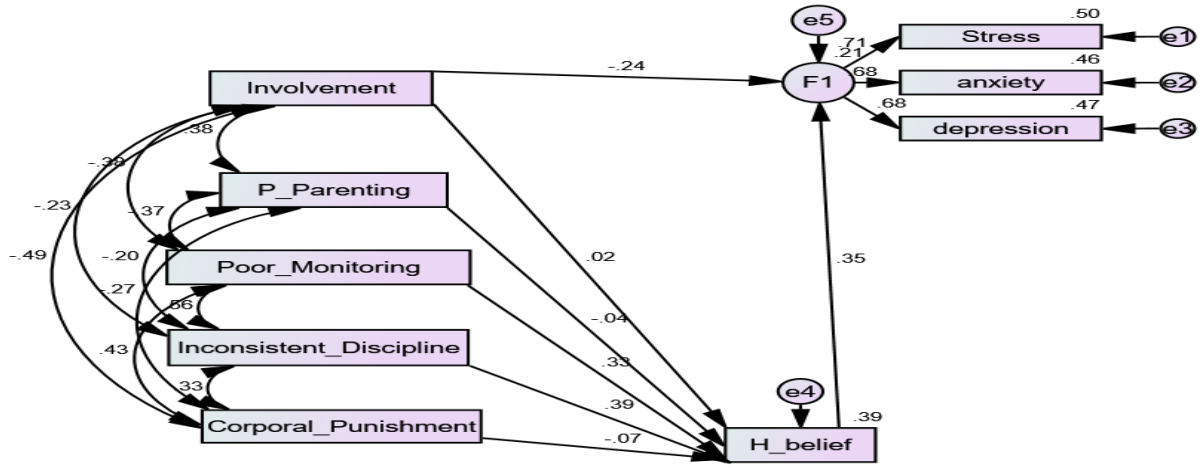
**P<۰/۰۱ و *P<۰/۰۵

نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان داد که پریشانی روان شناختی با باورهای سلامت، انضباط ناپایدار و نظارت ضعیف رابطه مثبت و معنادار (P<۰/۰۱) و با مشارکت و والدگری مثبت رابطه منفی و معنادار دارد (P<۰/۰۱). همچنین باورهای سلامت با مشارکت و والدگری مثبت رابطه منفی و با نظارت ضعیف، انضباط ناپایدار و تنبیه بدنی رابطه مثبت و معناداری را نشان داد (P<۰/۰۱).

1 Alabama parenting questionnaire (APQ)
2 Shelton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی بدست آمده برای متغیرهای پژوهش در جدول ۱ همگی در محدوده ۱+ تا ۱- قرار دارند، بنابراین شکل توزیع متغیرها در شرایط تقریبا نرمالی قرار دارند. علاوه بر مقادیر گزارش شده در جدول ۱، مقادیر آماره تحمل برای متغیرها بیشتر از ۰/۴۰ و همچنین مقادیر آماره VIF کم‌تر از ۱۰ بود، بنابراین هم خطی میان متغیرهای پیش بین پژوهش نگران کننده نبود. همچنین مقدار بدست آمده برای آزمون دوربین واتسون برابر با ۱/۹۴ بود و بین مقدار مناسب ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشتت، بنابراین می‌توان گفت که فرض استقلال مقادیر خطا نیز از یکدیگر رعایت شده است. در شکل ۱ مدل برازش شده پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱. نگاره مدل برازش شده پژوهش در حالت استاندارد

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به صورت بررسی نقش میانجی باورهای سلامت (H_belief) در رابطه میان شیوه‌های والدگری (مشارکت = Involvement، والدگری مثبت = P_Parenting، نظارت ضعیف = Poor_Monitoring، انضباط ناپایدار = Inconsistent_Discipline و تنبیه بدنی = Corporal_Punishment) و پریشانی روان شناختی (استرس = Stress، اضطراب = anxiety و افسردگی= depression) در محیط نرم‌افزار AMOS به همراه ضرایب مسیر آن رائه شده است. در این مدل باورهای سلامت نقش متغیر میانجی، خرده مقیاس‌های شیوه‌های والدگری نقش متغیر برون‌زا (مستقل) و متغیر پریشانی روان شناختی نیز نقش متغیر درون‌زا (وابسته) را دارد لازم به ذکر است که اثرات مستقیم خرده مقیاس‌های شیوه‌های والدگری (به غیر از مشارکت) بر پریشانی روان شناختی به دلیل عدم معناداری جهت بهبود شاخص‌های برازندگی از مدل کنار گذاشته شده‌اند. در جدول ۲ معناداری ضریب مسیرهای مستقیم مدل ارائه شده پژوهش بررسی شده است.

جدول ۲. نتایج اثرات مستقیم مدل پژوهش

مسیر	اندازه اثر غیر استاندارد	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار تی	P
اثر مستقیم مشارکت بر پریشانی روان شناختی	-۰/۰۴	-۰/۲۴	-۰/۳۹	-۰/۱۳	-۳/۲۱	۰/۰۰۹
اثر مستقیم مشارکت بر باورهای سلامت	۰/۰۱	۰/۰۲	-۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۲۸	۰/۷۷
اثر مستقیم والدگری مثبت بر باورهای سلامت	-۰/۰۵	-۰/۰۴	-۰/۱۴	۰/۰۵	-۰/۷۲	۰/۵۴
اثر مستقیم نظارت ضعیف بر باورهای سلامت	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۲۲	۰/۴۴	۴/۷۲	۰/۰۰۹
اثر مستقیم انضباط ناپایدار بر باورهای سلامت	۰/۴۸	۰/۳۹	۰/۲۹	۰/۴۹	۶/۰۸	۰/۰۰۹
اثر مستقیم تنبیه بدنی بر باورهای سلامت	-۰/۱۹	-۰/۰۷	-۰/۱۸	۰/۰۴	-۱/۰۸	۰/۳۱
اثر مستقیم باورهای سلامت بر پریشانی روان شناختی	۰/۰۸	۰/۳۴	۰/۲۳	۰/۴۶	۴/۳۷	۰/۰۰۹

نتایج بدست آمده از جدول ۲ نشان داد که شیوه والدگری مشارکت و باورهای سلامت به ترتیب با اندازه اثرهای ۰/۲۴- (P=۰/۰۰۹) و ۰/۳۴ (P=۰/۰۰۹) اثر مستقیم معناداری بر پریشانی روان شناختی دارند و نظارت ضعیف و انضباط ناپایدار نیز به ترتیب با اندازه‌های اثر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

۰/۳۳ (P=۰/۰۰۹) و ۰/۳۹ (P=۰/۰۰۹) اثر مستقیم معناداری بر باورهای سلامت دارند، ولی اثر مستقیم مشارکت، والدگری مثبت و تنبیه بدنی به ترتیب با اندازه اثرهای استاندارد ۰/۰۲، ۰/۰۴- و ۰/۰۷- بر باورهای سلامت معنادار نبود (P>۰/۰۵).

جدول ۳. نتایج آزمون بوت استراپ جهت بررسی نقش میانجی باورهای سلامت در رابطه شیوه‌های والدگری و پریشانی روان شناختی

مسیر		اندازه اثر استاندارد	غیر	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	P
شیوه	مشارکت_باورهای سلامت _ پریشانی روان شناختی	۰/۰۰۱		-۰/۱۶	-۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۷۹
والدگری	والدگری مثبت_باورهای سلامت _ پریشانی روان شناختی	-۰/۰۰۴		-۰/۰۲	-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۴۶
	نظارت ضعیف_باورهای سلامت _ پریشانی روان شناختی	۰/۰۲		۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۰۱
	انضباط ناپایدار_باورهای سلامت _ پریشانی روان شناختی	۰/۰۴		۰/۱۴	۰/۰۹	۰/۲۰	۰/۰۰۵
	تنبیه بدنی_باورهای سلامت _ پریشانی روان شناختی	-۰/۰۲		-۰/۰۲	-۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۰

نتایج بدست آمده از آزمون بوت استراپ در جدول ۳ نشان داد که نظارت ضعیف و انضباط ناپایدار به ترتیب با اندازه اثر استانداردہ شده ۰/۱۲ (P=۰/۰۱) و ۰/۱۴ (P=۰/۰۰۵) اثر غیر مستقیم معناداری بر پریشانی روان شناختی دارند، اما مشارکت، والدگری مثبت و تنبیه بدنی اثرغیرمستقیم معناداری نشان ندادند (P<۰/۰۵). در جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص	χ^2/df	RMSEA	NFI	IFI	CFI	GFI	AGFI
ملاک برازش	٭ ≥۳	٭ ≥۰/۱۰	٭≤۰/۹۰	٭≤۰/۹۰	٭≤۰/۹۰	٭≤۰/۹۰	٭≤۰/۹۰
آمارۀ پژوهش حاضر	۱/۵۶	۰/۰۵	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۳

برای برازندگی مدل هر مقدار شاخص برازندگی تقسیم χ^2 بر درجه آزادی کوچکتر از ۳ باشد، برازندگی مدل بهتر است. مقدار بدست آمده در پژوهش حاضر ۱/۵۶ بود که حاکی از برازش تقریبی مدل بود. همچنین به طور کلی هرچه مقدار IFI، CFI، GFI و AGFI به یک نزدیکر باشد و برابر و یا بالاتر از ۰/۹۰ باشد، حاکی از برازش مطلوب مدل دارد. با توجه به اینکه مقادیر بدست آمده برای چهار شاخص ذکر شده به در پژوهش حاضر بالاتر از۰/۹۰ بوده، بنابراین بر اساس این شاخص‌ها مدل پژوهش برازش مطلوبی دارد. برای شاخص RAMSEA نیز مقدار ۰/۰۶ و کمتر از آن بیانگر برازش بسیار مطلوب است که برای مدل پژوهش حاضر برابر با ۰/۰۵ بود. به طور کلی نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار بدست آمده برای شاخص‌های برازش در سطح بسیار مطلوبی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که از میان شیوه‌های والدگری شیوه مشارکت بر پریشانی روان شناختی فرزندان نوجوان اثر مستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های گواگوسس و همکاران (۲۰۲۳)، اورتگا (۲۰۲۳)، میلرز و همکاران (۲۰۲۳)، نوران و آزادی (۱۴۰۲) و محمدی مصیری و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت، مشارکت و درگیر شدن والدین به معنای داشتن حساسیت کافی والدین نسبت به فرزند و همراه شدن با آنها در برخی از فعالیت‌ها و یا راهنمایی کردن آنها در مواقع مورد نیاز است (اورتگا و همکاران۲۰۲۳). بر همین اساس می‌توان این احتمال را داد که مشارکت والدین به مثابه یک عامل محافظت کننده، احتمالا بتواند در مواقع استرس‌زا و تنش‌زا از فرزندان حمایت کرده و از آنها در قبال بروز پریشانی روان شناختی محافظت نماید. به عبارتی دیگر مشارکت و همراهی والدین احتمالا به نوجوان کمک خواهد کرد تا با آسیب و فشار روانی و هیجانی کمتری بر تکالیف و موقعیت‌های دشوار روزمره خود فائق آیند. این امر از آن جهت مهم است که طبق نظریه سیستم‌های خانواده، پریشانی روان شناختی فرزندان در خیلی از مواقع نشانه‌ای از بدکارکردی والدین و شیوه‌های تعاملی آنها با فرزندان است (برنج و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین پریشانی روان شناختی احتمالا پاسخی به کاهش مشارکت و همراهی والدین است که توسط نوجوانان نشان داده می‌شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

نتایج بدست آمده نشان داد که باورهای سلامت اثر مستقیم معناداری بر پریشانی روان شناختی دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های میلمن و همکاران (۲۰۲۰) هفویتگ و همکاران (۲۰۲۰)، ذوالفقاری و الهی (۱۳۹۹) و نوران و آزادی (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که باورهای سلامت نشان دهنده سیستم اعتقادی و شناختی نوجوانان در قبال آسیب‌پذیری در برابر بیمارها و رویدادهای تهدید کننده است (هایگ-فرگوسن و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که هر چه میزان این آسیب‌پذیری و تهدید در این سیستم باورها بیشتر باشد، احتمال ادراک پریشانی روان شناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر می‌گردد. به عبارتی دیگر زمانی که باورها و شناخت‌های نوجوانان حاوی پیام‌هایی مانند آسیب‌پذیری در برابر بیماری و عواقب منفی و مخرب آن است، احتمال تجربه پریشانی هیجانی و بروز نشانه‌هایی مانند اضطراب، استرس و افسردگی نیز بیشتر می‌گردد. به نظر می‌رسد که هر چه نظام باورهای فرد در مورد سلامتی منفی باشد، احتمال تجربه پریشانی روان شناختی در مواقع روبرو شدن با موقعیت‌های استرس‌زا و همینطور بیماری افزایش می‌یابد (میلمن و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین مطابق با دیدگاه‌های شناختی می‌توان این استدلال را مطرح کرد که شناخت‌های معیوب و منفی در قالب باورهای سلامت، احتمالا واکنش‌پذیری هیجانی و پریشانی روان شناختی را در نوجوانان افزایش می‌دهد.

نتایج بدست آمده نشان داد که شیوه‌های والدگری نظارت ضعیف و انضباط ناپایدار بر پریشانی روان شناختی فرزندان با میانجی‌گری باورهای سلامت اثرغیرمستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های گواگوسس و همکاران (۲۰۲۳)، اورتگا (۲۰۲۳)، میلرز و همکاران (۲۰۲۳)، میلمن و همکاران (۲۰۲۰)، هفویتگ و همکاران (۲۰۲۰)، ذوالفقاری و الهی (۱۳۹۹) و نوران و آزادی (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که نظارت ضعیف در والدگری بیانگر غافل شدن از فرزند و عدم کمک و همراهی فرزند در مقابله با شرایط چالش‌برانگیز نظیر بیماری و همینطور اصلاح رویه‌های اشتباه است (میلرز و همکاران، ۲۰۲۳). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که نظارت ضعیف بر فرزندان احتمالا با افزایش رفتارها و شناخت‌های اشتباه در مورد خود و دیگران می‌شود. به طور خاص در مورد باورهای سلامت شناخت‌ها معیوب می‌تواند بودن اصلاح شدن منجر به افزایش تنش و پریشانی هیجان در قالب نشانه‌هایی همچون اضطراب، استرس و افسردگی گردد. انضباط ناپایدار نیز بیانگر رویه‌های مبهم و آشفته در تربیت فرزند است که می‌تواند به توانایی کنترلگری و مدیریت فرزندان آسیب برساند (لورنس و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارتی عدم رویه ثابت و منظم باعث می‌شود که فرزند نتواند رابطه علت و معلولی بین رفتار خود و پاسخ‌های محیطی برقرار کند، در نتیجه این احتمال وجود دارد که شناخت‌های معیوبی در زمینه‌های مانند سلامتی پرورش دهد که بیانگر ضعف و ناتوانی خود است. بر همین اساس این شناخت‌ها و باورهای منفی و مبتنی بر آسیب‌پذیری خود و ناتوانی در مقابله با شرایط چالش‌برانگیز احتمالا منجر به افزایش پریشانی روان شناختی نظیر اضطراب، استرس و افسردگی می‌گردد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که شیوه والدگری مشارکت و باورهای سلامت اثر مستقیمی بر پریشانی روان شناختی فرزندان نوجوان دارد و شیوه‌های والدگرینظارت ضعیف و انضباط ناپایدار نیز با میانجی‌گری باورهای سلامت بر پریشانی روان شناختی فرزندان نوجوان دارد. این درحالی بود که فرزندپروری مثبت و تنبیه بدنی فاقد اثر معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر پریشانی روان شناختی بود. این نتایج نشان می‌دهد که شیوه‌های والدگری انضباط ناپایدار و نظارت ضعیف والدین بر پریشانی روان شناختی فرزندان دارد که شاید در ارزیابی‌ها اولیه چندان مشخص نباشد و به واسطه مکانیزم‌هایی نظیر باورهای سلامت فرزندان اثر می‌گذارد. بنابراین نیاز است که متخصصان روان‌شناسی این حوزه به نقش شیوه‌های والدگری نظارت و انضباط با تاکید بر اهمیت باورهای سلامت در پریشانی روان شناختی فرزندان نوجوان توجه نمایند. این نتایج نشان می‌دهد که متخصصان روان‌شناسی در بررسی و درمان پریشانی روان شناختی نوجوانان باید به نقش باورهای سلامت با توجه به شیوه‌های والدگری توجه کنند. همچنین مراکز درمان مشکلات هیجانی نوجوانان می‌توانند از نتایج بدست آمده برای ارزیابی و آموزش روان‌شناختی به والدین و نوجوانان دچار مشکلات هیجانی استفاده نمایند.

با توجه به اینکه پرسشنامه شیوه‌های والدگری پژوهش توسط مادران جواب داده می‌شد، بنابراین این احتمال وجود دارد که برداشت مادران از فرزند متاثر از سوگیری‌های شخصی شده باشد. این مورد تا حدودی اعتبار نتایج بدست آمده را با محدودیت روبرو می‌کند. همچنین نتایج بدست آمده محدود به نوجوانان با بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال است و قابل تعمیم به دیگر گروه‌های سنی صورت گرفت. عدم مشارکت پدران در پژوهش یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. در نهایت استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و عدم استفاده از نمونه-گیری تصادفی را می‌توان مهم‌ترین محدودیت پژوهش تلقی کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی گروه‌های سنی دیگری از فرزندان نیز مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پدران نیز در پژوهش شرکت داده شوند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

منابع

ذوالفقاری، آ. و الهی، ط. (۱۳۹۹). سطح اضطراب کودکان در ارتباط با میزان آگاهی و نگرش آنها از بیماری کرونا بر اساس مدل باور سلامتی و میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران. *روان‌شناسی سلامت*، ۱۴ (۱)، ۵۵-۴۰. 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7

زارعی پور، م؛ زارعی پور، ق؛ علی‌نژاد، م؛ محرمی، ف. و عبدالکریمی، م. (۱۳۹۸). بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن با موفقیت تحصیلی در نوجوانان شهرستان سلماس. *مجله پرستاری کودکان*، ۵ (۳)، ۴۲-۳۷. http://jpen.ir/article-۱-۳۳۶-fa.html

سامانی، س، و جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی, اضطراب و فشار روانی. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۶. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.07.027.

عطری فرد، م؛ شعیری، م. و اصغری مقدم، م. (۱۳۸۵). ساخت عاملی و ویژگی های روان سنجی «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری» (IAS) در نمونه های ایرانی. *دانشور رفتار*، ۱۳(۱۶)، ۵۷-۷۰. https://doi.org/10.1038/npp.2015.247.

محمدی مصیری، ف؛ طهماسبی، خ؛ نوروزی مصیر، ا. و آقایی، س. (۱۳۹۳). *کیفیت رابطه با والدین و عواطف مثبت و منفی: نقش تعدیل کننده باورهای اساس*. اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده: اهواز.

ملکی کامبخش، س؛ مسعودی، ر؛ باقری شیروان، س. و بابازاده، ص. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین اضطراب، افسردگی و استرس (پرسشنامه استاندارد۲۱-DASS) با شاخص های پوسیدگی و پریودنتال در نوجوانان ۱۵ ساله ساکن شهر بندرعباس در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶. *مجله دانشکده دندان پزشکس مشهد*، ۴۵(۴)، ۴۱۵-۴۰۵. 10.22038/jmds.2021.54726.2010

نوران, م , .آزادی, م. (۱۴۰۲). رابطه باورهای وسواسی والدین و اضطراب اجتماعی در فرزندان با واسطه تنظیم هیجان در دانشجویان دختر. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*, ۱۳(۵۰), ۳۷-۶۸. doi: 10.22054/jcps.2023.16446

Blakemore, S. J. (2019). Adolescence and mental health. *The lancet*, *393*(10185), 2030-2031. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X

Branje, S., Geeraerts, S., de Zeeuw, E. L., Oerlemans, A. M., Koopman-Verhoeff, M. E., Schulz, S., & Boomsma, D. I. (2020). Intergenerational transmission: Theoretical and methodological issues and an introduction to four Dutch cohorts. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *45*, 100835. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100835

Chen, I. H., Chen, C. Y., Liao, X. L., Chen, X. M., Zheng, X., Tsai, Y. C., & Pakpour, A. H. (2023). Psychometric properties of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) among different Chinese populations: a cross-sectional and longitudinal analysis. *Acta Psychologica*, *240*, 104042. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104042

Chojnowska, S., Ptaszyńska-Sarosiek, I., Kępka, A., Knaś, M., & Waszkiewicz, N. (2021). Salivary biomarkers of stress, anxiety and depression. *Journal of clinical medicine*, *10*(3), 517. https://doi.org/10.3390/jcm10030517

Clayborne, Z. M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K. M., & Colman, I. (2021). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(4), 619-638. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z.

El Tantawi, M., Aly, N. M., Atteya, S., Abdellatif, E., & Yassin, R. (2022). Parenting practices and oral health behaviors of children in rural Egypt: gender differences in a household survey. *BMC Oral Health*, *22*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12903-022-02054-z.

Gershfeld-Litvin, A., Hertz-Palmor, N., Shtilerman, A., Rapaport, S., Gothelf, D., & Weisman, H. (2022). The development of somatic symptom disorder in children: psychological characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *63*(4), 324-333. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.10.008

Goagoses, N., Bolz, T., Eilts, J., Schipper, N., Schuetz, J., Rademacher, A., & Koglin, U. (2023). Parenting dimensions/styles and emotion dysregulation in childhood and adolescence: a systematic review and Meta-analysis. *Current Psychology*, *42*(22), 18798-18822. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03037-7.

Hadjicharalambous, D. (2021). Examining the influence of father's and mother's characteristics in positive and negative parenting practices. *International Journal of Social Science and Human Research*, *4*(01), 23-36. https://doi.org/10.37745/bjmas.2022.0067

Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. E., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *49*(2), 129-143. https://doi.org/10.1017/S1352465820000636

Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2021). Assessing parenting practices through parent-report and direct observation during parent-training. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 554-567. https://doi.org/10.1007/s10826-006-9029-x.

Hoying, J., Melnyk, B. M., Hutson, E., & Tan, A. (2020). Prevalence and correlates of depression, anxiety, stress, healthy beliefs, and lifestyle behaviors in first-year graduate health sciences students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *17*(1), 49-59. https://doi.org/10.1111/wvn.12415

Huang, X., Dai, S., & Xu, H. (2020). Predicting tourists' health risk preventative behaviour and travelling satisfaction in Tibet: Combining the theory of planned behaviour and health belief model. *Tourism Management Perspectives*, *33*, 100589. https://doi.org/10.1016/j.tmp.2019.100589

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the illness attitude scales*. University of New Mexico, Department of Psychiatry, School of Medicine.

Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting styles: A closer look at a well-known concept. *Journal of child and family studies*, *28*(1), 168-181. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x.

LaMontagne, L. G., Diehl, D. C., Doty, J. L., & Smith, S. (2023). The mediation of family context and youth depressive symptoms by adolescent emotion regulation. *Youth & Society*, *55*(3), 552-580. https://doi.org/10.1177/0044118X211067266

Lorence, B., Hidalgo, V., Pérez-Padilla, J., & Menéndez, S. (2019). The role of parenting styles on behavior problem profiles of adolescents. *International journal of environmental research and public health*, *16*(15), 2767. https://doi.org/10.3390/ijerph16152767

Milman, E., Lee, S. A., Neimeyer, R. A., Mathis, A. A., & Jobe, M. C. (2020). Modeling pandemic depression and anxiety: The mediational role of core beliefs and meaning making. *Journal of affective disorders reports*, *2*, 100023. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100023

Miralles, P., Godoy, C., & Hidalgo, M. D. (2023). Long-term emotional consequences of parental alienation exposure in children of divorced parents: A systematic review. *Current Psychology*, *42*(14), 12055-12069. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02537-2.

Morabito, G., Barbi, E., Ghirardo, S., Bramuzzo, M., Conversano, E., Ventura, A., & Cozzi, G. (2021). Mental health problems in children admitted with physical symptoms. *European Journal of Pediatrics*, 180(5), 1611-1615. https://doi.org/10.1007/s00431-021-03938-y.

Nandhini, N., Aswini, R. V., & Naaraayan, S. A. (2023). The Prevalence of Stress, Anxiety and Depression Among School Going Adolescents Following Covid Pandemic. *Journal of Indian Association for Child and*, *19*(4), 355. 10.1177/09731342231208822.

Ortega, B., Mateo, A., Jimeno, M. V., & Ricarte, J. J. (2023). Age and gender differences in perceived parenting styles and emotional outcomes in early adolescents. *Journal of Family Issues*, *44*(2), 498-514. https://doi.org/10.1177/0192513X211051391

Rumetta, J., Abdul-Hadi, H., & Lee, Y. K. (2020). A qualitative study on parents' reasons and recommendations for childhood vaccination refusal in Malaysia. *Journal of infection and public health*, *13*(2), 199-203. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.07.027

Woods, S. B. (2020). Somatization and Disease Exacerbation in Childhood: Systemic Theory, Research, and Practice. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, *2*, 321-341. https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch46

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]