

March -April 2020, Volume 9, Issue 2

## Comparison of General Health and Eating Disorders in Daughters of Formal Divorce, Emotional Divorce and Normal Counterparts

Zahra Madadi Taemeh<sup>1</sup>, \*Tahmoores Aghajani<sup>2</sup>, Afshin Salahian<sup>3</sup>

1- MA in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahre Ghods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

**E-mail:** aghajani@stu.iau.ir

3- Assisnat Professor, Department of Psychology, Payame- Noor university, Tehran, Iran.

Received: 7 July 2019

Accepted: 26 December 2019

### Abstract

**Introduction:** Divorce and separation from parents can cause many problems, including impaired family functioning. The purpose of the present study was to compare the general health and eating disorders in the offspring of girls of formal divorce, emotional divorce and normal counterparts.

**Methods:** This study was a descriptive-comparative study. The statistical population of the study consisted of all students of first and second grade high school girl students in Tehran in the academic year of 1396-1977 among whom 209 were selected through cluster sampling and were divided into three groups of children of emotional divorce families (50 persons) and formal divorce (N=53) and normal families (n=106). Data were collected using the "General Health Questionnaire", "The Eating Disorder Inventory" (EDI). Content validity and Cronbach's alpha of instruments were measured. Data were analyzed by SPSS. 22.

**Results:** The mean score of the general health questionnaire in the three groups was 33.4, 30.4 and 27.6, respectively. The mean score of total eating disorder in the three groups was 71.1, 66.5 and 56, respectively, which is higher for girls with parents with emotional divorces.

**Conclusions:** The group of girls with divorced parents has less general health. Eating disorder is more common in the group of girls with parents with emotional divorces. Therefore, it is suggested that health professionals act in a timely manner after divorce to prevent the health and behavioral problems of their children.

**Keywords:** General health, Eating disorder, Emotional divorce, Formal divorce.

## مقایسه سلامت عمومی و اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده‌های طلاق رسمی، طلاق عاطفی و هم‌تایان عادی

زهره مددی طائمه<sup>۱</sup>، \*طهمورث آفاجانی<sup>۲</sup>، افشین صلاحیان<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.  
 ۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهر قدس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
 ایمیل: aghajani@stu.iau.ir  
 ۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** طلاق و جدایی والدین زمینه ساز مشکلات عدیده‌ای است که از جمله آن‌ها اختلال در کارکردهای خانواده می‌باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت عمومی و اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده‌های طلاق رسمی، طلاق عاطفی و هم‌تایان عادی است.

**روش کار:** مطالعه حاضر توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که از میان آن‌ها ۲۰۹ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و در سه گروه فرزندان خانواده‌های طلاق عاطفی (۵۰ نفر)، خانواده‌های طلاق رسمی (۵۳ نفر) و خانواده‌های عادی (۱۰۶ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire)، "سیاهه اختلال خوردن" (The Eating Disorder Inventory-EDI) جمع‌آوری شد. روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ ابزارها اندازه‌گیری شد. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم افزار اسپس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل "پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه به ترتیب برابر ۳۳/۴، ۳۰/۴ و ۲۷/۶ است که نشان می‌دهد فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. میانگین نمره کل اختلال خوردن در سه گروه به ترتیب برابر ۷۱/۱، ۶۶/۵ و ۵۶ است که فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی بیشتر است.

**نتیجه‌گیری:** فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. اختلال خوردن در فرزندان دختر با والدین طلاق عاطفی بیشتر است. لذا پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت با اقدام به موقع پس از طلاق از مشکلات سلامتی و رفتاری فرزندان طلاق پیشگیری نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت عمومی، اختلال خوردن، طلاق عاطفی، طلاق.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

خانواده مهمترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی بوده و از نظر تکوین شخصیت و پرورش آن در فرزندان و از نظر سازگاری بعدی فرد با جامعه دارای آثار وسیعی است. بسیاری از جامعه‌شناسان و روانشناسان اعتقاد دارند که ریشه بسیاری از انحرافات شخصیت را باید در پرورش نخستین جستجو کرد؛ چرا که اگر منشاء بسیاری از کج

رفتاری‌ها و انواع گوناگون بیماری‌های روانی بررسی گردد، نقش پرورش خانواده در کیفیت رشد شخصیت آشکار می‌شود (۱). با توجه به اینکه ساختار و عملکرد خانواده به عنوان نخستین و پایدارترین عامل تأثیر گذار بر رشد روانی فرزندان خانواده است، روشن است که طلاق به عنوان یک پدیده مهم می‌تواند با ایجاد تغییرات بسیار در عملکرد سالم خانواده، ساختار آن و نقش ارزنده آن در

اجتماعی و افسردگی زیادی را گزارش کرده‌اند (۱۴). در مطالعه‌ای نیز Brittany و همکاران (۱۵) دریافتند که از دست دادن کنترل خوردن می‌تواند ناشی از اختلالات خلقی از جمله افسردگی باشد که باعث افزایش اختلالات خوردن و افزایش وزن شود.

با توجه به روند افزایشی طلاق عاطفی و طلاق حقوقی در دادگاه‌های امروز، تاکنون پژوهشی در رابطه با رابطه طلاق رسمی و عاطفی با اختلال خوردن فرزندان صورت نگرفته است. پرداختن به رابطه این نوع از طلاق‌ها با سلامت عمومی و اختلال خوردن فرزندان، علاوه بر پر کردن خلأ پژوهشی در این زمینه می‌تواند باعث افزایش توجه به این مشکلات باشد. لذا هدف این مطالعه تعیین مقایسه‌ای سلامت عمومی و اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده‌های طلاق عاطفی، طلاق حقوقی و هم‌تایان عادی بود.

## روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه‌ها، با مراجعه به اداره آموزش و پرورش کل شهر تهران، مسئول اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران با توجه به در دسترس بودن و امکان همکاری چهار منطقه آموزش و پرورش را انتخاب کردند. منطقه یک در شمال تهران، منطقه شش مرکز، مناطق چهار و هشت در شرق تهران انتخاب شدند. سپس با مراجعه به اداره آموزش و پرورش مناطق ذکر شده، چند مدرسه که امکان همکاری بیشتر داشتند (نمونه‌گیری در دسترس) انتخاب شدند. از هر منطقه آموزش و پرورش، چهار مدرسه معرفی شدند (جمعاً ۱۶ مدرسه). با توجه به عدم همکاری بعضی از مدارس (از منطقه شش دو مدرسه و منطقه سه یک مدرسه) در کل سه مدرسه حذف شدند و نمونه‌گیری روی سیزده مدرسه انجام شد.

سپس "مقیاس نگرش‌ها به عشق" در تمام مدارس توزیع شد. نمونه‌گیری ادامه یافت تا تعداد ۵۰ نفر طلاق عاطفی به دست آمد که حداقل نمره هشت از مقیاس فوق را داشتند. بدیهی است که در این لیست افرادی که والدین آن‌ها طلاق رسمی گرفته بودند بصورت در دسترس و به

رشد همه جانبه خانواده و به ویژه فرزندان، ابعاد وجودی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۲). طلاق بر همه افراد تأثیر می‌گذارد، با این حال، کسانی که بیشترین تأثیر را می‌پذیرند، بچه‌ها هستند (۳). فرزندان پس از طلاق اغلب با مشکلاتی از جمله روابط ضعیف همسری، عدم تعهد در روابط شخصی، شکست تحصیلی، خودکشی، وابستگی به مواد مخدر و فعالیت جنایی روبه‌رو می‌شوند که اثرات منفی بسیاری را بر سلامت افراد برجای می‌گذارد (۴). سلامت روان به بهزیستی روانشناختی و هیجانی اشاره دارد (۵). به بیانی، به نحوه‌ای که فرد فکر می‌کند، احساس می‌کند و رفتار می‌کند، اشاره دارد. سلامت روان می‌تواند زندگی روزمره، روابط، توانایی لذت بردن از زندگی و حتی سلامت جسمانی را تحت تأثیر قرار دهد (۶). سلامت روان بالاتر از عدم اختلال روانی است و همچنین نیازمند سلامت جسمی هم می‌باشد. با لحاظ تفاوت‌های فرهنگی تعاریف متفاوتی از سلامت وجود دارد (۷). همراستای با وجود مشکلات در سلامت، نتایج مطالعات نشان دهنده آن هستند که میانگین اضطراب و مشکلات خوردن در فرزندان طلاق به طور معنی‌داری بیشتر از فرزندان غیرطلاق بوده است (۸).

اختلال خوردن اشاره به یک اختلال مداوم و شدید عادت‌های غذایی دارد که منجر به اختلال در سلامت جسمی و عملکرد روانی و اجتماعی می‌شود (۹). بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی بهترین مشخصه‌های اختلالات خوردن هستند (۹). میزان شیوع بی‌اشتهایی در بین دختران ۱۵ تا ۱۹ ساله ۴۸ درصد است و در دختران ۹ تا ۱۰ برابر بیشتر از پسران است (۱۰). در حالی که اختلالات خوردن در تمام طول عمر ممکن است رخ دهد، ۱۰،۰۰۰ نوجوانان بین سن ۱۳ تا ۱۸ علائم اختلال خوردن را نشان می‌دهند که غالباً ناشناخته و یا اشتباه تشخیص داده می‌شوند (۱۱). فراوانی بروز پرخوری نسبت به بی‌اشتهایی عصبی بیشتر است و حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد در زنان شیوع دارد (۱۲). پژوهشگران بر نقش خانواده بر اختلالات خوردن در کودکان و نوجوانان تأکید فراوانی دارند. در همین راستا Kaye و همکاران (۱۳) در پژوهشی نشان دادند که بسیاری از نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن دچار افسردگی، افکار وسواسی و همچنین افکار خودکشی هستند. افرادی که از اختلالات خوردن رنج می‌برند، علائم اضطرابی، ناراضی‌جویی جسمانی، ناسازگاری

دو نیم کردن، روش آلفای کرونباخ و باز آزمایشی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ گزارش کردند.

"سیاهه اختلال خوردن" The Eating Disorder (Inventory-EDI)، یک ابزار ۶۴ عبارتی برای ارزیابی ویژگی‌های روانشناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری روانی است که به وسیله Le Grange و همکاران در سال ۱۹۸۳ ساخته شد. این سیاهه می‌تواند به دو مولفه مهم بالینی نگرش‌های خوردن و ویژگی‌های کارکرد مختلف (۱۸) تقسیم شود، و شامل ۸ زیر مقیاس است که شامل: ۱- ناکارآمدی، ۲- ترس‌های بلوغ، ۳- کمال‌گرایی، ۴- بی‌اعتمادی بین فردی، ۵- تمایل به لاغری، ۶- آگاهی درونی، ۷- پرخوری، ۸- ناراضایتی بدنی می‌باشد (۱۹). در این سیاهه آزمودنی باید پاسخ خود را بین یکی از ۶ گزینه درجه‌بندی شده از همیشه تا هرگز انتخاب کنند. روش نمره‌گذاری به این شکل است که به گزینه‌های همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و گزینه گاهی اوقات، به ندرت و هرگز نمره صفر داده شد. تفسیر نمره‌های این سیاهه به این ترتیب است که نمره کمتر بیانگر احتمال آسیب‌پذیری کمتر در مورد اختلال خوردن و نمره‌های بالاتر در این نشان‌دهنده میزان بالاتر آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن است.

در مطالعه شایقین و اگیلورد وفاپی (۲۰) مطالعه ای با نمونه ۴۰۳ نفر از ۱۸ کلاس مقطع دوم متوسطه از دبیرستان‌های دولتی دخترانه شهر تهران اجرا شد. روایی به روش تحلیل عاملی نشان داد که عوامل به دست آمده در مجموع ۴۲/۶۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. پایایی سیاهه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۶ بود. محمودیان دستنایی و همکاران (۲۱) در پژوهشی برای بررسی پایایی "سیاهه اختلال خوردن"، از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده کردند. نتایج نشان داد مؤلفه گرایش به لاغری ۰/۷۴، پرخوری ۰/۸۲ و ناراضایتی از تصویر بدنی ۰/۷۸ است. "مقیاس نگرش‌ها به عشق" (Love Attitudes Scale) به منظور انتخاب افراد دارای طلاق عاطفی توسط Hendrick & Hendrick تهیه شده و دارای ۲۴ گویه می‌باشد (۲۲). نحوه پاسخگویی مقیاس به شکل دو گزینه‌ای به صورت بلی (۱) یا خیر (۰) بوده و پس از جمع کردن پاسخ‌های مثبت چنانچه تعداد آن برابر ۸ و بالاتر باشد، به این معنا است که زندگی زناشویی فرد در معرض جدایی قرار داشته و علائمی از طلاق عاطفی در او مشهود است.

به منظور سنجش شاخص‌های روانسنجی این مقیاس، موسوی و رضازاده (۲۳) طی پژوهشی روایی صوری را با

تعداد ۵۳ نفر و ۱۰۶ کودک هم در گروه همتایان عادی انتخاب شدند (در کل ۲۰۹ نفر).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: والدین از نظر جسمی و روانی سالم و در قید حیات بودند. بعلاوه، دانش آموزان با مادر زندگی می‌کردند دانش آموزانی که والدینشان ۲-۳ سال از طلاق رسمی می‌گذرد، و برای طلاق عاطفی هم کسب نمره هشت از "مقیاس نگرش‌ها به عشق" توسط والدین بود.

جمع آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های زیر انجام شد.

"پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg & Hillier تدوین شد. پرسشنامه ۲۸ عبارتی در برگیرنده ۴ خرده مقیاس شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است که هر کدام از آنها دارای ۷ عبارت است. عبارت‌های هر خرده مقیاس به ترتیب پشت سرهم آمده است، به نحوی که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، عبارت ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده مقیاس افسردگی است. تمام عبارت‌های پرسشنامه دارای ۴ گزینه است که براساس این شیوه نمره‌گذاری، هریک از عبارت‌ها ۴ درجه‌ای به صورت (صفر، ۱، ۲، ۳) است و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود، یعنی حداقل نمره صفر و حداکثر ۸۴ می‌باشد. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد (۱۶). در تقووی و همکاران (۱۷). برای مطالعه روایی پرسشنامه از سه روش همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عاملی استفاده شد. روایی همزمان "پرسشنامه سلامت عمومی" از طریق اجرای همزمان با "پرسشنامه بیمارستان میدلسکس" (Middlesex Hospital Questionnaire) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل را تبیین می‌نمودند. بعلاوه، بررسی نمونه دانشجویی (۱۶۷ نفر) پایایی این پرسشنامه را از طریق

برای جمع آوری داده ها، بعد از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین مربوطه، با برنامه ریزی از قبل تعیین شده به مراکز مشخص مراجعه و پس از ذکر توضیحاتی در مورد هدف از انجام پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه ها و برقراری رابطه دوستانه با آزمودنی ها پرسشنامه ها بین دانش آموزان توزیع گردید و از آن ها خواسته شد که با دقت و حوصله به پاسخگویی بپردازند. "پرسشنامه سلامت عمومی" و "سیاهه اختلال خوردن" توسط دانش آموزان در منزل تکمیل شد. جمع آوری داده ها در مدت دو ماه انجام شد. در تحلیل داده ها، در بخش توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در بخش استنباطی آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده گردید. داده ها در نرم افزار تحلیل آماری اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

### یافته ها

در این مطالعه ۲۰۹ دانش آموز دختر شرکت کردند که ۵۰ دختر دارای والدین با طلاق عاطفی، ۵۳ دختر دارای والدین با طلاق حقوقی و ۱۰۶ دختر هم در گروه همتایان سالم بودند. میانگین سن این دختران در سه گروه طلاق عاطفی، طلاق حقوقی و همتایان سالم به ترتیب (SD=۱/۵) ۱۵/۶ و (SD=۱/۳) ۱۵/۲ و (SD=۱/۴) ۱۴/۹ سال بود.

نظر متخصصان تایید نموده و برای به دست آوردن روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده کردند، نتایج بدست آمده نشان داد که چهار عامل جدایی و فاصله از یکدیگر، نیاز به همراه و هم صحبت، احساس بی حوصلگی و احساس تنهایی و انزوا بارهای عاملی را بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۰ نشان می دهند. همچنین پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول برای مقیاس بود. پروین و همکاران (۲۴) نیز با بررسی ۵۰ نمونه از خانواده های شهر تهران آلفای کرونباخ "مقیاس نگرش ها به عشق" را ۰/۹۳ گزارش کردند. موسوی برای به دست آوردن روایی سازه از تحلیل عاملی به روش چرخشی واریماکس آزمون اسکری استفاده کردند که در این مطالعه جامعه آماری را ۲۰۰ زن و مرد متأهل ساکن قزوین که حداقل پنج سال از ازدواجشان گذشته بود، تشکیل می دادند. پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۵).

در مطالعه حاضر، به منظور بررسی روایی محتوا، هر سه ابزار از طریق نظرات ۶ نفر از مدرسین روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران بررسی و تایید شد. سپس آلفای کرونباخ روی آزمودنی های مطالعه حاضر بررسی و برای "پرسشنامه سلامت عمومی" ۰/۸۹ و "سیاهه اختلال خوردن" ۰/۷۸ و روایی "مقیاس نگرش ها به عشق" ۰/۸۵ بدست آمد.

جدول ۱: توصیف سلامت عمومی و اختلال خوردن فرزندان دختر به تفکیک گروه (میانگین  $\pm$  انحراف معیار)

پرسشنامه	ابعاد	طلاق عاطفی	طلاق حقوقی	همتایان عادی
سلامت عمومی	نشانه های جسمانی	۸/۹ $\pm$ ۳/۸	۸/۶ $\pm$ ۳/۹	۷/۵ $\pm$ ۴/۰
	اضطراب/بیخوابی	۱۰/۰ $\pm$ ۴/۸	۸/۷ $\pm$ ۴/۲	۷/۲ $\pm$ ۳/۹
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۰/۶ $\pm$ ۳/۴	۹/۴ $\pm$ ۳/۵	۱۰/۳ $\pm$ ۳/۱
	افسردگی نمره کل	۴/۰ $\pm$ ۲/۶	۳/۷ $\pm$ ۲/۶	۲/۷ $\pm$ ۲/۴
اختلال خوردن	تمایل به لاغری	۷/۱ $\pm$ ۵/۲	۸/۸ $\pm$ ۵/۹	۶/۵ $\pm$ ۵/۵
	آگاهی درونی	۹/۳ $\pm$ ۵/۲	۷/۲ $\pm$ ۵/۱	۶/۴ $\pm$ ۴/۹
	پرخوری	۴/۴ $\pm$ ۴/۹	۲/۹ $\pm$ ۴/۳	۱/۹ $\pm$ ۳/۰
	نارضایتی بدنی	۱۰/۳ $\pm$ ۶/۸	۱۲/۳ $\pm$ ۷/۲	۸/۷ $\pm$ ۷/۰
	ناکارآمدی	۱۱/۱ $\pm$ ۶/۵	۱۰/۰ $\pm$ ۶/۳	۷/۸ $\pm$ ۵/۲
	ترس های بلوغ	۱۰/۷ $\pm$ ۴/۹	۹/۶ $\pm$ ۴/۵	۹/۰ $\pm$ ۴/۷
	کمال گرایی	۸/۱ $\pm$ ۴/۱	۶/۰ $\pm$ ۳/۷	۶/۷ $\pm$ ۴/۲
	بی اعتمادی بین فردی نمره کل	۹/۹ $\pm$ ۴/۱	۹/۶ $\pm$ ۳/۴	۹/۱ $\pm$ ۳/۶
		۷/۱ $\pm$ ۲۴/۵	۶۶/۵ $\pm$ ۲۵/۰	۵۶/۰ $\pm$ ۲۴/۸

میانگین نمره کل "پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه به ترتیب برابر ۳۳/۴، ۳۰/۴ و ۲۷/۶ است که نشان می دهد بیشترین نمره مربوط به گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی می باشد یعنی این گروه از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. اگر به ابعاد مختلف سلامت عمومی توجه شود ملاحظه می گردد که میانگین آن ها در گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی بیشتر از دو گروه دیگر است. و کمترین میانگین در اغلب موارد به جز

میانگین نمره کل "پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه به ترتیب برابر ۳۳/۴، ۳۰/۴ و ۲۷/۶ است که نشان می دهد بیشترین نمره مربوط به گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی می باشد یعنی این گروه از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. اگر به ابعاد مختلف سلامت عمومی توجه شود ملاحظه می گردد که میانگین آن ها در گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی بیشتر از دو گروه دیگر است. و کمترین میانگین در اغلب موارد به جز

گروه آسیب پذیری بیشتری در زمینه خوردن دارند. در اغلب ابعاد نیز میانگین در این گروه بیشتر از دو گروه دیگر است. فقط در ابعاد تمایل به لاغری، نارضایتی بدنی و ترس بلوغ از گروه فرزندان دختر با والدین طلاق حقوقی کمتر است. ولی در تمام ابعاد و نمره کل "سیاهه اختلال خوردن" گروه همتایان سالم از میانگین کمتری برخوردارند (جدول ۱).

در بعد کناره گیری اجتماعی مربوط به گروه همتایان سالم است (جدول ۱). میانگین نمره کل "سیاهه اختلال خوردن" در سه گروه به ترتیب برابر ۷۱/۱، ۶۶/۵ و ۵۶ است که در گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی بیشتر است. به عبارتی، این

جدول ۲: نتیجه آنالیز واریانس چندمتغیره اثر گروه بر ابعاد "پرسشنامه سلامت عمومی" و "سیاهه اختلال خوردن"

پرسشنامه	ابعاد	آزمون برابری واریانس (لون) (P-value)	آنالیز چند متغیره	
			آماره F	P-value
سلامت عمومی	اضطراب/بیخوابی اختلال در کارکرد اجتماعی افسردگی	۰/۳۴۸ ۰/۴۹۲ ۰/۷۱۵	۷/۴۳	۰/۰۰۱
			۱/۹۹	۰/۱۳۹
			۵/۲۲	۰/۰۰۶
اختلال خوردن	تمایل به لاغری آگاهی درونی نارضایتی بدنی ناکارآمدی ترس های بلوغ کمالگرایی بی اعتمادی بین فردی	۰/۳۴۶ ۱/۰۰۰ ۰/۸۵۶ ۰/۰۹۳ ۰/۰۹۳ ۰/۸۳۹ ۰/۳۶۹	۲/۹۳	۰/۰۵۶
			۵/۷۲	۰/۰۰۴
			۴/۸۴	۰/۰۰۹
			۶/۱۳	۰/۰۰۳
			۲/۲۲	۰/۱۱۱
			۳/۷۳	۰/۰۲۶
			۰/۹۹	۰/۳۷۱
			۰/۹۹	۰/۳۶۹

برابر نبود ( $P\text{-value} < 0/05$ ). لذا برای انجام آنالیز واریانس چندمتغیره این دو بعد از دو پرسشنامه مرتبط حذف شدند. نتیجه آنالیز واریانس چندمتغیره نشان داد که میانگین ابعاد اضطراب/بیخوابی، افسردگی، آگاهی درونی، نارضایتی بدنی، ناکارآمدی و کمال گرایی در سه گروه تفاوت معنی داری داشتند ( $P\text{-value} < 0/05$ ) (جدول ۲).

جهت انجام آنالیز واریانس چندمتغیره ابتدا آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس واریانس- کواریانس ابعاد در گروه ها انجام شد. نتیجه نشان از برابری آن ها داشت (در "سیاهه اختلال خوردن"  $P\text{-value} = 0/517$  و  $P = 0/980$ ). آزمون لون نیز برای بررسی برابری واریانس ابعاد در سه گروه فرزندان دختر انجام شد. بر اساس نتیجه آن واریانس ابعاد پر خوری و جسمی در سه گروه

جدول ۳: مقایسه میانگین زوجی ابعاد پرسشنامه با آزمون بونفرونی بر اساس نتیجه حاصل از آنالیز واریانس چندمتغیره

پرسشنامه	ابعاد	گروه های مقایسه شده	P-value	
سلامت عمومی	اضطراب/بیخوابی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۰۰۱	
		عادی- طلاق حقوقی	۰/۱۸۲	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۰/۲۷۲	
افسردگی	افسردگی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۰۱۱	
		عادی- طلاق حقوقی	۰/۰۷۹	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۱/۰۰۰	
اختلال خوردن	تمایل به لاغری	عادی- طلاق عاطفی	۱/۰۰۰	
		عادی- طلاق حقوقی	۰/۰۵۰	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۰/۳۷۵	
	آگاهی درونی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۰۰۳	
		عادی- طلاق حقوقی	۱/۰۰۰	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۰/۰۹۲	
	نارضایتی بدنی	نارضایتی بدنی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۵۱۷
			عادی- طلاق حقوقی	۰/۰۰۷
طلاق عاطفی - طلاق حقوقی			۰/۴۵۱	
ناکارآمدی	ناکارآمدی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۰۰۴	
		عادی- طلاق حقوقی	۰/۰۸۰	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۱/۰۰۰	
کمال گرایی	کمال گرایی	عادی- طلاق عاطفی	۰/۱۲۰	
		عادی- طلاق حقوقی	۰/۹۳۵	
		طلاق عاطفی - طلاق حقوقی	۰/۰۲۵	

نارضایتی بدنی در دو گروه هم‌تایان عادی و طلاق حقوقی تفاوت معنی داری دارد و همچنین میانگین بعد کمال‌گرایی در دو گروه طلاق عاطفی و حقوقی تفاوت معنی دار دارد ( $P\text{-value} < 0/05$ ). همچنین در بعد تمایل به لاغری مقدار احتمال در دو گروه هم‌تایان عادی و طلاق حقوقی برابر است ( $0/05$ ) است (جدول ۳).

جهت تعیین گروه‌هایی با اختلاف معنی دار از آزمون بونفرونی برای مقایسات زوجی استفاده شد (جدول ۳). برای بعد تمایل به لاغری نیز آزمون بونفرونی انجام شد چرا که مقدار احتمال آزمون به  $0/05$  نزدیک بود. نتیجه آزمون بونفرونی نشان داد که میانگین اضطراب/بیخوابی، افسردگی، آگاهی درونی و ناکارآمدی فقط در گروه هم‌تایان عادی و طلاق عاطفی تفاوت معنی داری دارند. میانگین

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کل «پرسشنامه سلامت عمومی» و «سیاهه اختلال خوردن» و مقایسات زوجی با آزمون بونفرونی

P-value	مقایسات زوجی		مقایسه سه گروه (P-value)	پرسشنامه
	گروه‌های مقایسه شده			
0/003 0/426 0/289	عادی- طلاق عاطفی عادی- طلاق حقوقی طلاق عاطفی - طلاق حقوقی		0/012*	نمره کل سلامت عمومی
0/002 0/043 1/000	عادی- طلاق عاطفی عادی- طلاق حقوقی طلاق عاطفی - طلاق حقوقی		0/001*	نمره کل اختلال خوردن
0/001 0/438 0/124	عادی- طلاق عاطفی عادی- طلاق حقوقی طلاق عاطفی - طلاق حقوقی		0/007**	پر خوری

\* آنالیز واریانس، \*\* آزمون کروسکال-والیس

Strohschein (۲۷) اشاره نمود. نتایج مطالعات ذکر شده نشان داد که نمره سلامت عمومی در فرزندان خانواده‌های طلاق و یا خانواده‌های پرتنش پایین است و فرزندان در این خانواده‌ها اضطراب و افسردگی بالایی داشته‌اند. همچنین می‌توان به نتایج مطالعه قمری گیوی و خشنودنیای چماچایی (۲) اشاره نمود که میان نمرات سلامت عمومی از جمله شکایات جسمانی، اضطراب، کناره‌گیری اجتماعی و افسردگی در خانواده‌های طلاق و عادی تفاوت معنی دار بوده است.

در بیان این یافته می‌توان گفت فرزندان طی فرایند طلاق و پس از آن با بحران‌های شدید جسمانی، احساسی و تحولات اجتماعی رو به رو می‌شود که باید خود را با آن‌ها سازگار کنند. در این حالت بیشتر دختران اعلام کردند که در مقابل امنیت عاطفی و تنهایی و بی‌اعتنایی واقع شدن، آسیب‌پذیر هستند و جدایی والدین آن‌ها موجبات سرافکندگی و شرمندگی آن‌ها را فراهم می‌کند. از این رو، طبیعی است که در فرایند طلاق عاطفی و رسمی، افراد با نشانگان بدنی بالاتری رو به رو شوند. در تبیین یافته‌های حاصل از بررسی اضطراب در خانواده‌های مورد مطالعه نتایج نشان داد که میان اضطراب در خانواده‌های با طلاق عاطفی و عادی تفاوت معنی دار و معکوس بوده است.

برای مقایسه میانگین نمره کل «پرسشنامه سلامت عمومی» و «سیاهه اختلال خوردن» از آنالیز واریانس و برای مقایسه میانگین در دو بعد پر خوری و جسمی از آزمون کروسکال والیس استفاده شد (جدول ۴). در بعد جسمی میانگین در سه گروه تفاوت معنی داری نداشت ( $P\text{-value} > 0/05$ ). برای مقایسه زوجی میانگین سه متغیر دیگر در سه گروه از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتیجه آن نشان داد در هر سه پاسخ مورد نظر میانگین‌های دو گروه هم‌تایان عادی و طلاق عاطفی تفاوت معنی داری داشتند ( $P\text{-value} < 0/05$ ) و گروه‌های دیگر برابر بودند (جدول ۴).

## بحث

این مطالعه با هدف مقایسه سلامت عمومی و اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده‌های طلاق رسمی، طلاق عاطفی و هم‌تایان عادی انجام گرفت. نتایج نشان داد میانگین نمره‌های سلامت عمومی و اختلالات خوردن فرزندان در خانواده‌های با طلاق عاطفی با میزان بالاتری نسبت به خانواده‌های طلاق رسمی و عادی دارند.

در بخش نخست و در بررسی تفاوت سلامت عمومی میان گروه‌های مورد بررسی، از یافته‌های همسو با این یافته می‌توان به نتایج مطالعات Nilsen و همکاران (۲۶) و

خانواده‌های عادی نیز نتایج در حالت کلی نشان داد که در مولفه‌های آگاهی درونی، پرخوری، نارضایتی بدنی، ترس‌های بلوغ و بی‌اعتمادی بین فردی تفاوت میان سه گروه معنی دار بوده ولی بین مولفه‌های تمایل به لاغری، ناکارآمدی و کمال‌گرایی سه گروه دختران در خانواده‌های مورد بررسی تفاوت معنی داری گزارش نشد. به عبارتی، طلاق عاطفی منجر به کاهش آگاهی درونی، افزایش اختلال پرخوری، افزایش نارضایتی بدنی، افزایش ترس‌های بلوغ و بی‌اعتمادی نسبت به یکدیگر شده است. ولی بررسی مقایسه زوجی بین اختلالات ناشی از خوردن در هر یک از گروه‌ها نتایج متفاوتی را گزارش کرد.

در بیان یافته‌های همسو با رابطه میان اختلالات خوردن با طلاق در مطالعه حاضر می‌توان به نتایج پژوهش‌های Cook-Darzens و همکاران (۳۰) اشاره نمود که تفاوت معنی داری را میان اختلال خوردن در خانواده‌های طلاق و عادی گزارش کردند. در تبیین این یافته که بعضی از دختران در خانواده‌های با طلاق عاطفی تمایل بیشتری به لاغری دارند، می‌توان گفت که عدم توجه کافی به فرزندان، حساسیت این دوره در دختران که در دوره بلوغ به سر می‌برند، عدم توجه به رژیم غذایی آن‌ها، عدم سازگاری آن‌ها با شرایط طلاق عاطفی، تنش و اضطراب در محیط خانواده منجر به عدم تمایل به خوردن در دختران شده و ضعف جسمانی در آن‌ها پدیدار می‌شود. از این رو، تمایل به لاغری در فرزندان با خانواده‌های طلاق عاطفی امری طبیعی است.

نتایج بررسی تفاوت میان آگاهی درونی در خانواده‌های مورد بررسی حاکی از وجود تفاوت معکوس میان آگاهی درونی فرزندان دختر در خانواده‌های عادی با خانواده‌های طلاق عاطفی و همچنین خانواده‌های عادی با طلاق رسمی داشت. به عبارتی، نمره میانگین آگاهی درونی در میان فرزندان دختر در خانواده‌ها با طلاق عاطفی و رسمی پایین است. آگاهی از خود یکی از جنبه‌های خودشناسی بوده و به عنوان هدفی با ارزش در زندگی تلقی می‌شود. نبود آگاهی از خود منجر به دغدغه و توجه صرف به نتایجی می‌شود که ممکن است محل شناخت خود شوند (۳۱). در تبیین این یافته به نظر می‌رسد که دختران در خانواده‌های با طلاق عاطفی و رسمی شناخت درستی از خصوصیات و ویژگی‌های خود نداشته و این عدم شناخت در آن‌ها منجر به تصمیمات

به بیانی دیگر، با افزایش طلاق عاطفی، میزان اضطراب در فرزندان افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه ای نشان داد که میانگین اضطراب در فرزندان طلاق به طور معنی دارتری بیشتر از فرزندان غیرطلاق بوده است (۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب در دختران موجب ترس از احساس طردشدگی، تغییرات در شرایط زندگی، خجالت، گناه، نگرانی در روابط می‌شود. از آن‌جا که فرزندان در خانواده‌های با طلاق عاطفی همراه با گره‌های عاطفی والدین خود رشد می‌کنند، در نتیجه دلبستگی عاطفی ناگشوده‌ای به خانواده خود داشته و موجب اضطراب روزافزون در آن‌ها می‌شود.

در بررسی نتایج حاصل از کناره‌گیری اجتماعی نیز، نتایج مقایسه بین گروه‌های حاکی از وجود تفاوت معنی دار و معکوس میان خانواده‌های عادی و خانواده‌های با طلاق عاطفی دارد. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که افراد با حمایت اجتماعی پایین و به عبارتی، منزوی و گوشه‌گیر، به طور ضعیف‌تری می‌توانند با تنش زندگی و آموزشگاهی مقابله کنند و میزان پیشرفت تحصیلی آن‌ها از سایر هم‌کلاسی‌هایشان کمتر بوده است (۲۸) که می‌تواند همسو با یافته مطالعه حاضر در نظر گرفته شود. در تبیین این یافته، به نظر می‌رسد که فرزندان دارای والدین دارای طلاق عاطفی در معرض اختلافات خانوادگی قرار می‌گیرند و به دلیل فشار مزمن و قرار گرفتن در معرض تنش‌های مداوم، نسبت به هرگونه عامل تنش‌زایی، انفعالی‌تر برخورد می‌کنند.

نتایج مقایسه بین گروهی افسردگی در خانواده‌ها نشان می‌دهد که افسردگی در فرزندان خانواده‌های طلاق عاطفی و رسمی بالاتر از فرزندان در خانواده‌های عادی می‌باشد. در تبیین این یافته در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد فرزندان در خانواده‌های با طلاق عاطفی و رسمی دچار اضطراب، ترس مرضی، خصومت، وسواس، ایجاد حالات ناامیدی و یأس، نداشتن انرژی، عدم لذت از زندگی، دید منفی نسبت به خود، دنیا و اطرافیان‌شان بیشتر دچار افسردگی می‌شوند و طلاق عاطفی و رسمی در این خانواده‌ها، زمینه‌های مواجهه هرچه بیشتر فرزندان با عوامل تنش‌زا و افسردگی را فراهم می‌کند (۲۹).

در بررسی تفاوت میان اختلال خوردن در فرزندان دختر خانواده‌های طلاق رسمی، طلاق عاطفی و فرزندان



بشود که ممکن است انعکاس این دید و نگاه منفی به خود را در نگاه، ارزیابی و رفتار دیگران نسبت به خود نیز جستجو کنند. حتی اگر مبتنی بر واقعیت نباشد و به دلیل سوء تفاهم و برداشت‌های غیرواقع بینانه ذهنی نسبت به رفتار کلامی و غیر کلامی دیگران، دچار اضطراب، نگرانی، افسردگی، کاهش عزت نفس و در حالت کلی مبتلا به اختلالات خوردن شوند.

یافته‌های مطالعه حاضر تفاوت ناکارآمدی در خانواده‌های مورد بررسی حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار میان این مؤلفه در فرزندان خانواده‌های عادی، طلاق عاطفی و رسمی داشت. در مطالعه حاضر، فرزندان دختر طلاق در دو حالت طلاق عاطفی و رسمی، به دلیل استقلال فکری و استقلال در انجام کارها و امور مربوط به خود، فرزندان کارآ بوده و توانایی بالایی در مقیاس‌های تسلط بر امور، هوش، خلاقیت، جسارت، خودکفایی دارند که مجموع این عوامل باعث شده که میان کارآمدی در فرزندان خانواده‌های با طلاق عاطفی، رسمی و عادی تفاوتی وجود نداشته باشد. نتایج بررسی کمال‌گرایی در خانواده‌ها حاکی از وجود تفاوت معنی دار معکوس میان کمال‌گرایی فرزندان در خانواده‌های عادی و خانواده‌های با طلاق عاطفی داشت. به نظر می‌رسد فرزندان خانواده‌های طلاق عاطفی به لحاظ کمال‌گرایی، کمتر رشد کرده و معیارهای کمال‌گرایی را دریافت نکرده‌اند. در تبیین این یافته نتایج مطالعات Flett & Hewitt (۳۷) و Stoeber & Julian (۳۸) حاکی از آن است که افراد دارای کمال‌گرایی منفی به دلیل داشتن ویژگی‌های خاص رفتاری و فکری در معرض برخی اختلالات روانی و جسمانی چون کاهش عزت نفس، وسواس، افسردگی، اضطراب و احساس ناکامی قرار می‌گیرند که بر نحوه ارتباط و تعامل عاطفی آن‌ها با دیگران مؤثر است. در مطالعه حاضر فرزندان دختر در خانواده‌های با طلاق عاطفی، دچار ترس‌های زیادی بوده‌اند. مواردی چون اشتباه کردن، مورد قضاوت منفی قرار گرفتن و عدم دریافت تأیید آن‌ها توسط دیگران باعث شده که در ارتباطاتشان با دیگران صادق به نظر نیامده و رفتارهای خاص آن‌ها باعث ناراحتی اطرافیان شود و این مسئله تعاملاتشان با دیگران را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. به همین دلایل تفاوت معکوس میان کمال‌گرایی در خانواده‌ها با طلاق عاطفی و عادی، منطقی به نظر می‌رسد.

اشتباه، بلاتکلیفی در زندگی، عدم قدرت انتخاب و تنهایی و گوشه‌گیری شده است. بنابراین، کاهش خودآگاهی در فرزندان طلاق طبیعی به نظر می‌رسد.

در تبیین تفاوت معنی دار میان پرخوری بین فرزندان خانواده‌های عادی و طلاق عاطفی، یافته‌ها حاکی از تفاوت منفی میان پرخوری در این خانواده‌ها داشت. به بیانی دیگر، اختلال پرخوری در فرزندان دختر خانواده‌ها با طلاق عاطفی بالاتر بوده است. پرخوری دوره‌ای توأم راه‌های نامتناسب پیشگیری از بالا رفتن وزن است که اغلب منجر به چاقی و اضافه وزن می‌شود (۳۲). افرادی که در سنین مدرسه دچار این اختلال می‌شوند تا اندازه‌ای مضطرب، زودرنج، عصبی و گرفتار تردیدهای وسواسی بوده، اعتماد به نفس ندارند و خودانتقادگر هستند و به خاطر کوتاه‌مدتی در اهدافشان احساس گناه می‌کنند. این افراد کسل‌کننده بوده و ارتباطات اجتماعی خوبی ندارند (۳۳).

در مطالعه حاضر، دختران در خانواده‌های طلاق عاطفی توانایی کنترل هیجان‌های خود را نداشته و هیجانات در آن‌ها به صورت منفی بروز کرده، عدم دلبستگی ایمن آن‌ها به والدینشان در بی‌نظمی هیجانی و پرخوری مؤثر بوده است. همچنین روابط پایه‌ای و تعاملی میان آن‌ها با والدینشان ضعیف بوده که رفتارهای پرخوری را در آن‌ها افزایش داده است. مداخلات مادران آن‌ها در امور احساسی و عاطفی پایین گزارش شده و اضطراب و تشویق درونی را در آن‌ها ایجاد کرده است. کلیه این عوامل منجر به اختلال پرخوری در این خانواده‌ها در مقایسه با خانواده‌های عادی شده است.

از دیگر یافته‌ها، وجود تفاوت معنی دار منفی میان نارضایتی بدنی در خانواده‌های عادی و طلاق عاطفی و همچنین بین خانواده‌های عادی با طلاق رسمی بود. این بدان معنی است که خانواده‌های با طلاق عاطفی و رسمی رضایت کمتری از ظاهر جسمانی خود داشته‌اند. در این راستا، نتایج پژوهش‌های Thompson (۳۴)، Myers (۳۵) نشان دادند بین میزان نارضایتی از تصویر بدنی و ظاهر فیزیکی در افراد و پیامدهای منفی در سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود دارد. نارضایتی بدنی یک مفهوم فراگیر در خودنگاره افراد و به ویژه دختران و زنان است. در مطالعه حاضر، فقدان رضایت بدنی در میان دختران می‌تواند باعث ایجاد نگرش و احساسات منفی نسبت به خودشان

گرایی در دو گروه طلاق عاطفی و حقوقی تفاوت معنی دار دارد. همچنین در بعد تمایل به لاغری مقدار احتمال در دو گروه همتایان عادی و طلاق حقوقی برابر است. لذا پیشنهاد می شود متخصصان سلامت با اقدام به موقع پس از طلاق از مشکلات سلامتی و رفتاری فرزندان طلاق پیشگیری نمایند. از محدودیت پژوهش حاضر محدود شدن جامعه آماری به دانش آموزان دختر شهر تهران است. لذا تمیم نتایج به سایر جوامع آماری با احتیاط صورت گیرد.

### سیاسکزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی با کد پایان نامه ۴۴۰۳۷ می باشد که توسط زهرا مددی طائمه و با راهنمایی آقای دکتر طهمورث آقاجانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران انجام شده است. بدین وسیله از اداره آموزش و پرورش کل شهر تهران و کلیه شرکت کنندگان در مطالعه و دوست عزیزم خانم بهناز لطیفی که در امر پرسشنامه ها حامی بنده بودند و سایر عزیزانی که به نحوی در انجام این مطالعه همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

### References

1. D'Onofrio B, Emery R. Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*. 2019; 18 (1): 100-101
2. Ghamari Givi H, Khoshnoodniai Chomachaei B, Comparing social skills, mental health, and academic performance in children with divorced parents, parents claiming divorce, and normal parents. *Family Research*. 2017; 12 (45): 69-92.
3. Schwartzhoff K. Later life divorce & the adult child. 2013. MSW Clinical Research Paper Presented to the Faculty of the School of Social Work St. Catherine University and the University of St. Thomas St. Paul, Master of Social Work
4. Thomas JR, Högnäs RS. The effect of parental divorce on the health of adult children. *Longitudinal and Life Course Studies*. 2015; 6 (3): 279-302.
5. Nabavi SS, Sohrabi F. [Predicting the mental health of teachers through self-efficacy, social support and socio-economic status]. *Journal of Health Promotion Management*. 2017; 6(4): 15-24.
6. Probst M. *Physiotherapy and Mental Health*, in

در تبیین یافته های حاصل از تفاوت میان بی اعتمادی بین فردی در خانواده ها نیز این نتیجه حاصل شد که میان بی اعتمادی بین فردی در خانواده های عادی و طلاق عاطفی تفاوت معکوس بوده و میان بی اعتمادی بین فردی در خانواده های با طلاق عاطفی و طلاق رسمی تفاوت مستقیم بوده است. تفاوت معکوس میان بی اعتمادی در خانواده های عادی و طلاق عاطفی بدین معناست که میانگین نمره بی اعتمادی بین فردی در خانواده های با طلاق عاطفی بیشتر است و تفاوت مستقیم نشان دهنده بالا بودن بی اعتمادی بین فردی در فرزندان دختر هر دو خانواده با طلاق عاطفی و رسمی است. بر اساس این یافته ها، وجود بی اعتمادی بین فردی در خانواده های با طلاق عاطفی و رسمی وجود دارد.

### نتیجه گیری

فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. بعلاوه، اختلال خوردن در گروه فرزندان دختر با والدین دچار طلاق عاطفی بیشتر است. میانگین نارضایتی بدنی در دو گروه همتایان عادی و طلاق حقوقی تفاوت معنی داری دارد و همچنین میانگین بعد کمال

- Clinical Physical Therapy. 2017, Open access peer-reviewed Edited Volume.
7. Ghaderi M, Shamsi A. [The correlation between emotional intelligence and mental health among students of Jiroft city]. *Journal of Health Promotion Management*. 2015; 5(1): 62-72.
  8. Kaheni S, Hasan Abadi M. [Competitive of anxiety & stress in teenagers (12-19 years) in families of divorced and none divorced]. *Birjand Med J*, 2000. 7: 39-41.
  9. Fragkos K, Frangos C. Assessing eating disorder risk: The pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients*. 2013. 5 (3): 811-828.
  10. Oberdorf N. Treatment manual for anorexia Nervosa - A family- based approach. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2003; 12(2): 50-51.
  11. Fursland A, Byrne S, Watson H, Puma M, Allen K, Byrne S. Enhanced cognitive behavior therapy: A single treatment for all eating disorders. *Journal of Counseling & Development*. 2012; 90 (3): 319-329.
  12. Abott DW, Ackerman SH, Agras WS, Banzhaf D, Barber J, Bartlett JC, et al. Practice guideline

- for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150: 212-24.
13. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LG. Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals*. 1993; 23 (7): 365-373.
  14. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006; 68 (3): 454-462.
  15. Brittany E, Matheson, Tanofsky-Kraffm, Shafer-Berger S, Sedaka N, Mooreville M, Reina S, Vannucci A, Shomaker L, Yanovski S, Yanovski J. Eating Patterns in youth with and without loss of control Eating. *Int Eat Disord Journal*. 2012; 45 (8): 951 -961.
  16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1): 139-145.
  17. Taghavi MR. [Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of shiraz university]. *Journal of Psychology*, 2002. 5 (4): 381-98.
  18. le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43 (1): 1-5.
  19. Norring C. The Eating Disorder Inventory: Its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders*. 1990; 9 (6): 685-694.
  20. Shayeghian Z, Agialord Vafaii M, Rasoulzadeh Tabatabaei SK. [Study schemas and parental bonding in adolescent girls with normal weight, obesity, and/or anorexia nervosa symptoms]. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2010; 16 (1): 30-38.
  21. Mahmoudian Dastnaei T, Neshatdoost H, Amiri Sh, Manshaei Gh, [Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on improving early maladaptive schemas in patients with anorexia nervosa considering the parental bonding]. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016; 7(3):147-164.
  22. Hendrick C, Hendrick SS, Dicke A. The love attitudes scale: Short form. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1998. 15(2): 147-159.
  23. Mousavi SF, Rezazadeh SMR. [The study of the role of attitude toward love in anticipation of emotional divorce of married women and men in Qazvin]. *Quarterly Journal of Women's Studies Sociological and Psychological*. 2014; 12 (3): 43-21.
  24. Parvin S, Davodi M, Mohamadi F. [Sociological factors affecting emotional divorce among Tehran families]. *J Women's Soc Cult Council*. 2012; 14(54): 119-153.
  25. Mousavi SF. The role of interpersonal identity statuses in Predicting the attitudes of married people toward Love. *International Journal of Psychology*. 2014. 8 (2): 78-92.
  26. Nilsen SA, Breivik K, Bente Wold B, Tormod Bøe . Divorce and family structure in Norway: Associations with adolescent mental health. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2018; 59(3): 175-194.
  27. Strohschein L. Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of Marriage and Family*. 2005; 67 (5): 1286-1300.
  28. Levitt MJ, Guacci-Franco N, Levitt JL. Social support and achievement in childhood and early adolescence: A multicultural study. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1994; 15 (2): 207-222.
  29. Yahyazadeh H, Hamed M. [Issues and interventions of children of divorce in Iran: A meta-analysis of articles]. *Journal of Women's and Family Studies*. 2016; 3 (2): 91-120.
  30. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren MC. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2008; 13 (4): 157-170.
  31. Ghorbani N, Watson P, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 2009; 28 (4): 211-224.
  32. Eilbeigi R M, Rostami M, Omidvar A. [Effectiveness of Schema Therapy on early maladaptive schemas in patients with Bulimia Disorder]. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2016; 3 (4): 11-17.
  33. Epstein M, Atkins M, Cullinan D, Kutash K, Weaver R. Reducing behavior problems in the elementary school classroom. *IES Practice Guide*. 2008; 20(8): 12-22.
  34. Thompson JK. The (mis) measurement of body

- image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*. 2004; 1(1): 7-14.
35. Myers A. Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *An International Journal of Behavior*. 2005; 23 (2): 221-230.
36. Flett GL, Hewitt P L. *Perfectionism*. 2002, Washington, DC: American Psychological Association.
37. Stoeber J, Julian H. The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of Personality Assessment*. 2010; 92 (6): 577-585.