|  |
| --- |
| **ترجمه مقاله.** |

* سلامتی روانی ظاهراً خوب کودکان مهاجر یک پارادوکس است. فقر خانوادگی سلامت روانی و بهره‌وری کودکان را به خطر می‌اندازد و خانواده‌های مهاجر عموماً نسبت به خانواده‌های میزبان فقیرتر هستند. با این حال، کودکان مهاجر حداقل به اندازه کودکان فرهنگ اکثریت سالم هستند و اغلب در مدرسه عملکرد بهتری دارند.
* سیاست مهاجرت توضیح جزئی ارائه می‌دهد. مهاجرت به کشوری مانند ایالات متحده نه تصادفی است و نه آسان. به دلیل مهاجرت انتخابی، بسیاری از خانواده‌های مهاجر از افراد تحصیل‌کرده، ماهر و سالم تشکیل شده‌اند. با این حال، انتخاب تنها بخشی از پاسخ است. اگرچه بسیاری از خانواده‌های مهاجر تازه وارد فقیر هستند، عواملی که به زندگی مهاجرتی مربوط می‌شوند ممکن است فقر را برای تازه واردان به گونه‌ای متفاوت از خانواده‌های کشور میزبان معنی دهند. برای مثال، فقر در خانواده‌های مهاجر ظاهراً همان مجموعه عوامل خطری را که برای خانواده‌های فرهنگ اکثریت دارد، ندارد. علاوه بر این، عوامل محافظتی مربوط به زندگی خانوادگی مهاجران ممکن است برخی از اثرات منفی فقر را خنثی کنند.

تاکنون، تعداد کمی از مطالعات تجربی اثر فقر بر سلامت روانی کودکان مهاجر یا نقش عواملی که ممکن است رابطه بین این دو را میانجی‌گری کنند، مستقیماً بررسی کرده‌اند. با استفاده از داده‌های یک نظرسنجی ملی اخیر از کودکان کانادایی، رابطه بین فقر خانوادگی و مشکلات عاطفی و رفتاری را در میان کودکان مهاجر، کودکان متولد کانادا از والدین مهاجر و کودکان والدین غیر مهاجر بررسی کردیم و نقش محیط خانوادگی و زمینه اجتماعی در توضیح رابطه بین فقر و سلامت روانی در هر یک از این سه گروه را مورد بررسی قرار دادیم.

اگرچه محرومیت مادی ممکن است اثرات مخرب مستقیمی بر سلامت روانی داشته باشد، اما محرومیت اقتصادی نیز با فرزندپروری ناکارآمد، روان‌پریشی والدین، خصومت درون‌خانوادگی و خانواده‌های تک‌والد ارتباط دارد - هر یک از این عوامل می‌تواند منبع مستقل و افزاینده‌ای از خطر برای سلامت روانی باشد. فقر سلامت روانی والدین را به خطر می‌اندازد که به نوبه خود سلامت روانی کودکانشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خصومت درون‌خانوادگی نیز ممکن است یک پیوند دیگر بین فقر اقتصادی و سلامت روانی باشد: محرومیت اقتصادی اغلب باعث نارضایتی زناشویی، درگیری و تجاوز درون خانواده‌ها می‌شود و به این ترتیب سلامت روانی کودکان را به خطر می‌اندازد.

شانزده درصد از کودکان کانادایی و ۲۵ درصد از کودکان ایالات متحده در خانواده‌های تک‌والد زندگی می‌کنند. اگرچه خانواده‌های تک‌والد معمولاً خانواده‌های فقیر هستند، اما فقر نمی‌تواند ارتباط بین ساختار خانواده تک‌والد و مشکلات سلامت روانی را توضیح دهد. بدون توجه به درآمد خانوادگی، وضعیت تک‌والدی خطر اختلالات روان‌پزشکی کودکان را افزایش می‌دهد.

در این مطالعه ما پیوندهای احتمالی توضیحی بین فقر و سلامت روانی در میان کودکان مهاجر، کودکان متولد کانادا در خانواده‌های مهاجر و کودکان غیر مهاجر را بررسی کردیم. پژوهش‌های قبلی اهمیت زمینه فرهنگی-قومی را در بررسی پیوندهای اتیولوژیک برجسته می‌کنند، بنابراین تفاوت‌های احتمالی میان کودکان مهاجر و غیر مهاجر از زمینه‌های فرهنگی-قومی مختلف را مورد بررسی قرار دادیم.

نظرسنجی طولی از کودکان و جوانان، یک مطالعه ملی از ۲۳۰۰۰ کودک در محدوده سنی از تولد تا ۱۱ سال است. پاسخ‌دهندگان در ابتدا بین پاییز ۱۹۹۴ و بهار ۱۹۹۵ مورد بررسی قرار گرفتند و سپس هر دو سال یک بار مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. شخصی که بیشترین اطلاعات را داشت، اطلاعات مربوط به کودک یا کودکان موجود در مطالعه و همچنین اطلاعاتی درباره خانواده را ارائه داد. نظرسنجی از مقیاس‌های مداوم سلامت روانی برای کودکان ۴ سال و بالاتر استفاده کرد؛ از ابزارهای متفاوتی برای کودکان کمتر از ۴ سال استفاده شد. چون استفاده از مقیاس‌های متفاوت مقایسه‌ها را غیرممکن می‌سازد، تحلیل‌های ما به زیرنمونه‌ای از ۱۳۳۴۹ کودک ۴ تا ۱۱ ساله در زمان نظرسنجی ۱۹۹۴-۱۹۹۵ محدود شده است.

جمعیت‌های مورد مطالعه

نظرسنجی طولی کودکان و جوانان یک نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای با طبقه‌بندی از خانوارها در سراسر کشور انجام داد و در مناطق روستایی بیش‌نمونه‌گیری کرد. همه کودکان از تولد تا ۱۱ سالگی در خانواده‌های منتخب به حداکثر ۴ کودک جذب شدند. نمونه نظرسنجی خانواده‌های مهاجر را که عمدتاً در مناطق شهری تجمع می‌یابند، به‌طور کافی نمایندگی نمی‌کند.

بنابراین تحلیل‌های گزارش شده در اینجا بر یک روش وزنی که توسط آمار کانادا توسعه یافته است، متکی هستند. این گزارش بر روی ۳ زیرگروه تمرکز دارد. کودکان مهاجر، کودکانی هستند که در یک کشور خارجی از والدینی غیر کانادایی به دنیا آمده و در زمان مطالعه در کانادا زندگی می‌کنند. این گروه ۵.۱٪ از کل نمونه وزنی را تشکیل می‌دهد. کودکان متولد کانادا از والدین مهاجر، کودکانی هستند که در کانادا به دنیا آمده‌اند و حداقل یکی از والدین آنها به عنوان مهاجر وارد کشور شده است.

تعریف فقر

برای تعریف فقر، از خط فقر درآمد پایین آمار کانادا استفاده کردیم - یک شاخص که الگوهای درآمد در مقابل هزینه را در دسته‌های مختلف اندازه خانواده و در مکان‌های شهری مختلف در نظر می‌گیرد. خانواده‌ای که در زیر خط فقر درآمد پایین قرار دارد، ۲۰٪ بیشتر از یک خانوار متوسط درآمد خود را صرف غذا، لباس و مسکن می‌کند. برای مثال، در سال ۱۹۹۷، خانوار متوسط کانادایی ۳۴.۳٪ از درآمد خود را صرف غذا، لباس و مسکن می‌کرد، در حالی که یک خانواده زیر خط فقر ۵۴.۳٪ یا بیشتر از درآمد خود را صرف این ضروریات می‌کرد. این مطالعه بر کودکان در فقر عمیق تمرکز دارد - تعریف شده به عنوان خانوارهایی با مجموع درآمد ۷۵٪ از خط فقر درآمد پایین و کمتر.

متغیرهای مطالعه

متغیرهای وابسته مطالعه مشکلات عاطفی و رفتاری بودند - اولی نمونه‌ای از اختلالات "درونی" که در آن رنج عمدتاً درونی است و دومی نمونه‌ای از اختلال "بیرونی" که دیگران را به اندازه یا بیشتر از خود کودک آزار می‌دهد. مقیاس‌های استفاده شده، همچنین گزارش‌های مربوط به خصوصیات روان‌سنجی و آمارهای توصیفی، از نویسندگان قابل دسترسی هستند. متغیرهای پیش‌بینی شامل فرزندپروری ناکارآمد، افسردگی والدین، اختلال عملکرد خانواده، وضعیت تک‌والدی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بودند. فرزندپروری ناکارآمد توسط یک زیرمقیاس از مقیاس شیوه‌های فرزندپروری اندازه‌گیری شد؛ افسردگی والدین توسط یک نسخه ۱۲ سوالی مختصر از مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک؛ و اختلال عملکرد خانواده توسط دستگاه ارزیابی خانواده، یک پرسشنامه ۱۲ موردی که ارتباط، حل مسئله، آمادگی اعضای خانواده برای نشان دادن احساسات، آمادگی اعضای خانواده برای کمک و حمایت از یکدیگر و نقش‌های خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. خانواده‌های تک‌والدی با پاسخ به سوال "آیا شخصی که بیشترین اطلاعات را دارد همسر یا شریکی در خانواده دارد؟" شناسایی شدند. متغیرهای کنترلی برای تحلیل‌های چندمتغیره شامل سن و جنس کودک، مدت اقامت در کانادا و نژاد/قومیت بودند. مدت اقامت به‌طور متفاوتی برای کودکان مهاجر و کودکان متولد والدین مهاجر اندازه‌گیری شد. در میان کودکان مهاجر، مدت اقامت به معنای تعداد سال‌هایی بود که کودک قبل از مصاحبه در کانادا زندگی کرده بود. امتیازات از ۱ تا ۱۱ سال متغیر بود، با میانگین ۵.۸ سال. برای کودکان متولد کانادا از والدین مهاجر، مدت اقامت تعداد سال‌های پس از ورود یک والدین مهاجر به کانادا را اندازه‌گیری می‌کرد. امتیازات از ۴ تا ۴۹ سال متغیر بود، با میانگین ۲۳ سال. چهار دسته برای تعریف متغیر نژاد/قومیت استفاده شد: اروپایی/سفیدپوست، آسیایی، سیاه‌پوست و دیگران. اروپایی/سفیدپوست گروه مرجع برای تحلیل‌های استفاده از متغیرهای ساختگی بود.

تحلیل‌های رگرسیون

سه مدل در هر یک از ۳ گروه مورد آزمایش قرار گرفت. مدل ۱، مدل پایه،

شکل 1 نقش پویایی‌های خانوادگی در واسطه‌گری رابطه بین فقر و اختلالات عاطفی را نشان می‌دهد. برای اینکه یک متغیر به عنوان واسطه‌گر محسوب شود، باید به‌طور معناداری با فقر و مشکلات عاطفی مرتبط باشد و در صورت کنترل این متغیر در مدل، تغییر از معنادار به غیرمعنادار در رابطه بین فقر و سلامت روان کودکان ایجاد شود. در گروه IC، عوامل خانوادگی تأثیر واسطه‌گری در رابطه بین فقر و اختلال عاطفی نداشتند، اما افسردگی والدین و اختلال عملکرد خانواده این ارتباط را در گروه CBI واسطه‌گری کردند و تربیت نادرست والدین و افسردگی والدین نقش واسطه‌گری را در گروه NI ایفا کردند.

مشکلات رفتاری.

جداول 1 و 2 نشان می‌دهند که رابطه بین فقر و مشکلات رفتاری در گروه IC پس از وارد کردن عوامل خانوادگی به معادله همچنان معنادار باقی ماند. با اینکه وضعیت والدین تنها و تربیت نادرست والدین خطر مشکلات رفتاری را افزایش دادند، ضریب فقر در مدل‌های 1، 2 و 3 ثابت ماند.

دختران مهاجر نسبت به پسران مهاجر مشکلات کمتری داشتند. با افزایش سن کودک مشکلات رفتاری کاهش یافت و با افزایش مدت اقامت افزایش یافت. در مقایسه با کودکان اروپایی/سفیدپوست، کودکان مهاجر از گروه‌های قومی دیگر مشکلات کمتری داشتند، اگرچه تفاوت بین کودکان مهاجر آسیایی و اروپایی/سفیدپوست وقتی عوامل خانوادگی کنترل شد غیرمعنادار شد.

تحلیل داده‌های CBI نشان داد که رابطه بین فقر و مشکلات رفتاری مشاهده شده در مدل 1 پس از معرفی وضعیت والدین تنها در مدل 2 به میزان 20 درصد کاهش یافت. همانطور که در ستون‌های 3 و 4 جدول 3 نشان داده شده است، معرفی متغیرهای خانوادگی در مدل 3 باعث کاهش بیشتر اثر فقر بر اختلال رفتاری شد و این رابطه به سطح معناداری نرسید. ضریب تعیین چندگانه از .046 در مدل 1 به .048 در مدل 2 و به .187 در مدل 3 تغییر کرد که الگوی آن نشان می‌دهد که پویایی‌های خانوادگی نقش قوی‌تری در توضیح تغییرات سطح مشکلات رفتاری داشتند. کودکان جوان‌تر نسبت به همتایان بزرگ‌تر خود مشکلات رفتاری بیشتری داشتند و دختران مشکلات کمتری نسبت به پسران داشتند. طول مدت اقامت در کانادا تأثیر معناداری نداشت. در مقایسه با کودکانی که والدین آنها مهاجر اروپایی/سفیدپوست بودند، کودکانی که والدین آنها از کشورهای دیگر آمده بودند مشکلات کمتری داشتند، اگرچه تفاوت بین خانواده‌های مهاجر آسیایی و اروپایی/سفیدپوست پس از کنترل عوامل خانوادگی غیرمعنادار شد.

افزایش R² از .029 در مدل 1 به .038 در مدل 2 و به .214 در مدل 3 نشان می‌دهد که پویایی‌های خانوادگی بسیار بیشتر از سایر متغیرهای مطالعه در توضیح تغییرات مشکلات رفتاری نقش داشتند. کودکان جوان‌تر در مقایسه با همتایان بزرگ‌تر خود در معرض خطر بیشتری برای نمایش اختلال رفتاری بودند و دختران در مقایسه با پسران در معرض خطر کمتری بودند. تفاوت معناداری در مشکلات رفتاری بین گروه‌های نژادی/قومی وجود نداشت.

همانطور که در شکل 2 نشان داده شده است، متغیرهای پویایی خانوادگی رابطه بین فقر و مشکلات رفتاری را در گروه‌های IC و CBI واسطه‌گری نکردند. تربیت نادرست، افسردگی والدین و اختلال عملکرد خانواده اثرات فقر بر سلامت روان را در گروه NI واسطه‌گری کردند.

شکل 1- مسیرهای واسطه‌ای که از طریق آنها فقر بر مشکلات عاطفی کودکان تأثیر می‌گذارد.

بحث

یافته‌های توصیفی تناقضی را که این پژوهش آغاز کرده بود تأیید می‌کنند. کودکان در خانواده‌های فقیر در معرض خطر بیشتری برای توسعه مشکلات سلامت روانی قرار دارند نسبت به کودکان در خانواده‌های غیر فقیر. اما با اینکه کودکان مهاجر بیشتر احتمال دارد در فقر زندگی کنند، آنها از مزیت سلامت روانی نسبت به همتایان خود در جامعه پذیرنده برخوردارند.

وضعیت والدین تنها رابطه بین فقر و سلامت روان کودکان مهاجر یا کودکان متولد کانادا با والدین مهاجر را تحت تأثیر قرار نداد. در مقابل، در میان کودکان غیر مهاجر، این عامل بخش عمده‌ای از واریانس که به فقر نسبت داده می‌شد را توضیح داد. تربیت نادرست، افسردگی والدین و اختلال عملکرد خانواده رابطه بین فقر و سلامت روان کودکان متولد کانادا در خانواده‌های مهاجر و غیر مهاجر را واسطه‌گری کردند، اما عوامل خانوادگی در میان کودکان خارجی نقش نسبتاً ضعیفی ایفا کردند. این نتایج نشان می‌دهند که برای کودکان فرهنگ اکثریت، محرومیت مادی تهدید کمتری برای سلامت روانی نسبت به همراهی‌های خانوادگی فقر است. مشکلات درون خانوادگی کمک می‌کنند تا اثر فقر در میان کودکان متولد کانادا توضیح داده شود اما نه در میان همتایان مهاجر آنها.

احتمالاً زمینه معنای فقر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دهه اول اسکان مجدد دوره‌ای از مبارزه برای بسیاری از خانواده‌های مهاجر است. با این حال، پس از 10 تا 12 سال، متوسط درآمد مهاجران در کانادا از جمعیت ملی پیشی می‌گیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که برای مهاجران جدید، اثرات مضر فقر عمدتاً به محرومیت مادی نسبت داده می‌شود. اگرچه مهاجران جدید بسیار احتمال دارد بیکاری، کم‌کاری و فقر را در دوره اولیه اسکان تجربه کنند، انتظار اینکه این مشکلات در نهایت غلبه خواهند کرد ممکن است به حفاظت از این خانواده‌ها در برابر فروپاشی و اختلال کمک کند.

اگرچه اکثر خانواده‌های مهاجر با موفقیت به محیط‌های جدید خود تطبیق می‌دهند، داستان‌های اسکان مجدد با پایان‌های خوش به هیچ وجه جهانی نیستند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برخی مهاجران فقیر می‌مانند و مانند همتایان فقیر غیر مهاجر خود بخشی از یک طبقه پایین مزمن، دارای مشکلات اجتماعی و فشار روانی می‌شوند. فقر پایدار اثرات منفی قوی‌تری بر ضریب هوشی، دستاوردهای تحصیلی، مشکلات درونی و رفتارهای بیرونی کودکان دارد نسبت به فقر گذرا. در مقایسه با خانواده‌های موقتا فقیر، خانواده‌های مستمراً فقیر با محرومیت مادی بیشتر، استرس مالی شدیدتر، احتمال بیشتر افسردگی والدین و ناهنجاری‌های خانوادگی مواجه هستند و احتمال بیشتری برای استفاده از روش‌های انضباطی سخت دارند. به جای تجربه کردن فقر به عنوان یک ضربه در مسیر ادغام موفق، خانواده‌های مهاجر ممکن است فقر مستمر را به یک بن‌بست از معایب اجتماعی، فروپاشی خانوادگی و ناامیدی فردی ببینند.

محدودیت‌های مطالعه شامل این است که معیارهای سلامت روان، عملکرد خانوادگی و شیوه‌های فرزندپروری که ما استفاده کردیم در میان و بر روی خانواده‌های فرهنگ اکثریت توسعه یافته و استاندارد شده‌اند. اگرچه تحلیل‌های اطمینان‌دهنده‌ای در مورد کاربرد پذیری این معیارها در فرهنگ‌های مختلف وجود دارد، پذیرش نمرات معادل بر روی معیارهای سلامت روان به عنوان بازتاب شدت پاسخ یکسان همچنان یک نگرانی روش‌شناختی عمده باقی می‌ماند.

داده‌های مقطعی محدودیت دومی را تحمیل می‌کنند. اطلاعاتی که تنها بر اساس نتایج موج اول بررسی NLSCY است نمی‌تواند به طور کامل اثرات احتمالی همگون‌سازی را بر والدین مهاجر و فرزندان آنها بررسی کند، و نمی‌تواند به سوالات توالی پاسخ دهد. به عنوان مثال، آیا فقر بیشتر احتمال دارد قبل یا بعد از وضعیت والدین تنها باشد؟ آیا فقر شرایطی برای ناهنجاری خانوادگی و اختلال روانی ایجاد می‌کند یا ویژگی‌های شخصی و خانوادگی خطر فقر خانوادگی را ایجاد می‌کنند؟ بررسی ارتباط ظاهری بین افزایش مدت اقامت در کانادا و افزایش خطر توسعه مشکلات سلامت روانی نیز به داده‌های طولی نیاز خواهد داشت. روابط فرضی یک‌جهته باید با داده‌های طولی به طور تجربی آزمایش شوند. به عنوان مثال، سلامت روانی کودکان ممکن است بر سلامت روانی والدین، سبک‌های فرزندپروری و عملکرد خانوادگی تأثیر بگذارد – به جای معکوس آن، همانطور که ما فرض می‌کنیم.

همتایان متولد کانادا. نشان دادن اینکه محرومیت مادی سلامت روان را به خطر می‌اندازد رابطه را توضیح نمی‌دهد. چنین توضیحی نیازمند تحقیقاتی است که به طور خاص بر کودکان مهاجر و پناهنده تمرکز کند و عوامل فیزیکی و همچنین محیطی اجتماعی که ممکن است فقر را به سلامت روانی پیوند دهند را بررسی کند. مزیت ظاهری سلامت روانی کودکان مهاجر نسبت به همتایان متولد کانادا نشان می‌دهد که دستورالعمل‌های مهاجرتی کانادا به انتخاب خانواده‌ها و کودکان سالم، مقاوم و موفق کمک می‌کند. با این حال، نباید اجازه داد که اخبار خوب درباره کودکان مهاجر به رضایت‌مندی منجر شود. صرف نظر از چگونگی دقت در انتخاب افراد برای مهاجرت، موفقیت نهایی آنها – و همچنین موفقیت فرزندانشان – به استقبال پس از مهاجرت آنها بستگی دارد. این واقعیت که بیش از یک سوم کودکان مهاجر در کانادا در فقر عمیق زندگی می‌کنند نه تنها مذموم است بلکه پتانسیل آسیب رساندن به سلامت روانی این کودکان را دارد و ممکن است در آینده برای کشور میزبان مشکل‌ساز شود. کاهش فقر خانوادگی مهاجران از طریق برنامه‌های آموزش شغلی خلاقانه، دسترسی عادلانه به شغل و شناسایی مناسب مدارک خارجی باید به یک اولویت ملی تبدیل شود.

علاوه بر حذف منابع خطر سلامت روانی، جوامع میزبان باید برای درک بهتر عواملی که بهزیستی کودکان مهاجر را محافظت یا ترویج می‌کنند تلاش کنند. تحقیقات با جوامع مهاجر و اقلیت‌ها نشان می‌دهند که سرمایه اجتماعی، از جمله روابط درون خانوادگی و جوامع حمایتی، دارای مزایای سلامت روانی هستند. با حمایت از جوامع هم‌نژاد که بسیاری از خانواده‌های مهاجر در سال‌های اولیه اسکان از آنها حمایت می‌گیرند، سیاست چندفرهنگی کانادا احتمالاً به سرمایه اجتماعی خانوادگی کمک می‌کند. با این حال، چنین سیاستی اغلب به بهترین وجهی تنها تا حدی محقق می‌شود، و این در مورد چندفرهنگی کانادایی نیز صادق است. با وجود قوانین و دستورالعمل‌هایی که برای جلوگیری از آن طراحی شده‌اند، بی‌اعتباری سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده‌های مهاجر توسط نهادهای جامعه غالب مانند مدارس، پتانسیل محافظتی خانواده‌ها را کاهش داده و باعث ایجاد تعارض عاطفی برای کودکان می‌شود.

تحقیق در مورد اسکان مجدد و آمادگی جامعه برای ترجمه نتایج چنین تحقیقاتی به سیاست‌ها و اقدامات بهبود یافته، به اطمینان از موفقیت کودکان مهاجر و خانواده‌هایشان کمک خواهد کرد و با آن جوامع میزبان حکمت سیاست‌های انتخاب و اسکان آنها را قضاوت می‌کنند.

دانشکده روانپزشکی، دانشگاه تورنتو، تورنتو، کانادا.

درباره نویسندگان

توزیگنانت با لابراتوار تحقیقاتی در اکولوژی انسانی و اجتماعی، دانشگاه کبک در مونترال، مونترال، کانادا.

این مقاله در تاریخ 28 اکتبر 2000 پذیرفته شده است.

همه 4 نویسنده به مفهوم‌سازی و برنامه‌ریزی مطالعه کمک کرده‌اند. م. بیزر و ف. هائو داده‌ها را تحلیل کرده و متن را نوشته‌اند. م. توزیگنانت و آی. هیمن پیشنهادات تجدیدنظر به پیش‌نویس‌های مقاله ارائه داده‌اند.

تحقیقات بر اساس مقاله‌ای که بر اساس آن نوشته شده توسط یک قرارداد که توسط منابع انسانی توسعه کانادا ارائه شده است و یک جایزه ملی بهداشت به دکتر بیزر اعطا شده، ممکن شد.

توسعه برنامه بهداشت کانادا و یک بورسیه فوق دکترا به دکتر هائو از شورای تحقیقات علوم اجتماعی و انسانی. پروژه از هیئت بازبینی نهادی کلارک و دانشکده روانپزشکی، دانشگاه تورنتو تأیید دریافت کرده است. نویسندگان از بازبینان ناشناس به خاطر پیشنهادات مفیدشان تشکر می‌کنند.

McLoyd VC، Jayaratne T، Ceballo R، Borquez J. بیکاری و وقفه‌های کاری در میان مادران مجرد آفریقایی-آمریکایی: تأثیرات بر فرزندپروری و توسعه اجتماعی-عاطفی نوجوانان. توسعه کودک. 1994;

Adler NE، Boyce T، Chesney MA و همکاران. وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سلامت: چالش گرادیان. روان‌شناس آمریکایی. 1994;49:15–24.

Epstein NB، Baldwin LM، Bishop DS. دستگاه ارزیابی خانواده McMaster. درمان خانوادگی و زناشویی. 1983;

Conger RD، Patterson GR، Ge X. دو نفر لازم است تا تکرار شود: مدل واسطه‌ای برای تأثیر استرس والدین بر تنظیم نوجوان. توسعه کودک. 1995;

MacKinnon DP. تحلیل متغیرهای واسطه‌ای در تحقیقات پیشگیری و مداخله. در: Cazares A، Beatty LA، ویرایشگران. روش‌های علمی برای تحقیقات پیشگیری و مداخله. راکویل، مریلند: مؤسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر؛ 1994. مونوگرافی تحقیقاتی NIDA 139.

Gotlib IH، Avison WR. کودکان در معرض خطر آسیب‌شناسی روانی. در: Costello CG، ویرایشگر. مسائل اساسی در آسیب‌شناسی روانی. نیویورک، نیویورک: مطبوعات گیلفورد؛ 1993:

Voydanoff P. استرس اقتصادی و روابط خانوادگی. ازدواج و خانواده. 1990;52:1099–1115.

Amato PR، Keith B. طلاق والدین و رفاه کودکان: متاآنالیز. روان‌شناسی بولتن. 1991;

RL. استرس اقتصادی، فرآیند خانواده اجباری و مشکلات توسعه نوجوانان. توسعه کودک. 1994;

Lipman EL، Offord DR، Dooley MD. کودکان و جوانان.

رشد در کانادا: نظرسنجی طولی ملی

1996:83–90. گزارش 1205-6847.

Baron RM، Kenny DA. تفاوت متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده در تحقیقات روان‌شناسی اجتماعی: ملاحظات مفهومی، استراتژیک و آماری. روان‌شناسی شخصیت و اجتماعی. 1986;51:1173–1182.

DeVoretz D. بازده کاهنده: اقتصاد سیاست مهاجرت. تورنتو، انتاریو، کانادا: انتشارات دانشگاه تورنتو؛ 1995.

Corcoran M, Gordon R، Laren D، Solon G. ارتباط بین وضعیت اقتصادی مردان و منشأ خانوادگی و اجتماعی آنها. منابع انسانی. 1992;

Duncan GJ، Brooks-Gunn J، Klebanov PK. محرومیت اقتصادی و توسعه زودهنگام کودک. توسعه کودک. 1994;65:296–318.

Devine JA، Plunkett M، Wright JD. مزمن بودن فقر: شواهدی از PSID، 1968–1987. نیروهای اجتماعی. 1992;70:787–812.

وضعیت زناشویی و ترتیبات زندگی: مارس 1989. گزارش جمعیت جاری سری P-20، شماره 445.

Mrazek PJ، Haggerty RJ. اختلالات.

McLanahan SS، Astone NM، Marks NF. نقش خانواده‌های تک‌والدی در بازتولید فقر. در: Huston AC، ویرایشگر. کودکان در فقر: توسعه کودک و سیاست عمومی. کمبریج، انگلستان: انتشارات دانشگاه کمبریج؛ 1994:51–78.

Garrett P, Ng’andu N, Ferron J. تجربیات فقر کودکان خردسال و کیفیت محیط‌های خانگی. توسعه کودک. 1994;65:331–345.

Zyblock M. روند فقر کودکان در کانادا: بررسی عمق و وقوع از دیدگاه درآمد کل پولی، 1975–1992. اتاوا، انتاریو، کانادا: شاخه تحقیقات کاربردی، توسعه منابع انسانی کانادا؛ 1996. مقاله کاری W-96–1E.

McLeod JD، Kruttschnitt C، Dornfeld M. آیا فرزندپروری تأثیر شرایط ساختاری بر رفتار ضد اجتماعی کودکان را توضیح می‌دهد؟ مقایسه سیاه‌پوستان و سفیدپوستان. نیروهای اجتماعی. 1994;73:575–604.

کودکان و جوانان، دفترچه راهنمای کاربر و راهنمای میکرو دیتا. اتاوا، انتاریو، کانادا: توسعه منابع انسانی کانادا؛ 1996.

Balakrishnan TR، Hou F. مهاجرت و موزاییک قومی در حال تغییر شهرهای کانادا. در: Halli S، Driedger L، ویرایشگران. مهاجر کانادا: چالش‌های جدید.

Achenbach TM, Edelbrock CS. آسیب‌شناسی روانی دوران کودکی. بررسی سالانه روان‌شناسی. 1983;35:227–256.

Offord D, Lipman E. مشکلات عاطفی و رفتاری. در: رشد در کانادا: نظرسنجی طولی ملی کودکان و جوانان. اتاوا، انتاریو، کانادا: توسعه منابع انسانی کانادا؛ 1996:119–126. گزارش 1205–6847.

Strayhorn JM، Weidman CS. مقیاس تمرینات والدین و ارتباط آن با سلامت روان والدین و کودک. آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا. 1988;27:613–618.

Radloff L. مقیاس CES-D: مقیاس افسردگی خود گزارش‌دهی برای تحقیقات در جمعیت عمومی. اندازه‌گیری روان‌شناسی کاربردی. 1977;1:388–401.

Devins GM، Beiser M، Dion R، Pelletier LG، Edwards RG. مقیاس تعادل عاطفی APHA. مجله بهداشت عمومی آمریکا. 1997;87:

کارگروه کانادایی مسائل بهداشت روانی مربوط به مهاجران و پناهندگان. درهای باز: مسائل بهداشت روانی مربوط به مهاجران و پناهندگان در کانادا. اتاوا، انتاریو، کانادا: وزارت تأمین و خدمات کانادا؛ 1988.

Beiser M. ده سال اول در کانادا. انتشارات دانشگاه تورنتو؛ 1999.

Coleman J. سرمایه اجتماعی در ایجاد سرمایه انسانی. مجله جامعه‌شناسی آمریکا. 1988;94

–S120.

ویرایش شده توسط Myrtis Sull