

مقایسه الگوهای ارتباطی (شنود، بازخورد و کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی

شهین دخت مستان آبادی*^۱، دکتر حسین قمری گیوی^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه الگوهای ارتباطی (شنود، بازخورد و کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی صورت گرفت. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای (مورد-شاهدی) بود که به صورت گذشته نگر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه دوره اول شهرانزلی در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ و همچنین نوجوانان ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان شهر انزلی بودند. حجم نمونه مورد مطالعه ۶۰ نفر (۳۰ نفر دارای خودزنی، ۳۰ نفر بدون خودزنی) بودند که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بارتون بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات الگوهای ارتباطی و همه مولفه های آن (الگوی شنود، الگوی بازخورد و الگوی کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی کمتر از دختران عادی می باشد. نتایج به دست آمده حاکی از پایین بودن متغیر مورد مطالعه در دختران نوجوان دارای خودزنی بوده و نیازمند برنامه های به منظور افزایش و بهبود این متغیر می باشد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای ارتباطی، الگوی شنود، الگوی بازخورد، الگوی کلامی، خودزنی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوره های زندگی محسوب می شود. به دلیل تغییرات فناورانه، فرهنگی و اجتماعی سریع و پرشتاب جوامع امروز، دوران نوجوانی برای تعدادی از نوجوانان با بروز مشکلات فراوان، جسمی، روانی و اجتماعی همراه است و پایه بسیاری از رفتار های پرخطر و آسیب های اجتماعی ناشی از آن در این دوره در نوجوانان گذاشته می شود (جان-پابلو و استفان؛ ۲۰۰۴). تغییرات این دوره از رشد ممکن است زمینه ساز مشکلات خاصی شود. هنگامی که نوجوانان نمی توانند به طور موفقیت آمیز بر بحرانها و چالش های تحولی غلبه کنند، پریشانی های روانشناختی را تجربه خواهند کرد و اختلال قابل ملاحظه ای در جریان به هنجار زندگی روزمره و جنبه های عاطفی، اجتماعی و شناختی بروز خواهد کرد که به دنبال آن شخصیت آنها دچار اغتشاش خواهد شد (گالبر، کیلی و مارتین؛ ۲۰۰۲). یکی از موضوعهای مورد بررسی در این دوره، رخداد رفتارهای پرخطر^۱ نظیر آسیب خود و خودزنی است (هاله، فیتزگرا و واینر؛ ۲۰۱۴). خودزنی عملی است عمدی، تکانه ای، غیر کشنده که باعث صدمه به بدن شخص می گردد. خود زنی به خود ویرانگری موضعی و آگاهانه ای اطلاق می شود که ناشی از ناتوانی در مدارا با تکانه های پرخاشگرانه درون فکنی شده فرد، برای تنبیه خود یا دیگری می باشد. تقریباً ۱ درصد جمعیت در طول عمر خود برای مقابله با موقعیت یا احساس فلج کننده پیش آمده از آسیب بدنی به شکل خود زنی استفاده می کنند. آسیب به خود افراد را ناقص می کند. درک این پدیده رفتاری مشکل است و به شکل خیلی ساده یا در یک موقعیت احساسی که فرد تحت فشار است رخ می دهد، شیوع کلی خود زنی در جمعیت عادی ۴ درصد و در نمونه های بالینی ۲۱ درصد گزارش شده است که در مردان ۳ برابر زنان است (موهلنکمپ؛ ۲۰۰۵). شروع آن در اوایل نوجوانی است و می تواند اولین تظاهر یک بیمار روانی شدید باشد (پوکروی و مارکوویچ؛ ۲۰۰۳). در مورد رفتار خودزنی چندین مدل مطرح شده است یک مدل، مدل مقررات خود است که رفتار خود زنی را یک اقدام جبرانی برای تسکین عصبانیت، اضطراب یا ناراحتی هیجانی می داند در مدل دیگری عنوان شده که اکثر بیماران قبل از آسیب به خود یک احساس ناخوشایند تنش دارند و با آسیب رساندن به خود این احساس ناخوشایند را در خود کم می کنند (مک کی، کلوکوی و دایکو؛ ۲۰۰۰).

براساس مطالعات مختلف، میزان، خودزنی در بین دخترها، چهار برابر پسرها است (پوکروی و مارکوویچ، ۲۰۰۳). این اختلاف لزوم توجه بیشتر به خودزنی در دخترها را یادآوری می کند. باید در نظر داشت پسرها راهکارهای بیشتری برای پنهان کردن موارد خودزنی دارند و بیش تر از دخترها آسیب های وارده را توجیه کرده و آن ها را به اتفاق های دیگر ربط می دهند. امروزه بحث های بسیاری وجود دارد که آیا بین میزان خودزنی در دخترها و پسرها اختلافی وجود دارد و یا اینکه آیا اختلاف موجود به دلیل خطای آماری در جمع آوری اطلاعات می باشد. طبق آمار مرکز جمع آوری اطلاعات خودکشی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) در همه گروه های سنی، میزان خودزنی دخترها بیشتر از پسرهاست (اوبرین؛ ۲۰۱۴). مطابق تحقیقات انجام شده، ویژگیهای زیستی، چرخه ی رشد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگی های خانوادگی، تاثیر همسالان و الگوهای ارتباطی خود افراد از جمله عوامل مهمی هستند که در فعالیت های پرخطر جوانان تاثیر به سزایی دارند (کراتسا و هاسا؛ ۲۰۰۱).

^۱ Juan-Pablo & Stefan

^۲ Garber & Martin

^۳ high-risk behaviors

^۴ Hale, Fitzgerald & Viner

^۵ Muehlenkamp

^۶ Pokroy & Marcovich

^۷ Mc Kay & Kulchycky & Danyko

^۸ world health organization

^۹ O'Brien

^{۱۰} Creatsas & Hassa

الگوهای ارتباطی به منزله آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به واسطه آنها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین فردی و فرایند ارتباط شوند؛ یعنی طی آن، اطلاعات، افکار و احساس‌های خود را از راه مبادله کلامی و غیر کلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (هارگی و دیکسون، ۲۰۰۴). آشنایی با سبک‌های ارتباطی و برقراری ارتباط موثر موجب بهبود و افزایش سازگاری اجتماعی فرد می‌گردد (بوکمن، ۲۰۰۱). در واقع الگوهای ارتباطی از چنان اهمیتی برخوردارند که نارسایی آنها با احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، عزت نفس پایین و رفتارهای پرخطر همراه می‌باشد (حسین چاری و دلاوریور، ۲۰۰۶). چنانچه در این خصوص رینیجر (۲۰۱۸) در نتایج مطالعات خود بیان کرد که الگوهای ارتباطی بین نوجوانان یکی از عامل مهم پیشگیری یا گرایش به سوی رفتارهای پرخطر می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه واحد و سیدامینی (۱۳۹۶) نشان داد که بین سبک زندگی نوجوانان (مرتبط با الگوهای ارتباطی) یا بروز رفتارهای پرخطر همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. ماجتویج^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی نشان دادند که خانواده‌های که والدین سبک‌های پردکننده دارند، فرزندان‌شان بیشتر به خودآسیب زنی فکر می‌کنند.

در نهایت با توجه به افزایش معضل خودزنی در بین نوجوانان، و وجود نتایج ضد و نقیض در خصوص نقش متغیرهای روانشناختی در افراد دارای خودزنی، بررسی دقیق نقش عوامل روانشناختی در این خصوص بسیار مهم می‌باشد. لذا پژوهش حاضر در این راستا به مقایسه الگوهای ارتباطی (شنون، بازخورد و کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی پرداخت.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود که به صورت گذشته نگر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره اول شهرانزلی در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ و همچنین نوجوانان ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان شهر انزلی بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت دردسترس بود. به این صورت که از بین دانش‌آموزان مراجعه کننده به هسته مشاوره مدارس و نیز نوجوانان دارای خودزنی ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان شهر انزلی تعداد ۳۰ نفر دختر (حائز شرایط عدم داشتن اختلالات روانشناختی، دریافت رضایت نامه کتبی) انتخاب شدند. همچنین تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان نوجوان دختر بدون خودزنی به صورت دردسترس از بین دانش‌آموزان نوجوان دختر متوسطه دوره اول به منظور مقایسه با دانش‌آموزان دارای خودزنی با هم‌تاسازی نسبی از لحاظ سن و پایه تحصیلی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌ای بود که شامل:

۳) پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بارتون^۲: این پرسشنامه شامل ۱۸ ماده است که توسط بارتون، در سال ۱۹۹۱ ابداع گردیده و دارای سه خرده‌مقیاس می‌باشد که ۶ آیتم مربوط به مهارت کلامی، ۶ آیتم مربوط به مهارت شنود و ۶ آیتم مربوط به مهارت بازخورد می‌باشد. حداقل امتیاز در هر آیتم ۶ و حداکثر آن ۳۱ است. هر چه امتیاز شخص بالاتر باشد، بیانگر این است که شخص از این مهارت ارتباطی بیشتر استفاده می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بارتون در مطالعه رئیسی تأیید شده است و در پژوهش درامانی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ در تعیین همسانی درونی ابعاد سه‌گانه پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی برای مولفه مهارت کلامی ۰/۶۸، مهارت شنود ۰/۵۷ و مهارت بازخورد ۰/۶۰ به دست آمده است.

^۱ Hargie & Dixon

^۲ Buckman

^۳ Reininger

^۴ Matejevic

^۵ Barton questionnaire of communication skills

به منظور گردآوری داده ها بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مبنی بر اجرای پژوهش حاضر، به اداره آموزش و پرورش و بیمارستان شهرانزلی مراجعه شد. سپس بعد از کسب مجوزهای لازم اقدام به انتخاب نمونه آماری شد. برای این منظور پژوهشگر با حضور در مدارس و بخش اورژانس دختران متوسطه دوره اول و با شرح اهداف پژوهش برای روانشناسان و مشاوران مدارس دانش آموزانی که به علت خودزنی مراجعه کنند، را شناسایی کرد. بعد با برقراری ارتباط با دانش آموزان و توضیح اهداف پژوهش و توضیح اینکه تمام اطلاعات به صورت کاملا محرمانه باقی می ماند، اقدام به جمع آوری داده از طریق پرسشنامه نمود. همچنین تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان نوجوان دختر بدون خودزنی به صورت در دسترس از بین دانش آموزان به منظور مقایسه با دانش آموزان دارای خودزنی به طوری همتا سازی نسبی انتخاب شدند. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه های پژوهشی را دریافت و تکمیل کرد. سپس بعد از جمع آوری پرسشنامه ها اطلاعات گردآوری شده توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندلمتغیره (MANOVA) استفاده شد که برای این منظور از نرم افزار آماری SPSS ۱۹ بهره گرفته شد.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان در دو گروه ۱۵ نفری (دارای خودزنی و بدون خودزنی) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن افراد عادی ۱۴/۰۳ با انحراف معیار ۰/۸۹۱ و میانگین سنی گروه دارای خودزنی برابر ۱۴/۱ با انحراف معیار ۰/۹۱۶ می باشد. در هر دو گروه کمترین فراوانی پایه تحصیلی اول راهنمایی و در هر دو گروه بیشترین فراوانی پایه تحصیلی دوم راهنمایی بودند.

۳-۴- یافته های توصیفی

جدول (۴-۵): میانگین و انحراف معیار میانگین و انحراف متغیرهای مورد بررسی در گروه های عادی و دارای خودزنی

متغیر / گروه	عادی		دارای خودزنی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
الگوی شنود	۲۷/۳۱	۴/۴۵	۲۰/۵۴	۳/۶۱
الگوی بازخورد	۲۶/۶۲	۴/۱۸	۱۹/۸۷	۳/۲۸
الگوی کلامی	۲۸/۱۲	۴/۶۷	۲۰/۷۴	۳/۳۵
الگوهای ارتباطی کل	۵۸/۶۴	۸/۷۴	۴۷/۳۷	۶/۶۹

در جدول (۱) میانگین و انحراف معیار الگوهای ارتباطی و مولفه های آن به تفکیک در گروه عادی و دارای خودزنی ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون کولمگروف- اسمیرنوف جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

آماره	الگوی شنود	الگوی بازخورد	الگوی کلامی	الگوهای ارتباطی
مقدار Z کولموگروف- اسمیرنوف	۱/۱۴۸	۰/۹۲۰	۱/۰۷۵	۱/۱۰۹
سطح معنی داری	۰/۱۷۲	۰/۲۴۷	۰/۱۸۵	۰/۱۸۰

طبق نتایج جدول (۲) و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۵ بیش از ۰/۰۵ است، بنابراین می توان گفت که توزیع متغیرهای تحقیق نرمال است و جهت تحلیل فرضیات باید از آزمون های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳- نتایج مربوط به آزمون لوین در مورد برابری خطای واریانس ها

متغیرها	F	df1	df2	P
الگوی شنود	۰/۸۳۳	۱	۵۸	۰/۴۱۱
الگوی بازخورد	۱/۱۰۷	۱	۵۸	۰/۳۵۲
الگوی کلامی	۱/۱۸۰	۱	۵۸	۰/۳۳۰
الگوهای ارتباطی	۱/۳۲۷	۱	۵۸	۰/۲۹۵

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش فرضی همگنی واریانس ها به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین در جدول فوق آمده است و چنانچه مشاهده می شود بر اساس نتایج، پیش فرض تساوی واریانس ها در مرحله پس آزمون متغیر مورد مطالعه تأیید شد. همانطور که جدول (۳) نشان می دهد این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نیست، در نتیجه استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع می باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره الگوهای ارتباطی در گروه های مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور اتا
مدل اثر پیلابی	۰/۹۵۵	۶۸۹/۵۷۳	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
لامبدا ویلکز	۰/۰۴۳	۶۸۹/۵۷۳	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
اثر هتلینگ	۲۱/۵۵۱	۶۸۹/۵۷۳	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
بزرگترین ریشه خطا	۲۱/۵۵۱	۶۸۹/۵۷۳	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
گروه اثر پیلابی	۰/۱۷۲	۶/۶۰۵	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲
لامبدا ویلکز	۰/۸۰۶	۶/۶۰۵	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲
اثر هتلینگ	۰/۲۱۵	۶/۶۰۵	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲
بزرگترین ریشه خطا	۰/۲۱۵	۶/۶۰۵	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲

همانطور که جدول (۴) نشان می دهد سطوح معناداری تمام آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. ($p < 0.01$, $F=6/60$, $\lambda=0/80$) لامبدا ویلکز). مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰/۹۷ است، یعنی ۱۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره الگوهای ارتباطی آن در گروه های مورد مطالعه

منبع	متغیر وابسته	مجموع	درجه	میانگین	F	P	اتا
------	--------------	-------	------	---------	---	---	-----

تغییر	مجذورات	آزادی	مجذورات	مجذورات	مجذورات
مدل	الگوی شنود	۱۶۷۲۰/۱۳۲۵	۱	۱۶۷۲۰/۱۳۲۵	۰/۹۵۱
	الگوی بازخورد	۲۷۸۸۹/۱۴۴	۱	۲۷۸۸۹/۱۴۴	۰/۸۱۷
	الگوی کلامی	۱۵۶۷۰/۷۵۹	۱	۱۷۶۷۰/۷۵۹	۰/۶۹۷
	الگوهای ارتباطی	۴۹۷۱۶۶/۲۰۴	۱	۴۹۷۱۶۶/۲۰۴	۰/۹۵۵
گروه	الگوی شنود	۷۸۹/۵۷۷	۱	۷۸۹/۵۷۷	۰/۱۹۶
	الگوی بازخورد	۶۳۵/۳۷۵	۱	۶۳۵/۳۷۵	۰/۱۳۳
	الگوی کلامی	۴۳۲/۱۶۶	۱	۴۳۲/۱۶۶	۰/۱۰۳
	الگوهای ارتباطی	۳۰۱۴/۳۶۱	۱	۳۰۱۴/۳۶۱	۰/۲۵۷

همانطور که جدول (۹-۴) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین الگوهای ارتباطی در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی وجود دارد ($P < 0/01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات الگوهای ارتباطی و همه مولفه های آن (الگوی شنود، الگوی بازخورد و الگوی کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی کمتر از دختران عادی می باشد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه الگوهای ارتباطی (شنود، بازخورد و کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معناداری بین الگوهای ارتباطی در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات الگوهای ارتباطی و همه مولفه های آن (الگوی شنود، الگوی بازخورد و الگوی کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی کمتر از دختران عادی می باشد. بنابراین فرضیه مربوطه مورد تایید قرار می گیرند.

یافته به دست آمده با نتایج مطالعات بیوترایس^۱ (۲۰۰۱)، بارریوس^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، ماجتویچ و همکاران (۲۰۱۴)، واحد و سیدامینی (۱۳۹۶) و رینیجر (۲۰۱۸) همسویی داشت. چنانچه در این خصوص رینیجر (۲۰۱۸) در نتایج مطالعات خود بیان کرد که الگوهای ارتباطی بین نوجوانان یکی از عامل مهم پیشگیری یا گرایش به سوی رفتارهای پرخطر می باشد. همچنین نتایج مطالعه واحد و سیدامینی (۱۳۹۶) نشان داد که بین سبک زندگی نوجوانان (مرتبط با الگوهای ارتباطی) یا بروز رفتارهای پرخطر همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در مطالعه ای بیوترایس (۲۰۰۱) نشان داد که افراد دارای سابقه خودکشی فشارهای خانوادگی بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کرده اند و مشاخره با یک عضو خانواده معمولاً یکی از پیش بینی کننده های رفتار خودکشی در ۷۰ درصد موارد می باشد. بارریوس و همکاران (۲۰۰۴) در نتایج مطالعه خود در خصوص عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی، نشان دادند که الگوهای ارتباطی مناسب به صورت ضربه گیر در برابر احتمال بروز افکار و رفتارهای خودکشی عمل می کند. قریدنس و شیک (۲۰۱۰) در نتایج مطالعه نشان دادند سبک های فرزند پروری در دو گروه نوجوانان با و بدون سابقه خودزنی تفاوت معنی داری داشت و سبک فرزند پروری مقتدرانه و سهل گیرانه در دانش آموزان عادی بیشتر از دانش آموزان ارجاع شده به علت خودزنی بود و همچنین سبک فرزند پروری مستبدانه در دانش آموزان ارجاع شده به علت خودزنی بیشتر از دانش آموزان عادی بود. ماجتویچ و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی

^۱ Beautrais

^۲ Barrios

نشان دادند که خانواده های که والدین سبک های طردکننده دارند، فرزندانشان بیشتر به خودآسیب زنی فکر می کنند.

در خصوص تبیین این یافته قابل بیان است که سبک های ارتباطی به منزله آن دسته از مهارت هایی هستند که به واسطه آنها، افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساس های خود را از طریق مبادله پیام های کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می گذارند. مهارت های ارتباطی در زندگی روزمره، دارای بیشترین پیوند با رفتارهای بین فردی هستند. واضح است که سبک های ارتباطی نقش بسیار حیاتی در زندگی انسان ایفا می کنند. بنا به گفته هارجی و دیکسون (۲۰۰۴) مردم نیاز عمیقی به ارتباط دارند و هرچه در برقراری ارتباط ماهر تر باشند، زندگی شان رضایت بخش تر خواهد بود و در زندگی به راحتی می توانند با وضعیت های مختلف کنار بیایند. که این عامل موجب خودکارآمدی و افزایش توان مقابله ای آنها با استرس و فشارهای روانی خواهد بود. به خصوص اینکه میزان و شدت این فشارهای روانی در دوران نوجوانی که دوران بحرانی می باشد، بسیار بالاست. بنابراین زمانی که نوجوانان بتوانند با الگوهای ارتباطی مناسب با دوستان، خانواده و سایر اعضاء جامعه در ارتباط باشند، به سبب حمایت دریافتی از سوی آنان، با فشارهای روانی زندگی بهتر و موثرتر کنار می آیند که این عامل در کاهش آسیب به خود در آنان تاثیر گذار است. چنانچه در این راستا کاپرارا و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج مطالعه خود بیان کردند که افزایش میزان خودکارآمدی و توان مقابله ای افراد با استرس می تواند سازگاری شناختی/عاطفی در کودکان و نوجوانان را حفظ کرده و میزان رفتارهای پرخطر آنان را کاهش دهد.

نتایج به دست آمده حاکی از پایین بودن الگوهای ارتباطی مورد مطالعه در دختران نوجوان دارای خودزنی بوده و نیازمند برنامه های به منظور افزایش و بهبود این متغیر می باشد. عدم کنترل وضعیت ویژگی های والدین یکی از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد. همچنین انتخاب نمونه پژوهش به روش نمونه گیری دردسترس یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش می باشد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی وضعیت ویژگی های والدین در گروه های مورد بررسی کنترل گردد. چرا که وضعیت ویژگی های والدین تاثیر معناداری بر رفتارهای نوجوانان دارد. همچنین پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده شود. در نهایت با توجه پایین بودن میزان الگوهای ارتباطی در دختران نوجوان دارای خودزنی، پیشنهاد می گردد برنامه های از سوی مشاوران و روانشناسان مدارس به منظور ارزیابی و ارتقاء الگوهای ارتباطی دانش آموزان صورت گیرد.

منابع و مراجع

- درامامی، فاطمه. (۱۳۹۱). رابطه سبک رهبری و مهارت های ارتباطی مدیران با سلامت روان کارکنان. فصلنامه طب انتظامی؛ (۱)۱: ۲۹-۲۳
- واحد، مریم و سیدامینی، فاطمه سادات. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین سبک زندگی با بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر و پسر شهر رشت. پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، پیام نور قزوین، ایران.
- Barrios, FX., Osman, A., Grittmann, LR, Osman. JR. (2004). The multi-attitude suicide tendency scale: psychometric characteristics in an American sample. *J Clin Psychol*; 49: ۷۰۱-۸.
- Beautrais, A. L. (2001). Child and adolescent suicide in Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 35: 647-653.

^۱ Harigie & Dickson

- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurol Clin*;19(4):989-1004.
- Caprara, G.V. Gerbino, M. Paciello, M. Di Giunta, L. & Pastorelli, C. (2017). Interacting depression and delinquency in late adolescence: The role of regulatory emotional and interpersonal self-efficacy beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15: 34-48.
- Creatsas, GC. & Hassa, EA.(2000). Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*; 13(3): 119-24.
- Garber, J. Keily, MK. & Martin, NC.(2002). Development of adolescence depressive symptoms: predictors of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*; 70:79-95.
- Hale, DR. Fitzgerald, N. & Viner, RM.(2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *Am J Public Health*;104(5): 19-41.
- Hargie, Q. & Dixon, K. (2004). *Skilled interpersonal communication*. London: Routledge.
- Harigie, O., & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice*. Routledge. New York: USA.
- Hoseinchari, M & Delavarpor, M. (2006). Do shy persons who have lack of communication skills? *Journals of Ravanshenasan irani*, 3(10),123-135.
- Juan-Pablo, G. & Stefan, M.(2004). Sexual risk behavior among adolescence: The role of socioeconomic and demographic household characteristics. Mexico: Global Forum for Health Research Forum
- Matejevic M, Jovanovic D, Lazarevic V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014; 128: 281-87.
- Mc Kay, D. Kulchysky, S. & Danyko, S.(2000) Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms *J Personality Dis.*; 14: 57-63.
- Muehlenkamp, J. J.(2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome, *American Journal of Orthopsychiatry*; 75: 324-33.
- O'Brien, A. (2014). *Women and Parasuicide: a Literature Review*. Women's Health Council. Available at http://www.whc.ie/publications/reports_parasuicide.html.
- Pokroy, R. & Marcovich, A. (2003). Self-inflicted (factitious) conjunctivitis. *Ophthalmology*; 110 (4): 790-5.
- Reininger, K.(2018). Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework & assets. *American journal health*. 29 (2): 150-61.