

## آسیب‌شناسی مشکلات رفتاری

و عاطفی نوجوانان دختر در خانواده‌های محروم

دکتر مریم وفایی<sup>۱</sup> / مریم روشن<sup>۲</sup>

### چکیده

ابعاد گوناگون اختلال‌های عاطفی - رفتاری کودکان سبب شده است که دیدگاه‌ها و پژوهش‌های علمی زیادی در این باره متمرکز گردند. کودکانی که در معرض خطر مشکلات رفتاری، سازگاری و عاطفی هستند، درصد زیادی از جوانان امروز را تشکیل می‌دهند. از سال ۱۳۷۴ ه. ش مطالعه در مورد اختلالات عاطفی - رفتاری کودکان و نوجوانان بیشتر شده و مطالعات نشان داده است که مداخلات خانوادگی در این زمینه مؤثرتر از مداخلات و درمان‌های فردی است که این امر دال بر شکل‌گیری هسته این مشکلات در خانواده می‌باشد. این پژوهش درباره ۸۵ تن از دختران نوجوان (با میانگین سنی ۱۲/۵ سال) از منطقه محروم همدان - که به عنوان یک منطقه آسیب‌پذیر در نظر گرفته شده بود- اجرا شد. هدف این پژوهش تعیین نقش عوامل خانوادگی در سلامت روانی - اجتماعی دختران نوجوان در چارچوب الگوی نظری «آسیب‌پذیری روانی - اجتماعی» است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱. مصاحبه نیم‌ساخت یافته عوامل خطر که با مادران انجام شد؛

۲. پرسش‌نامه رویدادهای نامطلوب خانواده (کوین، ۱۹۹۸ م.) که کودکان تکمیل کردند؛

۳. پرسش‌نامه مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان (کودمن، ۲۰۰۱ م.) که مادران تکمیل کردند.

تحلیل داده‌ها به وسیله هم‌بستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره انجام شد. نتایج نشان داد که بین عوامل خطرزای خانواده و مشکلات عاطفی - رفتاری دختران از یک‌سو و بین حوادث نامطلوب خانواده و مشکلات عاطفی - رفتاری دختران از سوی دیگر، ارتباطی قوی، مثبت و معنادار وجود دارد.

**کلید واژه‌ها:** مشکلات رفتاری، مشکلات عاطفی، خانواده‌های محروم، نوجوان.

### مقدمه

مسئولیت خانواده در نخستین سال‌های کودکی، مراقبت و پرورش کودک را برعهده دارد. در خانواده‌های سالم، کودکان می‌آموزند که برای به‌دست آوردن امنیت هیجانی، جسمانی و روانی بر محیط تکیه کنند؛ همچنین رفتارهایی را می‌آموزند که نهایتاً به آنها اجازه خواهد داد که سلامت جسمانی و هیجانی خود را مستقل از مراقبان اولیه حفظ کنند. از این دیدگاه، یک محیط سالم برای کودک، محیط ایمن است که چنین محیطی احساس امنیت

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

هیجانی و یکپارچگی شخصیت را برای کودک فراهم می‌کند و تجارب اجتماعی ویژه‌ای در اختیار کودک می‌گذارد که منجر به اکتساب رفتارهایی می‌شود که نهایتاً به کودک این امکان را می‌دهد که به خودتنظیمی مؤثری پردازد (اسپین وال و تیلر، ۱۹۹۷ م.؛ نهاد تخصصی سلامت روانی و مشاوره ملی علوم رفتاری، ۱۹۹۶ م.).

سلامت و بیماری روانی ریشه در دوران کودکی دارد. هیوزینک (۲۰۰۴ م.) استرس پیش از تولد را به عنوان عامل تهدید کننده سلامت روانی بررسی کرده است. این مطالعه نشان می‌دهد، در بچه‌های حیواناتی که پیش از تولد در معرض استرس بوده‌اند، محور «آدرنال - هیپوفیز - هیپوتالاموس» به فعالیت مفرط پرداخته و تنظیم بازخوراند این محور تضعیف می‌گردد، همچنین فعالیت سیستم گابا، بنزودیازپین، سروتونین و دوپامین کاهش یافته و فعالیت سیستم آدرنال - سمپاتیک افزایش می‌یابد. این شواهد ساز و کار آسیب فیزیولوژیکی درگیر در تحول آسیب‌شناسی روانی را منعکس می‌کند.

بنابراین، شواهد از این دیدگاه که مواجهه با استرس پیش از تولد منجر به آسیب‌پذیری کلی به آسیب‌شناسی روانی می‌شود، حمایت می‌کند.

خانواده‌های در معرض خطر، خصوصیات ویژه‌ای دارند که این ویژگی‌ها، آنها را در برابر مشکلات جسمانی و روانی آسیب‌پذیر می‌سازد. این خصوصیات شامل مراقبت اندک پیش از تولد، تاریخچه‌ای از مشکلات پیش از تولد، عوامل زیستی - ژنتیکی مؤثر در آسیب روانی پیش از تولد، اختلالات یادگیری و آمادگی‌های خلق و خو، و زمینه اجتماعی خانواده شامل استرس مزمن مربوط به فقر، طلاق، تک‌والدی، تعارض آشکار خانواده، کمبود توجه، خشم و عصبانیت، مخصوصاً روابط سرد و غیر حمایت‌کننده می‌باشد (رپتی و همکاران، ۲۰۰۲ م.؛ سیمن و همکاران، ۱۹۹۷ م.).

خصوصیات ذکر شده سبب آسیب‌پذیری خانواده می‌گردد و چنین خانواده‌هایی کودکان‌شان را در معرض آسیب‌پذیری از طریق اختلالات روانی و جسمانی قرار می‌دهند. در این مقاله با تمرکز بر رویکردهای زیستی، روان‌شناختی، عاطفی، رابطه عوامل خطرزای خانواده‌ها با مشکلات رفتاری کودکان مورد مطالعه قرار گرفته است (ورنر و اسمیت، ۱۹۸۳ م.؛ راتر، ۱۹۹۱ م.؛ راتر، ۱۹۹۰ م.).

نکته تلویحی این فرضیه این است که هر یک از عوامل نگه‌دارنده، درون‌داده‌های متعددی از ژن‌ها، محیط و تعامل آنها دریافت می‌کند که پی‌آمدهای مختلفی در سیستم ایجاد می‌نماید. این فرضیه به نقش عوامل محافظ و خطر به عنوان عوامل مهم در فرآیند سازگاری اشاره می‌کند و این عوامل را به‌عنوان یک متغیر خارجی یا درونی ایستا در نظر نمی‌گیرد (راتر، ۱۹۹۰ م.؛ کوترنا و همکاران، ۱۹۹۴ م.).

ویژگی‌های خانواده پرخطر، در اوایل زندگی، فرد را با انواع خطرات مواجه می‌سازد. این خانواده‌ها ممکن است آسیب‌پذیری ایجاد کنند و ممکن است آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی خاصی را تشدید کنند، که نه تنها کودکان را در خطر فوری پی‌آمدهای نامطلوب قرار می‌دهد (مثل سوء استفاده جسمی)، بلکه در کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلاتی را در سلامت جسمانی و روانی آنها ایجاد می‌کند (راتر، ۱۹۹۰ م.).

همچنین ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که وجود عوامل خطر در خانواده، ضعف در کنترل و ابزار هیجانات را در کودکان ایجاد می‌کند که در نشانه‌شناسی مشکلات رفتاری و توان‌مندی اجتماعی آشکار می‌شود و منجر به

اختلالاتی در فیزیولوژی و تنظیم سیستم هورمونی - عصبی می‌گردد که می‌تواند در بلندمدت اثرات نامطلوبی را ایجاد کند (پالگی و همکاران، ۲۰۰۳ م.؛ چن و همکاران، ۲۰۰۲ م.).

فراتر از دوره حساس پیش از تولد، همان‌گونه که اشاره شد، پژوهش‌های اخیر (مک اون و همکاران، ۱۰۰۳ م.؛ سیمن و همکاران، ۱۹۹۷ م.) به اختلالات در فعالیت محور «سمپاتیک - آدرنال - بصل النخاع» و فعالیت محور هیپوتالاموس - هیپوفیز آدرنوکورتیکال و اختلال در کارکرد سروتونین در کودکان پرداخته‌اند. کودکانی که در خانواده‌های پرخطر بزرگ می‌شوند، ممکن است به رفتارهای تهدید کننده سلامتی بپردازند که از این رفتارها می‌توان به سیگار کشیدن، مصرف الکل و سوء استفاده از دارو اشاره کرد (ریسنگ و همکاران، ۲۰۰۴ م.؛ کوترنا و همکاران، ۱۹۹۴ م.). همچنین خطر فعالیت جنسی آزاد در این کودکان بالاست. کودکان این رفتارها را به عنوان فرآیندهای خوددرمانی برای تعدیل نقایص تحول عاطفی و اجتماعی خود به کار می‌برند که این نقایص در خانواده پرخطر تشدید شده است (رپتی و وود، ۱۹۹۷ م.).

در مجموع، پی‌آمدهای زیستی و رفتاری موجود در خانواده‌های پرخطر، نمایانگر نیم‌رخ یک‌پارچه خطر زیستی - روانی - رفتاری است که با اختلال‌های روانی در طول زندگی، مانند افسردگی و خصومت پرخاش‌گرانه، بیماری‌های مزمن مثل فشار خون بالا، بیماری قلبی و مرگ زودرس ارتباط دارد (ترنو، ۲۰۰۲ م.).

همچنین طبق مدل نظری عوامل خطر - محافظ (راتر، ۱۹۸۴ م.)، گستره عوامل خطرزا متأثر از بافتی می‌باشد که کودک و خانواده در آن زندگی می‌کنند؛ مثلاً محیط توأم با استرس مزمن، خشونت، فقر و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، ظرفیت خویش‌داری افراد را در مهار استرس کم می‌کند (گالو و ماتيو، ۲۰۰۳ م.).

مطالعه چن و ماتيو (۲۰۰۲ م.) و گومن و همکاران (۲۰۰۵ م.) نشان می‌دهد که وضعیت اجتماعی - اقتصادی نیز بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف، سلامت جسمانی و روانی فرد را تهدید می‌کند. کودکان فقیر، حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند و والدین سلطه‌گری دارند که کمتر پاسخ‌گو هستند؛ این کودکان بیشتر تلویزیون می‌بینند، کمتر کتاب می‌خوانند، به کامپیوتر و کتاب دسترسی ندارند و خانواده شلوغ و پرازدحامی دارند.

آبیگل و همکاران (۲۰۰۵ م.) دریافته‌اند که در خانواده‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی نامناسب، تعامل بین مادر و کودک و بروز دل‌بستگی ایمن در کودک ضعیف می‌باشد، اما چگونگی این رابطه هنوز مشخص نیست. همچنین شرایط اقتصادی - اجتماعی پایین به‌خصوص سطح تحصیلات و درآمد والدین از طریق رفتار و باورهای آنها به صورت غیر مستقیم بر پیشرفت تحصیلی کودکان تأثیر می‌گذارد (کایسر و بلک، ۲۰۰۵ م.؛ دیویس و کین، ۲۰۰۵ م.).

در این تحقیقات، مشکلات در دسته‌بندی روابط بین عوامل مربوط به هم منعکس می‌شود که برای این منظور، مدل‌های نظری جامعی مثل الگوی سیستمی، التقاطی یا اقتصادی و تحولی در نظر گرفته می‌شود.

مرور ادبیات تحقیقات در زمینه ارتباط عوامل خطر خانواده و آسیب‌شناسی نشان می‌دهد که به تفاوت‌های جنسیتی در این تحقیقات کمتر توجه شده است. همچنین تحقیقات (دیویس، هوپس و شیپر، ۱۹۹۸ م.؛ استینبرگ، ۱۹۸۷ م.) نشان داده است که خانواده‌های پرخطر به احتمال زیاد باعث بروز اختلالات رفتاری در پسران و

اختلالات عاطفی در دختران می‌شود؛ اما هنوز شواهدی برای این موضوع در دست نیست.

پولکی (۲۰۰۳ م.) دریافت که میان پسران با وضعیت اقتصادی پایین والدین و مادران مستبد با افزایش خطر رابطه وجود دارد. در بین دختران، وضعیت اقتصادی اجتماعی والدین، ارتباط نگرش‌های تربیتی کودکان و عوامل خطر را تعدیل می‌کند، به طوری که به نظر می‌رسد تعلق به خانواده با وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا، از دختران در برابر خصومت مادرانه محافظت می‌کند (واکس چاک و همکاران، ۱۹۹۹ م.).

مطالعه حاضر به بررسی ویژگی‌هایی در خانواده می‌پردازد که در کودکان ایجاد آسیب‌پذیری می‌کند و با آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی آنها تعامل دارد و بر اساس چارچوب زیست محیطی، رفتاری، روان‌شناختی و عاطفی مفهوم‌سازی شده است (پاینر، ۱۹۹۴ م.). خلاصه آنکه محیط خانواده نقش بسیار مهمی در درک سلامت جسمانی و روانی در طول زندگی دارد. بر اساس مرور پیشینه تحقیق، فرضیه‌های زیر آزموده می‌شوند:

**فرضیه ۱:** حوادث و تغییرات نامطلوب خانواده دختران با مشکلات عاطفی - رفتاری آنها ارتباط مستقیم دارد.

**فرضیه ۲:** وجود عوامل خطر در خانواده با مشکلات عاطفی - رفتاری دختران ارتباط مستقیم دارد.

**فرضیه ۳:** وجود عوامل محافظ در خانواده با مشکلات عاطفی - رفتاری دختران ارتباط معکوس دارد.

## روش

روش نمونه‌گیری، تصادفی خوشه‌ای است که ابتدا منطقه‌ای از دو منطقه آموزش و پرورش شهرستان همدان انتخاب شد و سپس از این منطقه به تصادف، یکی از نواحی محروم‌گزینه شده و از این ناحیه، دو مدرسه و در هر مدرسه یک کلاس پنجم به تصادف شرکت داده می‌شود. به این ترتیب ۸۰ آزمونی انتخاب شده و در طرح شرکت کردند.

## ابزار اندازه‌گیری

### ۱. مقیاس تشخیص عوامل خطرزا و محافظ (*RPFS - Risk and Protective Factors Scale*)

این مقیاس، عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی محافظ و خطر را در کودکان ۶ - ۱۲ ساله می‌سنجد و متشکل از ۳۴ سؤال می‌باشد که توسط والدین تکمیل می‌گردد. این مقیاس توسط کارل لوپر (۱۹۹۹ م.) ساخته شد و هم‌بستگی این مقیاس با چک لیست مشکلات رفتاری کودکان (RCBP) به طور کلی ۰/۸۲ به دست آمد (لوپر، ۱۹۹۹ م.).

ضریب اعتبار مقیاس RPFS به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای هر یک از زیرمقیاس‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد (لوپر، ۱۹۹۹ م.).

### ۲. پرسش‌نامه تغییرات و حوادث زندگی خانواده - نوجوان

### (Adolescent - Family Inventory of Life Events & Changes) - (A - File)

این پرسش‌نامه توسط مک کوبین و همکاران (۱۹۸۱ م.) توسعه یافته است و برای اندازه‌گیری دیدگاه نوجوان در مورد سیستم خانواده و حوادث شخصی زندگی در شش بعد تغییرات خانواده، جنسیت، فقدان‌ها (حوادث منفی



$$P < 0.001 \times \times \times ; < 0.001 \times \times ; P < 0.05 \times$$

برای ارزیابی قدرت پیش‌بین عوامل خطر خانواده، عوامل محافظ خانواده، حوادث منفی زندگی طی سال گذشته و یک سال قبل از آن به عنوان متغیرهای پیش‌بین و نمره کلی مشکلات رفتاری کودکان به عنوان متغیر وابسته، تحلیل رگرسیون گام به گام محاسبه شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

#### شاخص‌ها

متغیر RR2BETA BF سطح معناداری عامل خطر خانواده ۰/۶۴۷/۰۴۲۰/۰۶۵۰/۰۹۳۵ + ۰/۵۹۰۰۰/۹۱ جدول

(۳) تحلیل رگرسیون گام به گام با علائم کودک به عنوان متغیر وابسته

... همچنین برای ارزیابی قدرت پیش‌بین عوامل خطر خانواده، عوامل محافظ خانواده، حوادث منفی زندگی طی سال گذشته و یک سال قبل از آن به عنوان متغیرهای پیش‌بین و عوامل محافظ رفتاری دختران با در نظر گرفتن نمره رفتار نوع دوستانه به عنوان متغیر وابسته انجام شد. بنابراین، تحلیل رگرسیون گام به گام محاسبه گردید که نتایج در جدول ۴ آمده است.

#### شاخص‌ها

متغیر RR2BETA BF سطح معناداری عامل محافظ خانواده ۰/۴۰۳ ۰/۱۶۳ ۰/۴۰۳ + ۰/۵۶۰

جدول ۰/۱۶۰۰۰/۱۳ (۴) تحلیل رگرسیون گام به گام با عامل قوت به عنوان متغیر وابسته

از آنجا که متغیرهای حوادث و تغییرات منفی زندگی در دو تحلیل رگرسیون فوق وارد نشد، سؤالی در مورد قدرت پیش‌بین این متغیر به صورت جداگانه مطرح می‌شود. به این منظور با در نظر گرفتن حوادث منفی زندگی در سال گذشته و سال قبل از آن به عنوان متغیرهای مستقل و نمره‌های کلی مشکلات رفتاری در تحلیل اول و نمره‌های رفتار نوع دوستانه در تحلیل دوم، دو تحلیل رگرسیون گام به گام جدا محاسبه شد که نتایج در جدول ۵ و ۶ نشان داده شده است.

#### شاخص‌ها

متغیر RR2BETA BF سطح معناداری روی دادها سال زندگی خانواده ۰/۵۳۰ ۰/۲۸۰ ۰/۵۲۸ + ۰/۷۱۰

جدول ۰/۳۲۰۰۰/۰۰ (۵) تحلیل رگرسیون گام به گام با علائم کودک به عنوان متغیر وابسته

#### شاخص‌ها

متغیر RR2BETA BF سطح معناداری روی دادها زندگی خانواده ۰/۲۹۰ ۰/۰۹ ۰/۲۹۰ + ۰/۷۱۰

جدول ۰/۷۰۰۷/۷۰ (۶) تحلیل رگرسیون با علائم کودک به عنوان متغیر وابسته

در نهایت، نقش استرس‌های مزمن موجود در خانواده با وارد کردن فقط یک متغیر، حوادث منفی زندگی یک سال گذشته، به عنوان متغیر پیش‌بین و نمره کلی مشکلات رفتاری در تحلیل رگرسیون اول و نمره رفتارهای

نوع دوستانه در تحلیل رگرسیون دوم ارزیابی شد. نتایج تحلیل دوم معنادار نبود و بنابراین گزارش نشد، نتایج تحلیل اول در جدول ۷ آمده است.

## شاخص‌ها

متغیر RR2BETA BF سطح معنادار روی دادها سال زندگی خانواده ۰/۰۲۵۴/۰۰۶۴/۲۵۴ - ۰/۱۰۰ -

جدول (۷) تحلیل رگرسیون گام به گام با عامل قوت کودک به عنوان متغیر وابسته

## بحث

یافته اصلی این تحقیق به پیش‌بینی مشکلات رفتاری دختران نوجوان توسط عوامل خطر خانواده برمی‌گردد. یافته دیگر پیش‌بینی آماری رفتار نوع دوستانه کودکان توسط عوامل محافظ خانواده است. حوادث منفی زندگی به طور مثبت با عوامل خطر خانواده و به طور منفی با عوامل محافظ هم‌بسته است. این یافته‌ها از مفهوم راتر (۱۹۸۷ م.) از آسیب‌پذیری و مقاومت به عنوان ابعاد مجزای پاسخ فرد به خطر حمایت می‌کنند.

این نتایج همچنین با یافته‌های مطالعات قبل (موس و همکاران، ۱۹۹۷ م.؛ ذکلیو و همکاران، ۱۹۹۶؛ مک لوید، ۱۹۹۸ م.؛ فریک و همکاران، ۱۹۹۴ م.) در زمینه رابطه معنادار بین حوادث منفی خانواده به عنوان عامل تهدید کننده سلامتی نوجوان کم‌سن و سال، هم‌سو می‌باشد. وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین به عنوان هم‌بسته قوی و پایداری با اختلالات DSM شناسایی شده است. ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین با اختلالات رفتار ارتباطی در پسران به خوبی تأیید شده است. در حالی که این محققان به چنین یافته‌هایی در مورد دختران دست نیافتند (وبستر - استراتن، ۱۹۹۶ م.؛ ادکینز و همکاران، ۱۹۹۶ م.؛ دیویس و همکاران، ۱۹۹۸ م.).

البته رابطه وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف، همیشه محیط خانوادگی پرخطر را ایجاد نمی‌کند. خصوصیات تربیتی والدین هم نقش تعدیل کننده‌ای در تأثیر شرایط اقتصادی - اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی کودکان دارد. به طور کلی بهبودپذیری به وسیله رابطه گرم با یکی از والدین یا تصویر مثبت از آنها، نظارت مؤثر بر کودکان و حضور والدین در منزل، وضعیت خوب اقتصادی - اجتماعی و خصایص فردی - که تا حدی ژنتیکی است (مثل کارکرد هوش بالا، حمایت اجتماعی و...) می‌توانند به عنوان عوامل محافظ عمل کنند (ماستن و همکاران، ۱۹۹۸ م.).

افزون بر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، این پژوهش بر مطالعه دختران نوجوان تمرکز کرده است. همان‌گونه که پیش‌تر گفتیم، تحقیقات با دختران به وضوح فراموش شده‌اند. به هر حال امروزه مهم است که تفاوت‌های جنسیتی در تشخیص مشکلات رفتاری کودکان مد نظر قرار گیرد.

تمرکز ما بر مطالعه جمعیت دختران مناسب نظری و روش‌شناختی دارد. اول اینکه تاریخچه تحولی ممکن است اثرات متفاوتی بر دختران و پسران داشته باشد. دوم اینکه، دختران و پسران در ابتدا اختلال رفتار گسیخته را به صورت علائم متفاوتی بروز می‌دهند. شواهد (وبستر و استارتون، ۱۹۹۶ م.) نشان می‌دهد که دختران مشکلات

عاطفی را حداقل دو برابر بیشتر از پسران در نوجوانی نشان می‌دهند.

یافته‌های ما به مشکلات رفتاری و عاطفی که به وسیله خطر خانواده پیش‌بینی می‌شود (همان‌طور که ضریب هم‌بستگی قوی و نشان داد) تأکید می‌کند و چنین می‌تواند تفسیر شود که این نمونه از دختران نوجوان ممکن است در طبقه زیر آستانه رگرسیون باشند، ولی بعدها احتمال دارد که در گروه بحرانی قرار بگیرند.

سوم اینکه، دختران بیش از پسران در معرض ابتلا به چندین اختلال هم‌زمان باشند.

چهارم اینکه، توجه به تفاوت‌های جنسیتی از نظر انتظارات اجتماعی متفاوتی که از دختران و پسران می‌رود مهم است. یکی اینکه ابراز نشانه‌ها در کودک به ادراک افراد معنادار در زندگی کودک بستگی دارد؛ مثلاً والدین یا معلمان، علائم عاطفی دختران را مشکل مهمی محسوب نمی‌کنند و آنها را به راحتی می‌پذیرند (وبستر و استارتن، ۱۹۹۶ م.). دوم اینکه شیوه تربیتی والدین در مورد دختران، گرم‌تر و کمتر پرخاش‌گرانه است و نهایتاً هم‌سالان نیز موفق به تشخیص اختلالات روانی دختران نمی‌شوند (پیفر، ۱۹۹۴).

نتایج تحقیق حاضر برای پیش‌گیری مناسب است. این تحقیق بر دختران نوجوان خانواده‌های محروم تمرکز کرده است که این متغیرها به عنوان عوامل مرتبط با توصیف خصوصیات خانواده و فرد در معرض خطر می‌باشد. از محدودیت‌های مهم تحقیق حاضر، محدود بودن نمونه‌های آن است. نکته برجسته پژوهش حاضر این است که بعضی از خصوصیات خانواده‌ها را که کودکان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد شناسایی کرده و به این ترتیب، گروهی از کودکان را که در معرض خطر هستند، تعیین کرده است. چنین خانواده‌های پرخطری مهارت‌های روانی - اجتماعی و خودتنظیمی را به کودکان خود یاد نمی‌دهند.

#### فهرست منابع

1. Abigail H, Ross R.T., & Thompson, A. (2005) *Links between risk and attachment security: Models of influence*. Applied Developmental Psychology 26, 440 - 455.
2. Aspinwall, L G, & Taylor, S.E.(1997) *A stitch in time: Self- regulation and proactive coping*.
3. *Psychological Bulletin*, 121 , 417 - 436.
4. Atkins, M.S, McKay, M.M, Talbott, E., & Arvanitis, P.(1996). *DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder: Implications and guidelines for school mental health teams*. *School Psychology Review*, 12, 274 \_ 283.
5. *Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. (1996) Basic behavioral Science research for mental health: Family processes and social networks*. *American Psychologist*, 51, 622 - 630.
6. Chen, E., Matthews, K.A., & Thomas Boyce, W, (2002), *Socioeconomic differences I children's health: How and why do these relationships change with age?* *Psychological Bulletin*, 128(2), 295 - 329.
7. Conger, R, Ge. X Elder, G., Lorenz, F., & Simons, R (1994) *Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents*, *Child Development*, 65, 541 - 651.
8. Cowen, E.L, Wyman, P.A., Work, W.C, & Parker, G.R.(1990), *The - Rochester*

*Child Resilience Project: Overview and summary of first year findings. Development and Psychopathology, 2, 193 \_ 212.*

9. Cutrona, C.E., Cadoret. R.J.Suhr.I.A..Richards C.C..Troughtoin. E., Schutte, K., Woodworth G. (1994). *Interpersonal variables in the prediction of alcoholism among adoptees: Evidence for gene environment interactions. Comprehensive Psychiatry, 35, 171 \_ 179.*
10. Duncan. G..Brooks \_ Gunn, J.,& Klebanov. P.(1994). *Economic deprivation and early childhood development. child Development, 65, 296\_ 318.*
11. Elder, G., Nguyen, T., & Caspi, A( 1985). *Linking family hardship to childrens lives. child Development. 56, 361 \_ 375.*
12. Davis; B.T., Hops, H., Alpert, A.,& Seebear, L. (1998). *Child responses to parental conflict and their effect on adjustment: A study of triadic relations . Journal of Family Psychology, 12, 163 - 177.*
13. Davies - Kean,P.E.(2005). *The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. Journal of Family Psychology. 19 (2),294 - 304.*
14. Evans, G.W.(2004). *The environment of childhood poverty. American Psychologist, 59(2), 77 - 92.* Frick, p.j., Lahey, B.B., Applegate, B., Kerdyck,L., Ollendick,T., Hynd, G.W., Garfinkel, B., Greenhill,L., Biederman, J., Barkly, R.A., McBurnett,K., Newcorn,J., & Waldman, I.(1994). *DMS - IV field trials for the disruptive Behavior disorders:Symptom utility estimates, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 529 - 539.*
15. Gallo,L.C., & Matthews, K. A. (2003), *Understanding the Association Between Socioeconomic Status and Physical Health: do Negative Emotions Play a Role? Psychological Bulletin, 129(1), 10 - 51.*
16. Goodman (1999). *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 791 - 801.*
17. Goodman, R., Ford, T, T., Simons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000), *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Journal of Psychiatry, 177, 534 - 539.*
18. Bourdon, K.H., Goodman, R., Rae, D.S., Simpson, G. K. (2005), *The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005. 2005 Jun; 44 (6): 557 - 64.*
19. Goodman, E. McEwen, B.S., Dolan, L.M. Schafer - Kalkhoff, T., Alder, N.E.(2005). *Social disadvantages and adolescent stress. journal of Adolescent Health, 37 (6) . 484-492.*
20. Huizink, A.C.Mulder, E.J. H.,& Buitelaar, Edu, J.H.(2004). *Prenatal Stress and Risk for Psychopathology: Specific Effects or Induction of General Susceptibility? Psychological Bulletin, 130 (1), 115 - 142.*
21. Kiser, L.J., & Black, T.M.M (2005). *Family processes in the midst of urban poverty: what does the trauma literature tell us? Aggression and Violent Behavior 10 , 715 - 750.*
22. Loeper, K. & Grizenko, R.(1999). *The Protective and Risk Factor Scale. Canadian Journal of Psychiatry, 23, 234 - 36.*

23. Masten, A.S., & Coatsworth, J.D. (1998). *The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children*. American Psychologist, 53, 205-220.
24. McCubbin, H. (1981). *Family Stress, Coping and Adaptation*, NY: Guilford.
25. McLoyd, V.C. (1998). *Socioeconomic disadvantage and child development*. American Psychologist 53.185-204.
26. McEwen, B.S., & Stellar, E. (1993). *Stress and the individual: Mechanisms leading to disease*. Archives of Internal Medicine. 153, 2093 - 2101.
27. Moss, H. B., Mezzich, A., Yao, J.K., Gavaler, J., & Martin, C.S. (1997). *Aggressivity among sons of substance-abusing fathers: Association with psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socioeconomic status*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 195 - 208.
28. Pipher, M. (1994) *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. NY: Ballantine.
29. Pulkki, L., Liisa Keltikangas - Jarvinen, M.A., Nikls Ravaja, N., & Viikari, J. (2003). *Child-Rearing Attitudes and Cardiovascular Risk among Children: Moderating Influence of Parental Socioeconomic Status*. Preventive Medicine 36, 55-63.
30. Repetti, R.L., & Wood, J. (1997). *Families accommodating to chronic stress: Unintended and unnoticed processes*. In B.H. Gottlieb (Ed), Coping with chronic stress (pp.191 \_ 220). New York: Plenum.
31. Repetti, R.L., & Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2002). *Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring*. Psychological Bulletin, 128(2), 330 - 366.
32. Resnick, M.D., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004), *Youth violence perpetration: What protects? what predicts?* Findings from a National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 242.e1
33. Rutter, M. (1984). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316 - 331.
34. Rutter, M. (1984). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316 - 331.
35. Rutter, M. (1990) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In J. Rolf, A.S. Mastern, D. Ciccheni, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds). Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 181 \_ 215). Cambridge, England: Cambridge University Press.
36. Rutter, M. (1991). *Protective factors: Independent or interactive?* Letter to the editor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 151 \_ 155.
37. Seeman, T.E., Singer, B., Horwitz, R., & McEwen, B.S. (1997). *The price of adaptation - allostatic load and its health consequences: MacArthur studies of successful aging*. Archives of Internal Medicine, 157.2259-2268.
38. Steinberg, L. (1987). *The impact of puberty on family relations: Effects of Pubertal status and pubertal timing*. Developmental Psychology, 23, 451 -460.
39. Tarnow, J. (2002). *Developmental psychopathology and family process: Theory, Research and clinical implications*. Journal of the American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry, 41(7) 886.

40. Wakschalg, L.S. & Hans, S.L. (1999). *Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high - risk Youths*. *Developmental Psychology*, 35(2), 569- 579.

41. Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw - Hill.

42. Widom, C.S. & White, H.R. (1997). *Problem behaviors in abused and neglected children Grown up: Prevalence and co-occurrence of substance abuse, Crime, and violence*. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7, 287 -310.

43. Zoccolollo, M., Tremblay, R., & Vitaro, F. (1996). *DSM - III R and DSM - III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: Specific but insensitive*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 461 - 470.

The Scientific-Specialized فصلنامه علمی

Periodical of Psychology علمی - تخصصی روان‌شناسی در تعامل با دین

in Interaction With Religion صفحات ۵۵ - ۸۶

Vol. 1, Issue. 1, Spring 2008 بهار اول، شماره اول، بهار ۱۳۸۷

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی