

اثربخشی بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی

وحید فرهادی^۱، مریم دوست زاده^۲، ایوب سبزی^۳، رضا سبزی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۵

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان دختر با آسیب شنوایی مقطع ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود که از بین آن‌ها، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آموزش بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین در قالب ۸ جلسه در گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ناامیدی کودکان کازدین (۱۹۸۳) و مقیاس تنهایی آشرف (۱۹۸۴) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات احساس تنهایی و ناامیدی کودکان در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی کودک محور می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای، در کاهش تنهایی و ناامیدی کودکان آسیب‌دیده شنوایی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، درمان کودک محور، تنهایی، ناامیدی، کودکان با آسیب شنوایی

۱. نویسنده مسئول)، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. ایمیل:

farhadivahid.a@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، ایران.

۴. کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران.

مقدمه

آسیب شنوایی^۱ شرایطی چندوجهی است که دارای جنبه‌های مختلف پزشکی و اجتماعی می‌باشد (سیادتیان، مستاجران و قمرانی، ۱۳۹۱). اصطلاح آسیب شنوایی همه نوع کمبود شنوایی با هر شدتی، یعنی از دامنه ناشنوایی عمیق تا کم شنوایی خفیف را در برمی‌گیرد (همتی علمدارلو و شجاعی، ۱۳۹۱). یکی از ویژگی‌های برجسته افراد با آسیب شنوایی، ناتوانی در ایجاد روابط مؤثر و رضایت بخش با دیگر افراد جامعه است که به تنهایی و انزوای اجتماعی منجر می‌گردد (قیامتیون، نسیان و موللی، ۲۰۱۶).

رفتار و تفسیر کودکان و نوجوانان با آسیب شنوایی از رویدادهای اجتماعی در اثر محرومیت زبانی آن‌ها، پایین‌تر از میانگین است، بنابراین نقص زبانی آنها بر حرمت خود، مهارت‌های کلامی و روابطشان با محیط بیرونی آسیب وارد می‌کند و موجب می‌شود از روابطشان رضایت مندی کمتری داشته باشند و احساس تنهایی کنند (فوجیکی و برینتون^۲، ۲۰۰۹). همچنین واکنش اجتماعی و طرز برخورد افراد جامعه نسبت به کودکان با آسیب شنوایی و احساسات مختلفی مانند ترحم، دلسوزی و سرزنش آنها معمولاً شرایط دشواری را برای این کودکان ایجاد می‌کند و در نتیجه اختلال‌هایی در خلق و خو و رفتار این کودکان پدید می‌آورد که نمونه بارز آن ضعف خودپنداره، انزوا و احساس تنهایی است (میلانی فر، ۱۳۸۷).

از طرفی دیگر، کودکان با آسیب شنوایی در فرایند اجتماعی شدن و روابط با همسالان، مشکلات و دشواری‌های فراوانی را تجربه می‌کنند که به احساس ناامیدی در آنها منجر می‌شود. به ویژه در سنین مدرسه، این کودکان، خود را با همسالان سالم خود مقایسه می‌کنند و احساس کهنتری نموده و ناامید می‌شوند، کمبود حمایت‌های محیطی نیز این احساس را تقویت می‌کند (کوچو و آریکان^۳، ۲۰۰۵). ناامیدی در این دانش آموزان

1. Hearing impairment

2. Fujiki, M. & Brinton, B

3. Küçük, Y., & Arıkan, D

می تواند زمینه ساز ابتلا به افسردگی و اضطراب شود و عملکرد آنها را مختل نماید (باباروگلو^۱، ۲۰۱۵).

بر همین اساس ارائه مداخلات روان شناختی و مشاوره ای به کودکان با آسیب شنوایی ضروری می شود. از نمونه های این مداخلات می توان به ایجاد تجارب مثبت برای این افراد اشاره نمود؛ چرا که تجربه های مثبت می توانند تأثیر نقصان ها و کمبودها را از بین ببرند (تیس، بامیستر، شوملی و موران^۲، ۲۰۰۷). بازی برای کودکان تجربه ای مثبت و لذت بخش است که به کودکان اجازه می دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند. بازی درمانی^۳ تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می شود (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰). این تکنیک به کودکان کمک می کند مسائلی را که نمی توانند در محیط اطرافشان بیان کنند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نشان دهند (پرتز، هراندز، ریف، جس^۴، ۲۰۰۷؛ دایل جونز^۵، ۲۰۰۲).

فرهنگ توصیفی انجمن روانشناسی آمریکا^۶ بازی درمانی را این گونه تعریف کرده است: استفاده از فعالیت ها و وسایل بازی (مثل گل سفالگری، آب، مکعب، عروسک ها، عروسک های خیمه شب بازی، نقاشی و رنگ انگشتی) در روان درمانی کودک. روش های بازی درمانی بر این نظریه استوار است که این گونه فعالیت ها، زندگی هیجانی و خیال پردازی های کودک را منعکس می کنند و کودک را قادر می سازند تا احساسات و مشکلات خود را به نمایش بگذارد، روش های جدید را آزمایش کند و با روابط، نه فقط از طریق کلمات، بلکه در عمل آشنا شود. این نوع روان درمانی که بردنیای درونی و تعارض های ناهشیار کودک، هم چنین زندگی روزمره و روابط جاری او تمرکز دارد، ممکن است غیر رهنمودی باشد، اما در عین حال می تواند در سطح رهنمودی تریا

1. Babaroglu, A.

2. Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M

3. Play therapy

4. Porter, M.L., Heruandez., Reif, M., Jessee, P

5. Dayle Jones, K

6. American Psychological Association

تحلیلی تر و به صورت تعبیری نیز اجرا شود (گنجی، ذبیحی، تقوی، ۱۳۹۴).
 قدمت بازی درمانی به سال ۱۹۴۰ برمی‌گردد. در اوایل سال ۱۹۰۰ متخصصان سلامت روانی ارزش بازی را در درمان کودک، با توجه به ویژگی‌های درمانی آن پذیرفته‌اند (براتون و دافو^۱، ۲۰۱۶). می‌توان تاریخچه و تحولات بازی درمانی را به بازی درمانی به شیوه روان تحلیل‌گری براساس فعالیت‌های آنا فروید^۲ (۱۹۶۵) و ملانی کلاین^۳ (۱۹۶۶)، بازی درمانی رهایشی^۴ براساس فعالیت‌های دیوید لوی^۵ (۱۹۳۹)، بازی درمانی ارتباطی بر اساس فعالیت‌های جسی تافت^۶ (۱۹۳۳) و فردریک آلن^۷ (۱۹۳۴) و بازی درمانی بی‌رهنمود^۸ یا مراجع‌محور^۹ براساس فعالیت‌های کارل راجرز^{۱۰} (۱۹۵۱) و ویرجینیا آکسلاین^{۱۱} (۱۹۶۹) تقسیم‌بندی کرد (بزمی و نرسی، ۱۳۹۱).

بازی درمانی کودک‌محور^{۱۲} براساس رویکرد آکسلاین، توسط لاندرد^{۱۳} (۲۰۰۹) تدوین گردید. وی اصول بنیادین بازی درمانی کودک‌محور را چنین برمی‌شمارد:
 کودک‌محور نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند، بنابراین بازی درمانگر نباید با آنها مانند بزرگسالان برخورد کند؛ کودک‌محور می‌تواند تمامی هیجان‌های خود را بیان کند؛ کودک‌محور سزاوار احترام هستند و بایستی برای بی‌همتایی‌شان ارزش‌گذاری شود؛ کودک‌محور انعطاف پذیر هستند؛ کودک‌محور از توانایی ذاتی برای رشد و نمو برخوردارند؛ کودک‌محور به‌طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند؛ کودک‌محور حق دارند خودشان را به‌صورت غیر کلامی بیان کنند؛ کودک‌محور نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند؛ کودک‌محور

1. Bratton, T. S.C., Dafeo, E.C

2. Anna Freud

3. Melanie Klein

4. Release Play Therapy

5. David Levy

6. Jesse Taft

7. Frederick Allen

8. Non-directive play therapy

9. Client-centered

10. Carl Rogers

11. Virginia Axline

12. Child-centered

13. Landreth, G.L

اساس سرعت رشد خودشان بازی می کنند و درمانگر باید در این فرایند صبور باشد. بازی درمانی کودک محور به عنوان یک برنامه ی تکامل مناسب، از نظریه ی فرد محور برای کار با کودکان ایجاد شد (آکسلاین، ۱۹۴۷؛ به نقل از استالماکر و رای^۱، ۲۰۱۵).

بازی درمانی کودک محور را به عنوان محبوب ترین رویکرد نظری برای بازی درمانی شناسایی کرده اند (لمبرت، لبلانس، مولن، رای، باگرلی، وایت، کاپلان^۲، ۲۰۰۵). یافته های پژوهشی حاکی از اثرات مثبت و معنادار بازی درمانی کودک محور در افزایش رشد عاطفی و اجتماعی کودکان اوتیستیک (ساتلر، بامیش و دیویس^۳، ۲۰۱۶)، افزایش مهارت های اجتماعی و ابعاد آن از جمله همکاری، کنترل خود و همدلی در دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری (هال^۴، ۲۰۱۵)، بهبود تعاملات اجتماعی و روابط با همسالان (کاریزالس^۵، ۲۰۱۵)، بهبود وضعیت تعاملی و مهارت های ارتباطی کودکان اوتیستیک (ارقبایی، میان بندی، دلگشا و عبدخدایی، ۱۳۹۲)، کاهش مشکلات خلقی (افسردگی) کودکان با اختلال یادگیری (حیدری سورشجانی، نصیریان و محمودآبادی، ۱۳۹۴)، کاهش اضطراب و نگرانی کودکان (استالماکر و رای^۶، ۲۰۱۵)، بهبود مهارت های اجتماعی، حرمت خود، پذیرش خود و دیگران و کاهش افسردگی (باگرلی و پاکر^۷، ۲۰۰۶)، بهبود مهارت های ارتباطی و کاهش انزوا و کم رویی کودکان پیش دبستانی (دیو^۸، ۲۰۰۵) کودکان می باشد.

در مجموع با توجه به مطالب ذکر شده و وجود مشکلاتی همچون ناامیدی و احساس تنهایی در کودکان با آسیب شنوایی ضرورت انجام این مطالعه به خوبی آشکار می گردد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای این پرسش است که آیا بازی درمانی

1. Stulmaker, H. L., & Ray, D. C

2. Lambert, S., Leblanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J., Kaplan, D

3. Salter, K., Beamish, W., & Davies, M

4. Hall, J. G

5. Carrizales, K. E

6. Stulmaker, H. L., & Ray, D. C

7. Baggerly, A., Parker, M.

8. Dupee, T. E

کودک محور بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر با آسیب شنوایی مقطع ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از کودکان آسیب‌دیده شنوایی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بین ۷ تا ۱۱ سال، بهره هوشی نرمال بر اساس پرونده، عدم ابتلا به هرگونه معلولیت جسمی، حرکتی، نابینایی، کم‌توانی ذهنی و اوتیسم بود و ملاک خروج عبارت بود از عدم رضایتمندی و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای پژوهش و سابقه شرکت در جلسات آموزشی مشابه (بازی درمانی). پیش از اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای هر دو گروه کنترل و آزمایش مقیاس ناامیدی کودکان و مقیاس تنهایی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۲ ماه به مدت ۸ جلسه تحت بازی درمانی کودک محور بر اساس رویکرد آکسلاین قرار گرفتند. محتوای برنامه‌ی آموزشی از بازی درمانی کودک محور بر اساس رویکرد آکسلاین (۱۹۶۹) اقتباس شده است که در جدول شماره ۱ به شرح ذیل آمده است:

جدول ۱. جلسات بازی درمانی کودک محور با استفاده از رویکرد آکسلاین

| |
|--|
| <p>جلسه اول: معارفه و آشنایی با کودکان: قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی هدایت شدند که هدف آن کاهش حساسیت به اتاق بازی درمانی و آشنایی با آن و همچنین برقراری ارتباط با درمانگر بود.</p> |
| <p>جلسه دوم: در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مدنظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساسی امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می‌دادند، انجام شد. در این جلسه درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقشی میانجی داشت.</p> |

| |
|---|
| <p>جلسه سوم: در اين جلسه اجراء نمايش عروسكي و بيان عواطف و هيچانات مثبت و منفي به وسيله عروسك ها انجام شد.</p> |
| <p>جلسه چهارم: استفاده از حيوانات و انسان هاي اسباب بازي: هدف اصلي استفاده از حيوانات و انسان هاي اسباب بازي ترغيب کودک به صحت و به نمايش در آوردن كيفيت روابط خود با ديگران و بالعكس مي باشد. از اين طريق علت نااميدي و انزوا يا كناره گيري از روابط با ديگران كشف مي شود. در انتهاي اين جلسه از کودکان خواسته شد كه نمايشي را مابين حيوانات طراحي کرده و در جلسه آينده به اتاق بازي درماني بياورند.</p> |
| <p>جلسه پنجم: مرور بازي با حيوانات و انسان هاي اسباب بازي در جلسه قبل و اجراء نمايش هايي كه کودکان در جلسه قبل مايل بودند براي اين جلسه بياورند. هدف از اجراء نمايش مورد نظر کودکان بررسي كردن ريشه هاي مشكلات کودکان بود زيرا کودکان نمايش هايي را برمي گزينند كه با شرايط روحي حاضروي همخواني داشته باشد.</p> |
| <p>جلسه ششم: خميربازي: خميربازي راه هاي جديد براي بيان کودک ايجاد مي کند. ويژگي بازي گونه و آشناي خميرهاي رنگي باعث سرگرمي کودک مي شود. خمير همان گونه كه تغيير شكل مي دهد به عنوان يك استعاره براي تغيير دادن نيز مفيد است.</p> |
| <p>جلسه هفتم: بازي سفر خيالي: بيشتري اهميت اين سفرهاي خيالي اين است كه کودک تشويق مي شود تا داستان خود را بگويد، نگاهی به درون خود و رفتار ديگران داشته باشد و دليل احتمالي بعضي حوادث گذشته را دريابد. بعضي از هدف هاي بازي خيالي عبارتند از اينكه کودک احساس سي کند نقش فعال و مؤثري را در زندگي داشته است، کودک قادر شود رفتارهاي مناسب تر را كه پيامدهاي بهتري دارد بشناسد و تجربه کند و قادر شود بر رفتار خود و ديگران بصيرت پيدا کند؛ بدین ترتيب روابطش با ديگران تسهيل مي گردد.</p> |
| <p>جلسه هشتم: در اين جلسه نيز مروري کوتاه بر آموخته هاي آنها از كل برنامه شد و سپس به آنها کمک شد تا جلسات درماني را ترک کرده و آموخته هاي خود را به محيط بيرون تعميم دهند.</p> |

پس از پايان جلسات بازي درماني، مقياس نااميدي کودکان و مقياس تنهائي به عنوان پس آزمون براي هر دو گروه اجرا شد و داده هاي حاصل از اجراء پژوهش از طريق تحليل کوواريانس تحليل شد.

ابزار پژوهش

الف) مقیاس ناامیدی کودکان: این مقیاس توسط کازدین^۱، راجرز^۲ و کولیس^۳ در سال ۱۹۸۳ براساس مقیاس ناامیدی بک^۴ تهیه و در سال ۱۹۸۶ بازنگری شد (کازدین و همکاران، ۱۹۸۳). این مقیاس دارای ۱۷ پرسش بلی و خیراست. بالاترین نمره در این مقیاس نمره ۱۷ است که نشانگر بالاترین حد ناامیدی در کودک و پایین‌ترین نمره صفر است که نشانگر پایین‌ترین سطح ناامیدی در کودک است. از نظر اعتبار پیش بین، مایر^۵ (۱۹۹۱) مقیاس ناامیدی کودکان را برای پیش بینی رفتارهای خودکشی گرایانه آینده در مورد گروهی از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله بهنجار و دچار اختلال‌های روانی بررسی کرد. ۱۰۰ نفر از این گروه دچار افسردگی حاد و ۳۸ نفر فاقد افسردگی بودند. طبق نتایج این مطالعه، نمره‌های مقیاس ناامیدی کودکان در یک دوره پیگیری ۳ ساله رابطه‌ای با رفتارهای خودکشی گرایانه نداشت. در مطالعه فرانسیز^۶ (۲۰۰۸) میزان پایایی باز آزمایی مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان دچار اختلال‌های روانی در فاصله شش هفته $r=0/57$ و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ده هفته $r=0/49$ گزارش شده است که این میزان بیانگر ثبات متوسط آزمون است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/97$ بود و پایایی حاصل از روش دو نیمه کردن اسپیرمن براون^۷ را نیز $0/97$ شده است. پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/75$ به دست آمد.

ب) مقیاس تنهایی: این مقیاس ۲۴ پرسشی توسط آشر^۸، هایمل^۹ و رنشاو^{۱۰} (۱۹۸۴)

1. Kazdin, A. E
2. Rodgers, A
3. Colbus, D
4. Beck
5. Mayer, W
6. Francios, E. D
7. Spearman- Brown
8. Asher, S
9. Hymel, S
10. Renshaw, P. D

برای ارزیابی تنهایی و نارضاییتی اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۵ ساله طراحی شده است. ۸ ماده (۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۳) برای سرگرمی‌ها و علایق کودک است تا کودک در حین انجام آزمون احساس آرامش کند و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. ۱۶ ماده باقی‌مانده براساس مقیاس رتبه‌بندی لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد و دامنه نمره این آزمون بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشانه تنهایی و نارضاییتی اجتماعی بیشتر است. روایی این مقیاس را آشر و ویلر^۱ (۱۹۸۵) به صورت روایی تمییزی مبتنی بر گروه‌های شناخته شده گزارش کردند و به ترتیب از نظر روایی واگرا و همگرا نشان داده شد که با احساس تنهایی با وضعیت اجتماعی خوب همبستگی منفی و معنادار و با وضعیت اجتماعی نامناسب همبستگی مثبت و معنادار دارد. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۳، با روش اسپیرمن-براون ۰/۹۱ و با روش دو نیمه کردن گاتمن^۲ ۰/۹۱ بود (کسیدی^۳ و آشر، ۱۹۹۲). پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

یافته‌ها

تحلیل شاخص‌های توصیفی برای ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد، میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۹/۴۵ با انحراف معیار ۲/۷۰ و در گروه کنترل ۱۰/۱۰ با انحراف معیار ۱/۹۵ بود. ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) در پایه اول، ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) در پایه دوم، ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) در پایه سوم، ۳۳/۳ درصد (۱۰ نفر) در پایه چهارم و ۶/۷ درصد در پایه پنجم تحصیل می‌کردند. شاخص‌های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Wheeler, V. A

2. Gatman

3. Cassidy, J

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و

آزمایش به تفکیک مراحل اجرای آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | | پس‌آزمون | | |
|--------|--------|-----------|--------------|---------|----------|--------------|---------|
| | | میانگین | انحراف معیار | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | فراوانی |
| نامیدی | آزمایش | ۱۳/۶۶ | ۱/۲۹ | ۱۵ | ۸/۸۶ | ۱/۴۰ | ۱۵ |
| | کنترل | ۱۲/۵۰ | ۲/۱۲ | ۱۵ | ۱۱/۲۶ | ۱/۵۷ | ۱۵ |
| تنهایی | آزمایش | ۳۶/۷۳ | ۴/۷۴ | ۱۵ | ۲۶/۸۶ | ۴/۹۹ | ۱۵ |
| | کنترل | ۳۲/۳۳ | ۶/۱۱ | ۱۵ | ۳۰/۸۶ | ۵/۳۴ | ۱۵ |

بر اساس جدول (۲) کاهش شاخص میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، حاکی از بهبود تنهایی و ناامیدی در این گروه است. برای بررسی معنی‌داری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد؛ بنابراین لازم است قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای این آزمون‌های بررسی گردند.

جدول ۳. آزمون همسانی واریانس‌های دو گروه و نرمال بودن توزیع داده‌ها

| متغیر | لون | | | کولموگروف اسمیرنوف | |
|--------|--------------|--------------|------|--------------------|---------------|
| | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | F | Z | سطح معنی‌داری |
| نامیدی | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۳ | ۰/۸۳ | ۰/۴۸۲ |
| تنهایی | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۹ | ۰/۶۰ | ۰/۸۶۵ |

همچنان که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است، چراکه مقادیر F به دست آمده در سطح $(p \leq 0/05)$ معنی‌دار نیست. همچنان که نتایج جدول نشان می‌دهد، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چراکه مقادیر محاسبه شده در سطح $(p \leq 0/05)$ معنی‌دار نیست. به این ترتیب استفاده از تحلیل کوواریانس برای پاسخ‌گویی به این فرضیات امکان‌پذیر است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه ناامیدی و احساس تنهائی گروه کنترل و آزمایش

| متغیر | | منبع تغییرات | | مجموع مجذورات | | درجه آزادی | | میانگین مجذورات | | نسبت F سطح معناداری ضریب اتا | |
|--------|-----------|--------------|----|---------------|----|------------|-------|-----------------|------|------------------------------|--|
| نامیدی | پیش آزمون | ۳/۸۷ | ۱ | ۳/۸۷ | ۱ | ۳/۸۷ | ۱/۷۷ | ۰/۱۹۴ | ۰/۰۶ | | |
| گروه | | ۴۶/۹۹ | ۱ | ۴۶/۹۹ | ۱ | ۴۶/۹۹ | ۲۱/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ | | |
| خطا | | ۵۸/۷۹ | ۲۷ | ۵۸/۷۹ | ۲۷ | ۲/۱۷ | | | | | |
| مجموع | | ۳۱۴۶ | ۳۰ | | | | | | | | |
| تنهائی | پیش آزمون | ۵۱۶/۷۰ | ۱ | ۵۱۶/۷۰ | ۱ | ۵۱۶/۷۰ | ۵۹/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | | |
| گروه | | ۳۵۵/۲۳ | ۱ | ۳۵۵/۲۳ | ۱ | ۳۵۵/۲۳ | ۴۱/۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰ | | |
| خطا | | ۲۳۲/۷۵ | ۲۷ | ۲۳۲/۷۵ | ۲۷ | ۸/۶۲ | | | | | |
| مجموع | | ۲۵۸۶۸ | ۳۰ | | | | | | | | |

همان طور که نتایج جدول (۵) نشان می دهد، با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات ناامیدی در سطح ($p \leq 0/05$) معنی دار است؛ به عبارت دیگر می توان گفت بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاين، بر کاهش ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت ۰/۴۴ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. همچنان که نتایج جدول نشان می دهد، با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات تنهائی در سطح ($p \leq 0/05$) معنی دار است؛ به عبارت دیگر می توان گفت بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاين، بر کاهش احساس تنهائی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت ۰/۶۰ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاين بر تنهائی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاين

تنهایی و ناامیدی کودکان آسیب دیده شنوایی را کاهش داده است.

بازی درمانی کودک محور با فراهم کردن زمینه‌ای برای بروز و تخلیه‌ی احساسات و هیجانات کودک بر احساس تنهایی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ساتلرو همکاران (۲۰۱۶)، هال (۲۰۱۵)، کاریزالس (۲۰۱۵)، دیپو (۲۰۰۵) و ارقبایی و همکاران (۱۳۹۳) که بر بهبود روابط با همسالان، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و کاهش مشکلات انزوای کودکان تأیید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بازی درمانی محیطی امن برای ابراز احساسات و حل مشکلات و مسائل کودک از طریق خمیربازی، نقاشی و ایفای نقش فراهم می‌کند که به دست‌یابی به خودآگاهی، خودکارآمدی و تغییر نگرش‌های منفی در مورد روابط با دوستان و جامعه و جایگزین کردن آن با افکار مثبت و کارآمد منجر می‌شود که مجموعه این عوامل می‌تواند در افزایش ارتباط با همسالان و کاهش احساس تنهایی کودکان مؤثر باشد (حمیدی، ۲۰۱۵).

همچنین بازی درمانی به کودکان کمک می‌کند تا راه‌های سالم‌تری را برای ارتباط برقرار کردن، رشد روابط سازنده، افزایش مقاومت و تسهیل احساسات پیدا کنند (ون فلیت، سیوالاک و اسنیسکاک^۱، ۲۰۱۰). در مجموع فرآیند بازی درمانی، رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک خود را به‌طور کامل بیان کند و از طریق برقراری ارتباط با دیگران احساس تنهایی خود را کاهش دهد (ری^۲، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج بیانگر این بود که بازی درمانی کودک محور بر کاهش ناامیدی کودکان مؤثر بود. این یافته با پژوهش‌های سورشجانی و همکاران (۱۳۹۴)، هایلرو همکاران (۲۰۱۵) و باگرلی و پاکر (۲۰۰۶) که همگی بر تأثیر بازی درمانی کودک محور بر کاهش افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و همین‌طور سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی تأیید دارند همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ناکامی‌ها و تجارب منفی کودکان با آسیب شنوایی

1. Van Fleet, R; Sywulak, A.E; Sniscak

2. Ray, D

در فرایند ورود به اجتماع آنها را دچار احساس ناامیدی می کند (باباروگلو، ۲۰۱۵). بازی درمانی نقش پالاینده روانی^۱ برای کودک دارد و از شدت ناکامی ها کاسته و نقشه های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می کند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۴) و از این طریق قادر به کاهش احساس ناامیدی در این کودکان می شود. بازی درمانی کودک محور برای کودک ناشنوا این امکان را فراهم می کند که بتواند نسبت به دنیای درونی خویش رجوع کرده و آنچه را که سبب ایجاد مشکل در وی شده است پیدا کند و آمادگی تغییر را پیدا کند. استفاده از وسایلی همچون خمیر با خاصیت شکل پذیری و تغییر یافتن آن، به کودکان می آموزد که آنها هم می توانند در احساسات و مشکلات خود تغییر ایجاد کنند و اعتماد به نفس آنها برای غلبه بر احساسات منفی افزایش یابد. از طرفی لذت ناشی از این بازی کودکان را از ناامیدی، اضطراب و نگرانی می رهااند (سالمان^۲، ۲۰۰۷).

از دیگر تأثیرات مثبت بازی درمانی کودک محور تجربه ی محیط گروهی توسط کودک با آسیب شنوایی است. درمان های گروهی به سبب پویایی های اختصاصی خود که فراتر از جلسات آموزشی و یا درمان فردی می باشد، تأثیرات وسیع تر و پایدارتری بر افراد بر جای می گذارد. این تأثیرات به واسطه ی ماهیت تعاملی، ایجاد سیستم حمایتی از افراد در شرایطی که مسئله مشترکی وجود دارد، ایجاد حس انسجام گروهی، تقویت زمینه ی همدلی و درک متقابل افراد از جانب اعضای گروه، مشارکت در فعالیت های عملی گروه نظیر ایجاد حس ارزشمندی، افزایش اعتماد به نفس و ارائه راه حل از جانب دیگران به دلیل شرایط مشترک میسر می شود. در جریان این تعاملات فرد علاوه بر این که بر روی توانایی های خود روی مشکلات تمرکز می کند، در سایر ابعاد مثبت وجودی خود نیز بهبودی نشان می دهد. رابطه ی مثبت با دیگران باعث می شود که شخص به صورت اجتماعی و خردمندانه رفتار کند. حمایت اجتماعی فزاینده، بازده نسبتاً پایداری از

1. Psychological cathartic

2. Sallman, C. M.

شادمانی است که می‌تواند به تحول و رشد شخصی کمک کند (کجیاف، اسماعیلی، اسماعیلی، ۱۳۹۳)؛ این امر به نوبه‌ی خود به هیجان‌های مثبت‌تر و کاهش تنهایی و ناامیدی کودک ناشنوا می‌انجامد.

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود؛ این یافته‌ها را می‌تواند در حوزه‌های روان‌درمانی، مشاوره و تعلیم و تربیت استثنایی به کار بست؛ چراکه نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر بازی کودک - محور به صورت ترکیب یک روش درمانی - آموزشی و حمایتی، بر کاهش احساس تنهایی و ناامیدی در کودکان با آسیب شنوایی حکایت می‌کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که با توجه به نوع پژوهش (شبه آزمایشی) امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر (مانند تحصیلات والدین، نوع و درجه آسیب شنوایی) وجود نداشت. همچنین پژوهش حاضر مبتنی بر داده‌های خود گزارش دهی بوده است و این داده‌ها بالقوه می‌توانند در معرض سوگیری قرار داشته باشند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با لحاظ کردن این موارد بتوان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

منابع

- احدی، ح.، بنی جمالی، ش. (۱۳۸۴). *روانشناسی رشد*، تهران، انتشارات پردیس.
- ارقبایی، م.، میان‌بندی، ی.، دلگشا، ئ.، عبدخدایی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان اتیستیک. *ششمین کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تبریز.
- بزیمی، ن.، نرسی، م. (۱۳۹۱). اثرتکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴، ۱۳۰-۱۰۷.
- حیدری سورشجانی، ر.، نصیریان، م.، زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی کودک محور با استفاده از رویکرد آکسلاین بر تغییرات خلقی کودکان با اختلال یادگیری. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۵، ۱۲-۲۲.
- سهرابی شگفتی، ن. (۱۳۹۰). روش‌های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴ (۱)، ۴۵-۶۳.

- سیادتیان، ح.، مستاجران، م.، قمرانی، ا. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش آموزان ناشنوا و شنوا. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۲، ۱۸-۲۶.
- کجباف، م.، اسماعیلی، ل.، اسماعیلی، م. (۱۳۹۳). اثر بخشی مداخله‌ی گروهی مبتنی بر بخشش بر بهزیستی روانشناختی جانبازان و همسران آنان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روانشناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱ (۱۱)، ۳۲-۱۵.
- گنجی، ک.، ذبیحی، ر.، تقوی، س. (۱۳۹۴). فراتحلیل اثر بخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۲، ۱۱۹-۱۱۱.
- میلانی فر، ب. (۱۳۸۷). *روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*. تهران: انتشارات قومس.
- همتی علمدارلو، ق.، شجاعی، س. (۱۳۹۳). *روش‌های تدریس برای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه*. تهران: انتشارات آوای نور.
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child development*, 1456-1464.
- Babaroglu, A. (2015). A Study on Hopelessness Levels in Children With and Without Hearing Impairment. *US-China Education Review*, 5 (12), 763-779.
- Baggerly, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 83 (4), 387.
- Bratton, T. S.C., Dafoe, E.C. (2016). Play Therapy. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 278-283.
- Carrizales, K. E. (2015). Transcendence through Play: Child-Centered Play Therapy and Young Children with Autism. (Doctoral dissertation, THE University of Northern Colorado).
- Cassidy, J., & Asher, S. R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child development*, 350-365.
- Dayle, J. K. (2002). Group play therapy with sexually abused preschool children: Group Behaviors and Interventions, journal for special in Group work.
- Dupee, T. E. (2005). The Use of Child Centered Play Therapy in a Primary School Setting. (Doctoral dissertation, The College at Brockport: State University of New York).
- Francios, E. D. (2008). *Children conceptions and hopefulness and hopelessness*. An un-published thesis for Master of Psychology, Department of Psychology, Franklin and Marshal College.
- Fujiki, M. & Brinton, B. (2009). *Social skills of children with specific language impairment*. Brigham Young University.
- Ghiamatyoon, N., Nesayan, A., & Movallali, G. (2016). The cyberspace usage in

students with hearing impairment and their motivations and their feeling of loneliness. *Auditory and Vestibular Research*, 25 (4), 234-240.

- Hall, J. G. (2015). *Effects of child-centered play therapy on social skills, academic achievement, and self-concept of children with learning disabilities: A single-case design* (Doctoral dissertation, THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHARLOTTE).
- Hamidi, A. (2015). Effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral therapy on loneliness reduction of 9-11 years old children suffering from learning disorders. *RESEARCH JOURNAL OF FISHERIES AND HYDROBIOLOGY*, 10 (10), 90-94.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1983). The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (2), 241.
- Küçük, Y., & Arıkan D. (2006). The determination of the hopelessness levels of children with hearing impaired. *International Journal of Human Sciences*, 2 (2).
- Lambert, S. F., LeBlanc, M., Mullen, J. A., Ray, D., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2007). Learning more about those who play in session: The national play therapy in counseling practices project (phase I). *Journal of Counseling & Development*, 85 (1), 42-46.
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 46 (3), 281-289.
- Mayer, W. (1991). A case of restricted entitlement. *Journal of Clinical Social Work*, 19, 223-235.
- Porter, M.L., Heruandez., Reif, M., Jessee, P. (2007). *Play therapy: A review- Early child developmental and care*. Taylor & Francis.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, 32 (2), 28.
- Sallman, C. M. (2007). *Play therapy: an overview and marketing plan* (Doctoral dissertation, Kansas State University).
- Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy*, 25 (2), 78.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-133.
- Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of experimental social psychology*, 43 (3), 379-384.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.

مقایسه فعالیت‌ها و عوامل والدینی در ورود موفق و ناموفق به مرحله نوجوانی چرخه زندگی (یک مطالعه کیفی)

محسن محمدی^۱، حسین سلیمی^۲، احمد برجعلی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۰

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف شناسایی و مقایسه عوامل مؤثر در ورود موفق و ناموفق به مرحله نوجوانی چرخه زندگی در خانواده‌ها انجام گرفت.

روش: مطالعه حاضر با استفاده از روش کیفی انجام شد و داده‌های به دست آمده با روش نظریه زمینه‌ای مورد تحلیل قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه والدین با نوجوان موفق و والدین با نوجوانان ناموفق در شهر تهران بودند و نمونه پژوهش شامل ۱۰ والد با نوجوان موفق و ۱۲ والد با نوجوانان ناموفق بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که عوامل حفاظت‌کننده مؤثر بر انتقال موفق و ناموفق در سه حیطه خانواده، والدینی و اجتماعی تعریف می‌شوند. یافته‌ها نشان داد که شیوه‌های ارتباط در خانواده، شیوه‌های مدیریت در خانواده، ساختار خانواده و وضعیت اقتصادی خانواده در حیطه خانواده در والدین موفق و ناموفق متفاوت بود. یافته‌های مربوط به عوامل والدین موفق و ناموفق در حیطه والدینی نشان می‌دهد که نگرش به تربیت، نگرش والدین به موفقیت، رفتار والدین به موفقیت و آسیب‌پذیری والدگری در والدین موفق و ناموفق متفاوت بود. همچنین عوامل حفاظتی والدین موفق و ناموفق در حیطه اجتماعی نیز تفاوت‌های اساسی با یکدیگر داشتند.

۱. دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، Mohamadi009@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی.

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد به منظور انتقال موفق از مرحله نوجوانی چرخه زندگی خانوادگی سه محور شرایط محیط اجتماعی، آموزش به والدین و نوجوان و هم چنین تقویت منابع حفاظتی خانواده اثرگذار هستند.

واژه‌های کلیدی: عوامل والدینی، ورود موفق و ناموفق به مرحله نوجوانی

مقدمه

خانواده قدیمی‌ترین و حساس‌ترین نهادی است که بشر در طول تاریخ آن را داشته است. خانواده پایه‌گذار اولیه شخصیت، ارزش‌ها و معیارهای فکری است که نقش مهمی در سرنوشت و سبک خط‌مشی زندگی آینده فرد دارد و اخلاق و صحت و سلامت روانی فرد تا حد بسیار درگرو آن است (قاسمی مقدم، ۱۳۸۵). در میان انواع مختلف ارتباط که در طول گستره زندگی شکل می‌گیرد رابطه والد-فرزندی یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. لطیفیان و کورش نیا (۱۳۸۶) معتقدند که یکی از اصول بنیادی مهم در اجتماعی شدن تعامل با آن‌هایی است که از نظر عاطفی برای فرد اهمیت دارند در این میان والدین در جایگاه ویژه‌ای قرار دارند. مطالعات نشان‌دهنده نقش پراهمیت رابطه والد-فرزندی در سازگاری، نوع دلبستگی در نوزادی، نوع سرکشی در دوران کودکی و نوجوانی و نوع فرزند پروری در بزرگسالی است (میرشاهی، ۱۳۷۴). در میان انواع مختلف ارتباط که در طول گستره زندگی شکل می‌گیرد رابطه والد-فرزندی یکی از مهمترین آنهاست (استینبرگ^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از لیان^۲، ۲۰۰۸).

انتقال‌ها یکی از اصول چارچوب تحول خانواده هستند و انتهای یک مرحله از چرخه زندگی خانوادگی و شروع مرحله دیگر را نشان می‌دهند (مزینانی، ۱۳۸۶). اگرچه تنوع‌های زیادی در چرخه زندگی خانواده وجود دارد تحقیقات، تعدادی از فرآیندهایی که نسبتاً قابل پیش‌بینی هستند را کشف کرده‌اند، همچنین جنبه‌هایی از این چرخه‌ها وجود دارند که نسبتاً قابل پیش‌بینی هستند. تعدادی از ریتم‌ها و الگوهای جزو و مد زندگی خانواده وجود دارند و بعضی از آن‌ها نسبتاً قابل پیش‌بینی هستند. هرچقدر ما از

1. Steinberg. M.

2. Iian. J.

این الگوها آگاه تر باشیم، می‌توانیم بیشتر به خانواده‌ها جهت آمادگی برای سازش با زندگی روزانه خانوادگی کمک کنیم (راندال دی^۱، ۲۰۱۰).

نوجوانی معمولاً از وقتی آغاز می‌شود که فرد از لحاظ جنسی نضج یافته است و با رسیدن به سن قانونی یعنی سنی که قانوناً فرد می‌تواند در اموال خود تصرف کند یا در ازدواج به ولی نیاز ندارد پایان می‌یابد. از مطالعات درباره رشد و تکامل نوجوانان چنین برمی‌آید که تغییرات در رفتار، گرایش‌ها و ارزش‌ها در این دوره سریعتر انجام می‌گیرند بلکه رفتار، گرایش‌ها و ارزش‌ها، کاملاً با آنچه قبلاً بودند متفاوت می‌شوند (شعاری نژاد، ۱۳۸۰).

روابط خانوادگی اهمیت بسیاری در طول دوران نوجوانی دارد، در واقع طبق نظریه (ارتباط - سیستمی) که نقش خانواده در فرایند تکاملی شناسایی شده است. والدین، نوجوانان، در چالش رشدی قرار می‌گیرند. بنابراین هر دو یعنی والدین و نوجوانان، به انجام وظایفی در طول این دوره ملزم هستند. مهم‌ترین هدف در این دوران، رشد دادن نسل جدید در طول روابط بین نسل‌هاست. فرایند رشد (احساس خود) در نوجوانان فقط به زمینه‌های مختلف که در ارتباط و متعلق به او هستند ارتباط ندارند، بلکه به روابط متقابل والدین و فرزندان نیز مربوط است (کاتاپان^۲، ۲۰۰۸).

در این سن خانواده با چالش‌های سازمانی جدیدی دست به گریبان می‌شود، به ویژه راجع به موضوعاتی چون خود پیروی و استقلال. امکان دارد والدین دیگر نتوانند اقتدار کامل خود را حفظ کنند، اما در عین حال، نمی‌خواهند اقتدار خود را از دست بدهند. لذا، مواردی مثل تغییر مقررات، محدود سازی، و بازنگری در نقش‌ها که همگی ضروری نیز هستند، غالباً روابط بین دو یا چند نسل را به شدت دگرگون می‌سازند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ترجمه شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۹۲).

کالینز، کوی و لارسن^۳ (۱۹۹۸) فراتحلیل درباره تعارضات والد - نوجوان انجام دادند و

1. Randall, D.

2. Cattapan, O.

3. Kalinz, kooy and Larsen.

به این نتیجه رسیدند که نوجوان در سالهای نوجوانی اولیه (۱۰ تا ۱۲ سالگی) در مقایسه با نوجوانی میانی (۱۳ تا ۱۶ سالگی) و نوجوانی پایانی (۱۷ تا ۲۲ سالگی) بیشترین تعارض را با والدین دارند. نوجوانان در سنین نوجوانی میانی شدیدترین میزان تعارض را با والدین در مقایسه با نوجوانی اولیه و پایانی گزارش می‌کنند، این آشفتگی ارتباط در خلال گذار نوجوانی اولیه به میانی یک فرایند طبیعی ناشی از گذار و مذاکره در ارتباط والد-فرزند است (زانگ، آرونی رتینگ^۱، ۲۰۰۸). هنگامی که جوانان فرایند انتقال را تجربه می‌کنند، هرگونه اختلال در شبکه‌های اجتماعی، خواه هنگام ورود یا خروج از مراقبت، یا هنگام تغییر جایگاه در طول دوره‌ی مراقبت می‌تواند منجر به ناراحتی‌های روانی شود (پری^۲، ۲۰۰۶).

تحقیقات معاصر آشکار کرده‌اند که الگوهای محیط خانوادگی برای افرادی که در وضعیت‌های پایین و بالای هویت هستند متفاوت است. محیط خانوادگی که با مشارکت‌های والدین در فعالیت‌های نوجوانان، ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و کیفیت بالای ابرازگری و ارتباطات در خانواده مشخص می‌شود، شکل‌گیری هویت سالم را در نوجوانان تسهیل می‌کند (ظفرمند کاشانی، ۱۳۹۳). همچنین تعداد محدودی از پژوهش‌های طولی نشان دادند که روابط والد-کودک در رشد عملکرد هیجانی و تنظیم آن نقش دارد (بوتل^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

«در جریان بودن والدینی» در اعتماد به نفس کودکان موثر می‌باشد و همچنین باعث سطح بالایی از موفقیت و انگیزه و در عین حال باعث سطح پایین بزهکاری و پرخاشگری می‌شود. (اسمعیلی، شیرافکن، ۱۳۹۱). بی‌ثباتی محیط خانواده و تغییر در ساختار آن نقاط مهمی برای پژوهش بر روی رشد نوجوان هستند. افزایش طلاق، باروری بدون تأهل، و ازدواج سفید، همراه با کاهش ازدواج و ازدواج مجدد، به طور قابل توجهی بافت خانواده‌هایی که کودکان و نوجوانان آمریکایی در آن بزرگ می‌شوند دگرگون شده

1. xiong, Z. B. ,Aruny, T. &Rettrng, K.

2. Perry, B. L.

3. Boutelle, K.

است. این پیچیدگی در آرایش زندگی کودکان با رشد آنها در ارتباط است (ساوانا^۱، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زندگی به دور از پدر بیولوژیکی با موفقیت تحصیلی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتر، به خصوص در میان پسران مرتبط است (جودل^۲، ۲۰۱۵). پسران تاب‌آوری کمتری نسبت به معایب ساختار خانواده دارند و افزایش زیاد خانواده‌های تک‌والدی در طول ۴۰ سال گذشته منجر به افت تحصیلی در پسران شده است (جودل، ۲۰۱۵).

یافته‌های دهه‌ها مطالعه تطبیقی نشان داده است کودکانی که در خانواده‌هایی با ناپدري و نامادري، و یا با خانواده‌هایی با یک والد زندگی کرده‌اند، نتایج روان‌شناختی، رفتاری، و تحصیلی پایین‌تری داشتند. میزان بروز رفتارهای بزهکارانه، بارداری در نوجوانی، و سوء استفاده از مواد مخدر در آنها بیشتر از کودکان خانواده‌های هسته‌ای است (تایلر، آدلریدر، اراتوپتیت^۳، ۲۰۱۳).

اگر و باربر^۴ (۲۰۱۰) در یک مطالعه که دانشگاه کنتکوی و تنسی بر روی نمونه ۶۴۱ نفری نوجوان سنین مدرسه بین ۱۲ تا ۱۸ ساله انجام داد به این نتیجه رسیدند که رابطه مستقیمی بین تعارض والد - فرزندی و مشکلات رفتاری نوجوانان از جمله افسردگی وجود دارد. در رابطه با تعارض والد - نوجوان تحقیقات نشان داده‌اند که بین شیوه فرزند پروری و میزان و روشی که تعارض در آن تجربه می‌شود رابطه وجود دارد (شک، ۲۰۰۲؛ به نقل از هولمز^۵، باندو برن، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که تعاملات خانوادگی ناسازگار، شامل سبک فرزندپروری نامناسب و روابط ضعیف بین والد و فرزند ممکن است در نتیجه‌ی استفاده والدین از مواد مخدر باشد که قویا با استفاده فرزندان از مواد مخدر مرتبط است (هوریگیان، فیستر، برینکس، رایینز، الجاندرا، زاپوزنیک^۶، ۲۰۱۵).

بررسی‌های اخیر نشان داده که کیفیت رابطه والدین و فرزندان ارتباط نزدیکی با

1. Cavanagh E. Sh.

2. Jodl, Jacqueline M.

3. Taylor H. K. , Adler-Beader F. , Erath S., Pettit S. G.

4. barber.a.

5. Holmes, T. R. Bond, L. A. Byrne. C.

6. Horigian E. V, Feaster J. D. Brinks, A. Robbins s. MI. Alejandra P. M. , Szapocznik J.

رفتارهای نوجوان و سازگاری روانی آنها دارد (اوجوا و لویز^۱، ۲۰۰۷) هراندازه میزان بین تعارض والدین و نوجوانان بیشتر باشد میزان هیجانات منفی و مشکلات رفتاری در نوجوان بیشتر می‌شود (شان و همکاران^۲، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان از این دارد که بی‌تفاوتی پدر و مادر در پرورش کودکان، بی‌مهری، سرزنش کردن بیش از اندازه آن‌ها داشتن رفتار خشن، انضباط و نظارت ناهماهنگ و نبود ارتباط مناسب با فرزند از پیش‌بینی‌کننده‌های نیرومند رفتار نابهنجار کودکان است (وایت و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از گودرزی و همکاران، ۱۳۸۳). در رابطه با تعارض والد - نوجوان تحقیقات نشان داده‌اند که بین شیوه فرزند پروری و میزان و روشی که تعارض در آن تجربه می‌شود رابطه وجود دارد (شک، ۲۰۰۲؛ به نقل از هولمز، باند ورن، ۲۰۰۸).

رفتارهای منفی والدین در خلال تعارض مثل خشم و عقب‌نشینی با میزان مشکلات ارتباطی فرزندان مرتبط است (شان و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین نشان داده شده که نوجوانان ناسازگار نگرش منفی تری نسبت به مراجع قدرت مثل پلیس، قانون و مدرسه و معلمان دارند (اوجوا و لویز، ۲۰۰۷).

بی‌ثباتی محیط خانواده و تغییر در ساختار آن نقاط مهمی برای پژوهش بر روی رشد نوجوان هستند. افزایش طلاق، باروری بدون تأهل، و ازدواج سفید، همراه با کاهش ازدواج و ازدواج مجدد، به طور قابل توجهی بافت خانواده‌هایی که کودکان و نوجوانان آمریکایی در آن بزرگ می‌شوند دگرگون شده است. این پیچیدگی در آرایش زندگی کودکان با رشد آنها در ارتباط است (ساوانا، ۲۰۰۸). یافته‌های دهه‌ها مطالعه تطبیقی نشان داده است کودکانی که در خانواده‌هایی با ناپدری و نامادری، و یا با خانواده‌هایی با یک والد زندگی کرده‌اند، نتایج روان‌شناختی، رفتاری، و تحصیلی پایین‌تری داشتند. میزان بروز رفتارهای بزهکارانه، بارداری در نوجوانی، و سوء استفاده از مواد مخدر در آنها بیشتر از کودکان خانواده‌های هسته‌ای است (تایلر، آدلریدر، ارات و پتیت، ۲۰۱۳).

شواهد موجود نشان می‌دهد که روابط آموزشی که به طور طبیعی اتفاق می‌افتند از همه

1. Ochoa, G. M & Lopez, E. E.

2. Shoen, R. N & at al.

بیشتر مؤثر هستند و به جوانان در به دست آوردن شایستگی بعد از خروج از این سیستم و در زندگی مستقل کمک می‌کند و در صورت بروز چالش‌ها و بحران‌ها از آنها حمایت می‌کند. جوانانی که باشبکه‌های اجتماعی بزرگتر همراه بودند از زندگی رضایت کلی بیشتری داشته‌اند که خود منجر به زندگی سالم‌تر، سطح بالاتری از تحصیلات، همچنین احتمال خودکشی و انتقال بیماری‌های جنسی و خشونت فیزیکی کمتر داشتند، در حالی که جوانانی که شبکه‌های اجتماعی کوچکتر داشتند بیشتر احتمال این را دارند که بعد از خروج از مراقبت با بی‌خانمانی مواجه شوند. افزایش سطح حمایت اجتماعی ای که جوانان قبل‌تر و در طول انتقال به بیرون از سیستم مراقبتی خود دریافت می‌کردند، از طریق ایجاد فرصت بیشتر برای موفقیت، سطح استرس را کاهش می‌دهد (میشل و همکاران^۱، ۲۰۱۰).

لیسر، نیکوترا و جنسون^۲ (۲۰۱۰) عوامل خانوادگی و والدینی مؤثر در سیر رشد نوجوان را

به شرح زیر بر شمرده‌اند:

| عوامل خانوادگی و والدینی که از رشد بهنجار ممانعت می‌کنند | عوامل خانوادگی و والدینی که به رشد بهنجار نوجوان کمک می‌کنند |
|--|--|
| دید منفی، غیر قابل انعطاف و انتقادی والدین نسبت به نوجوان | آگاهی و نظارت والدین بر اعمال نوجوان |
| نظارت کم والدین بر رفتار نوجوان | رابطه صمیمی والدین با نوجوان |
| تعارضات شدید مداوم در محیط خانوادگی در دوران کودکی فرزندان | توانایی والدین در تحمل تعارضات |
| ارتباط ضعیف میان والدین و فرزندان | حمایت و انعطاف‌پذیری والدین در برابر رشد خودمختاری نوجوان |
| کنترل روان‌شناختی بالای والدین از طریق تحقیر، انتقاد و دستور | وضع قوانین محکم و در عین حال انعطاف‌پذیر برای رفتار نوجوان |
| وضع قوانین متناقض و ناپایدار | سبک والدگری مقتدرانه |
| سبک والدگری قدرت طلبانه، سهل‌گیرانه یا مسامحه‌کار | دلبستگی ایمن در دوران کودکی |
| دلبستگی نایمن در دوران کودکی | وجود تکیه‌گاه ایمن والدینی برای نوجوان |
| تعارضات زناشویی شدید | ساختار خانوادگی منسجم با مرزهای روشن |
| | حضور بزرگسالان حمایتگر به غیر والدین در محیط زندگی نوجوان |

1. Mitchell, M. B.

2. Laser, J.A. Nicotera, N., Jenson, J.M.

هر چند که مسایل مربوط به تربیت و مشکلات نوجوانان از جوانب گوناگون شناختی، عاطفی، انگیزشی و روانی مورد بررسی قرار گرفته باشد، اما به نظر میرسد این بررسی‌ها باید با توجه به تغییرات و تحولات سریع جامعه و گوناگونی مسایل نوجوانان باید مداوم و در عین حال عینی و به روز باشد (صیادی، ۱۳۸۴). لذا به منظور فراهم آوری پاسخ مناسب برای مسائل پیش گفته، در این پژوهش در پی پاسخ به این سؤال هستیم که تفاوت میان فعالیت‌های خانواده درانتقال موفق و ناموفق به مرحله‌ی نوجوانی چرخه زندگی، مبتنی بر تجربیات خانواده‌های دارای نوجوانان موفق و ناموفق چه هستند؟

روش

تحقیق حاضر از روش پدیدارشناسی تحقیقات کیفی استفاده کرده است. از آنجا که هدف این مطالعه بررسی و درک کیفی تجارب والدین با نوجوانان موفق و ناموفق، از نقطه نظر تجربه‌ی زیسته والدین و نوجوانان است، لذا ورود به درون جهان تجربه‌های زیسته والدین و نوجوانان مستلزم اتخاذ رویکرد و روشی است که قادر به انجام چنین کاری باشد. از این رو از رویکرد پدیدارشناسی به عنوان توأمان نظریه و روش استفاده می‌شود. جامعه پژوهش حاضر شامل والدین با نوجوانان موفق و ناموفق در شهر تهران بود که در سال ۹۵-۱۳۹۴ در شهر تهران زندگی می‌کردند. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر مانند اکثر مطالعات کیفی با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. با توجه به نمونه‌گیری هدفمند ملاک‌های انتخاب نمونه در پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- حداقل یکی از والدین در قید حیات باشد ۲- نوجوان با حداقل یکی از والدین زندگی کند ۳- دامنه سنی نوجوانان ۱۵ تا ۲۰ سال باشد ۴- نوجوانان اختلال روانی یا شخصیتی نداشته باشند ۵- نوجوان در یک زمینه اجتماعی، تحصیلی، ورزشی و فرهنگی موفق باشد ۶- نوجوان ناموفق دامنه‌ای از رفتارهای مشکل دار داشته باشد و بر حسب یک رفتار اتفافی دچار جرم نشده باشد. در ابتدا مصاحبه با نوجوان انجام می‌گرفت و پس از بررسی و میزان

تناسب نوجوان با موضوع پژوهش از یکی از والدین مصاحبه گرفته می‌شد. به این دلیل که در پژوهش‌های کیفی، اشباع داده‌ها ارتباط نزدیکی با حجم نمونه دارد و تکرار نکات مهم و برجسته در صورت ادامه مطالعه نشانه کفایت حجم نمونه است، تعداد نمونه به اندازه‌ای انتخاب شد که حداکثر محتوای کیفی در مورد تجربه خانواده‌های با نوجوانان موفق و ناموفق استخراج شود و به اصطلاح مصاحبه‌ها به اشباع برسند. با توجه به این موضوع، در پژوهش حاضر پس از مصاحبه با ۱۰ والد موفق، ۱۰ نوجوان موفق و ۱۲ والد ناموفق و ۱۲ نوجوان ناموفق پاسخ‌های افراد به حالت اشباع رسید و انجام مصاحبه متوقف شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته^۱ استفاده شد، بدین معنا که سوالات خاصی از تمام پاسخگویان پرسیده می‌شد. با این وجود به دلیل محاوره‌ای بودن مصاحبه، مصاحبه‌گر آزاد است که سوالات را تغییر دهد و یا ترتیب آنها را به شکل مناسبی جابجا کند. سوالات با در نظر گرفتن هدف کلی پژوهش و جنبه‌های مختلف روابط والد-فرزندی و فعالیت‌های مابین آنها طراحی شد.

مدت زمان هر مصاحبه با توجه به شرایط، وقت لازم، میزان تحمل و علاقه‌ی مشارکت کنندگان بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در نظر گرفته شد. تمام مصاحبه‌های انجام شده با کسب اجازه از شرکت کنندگان به صورت صوتی و با استفاده از دستگاه MP3 ضبط گردید و سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی به دقت مصاحبه‌ها روی کاغذ پیاده شدند. لازم به ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، از نام مستعار (والد ۱ و ۲ و...) برای شرکت کنندگان استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از انجام مصاحبه از شیوه تحلیل تماتیک^۲ استفاده شد. تحلیل تماتیک تقریباً در همه روش‌های تحلیل داده‌های کیفی که به طبقه‌بندی، شاخص‌بندی و سنخ‌بندی داده‌ها اشاره دارد، بکار می‌رود.

1. Semi-structured interview.

2. Thematic analysis.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به والدین شرکت کننده در پژوهش نشان داد میانگین سنی والدین موفق موفق ۴۵.۶ سال بود و ۷۰ درصد آنها شاغل بودند. ۳۰ درصد از والدین مدرک فوق لیسانس و ۵۰ درصد مدرک لیسانس و ۲۰ درصد مدرک دیپلم و پایین تر بودند. همچنین در ۱۰۰ درصد آنها ازدواج در جریان بود و طلاق شکل نگرفته بود میانگین سنی والدین ناموفق ۴۳.۲ سال بود. و ۱۰ درصد آنها دارای شغل مشخص بودند ۳۰ درصد بیکار بودند و ۶۰ درصد دارای شغل‌های غیررسمی بودند. ۱۰ درصد مدرک لیسانس و ۲۰ درصد مدرک دیپلم و ۶۰ درصد مدرک زیر دیپلم داشتند و ۱۰ درصد هم بیسواد بودند. همچنین در ۴۰ درصد آنها ازدواج در جریان بود و طلاق شکل نگرفته بود و در ۵۰ درصد بعد از طلاق ازدواج مجدد داشتند و ۱۰ درصد نیز بعد از طلاق هنوز ازدواج نکرده بودند.

برای بررسی عوامل آماده ساز ورود موفق به مرحله نوجوانی از دیدگاه والدین، داده‌های حاصل از مصاحبه با والدین مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در مرحله اول جمله به جمله بررسی و کدگذاری شد. این مفاهیم در مرحله دوم جهت انسجام بیشتر و تحلیل و تفسیر منسجم تر در قالب مفاهیم انتزاعی تر کد گذاری شد. در مرحله بعد مفاهیم تولید شده در فرایند کدگذاری ثانویه، در قالب ۳ مقوله عمده یا تم شامل: (۱) عوامل حفاظت کننده در حیطه خانواده، (۲) عوامل حفاظت کننده در حیطه والدینی، و (۳) عوامل حفاظت کننده در حیطه اجتماعی طبقه بندی شدند. هر یک از این عوامل دارای زیرمجموعه‌های مختلفی بودند که در ذیل به مقایسه هر یک از آنها در دو خانواده موفق و ناموفق پرداخته می‌شود.

جدول ۱. مقایسه عوامل حفاظتی والدین در حیطه خانواده

| والدین ناموفق | | والدین موفق | | مؤلفه‌های مورد مقایسه | |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|-----------------------|-------------------------------|
| وقت ناکافی برای اعضای خانواده | صرف وقت با اعضای خانواده | شیوه‌های ارتباط در خانواده | | عوامل حفاظت‌کننده و | خطرساز والدین در حیطه خانواده |
| عدم تعلق و وابستگی به خانواده | مشارکت دادن نوجوان در تصمیم‌گیری‌ها | | | | |
| روش‌های گنگ ارتباطی | استفاده روش‌های سمبلیک برای ارتباط | | | | |
| روابط صمیمانه ضعیف | ارتباط صمیمانه | | | | |
| ارتباط بدون مرز با دیگران | استفاده از تفریح برای ارتباط | | | | |
| پیوند ضعیف والدین | پیوند مناسب والدین | | | | |
| شبکه‌های ارتباطی ضعیف با فامیل | | | | | |
| خلأ همکاری در خانواده | تقسیم وظایف | شیوه‌های مدیریت در خانواده | | | |
| هزینه‌های بدون برنامه | بررسی هزینه‌های نوجوان | | | | |
| قواعد گنگ و نامفهوم | قواعد و انتظارات مشخص | | | | |
| عدم اجرای قوانین | ضمانت اجرایی قوانین | | | | |
| اجرای نیمه‌کاره قوانین | | | | | |
| اطلاعات ناکافی از نوجوانی | داشتن اطلاعات در مورد نوجوانی | | | | |
| اطلاعات غلط و ناصحیح از نوجوانی | | | | | |
| نظارت ناکافی بر رفتار نوجوان | نظارت بر رفتار نوجوان | | | | |

| والدین ناموفق | والدین موفق | مؤلفه‌های مورد مقایسه | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------|--|
| تربیت چندگانه | عدم دخالت دیگران در خانواده | | |
| خانواده گسسته | مرزبندی منعطف | ساختار خانواده | |
| خانواده آمیخته | مرزبندی مشخص | | |
| مدیریت یک طرفه | حفظ سلسله مراتب خانواده | | |
| اشتغال نامناسب | شغل مشخص | وضعیت اقتصادی خانواده | |
| عدم تامین هزینه‌ها | شغل مناسب اجتماعی | | |
| فقر و محرومیت شدید | | | |

همانطور که یافته‌های جدول (۱) نشان می‌دهد عوامل حفاظتی والدین موفق و ناموفق در حیطه خانواده تفاوت‌های اساسی با یکدیگر دارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که شیوه‌های ارتباط در خانواده (صرف وقت با اعضای خانواده، مشارکت دادن نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها، استفاده از روش‌های سمبلیک در ارتباط، ارتباط صمیمانه، استفاده از تفریح برای ارتباط، پیوند مناسب والدین)، شیوه‌های مدیریت در خانواده (نظیر تقسیم وظایف، بررسی هزینه‌های نوجوان، قواعد و انتظارات مشخص، ضمانت اجرایی قوانین، اطلاعات کافی در مورد نوجوانی، نظارت بر رفتار نوجوان، تامین نیازهای نوجوان، حفظ سلسله مراتب خانواده)، ساختار خانواده (مرزبندی مشخص، مرزبندی منعطف)، وضعیت اقتصادی (شغل مناسب) خانواده بودند در حالی که والدین ناموفق در مؤلفه‌های شیوه‌های ارتباط در خانواده (وقت ناکافی برای اعضا، عدم تعلق و وابستگی به خانواده، روابط صمیمانه ضعیف، شبکه‌های ارتباطی ضعیف با والدین، ارتباط بدون مرز با دیگران، پیوند ضعیف والدین)، شیوه‌های مدیریت در خانواده (خلاء همکاری در خانواده، هزینه‌های بدون برنامه، عدم وجود قواعد مشخص، عدم اجرای

قوانین، تربیت چندگانه، ناتوانی در تامین هزینه‌ها، اطلاعات ناکافی یا غلط در مورد نوجوان، نظارت ناکافی بر رفتار نوجوان)، ساختار خانواده (خانواده گسسته، خانواده آمیخته، مدیریت یکطرفه) و وضعیت اقتصادی (شغل نامناسب والدین، فقر و محرومیت شدید) خانواده روبرو بودند.

جدول ۲. مقایسه عوامل حفاظتی در حیطه والدینی

| والدین ناموفق | والدین موفق | مؤلفه‌های مورد مقایسه | | |
|--|---|-----------------------|---|-----------------------|
| روش تربیتی ناهماهنگ | استفاده از روش‌های تربیتی هماهنگ | نگرش والدین به تربیت | عوامل حفاظت‌کننده و خطرناک‌ساز والدین در حیطه والدینی | |
| استفاده از روش‌های تشویقی و تنبیهی نامناسب | استفاده از روش‌های تشویقی و تنبیهی مناسب | | | |
| اطلاعات تربیتی ناکافی | به روز بودن اطلاعات تربیتی | | | |
| قوانین نامشخص | انعطاف به تغییر قوانین | | | |
| تک بعدی بودن تربیت | نگاه چند بعدی به تربیت | | | |
| روش تربیتی دیکتاتورانه | روش تربیتی مقتدرانه | | | |
| روش تربیتی سهل‌گیر | | | | |
| نگرش منفی به تحصیل | نگرش مثبت به تحصیل | | | نگرش والدین به موفقیت |
| عدم حمایت از نوجوان | حمایت دلگرم‌کننده | | | |
| مقایسه نوجوان با دیگران | مقایسه موفقیت‌ها به توانایی های نوجوان | | | |
| اولویت دهی به اشتغال | اولویت سلامت شخصیتی نوجوان به سایر زمینه‌های موفقیت | | | |
| الگودهی نامناسب | موفقیت | | | |
| تاکید بر زمینه‌های مورد توجه خود | توجه به استعدادها و نوجوان | | | |

| والدین ناموفق | والدین موفق | مؤلفه‌های مورد مقایسه | |
|-----------------------|----------------------|------------------------|--|
| منع نابجا از فعالیت | همراهی در فعالیت‌های | رفتار والدین به موفقیت | |
| بی توجهی به فعالیت‌ها | مشارکت در فعالیت‌ها | | |
| اجبار نوجوان به کار | ایجاد زمینه تجربه | | |
| بزهکاری والدین | سلامت رفتاری | آسیب‌پذیری والدگری | |
| سومصرف مواد در والدین | | | |
| عدم تجربه سن نوجوانی | | | |
| ازدواج زودهنگام | | | |
| اختلال شخصیت | | | |

همانطور که یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد عوامل حفاظتی والدین موفق و ناموفق در حیطه والدینی تفاوت‌های اساسی با یکدیگر دارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که نگرش به تربیت (استفاده از روش‌های تربیتی هماهنگ، استفاده از روش‌های تشویقی و تنبیهی مناسب، به روز کردن اطلاعات تربیتی، انعطاف به تغییر قوانین، نگاه چندبعدی به تربیت)، نگرش والدین به موفقیت (نگرش مثبت به تحصیل، حمایت دلگرم‌کننده، مقایسه موفقیت‌ها به توانایی‌های نوجوان، اولویت سلامت شخصیتی نسبت به سایر زمینه‌های موفقیت، توجه و حمایت از استعداد‌های نوجوان)، رفتار والدین به موفقیت (همراهی در فعالیت‌های اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های مدرسه، همراهی در فعالیت‌های ورزشی)، آسیب‌پذیری والدگری (سلامت رفتاری) خانواده بودند در حالی که والدین ناموفق در مؤلفه‌های والدینی نگرش به تربیت (استفاده از روش‌های تربیتی دیکتاتورانه، روش تربیتی سهل‌گیر، استفاده از روش‌های تشویقی و تنبیهی نامناسب، اطلاعات تربیتی ناکافی، قوانین نامشخص، تک بعدی بودن تربیت)، نگرش والدین به موفقیت (نگرش منفی یا خنثی به تحصیل، عدم حمایت، مقایسه نوجوان با دیگران،

اولویت دهی به اشتغال، الگودهی نامناسب)، رفتار والدین به موفقیت (منع نابجا از فعالیت‌های اجتماعی، بی‌توجهی به مدرسه، کمبود دانش در مورد مواد و مصرف آن، اجبار نوجوان به کار)، آسیب‌پذیری والدگری (بزهکاری والدین، سوء مصرف مواد در والدین، عدم تجربه سن نوجوانی، ازدواج زود هنگام، اختلال شخصیت) روبرو بودند.

جدول ۳. مقایسه مؤلفه‌های حفاظتی والدین در حیطه اجتماعی

| والدین ناموفق | والدین موفق | مؤلفه‌های مورد مقایسه | |
|--|--|--|---|
| عدم نظارت بردوستان | استفاده از شبکه‌های فامیلی | مدیریت ارتباطات | عوامل حفاظت‌کننده و خطر ساز نوجوان در حیطه اجتماع |
| بی‌توجهی به ارتباطات نوجوان | ایجاد ارتباط با افراد سازنده | | |
| بی‌توجهی به وسایل ارتباط جمعی | نظارت بر وسایل ارتباط جمعی و فناوری‌های جدید | | |
| عدم توجه به خطرات اجتماعی | | | |
| اعتماد نابجا به نوجوان | | | |
| نداشتن برنامه برای فعالیت‌های اجتماعی نوجوان | مهارت‌های جستجوی کمک | رفتار والد در ارتباط با موفقیت در اجتماع خانواده | |
| عدم حساسیت به کیفیت تحصیل | نظارت بر مسائل تحصیلی | | |
| عدم بررسی محیط‌های ارتباطی نوجوان | استفاد از محیط‌های سالم | | |
| | مداخله بردوستیابی نوجوان | | |
| | آشنا شدن با دوستان نوجوان | | |

همانطور که یافته‌های جدول (۳) نشان می‌دهد عوامل حفاظتی والدین موفق و ناموفق در حیطه اجتماعی تفاوت‌های اساسی با یکدیگر دارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که والدین موفق در مؤلفه‌های مدیریت ارتباطات اجتماعی (نظیر استفاده از شبکه‌های فامیلی، ایجاد ارتباط با افراد سازنده، نظارت بر وسایل ارتباط جمعی)، رفتار والدین در ارتباط با موفقیت در اجتماع (نظیر مهارت‌های جستجوی کمک، نظارت بر مسائل تحصیلی، استفاده از محیط‌های سالم، آشنا شدن با دوستان نوجوان، مداخله در دوستیابی) موثر بوده‌اند در حالی که والدین ناموفق در مؤلفه‌های مدیریت ارتباطات اجتماعی (نظیر اعتماد نابجا به نوجوان، عدم توجه به خطرات اجتماعی، بی‌توجهی به وسایل ارتباط جمعی)، رفتار والدین در ارتباط با موفقیت در اجتماع (نظیر نداشتن برنامه برای فعالیت‌های اجتماعی، عدم حساسیت به کیفیت تحصیل، بی‌توجهی به کیفیت تحصیل) روبرو بودند.

نتیجه‌گیری

نوجوانی سن گذار و پراز هیجان‌ات است. والدینی که از این موضوع درک درستی دارند بدون سد کردن انرژی نوجوان کانال‌های برای کارآمدی آن در نظر می‌گیرند استفاده از تجارب افراد موفق و ارتباط آن با الگوپذیری نوجوانان روش بسیار مفیدی است که خانواده‌های موفق از آن استفاده می‌کنند. خانواده‌های ناموفق بر اساس عدم آگاهی خود و میزان خطرات ناشی از عدم نظارت مشکلات زیادی برای رشد نوجوان فراهم می‌کنند. تعداد محدودی از پژوهش‌های طولی نشان دادند که روابط والد-کودک در رشد عملکرد هیجانی و تنظیم آن نقش دارد (بوتل و همکاران، ۲۰۰۹). کاتاپان (۲۰۰۸) نشان داد که پایین بودن انسجام و پیوستگی احساسات در خانواده و همچنین ضعیف بودن سطح سازگاری آنان می‌تواند با خطر بروز رفتارهای اعتیادی رابطه داشته باشد. هراندازه میزان بین تعارض والدین و نوجوانان بیشتر باشد میزان هیجان‌ات منفی و مشکلات رفتاری در نوجوان بیشتر می‌شود (شان و همکاران، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان از این دارد که

بی تفاوتی پدر و مادر در پرورش کودکان، بی مهربی، سرزنش کردن بیش از اندازه آنها، داشتن رفتار خشن، انضباط و نظارت ناهماهنگ و نبود ارتباط مناسب با فرزند از پیش بینی‌کننده‌های نیرومند رفتار نابهنجار کودکان است (گودرزی و همکاران، ۱۳۸۳).

دی کوپک و بوسیت (۲۰۰۵) رابطه میان الگوهای روابط خانوادگی را با مشکلات رفتاری فرزندان بررسی کردند، یافته‌های آنها بیانگر آن است که کیفیت ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر با بروز مشکلات رفتاری در نوجوانی رابطه دارد. در الگوهای ارتباطی که به نظرات فرزندان توجه نمی‌شود و آنها را در مسایل مربوط خانواده مشارکت نمی‌دهند و والدین به جای فرزندان تصمیم می‌گیرند احتمال بروز ناسازگاری فرزندان با خانواده بیشتر است (شکوهی یکتا و پزند، ۱۳۸۷).

پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که تعاملات خانوادگی ناسازگار شامل سبک فرزندپروری نامناسب و روابط ضعیف بین والد و فرزند ممکن است در نتیجه‌ی استفاده والدین از مواد مخدر باشد که قویا با استفاده فرزندان از مواد مخدر مرتبط است (هوریگیان، فیستر، برینکس، رایبیز، الجاندرا، زاپوزنیک، ۲۰۱۵).

در حیطه عوامل مرتبط با خانواده، در خانواده‌های با نوجوانان موفق خانواده دارای ساختار مناسب با انعطاف در مرزبندی‌ها است که این مرزبندی به نوجوان کمک می‌کند تا دارای چارچوب مشخصی باشد و از گنگ بودن در نقش خود به دور باشد حال آنکه در خانواده‌های با نوجوانان ناموفق خانواده ساختار در هم تنیده و یا گسسته است و در نتیجه نوجوان الگوی مناسبی برای تعیین نقش‌های خود ندارد. در خانواده‌های در هم تنیده والدین اجازه می‌دهند تا دیگران نقش آنها را بر عهده بگیرند و در نتیجه نوجوان نیز به راحتی وارد مرزهای والدین می‌شود. مرزبندی قوانین را با خود به همراه دارد و این قوانین برای نوجوانان با تعیین مسیر مناسب یا نامناسب هستند. مرزبندی مشخص و منعطف منتهی به سلامت و حس امنیت می‌شود و در عین حال قدرت والدین را برای تاثیرگذاری بر نوجوان بالا می‌برد.

لونگ، مکلود و چانگ ولای (۲۰۰۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دریافت

توجه و محبت مادرانه به گونه‌ای مثبت با کسب صلاحیت علمی و موفقیت‌های تحصیلی مرتبط بود. امروزه تحصیل به عنوان یک معیار اساسی در آینده و زندگی افراد تاثیرگذار است. نوجوانانی که از لحاظ تحصیلی در شرایط مناسبی هستند می‌توانند زندگی خوبی برای خود فراهم کنند و خانواده‌ها نیز با توجه به این موضوع برای تحصیل ارزش زیادی قائل بوده و وقت و هزینه مناسبی برای نوجوان در این زمینه در نظر می‌گیرند. نوجوانی که به تحصیل اهمیت می‌دهد روش‌ها و شیوه‌های مناسب ارتباطی و اجتماعی را می‌آموزد. در خانواده‌های ناموفق بی‌اهمیتی به تحصیل نوجوان فضایی را ایجاد می‌کند تا با توجه به سختی‌های تحصیل نوجوان گرایش به زمینه‌های دیگر خارج از مدرسه همانند اشتغال را پیدا کند که با توجه به سن نوجوان و عدم مهارت لازم در بسیاری از موارد مشکلات زیادی را به بار می‌آورد.

میزان بروز رفتارهای بزهکارانه، بارداری در نوجوانی، و سوء استفاده از مواد مخدر در خانواده‌های طلاق بیشتر از کودکان خانواده‌های هسته‌ای است (تایلر، آدلریدر، ارات، پتیت، ۲۰۱۳). در فراتحلیلی که توسط فاکس کرافت و لو (۱۹۹۱) انجام شد، حمایت و کنترل پایین توسط خانواده (از نظر نوجوانان)، آسیب شناسی والدگری (برای مثال افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد توسط والدین، و استرس) با اختلال سوء مصرف مواد، افسردگی، و مشکل رفتاری در نوجوانان در ارتباط است. سوء مصرف مواد توسط والدین به عنوان ریسک فاکتوری برای سوء مصرف مواد در نوجوانان به حساب می‌آید (ساواناغ، ۲۰۰۸). نوجوانانی که والدین الکلی دارند در معرض خطر تجربه مشکلاتی در نوجوانی هستند (فینان و همکاران، ۲۰۱۵).

این نتایج با نتایج تحقیق حاضر مبنی بر تأثیر مشکلات شخصیتی و رفتاری والدین بر شخصیت نوجوان همخوان است. وقتی والدین دارای مشکلات رفتاری باشند الگوی نامناسبی برای نوجوان هستند و همچنین این مشکلات باعث می‌شود تا فرصت رسیدگی به نوجوان را نداشته باشند. در بسیاری از موارد وقتی والدین توانایی حل مشکلات و مسائل خانواده را ندارند باعث ایجاد انگیزه در نوجوان برای جبران و کمک به

خانواده هستند که در نهایت منجر به درگیر شدن در فضاهای نامناسب اشتغال و بزهکاری‌ها می‌شود.

والدینی که سرد و طردکننده هستند، از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند و در تربیت فرزندان از روش‌های متناقض استفاده می‌کنند، احتمال بیشتری هست که فرزندان پرخاشگرو ناسازگار داشته باشند (افکاری، ۱۳۹۲). در مقابل مادرانی که با حساسیت و دقت به نیازهای جسمی و عاطفی فرزندان خود پاسخ می‌دهند فرزندان از اعتماد به نفس و استقلال بیشتری برخوردارند و در برخورد با موقعیت‌های محیطی کمتری دشواری دارند (درویزه، ۱۳۸۲). اکثر تحقیقات نشان داده‌اند که روش‌های تشویقی و تنبیهی نقش بی‌بدیلی در سلامت رفتاری و شخصیتی نوجوانان دارند تنبیه‌های مستقیم اثرات سوء بسیار زیادی بر نوجوان می‌گذارند. این دست تنبیهات به وفور در خانواده‌های ناموفق دیده شده است حال آنکه در خانواده‌های موفق بدون اعمال تنبیه مستقیم (نظیر کتک زدن و فحاشی) بر نوجوان اعمال نفوذ می‌کنند. در خانواده‌های موفق برای تشویق روش‌های متنوعی و متناسب با نوجوان و شرایط در نظر می‌گیرند در صورتی که در خانواده‌های ناموفق تشویق‌ها بسیار تکراری، بیرونی و بدون توجه به نیاز نوجوان است. به عنوان مثال برای همه موارد به نوجوان پول داده می‌شود.

به طور کلی پسران تاب‌آوری کمتری نسبت به معایب ساختار خانواده دارند و افزایش زیاد خانواده‌های تک‌والدی در طول ۴۰ سال گذشته منجر به افت تحصیلی در پسران شده است (جودل، ۲۰۱۵). پسران به تحصیلات والدین، به خصوص تحصیلات پدر حساس تر هستند. همچنین مردان به شیوه نامناسبی از غیبت پدر در خانه رنج می‌برند (دی پرت و بوچمن، ۲۰۰۶). هر اندازه میزان بین تعارض والدین و نوجوانان بیشتر باشد میزان هیجانات منفی و مشکلات رفتاری در نوجوان بیشتر می‌شود (اوجوا و لویز، ۲۰۰۷). رفتارهای منفی والدین نیز در خلال تعارض، مثل خشم و عقب‌نشینی با میزان مشکلات ارتباطی فرزندان مرتبط است (شوئن و همکاران، ۲۰۰۹).

زیمرن در مطالعه خود در زمینه خودکشی نوجوانان در آمریکای لاتین دریافت که

تلاش‌های نوجوانان برای خودکشی نتیجه تلاش‌های بی‌حاصل آنها برای برقراری رابطه عاطفی با مادران است. وی استفاده از رفتار درمانی را شیوه درمانی درست می‌داند (درویزه، ۱۳۸۲). در خانواده‌های موفق ارتباطات به شکل مناسبی سیال می‌باشد و اعضای خانواده حداکثر استفاده از زمان‌های با هم بودن را دارند و نیاز به صمیمیت را در درون مجموعه خانواده برآورده می‌کنند در این خانواده‌ها از انواع روش‌های ارتباطی (سمبلیک و خلاقانه) استفاده می‌شود. در خانواده‌های ناموفق روابط والدین ضعیف بوده و دل‌بستگی اعضای به خانواده بسیار کم است اعضاء وقت کمی را برای هم صرف می‌کنند یا برنامه ریزی‌ها به شکلی است که اعضاء کمترین برخوردها را با همدیگر دارند. روابط فامیلی کم یا بی‌مرز بوده و اعضاء صمیمیت را در روابط خارج از خانواده جستجو می‌کنند.

تحقیقات نشان داده‌اند فارغ از نژاد، تحصیلات، یا ازدواج مجدد مادر، نوجوانانی که در خانه‌های بدون پدر زندگی می‌کنند، درصد بیشتری از افسردگی، اضطراب و رفتار بزهکارانه از خود بروز می‌دهند (کراوچاک، ۲۰۱۰). خانواده‌های موفق با ایجاد یک امنیت اقتصادی در خانواده و همچنین اشتغال مشروع نیازهای بیرونی نوجوان را تامین می‌کنند در حالی که والدین ناموفق با عدم تامین اقتصادی مناسب نوجوانان آنها را وادار به تامین نیازهای خود از طریق خوداشتغالی خود نوجوان می‌کنند که علاوه بر عدم فرمانبری نوجوانان باعث می‌شوند تا نوجوانان در محیط‌های کاری نامناسب با رفتارهای خطرآفرین آشنا شوند و شبکه‌های ارتباطی نامناسبی ایجاد کنند.

این یافته‌ها با تحقیقات (هولمز، باند و برن، ۲۰۰۸)، لونگ، مک د و چانگ ولای (۲۰۰۴) هماهنگ است، همچنین مؤثرترین خانواده‌ها، خانواده‌هایی هستند که در مقابل تغییرات نوجوانی سازگارترند (کراوچاک، ۲۰۱۰). احساس نزدیکی و ارتباط میان والد و نوجوان به ما کمک می‌کنند تا تشخیص دهیم که والدین چقدر در تضمین کردن رفتارهای سالم در فرزندانشان مؤثر بوده‌اند (ساوانا، ۲۰۰۸). خانواده‌های موفق دائماً اطلاعات خود از دوره نوجوانی را به روز می‌کنند و از شیوه‌های مختلف کسب اطلاعات

استفاده می‌کنند در حالی که خانواده‌های ناموفق یا اطلاعات کمی دارند و یا اینکه از منابع اطلاعاتی غلط استفاده می‌کنند. نوجوانی دنیای بسیار گسترده‌ای دارد که نیازمند اطلاعات بسیار زیاد و دریافت حمایت برای کمک به گذر از آن به وسیله والدین است. در رابطه با تعارض والد - نوجوان تحقیقات نشان داده‌اند که رابطه بین شیوه فرزند پروری و میزان و روشی که تعارض در آن تجربه می‌شود وجود دارد (هولمز، باند و برن، ۲۰۰۸). والدین مقتدر کنترل همراه با رابطه گرم و پاسخ‌گویی به فرزندان را شیوه‌ی خود می‌دانند (رجایی و همکاران، ۱۳۸۷). فرزندان که از والدینی با سبک فرزندپروری مقتدر برخوردارند اهدافی واقع بینانه و در سطح توانایی خود برمی‌گزینند (حسینی غفاری و همکاران، ۱۳۸۷) و سطوح بالاتری از خودمختاری و صلاحیت اجتماعی و میزان کمتری از پرخاشگری از خود نشان می‌دهند. کودکان والدین مقتدر دارای بالاترین سطح سازگاری بوده و میزان بالایی از استقلال را نشان می‌دهند (هیون و سیاروحی، ۲۰۰۶). همچنین والدین قاطع دارای سطح بالایی از کنترل و پاسخدهی بوده و فرزندان آن‌ها اجتماعی و به طور مؤثری با کفایت‌اند و مشکلات رفتاری اندکی دارند (دستجردی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش اقدستا (۱۳۹۱) نشان داد که سبک فرزندپروری ادراک شده والدین با بهزیستی روان شناختی فرزندان رابطه معنادار دارد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که گرمی، دل‌بستگی و حمایت خانوادگی از مشخصات خانواده‌ای هستند که نوجوان را از اضطراب و دیگر رفتارهای درونی سازی حفاظت می‌کنند. همچنین حمایت خانوادگی، نظارت در خانواده و انسجام خانوادگی به عنوان سپری برای استفاده از الکل در نوجوانی شناخته شده‌اند (پیکوو و کوکس، ۲۰۱۰). سیچتی و روگوش^۱ (۲۰۰۲) نشان داده‌اند، یکی از عناصر مرتبط با توانایی نوجوان برای عبور موفق از این مرحله، تعداد منابعی است که برای کمک به آن‌ها وجود دارد. والدین موفق از لحاظ اطلاعات تکنولوژیکی خود را به روز می‌کنند و می‌توانند جلوی سوء استفاده‌های احتمالی نوجوان از شکاف اطلاعاتی بین دو نسل را بگیرند و در عین حال

فرصتی برای ارتباط ایجاد کنند. عدم توجه به ارتباطات نوین جمعی باعث می‌شود تا شکاف بین والدین و نوجوان بسیار زیاد شده و نوجوان را وارد دنیای کند که بسیار متفاوت تر از دنیای تجربه شده درون خانواده باشد.

پژوهش‌هایی که بر روی جو خانواده تمرکز کرده اند، ابعاد متعددی از کارکرد خانواده را ایجاد کردند که رشد کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله ساختار خانواده، انسجام، ارتباط، فضای عاطفی، و توانایی حل مسئله (گراسک، داویدو، ۲۰۱۰). هماهنگی بین والدین در شیوه‌های تربیتی علاوه بر ایجاد یک جو همراه با آرامش در خانواده از سردرگمی نوجوان در ارتباط با والدین جلوگیری می‌کند این هماهنگی از مثلث سازی‌های درون خانواده پیشگیری می‌کند. حال آنکه نوجوانان در خانواده‌های با والدین ناهماهنگ در یک سردرگمی نقش فرزندی و ارتباطی با والدین قرار می‌گیرند که در هر صورت و با توجه به تناقض والدین دچار شکست نقشی می‌شوند. این ناهماهنگی والدین منجر به استرس‌های زیادی برای نوجوان می‌شود که گاهی برای رفع این استرس تمایل به ارتباطات خارج از خانواده پیدا می‌کنند و یا به تنش‌های بین نوجوان یا والدین منجر می‌شود. به طور کلی نتایج نشان‌دهنده تأثیر خانواده بر گذر موفق به نوجوانی و شیوه‌های تربیتی آنها از عوامل موثر و اساسی است. خانواده‌ها باید به شکل جامع و همه جانبه حمایتی را فراهم آورد که شامل جنبه‌های درون فردی تا سطح اجتماعی را در بر می‌گیرد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهند که عملکرد خانوادگی از مهمترین ابعاد در رشد نوجوان است و عملکرد صحیح و سالم خانواده و نوجوان در مرحله نوجوانی چرخه زندگی خانواده منجر به سلامت و موفقیت نوجوان و در مقابل آن عملکرد ناسالم آن منجر به بروز عوارض و آسیب‌های جدی برای نوجوان و خانواده می‌شود. با توجه به اینکه بخش عمده این پژوهش با روش کیفی انجام شده است، محدودیت‌های روش کیفی از جمله غیرممکن بودن حذف سوگیری مشاهده‌گر، عدم کنترل اعتبار نتیجه‌گیری محقق و عدم قابلیت تعمیم‌پذیری بر آن وارد است. در مصاحبه‌ها فقط از یکی از والدین استفاده شد که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند.

با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود متخصصان این حوزه با غنی‌سازی مبانی نظری به دست آمده نسبت به تهیه پرسشنامه‌ای متناسب با نتایج تحقیق اقدام نمایند. همچنین در ارزیابی‌های وضعیت خانواده‌ها با نوجوان لازم است که به عوامل و شاخص‌های شناسایی شده در این پژوهش توجه شود و پیشنهاد می‌شود که از عوامل خطر ساز و عوامل حفاظتی منجر به گذر موفق که در این پژوهش شناسایی شده است در مصاحبه‌های ارزیابی مشاوران در کار با خانواده‌ها استفاده نمایند.

منابع

- افکاری، پرپسا. (۱۳۹۲). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری، عزت نفس و سلامت روان مادران کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری و مادران کودکان عادی. پایان نامه ارشد، اردبیل: دانشگاه محقق اردبیلی.
- اقدستا، الهام. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های فرزندپروری ادراک شده والدین با بهزیستی روان شناختی، درماندگی روان شناختی و موفقیت تحصیلی فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- درویزه، زهرا. (۱۳۸۲). بررسی رابطه همدلی مادران و دختران دانش‌آموزان دبیرستانی و اختلال رفتاری دختران شهر تهران. *مجله مطالعات زنان*، ۱ (۳)، ۵۷-۲۹.
- شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۸۰). *روان شناسی رشد ۲*. تهران: انتشارات پیام نور.
- شکوهی یکتا، محسن، پرند، اکرم. (۱۳۸۷). آموزش روش حل مساله به مادران و تاثیر آن بر روابط خانوادگی. *خانواده پژوهی*، ۴ (۱۳)، ۵-۱۶.
- صیادی، علی. (۱۳۸۴). *بررسی و مقایسه اثرات متقابل کارایی خانواده در بروز مشکلات روانی نوجوانان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- ظفرمند کاشانی، مینو. (۱۳۹۳). *بررسی هویت در نوجوانان دختر و پسر واجد و فاقد پدر*. پایان نامه کارشناسی ارشد، شاهرود: دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- کورش نیا، مریم، لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۶). بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان. *خانواده پژوهی*، ۳ (۱۰)، ۵۸۷-۶۰۰.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۹). *خانواده دروانی*. ترجمه حسین شاهی براتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند. تهران: نشر روان. (۱۳۹۲).
- گودرزی، محمدعلی، زرنقاش، مینا، زرنقاش، مریم. (۱۳۸۳). برداشت سوء مصرف کننده مواد از الگوهای انضباطی والدین. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۰ (۲۴۱)، ۳-۲۴۹.
- میرشاهی، علی. (۱۳۷۴). مطالعه و مقایسه نوع ادراک پسران محبوب و غیر محبوب نزد همسالان از والد -

فرزندی و برادر خواهری در پایه دوم مدارس غیرانتفاعی نواحی سه و چهار مشهد در سال ۷۴-۷۳. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روان شناسی.

- Boutelle Kerri, Eisenberg E. Marla, Gregory L. Melissa, Neumark-Sztainer Dianne. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of psychosomatic research*, 66, 309-316.
- Cattapan, O. (2008). Parental illicit drug use and family life: Reports from those who sought help. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, 29 (2), 77-87.
- Cavanagh E. Shannon. (2008). Family structure history and adolescent adjustment. *Journal of family Issues*, 29 (7) , 944-980.
- DiPrete, T. A. , & Buchmann, C. (2006). Gender-specific trends in the value of education and the emerging gender gap in college completion. *Demography*, 43 (1) , 1-24.
- Finan J. Laura, Schulz Jessica, Gordon S. Mellissa, McCauley Ohanessian Christine. (2015). Parental problem drinking and adolescent externalizing behaviors: The mediating role of family functioning. *Journal of adolescence*, 43, 100-110.
- Grusec, J. E. , & Davidov, M. (2010). Integrating different perspectives on socialization theory and research: A domain-specific approach. *Child Development*, 81, 687-709.
- Heaveb, P. C. L, Ciarrohi, J. (2006). Perception of parental styles and eysenckian pshchoticism youth: A prospective analysis personality and individual difference, 41. 61- 70.
- Holmes, T. R. , Bond, L. A & Byrne, C. (2008). Mother beliefs about knowledge and mother-adolescent conflict. *Journal of social and personal relationship*, 25, 561-587.
- Horigian E. Viviana, Feaster J. Daniel, Brinks Ahnalee, Robbins s. Michael, Alejandra Perez Maria, Szapocznik Jose. (2015). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive behaviors*, 42, 44-50.
- Jodl, Jacqueline M. (2015). *Differential effects of family context on noncognitive ability and school performance during adolescence*. Doctoral thesis, Columbia University, United states.
- Kravchuck, Stephen J. (2010). *A qualitative investigation of successful male adolescent development: the perspectives of well-functioning male adolescents and their parents*. Doctoral thesis, chestnut Hill College, United States.
- Laser, J.A. Nicotera, N., Jenson, J.M. (2010). *Working with adolescents: A guide for practitioners*. US: Gilford Press.
- Leung, C. Y. w. , McBride-change, C. , & Lai, B. P. Y. (2004). Relations among maternal parenting style, academic competence, and life satisfaction in Chinese early adolescents. *The journal of early adolescence*, 24 (2) , 123 – 143.
- Mitchell, M. B. Kuczynski, L. Tubbs, C. Y. & Ross, C. (2010). We care about

- care: Advice by children in care for children in care, foster parents and child welfare workers about the transition into foster care. *Child and family social work*, 15 (2) , 176-185
- Ochoa, G. M & Lopez, E. E. (2007). Adjustment problems in the family and school context, attitude towards authority and Volant at school in adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 8, 546 – 555.
 - Perry, B. L. (2006). Understanding social network distribution: The ease of youth in foster care. *Social problems*, 53 (3) , 371-391.
 - Piko, B. F. , & Kovacs, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35 (1) , 53-56.
 - Shoen, R. ,N. M. Astone, K. Robert, N.J. Standish, Y.J. Kim. (2009). Women's employment, marital happiness and divorce. *Social Forces*, 81, 643-662.
 - Taylor Harcourt Kate, Adler-Beadar Francesca, Erath Stephen, Pettit S. Greg. Examining family structure and half-sibling influence on adolescent well-being. (2013). *Journal of family Issues*, 36 (2) , 250-272.
 - xiong, Z. B. ,Aruny, T. &Rettrng, K. (2008). Adolescents' problem behaviors and parent- adolescent conflict in among immigrant families. *Hmung studies journal*, 9, 1 – 21.

