

نقش ابعاد کارکرد خانواده در پیش بینی کنندگی رفتارهای پرخطر جنسی و تکانشگری دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر علی آباد کتول

حمیده یونسی^۱

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول

چکیده

هدف پژوهش حاضر نقش ابعاد کارکرد خانواده در پیش بینی کنندگی رفتارهای پرخطر جنسی و تکانشگری دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر علی آباد کتول می باشد. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده ها توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر علی آباد کتول ۱۳۹۸-۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه از بین دانش آموزان این مدارس که ۳۹۹۳ نفر بودند، براساس جدول مورگان ۳۵ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی و پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده بود. داده های به دست آمده از طریق روش های آمار توصیفی و روش های آمار استنباطی شامل روش همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که بین ابعاد کارکرد خانواده از قبیل حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی معنادار وجود دارد. همچنین یافته ها نشان داد بین ابعاد کارکرد خانواده از قبیل حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده با تکانش گری شناختی، تکانش گری حرکتی و عدم برنامه ریزی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

واژه های کلیدی: کارکرد خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی، تکانشگری، دانش آموز

مقدمه

امروزه می‌دانیم که مشکلات بهداشت روانی، در سنین کودکی و نوجوانی از مسائل مهم اجتماعی به شمار می‌آید (مش و وولف، ۲۰۱۴، ترجمه مظفری مگری آبادی و فروغ الدین عدل، ۱۳۹۳). فشارهای روان‌شناختی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان ۴ ساله نیز دیده می‌شود (تامبسون و رودلف، ۲۰۱۲). افزایش فشارهای روانی، به شدت یافتن اختلالات روان‌شناختی از قبیل مشکلات هیجانی رفتاری اضطراب اجتماعی و دیگر نشانه‌های اضطرابی و خلقی می‌انجامد؛ بنابراین، برای آن‌ها باید حساسی جدا از دیگر اختلالات باز کرد (تامبسون و رودلف، ۲۰۱۲؛ پادیلا، گرت، آیدین و آگیولار-گاسولا، ۲۰۱۴). با این حال، این ارقام، تنها نشان دهنده قطره‌ای از دریاست، زیرا در مقایسه با تعداد دانش آموزانی که به خدمات بهداشت روانی نیازمندند، به ویژه در جوامع توسعه نیافته‌ای مانند ایران، تعداد بسیار اندکی از این خدمات برخوردار می‌شوند (مش و وولف، ۲۰۱۴، ترجمه مظفری مگری آبادی و فروغ الدین عدل، ۱۳۹۳).

نوجوانان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در معرض انواع اختلالات روان پزشکی قرار دارند. شیوه این اختلالات در نوجوانان بسته به جمعیت مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیصی و گروه سنی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است. مقدار شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۱۵-۲۴ ساله مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور در سال ۱۳۷۸ با استفاده از پرسشنامه سلامت ۱۷/۶٪ گزارش شده است. این در حالی است که میزان شیوع این اختلالات در افراد ۱۵ ساله و بالاتر در کشور در همان سال ۲۱٪ گزارش شده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷). امروزه سلامت روانی یکی از موضوعات و مقولاتی است که ذهن بسیاری از کارشناسان حوزه‌های گوناگون را به خود مشغول کرده است علت این امر هم ارتباط و تأثیر سلامت روانی بر کارکردهای گوناگون انسانی است (میر مرادزهی و شیرازی، ۱۳۹۷).

کودکان و نوجوانان در جریان رشد خود با دشواری‌هایی روبه‌رو می‌شوند که ناشی از عوامل ارثی است و یا از عوامل محیطی سرچشمه می‌گیرد. از آنجاکه بسیاری از این مشکلات شناخته شده هستند، پیشگیری از آن‌ها نقش مؤثری در رشد کودکان دارد. پاسخگویی مناسب و به جا به نیازهای کودکان می‌تواند در کاهش مشکلات رشد، مؤثر باشد. با توجه به اهداف روان‌شناسی رشد، آگاهی از اصول و مبانی آن برای تمام کسانی که به نحوی با کودکان سروکار دارند، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. والدین، معلمان، نویسندگان، هنرمندان و همه‌ی کسانی که فعالیتی در زمینه‌ی کودکان انجام می‌دهند، لازم است که موضوع کار خود، یعنی کودکان را بشناسند و از ویژگی‌های او آگاه باشند؛ نیازهای انسانی او را بدانند تا بتوانند بین کودک و فعالیت خود ارتباط لازم را برقرار سازند (سلیگمن، ۱۳۸۳). اختلالات رفتاری در اوایل دوران کودکی و بعد از آن اغلب نشان‌دهنده مشکلاتی در استانداردهای درونی شده هستند (کمپبیل، ۱۹۹۸). بر کودکان و نوجوانان بخش

^۱Mash & Wolfe

^۲Tombson & Rodlf

^۳Social Anxiety

^۴Padilla, Grant, Aydin & Aguilar-Gaxiola

^۵Campbell

مهم و عظیمی از جمعیت هر کشوری را تشکیل می‌دهند. از دیگر سو، رشد و بالندگی هر جامعه‌ای مرهون تربیت سالم فرزندان آن جامعه و سلامت افراد آن است. نظام آموزشی و بهداشتی زمانی می‌تواند کارآمد و موفق باشد که سلامت روان کودکان را در دوره‌های مختلف مورد توجه قرار دهد (قائدی نیای جهرمی، ۱۳۹۲). شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان کودکان و نوجوانان رویکردی در جهت برنامه ریزی، توسعه و تکامل برنامه‌های آموزشی و بهداشتی ایجاد می‌کند تا به وسیله آن بتوان بهترین نتایج ممکن را هم برای توسعه آموزشی و رفاهی مورد نظر و هم برای آینده رقم زد (گلوور، ۲۰۱۶). در این بین توجه به سطح سازگاری اهمیت خاصی دارد.

یکی از اهداف مهم برنامه‌های توسعه هر کشور، کاهش آسیب‌های اجتماعی است که تحقق و دستیابی به این هدف، نیازمند شناخت عوامل مؤثر ایجاد آن در جامعه می‌باشد. امروزه محققین سرمایه اجتماعی را یکی از عوامل زمینه ساز و مؤثر در سلامت اجتماعی و کاهش خطرپذیری در جامعه می‌دانند. پژوهشگران امروزه علاوه بر الگوهای زیستی و عوامل ژنتیک، تاثیرات هورمونی و رویدادهای دوران بلوغ را در پیدایش و بروز رفتارهای پر خطر مورد توجه قرار می‌دهند. رویکرد رشدی دیگر، بر تحولات زمینه‌های زیستی، روانی، و اجتماعی نوجوانی اشاره دارد و معتقد است رفتارهای پر خطر شیوه‌ای برای مقابله با حوادث طبیعی دوران رشد است (کیمبرلی، سالتر و اوتینگ، ۲۰۰۵). خطرپذیری به رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زودهنگام گفته می‌شود که احتمال پیامدهای منفی و مخرب جسمی، روان شناختی و اجتماعی را در فرد افزایش دهد. خطرپذیری علاوه بر این که انجام رفتارهای پرخطر را در برمی‌گیرد، به آسیب پذیری و در معرض خطر بودن از سوی محیط و نزدیکان و نیز گرایش‌ها، تمایلات و باورهای نادرست و تهدید کننده فرد در مورد رفتارهای پرخطر اشاره دارد (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۷، ص ۸۷-۱۰۰).

با توجه به آنچه که گفته شد در این پژوهش برانیم تا بدانیم آیا بین عوامل خانوادگی با رفتارهای پر خطر جنسی و تکانشگری دانش آموزان دبیرستانی رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر علی آباد کتول در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی ساده بود. جمعیت کل مدارس انتخابی ۳۹۹۳ دانش آموز بود که براساس جدول مورگان از بین آنها ۲۵۰ نفر انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی: به منظور سنجش رفتارهای پرخطر جنسی در نمونه مورد پژوهش از پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی زارعی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد. پرسشنامه مذکور دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک و رفتارهای پرخطر می‌باشد که به صورت چهار و پنج گزینه‌ای طراحی شده است که مجموع سوالات مربوط به رفتارهای پرخطر جنسی ده سوال می‌باشد که نمره‌گذاری هشت سوال اول به صورت مستقیم و از صفر تا ۴ و دو سوال آخر به صورت معکوس و از صفر تا ۳ متغیر می‌باشد که در مجموع نمره‌ی رفتارهای پرخطر شخص را مشخص می‌سازد به گونه‌ای که هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی او می‌باشد. این پرسشنامه میزان رفتارهای پرخطر جنسی را در ابعاد عدم استفاده از کاندوم در هنگام روابط جنسی، مصرف مواد مخدر در حین رابطه، شرکای جنسی زیاد، روابط جنسی غیر معمولی (مقعدی و دهانی) مورد سنجش قرار می‌دهد. جهت بررسی روایی محتوایی بعد از تهیه‌ی سوالات بر اساس پیشینه موجود از ده نفر اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها خواسته شده است که سوالات را از نظر محتوایی بررسی و اصلاح کنند. همچنین از ۴۰ نفر معنادار خواسته شده است تا موارد مبهم جهت اصلاح مشخص نمایند. پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۶۸ محاسبه شده است (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش ترکمان (۱۳۹۰) ۰/۷۲ ذکر شده است. محمدخانی (۱۳۸۶) پایایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است (محمدخانی، ۱۳۸۵). همچنین ضریب همسانی درونی آن در پژوهش عنبری و محمدخانی (۱۳۸۹) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد. نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد که این پرسشنامه ابزار روایی برای سنجش رفتارهای پرخطر است (محمدخانی و آزمی، ۱۳۸۸؛ عنبری و محمدخانی، ۱۳۸۹؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۲۰۱۰).

پرسشنامه تکانشگری: پرسشنامه تکانشگری بارت و ویرایش یازدهم توسط پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است (بارت و همکاران ۲۰۰۴). این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش می‌باشد که شامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی می‌باشد. گویه‌هایی که سه عامل این مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند عبارتند از: تکانشگری شناختی: شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع است. این خرده مقیاس تحمل پیچیدگی و مقاومت را اندازه‌گیری می‌کند، که شامل گویه‌های ۵، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶ و ۲۸ می‌باشد. تکانشگری حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر است. این خرده مقیاس گرایش به عمل کردن آنی و تحت کشش را اندازه‌گیری می‌کند، که گویه‌های آن عبارتند از: ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۹، ۲۳ و ۲۵. عدم برنامه ریزی: به صورت یک جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص می‌شود. این خرده مقیاس کمی احساس نسبت به آینده را می‌سنجد. گویه‌های این خرده مقیاس عبارتند از: ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۴، ۲۷، ۲۹. سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱ (نبودن) تا ۴ (بسیار زیاد) است. گروه کنترل غیر بالینی نمراتی در گستره ۶۰-۵۰ کسب می‌کنند. گویه‌های شماره ۳۰ و ۸ نیز به علت نامتجانس بودن حذف گردیده است. در

این پرسشنامه تعداد گویه‌هایی که به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند ۱۱ عدد بوده که عبارتند از: ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰. اعتبار و روایی فرم فارسی این پرسشنامه که توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) صورت پذیرفته است، ۳ عامل عدم برنامه ریزی (۹ ماده)، تکانشگری حرکتی (۱۰ ماده) و تکانشگری شناختی (۵ ماده) را نشان داد. تعیین پایایی مقیاس تکانشگری بارت به روش همسانی درونی انجام گردیده است و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج بدست آمده، ضریب آلفای کرونباخ، برای سوالات عامل اول ۰/۸۱، برای سوالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سوالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی باز آزمون نمرات کل ۰/۷۷ بدست آمده است.

پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (Fad): ابزار مورد استفاده در این پژوهش تست «سنجش خانواده» است که توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) تهیه شده است و هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک‌مستر می‌باشد. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده. لذا تست سنجش خانواده متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجیدن آن‌ها، به علاوه یک مقیاس دیگر مربوط به عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش ثنایی و امینی (۱۳۷۹) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب زیر در پژوهش رضایی (۱۳۸۷)، ۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸ و ۰/۷۳ گزارش شده است. ابزار سنجش خانواده دارای روایی همزمان و پیش بینی است. به علاوه این ابزار با قدرت متمایز سازی اعضای خانواده‌ها، در هر هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده اس (ثنایی، ۱۳۷۹). رجبی، امان‌الهی، عطاری و خجسته مهر (۱۳۸۹)، برای بررسی ضریب پایایی مقیاس فوق از روش تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده کردند. آن‌ها ضریب تنصیف این پرسشنامه را ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ به دست آوردند. امان‌الهی و همکاران (۱۳۸۹) برای روایی مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده از یک سوال کلی در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده کردند. همبستگی بین نمره‌ی کل آزمون و سوال کلی ۰/۳۳ و سطح معنی داری آن ۰/۰۰۲ به دست آمد.

به منظور اجرای پژوهش، قبل از توزیع پرسشنامه‌ها رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و نتایج به صورت گروهی و صرفاً برای اهداف پژوهش، تحلیل خواهد شد. شرط ورود در نمونه فقدان مشکلات جسمی و روان شناختی حاد و زندگی در کنار خانواده بود. پرسش نامه‌هایی که ناقص بود از تحلیل کنار گذاشته شد.

داده‌های پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های آماری نظیر فراوانی، انحراف معیار و میانگین استفاده می‌شود و در سطح استنباطی از آزمون‌های آماری رگرسیون چند متغیری و ضریب همبستگی پیرسون استفاده و در پایان پس از توزیع و جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از نظر جنسیتی (۶/۹) درصد ۱۴ ساله، (۲۰/۹) درصد ۱۵ ساله، (۱۴/۹) درصد ۱۶ ساله، (۲۸/۳) درصد ۱۷ ساله و (۲۹/۱) درصد ۱۸ ساله بودند.

در ادامه بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۱) میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره را در مورد متغیرهای رفتارهای پرخطر جنسی، کارکرد خانواده و تکانشگری را نشان می‌دهد.

مولفه	خزده مولفه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
کارکرد خانواده	کارکرد خانواده	۲.۳۹۶۷	۱.۷۲۴۲۱	۱.۰۰	۷.۰۰
	حل مشکل	۲.۶۳۰۴	۱.۷۸۷۷۴	۱.۰۰	۷.۰۰
	ارتباط	۲.۷۰۱۱	۱.۹۳۴۱۱	۱.۰۰	۷.۰۰
	نقشها	۲.۶۳۰۴	۱.۸۲۱۰۵	۱.۰۰	۷.۰۰
	همراهی عاطفی	۲.۵۴۳۵	۱.۷۵۸۱۲	۱.۰۰	۷.۰۰
	آمیزش عاطفی	۲.۴۷۲۸	۱.۷۱۷۵۸	۱.۰۰	۷.۰۰
	کنترل رفتار و عملکرد خانواده	۲.۴۶۷۴	۱.۷۳۰۱۶	۱.۰۰	۷.۰۰
تکانشگری	تکانشگری	۱.۹۰۷۶	۱.۰۳۳۴۰	۲۵	۱۰۰
	شناختی	۱.۴۲۹۳	۰.۴۹۶۳۳	۲۵	۱۰۰
	حرکتی	۱.۵۸۱۵	۰.۷۴۹۴۲	۲۵	۱۰۰
	عدم برنامه ریزی	۱.۵۶۵۲	۰.۷۴۳۷۱	۲۵	۱۰۰
خطر جنسی رفتارهای پرخطر جنسی	۱.۸۰۹۸	۰.۹۹۲۷۱	۱۰	۴۸	

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیرهای پژوهش

قبل از اینکه فرضیه‌های این پژوهش آزمون شوند باید ابتدا از نرمال بودن متغیرها اطمینان حاصل شود. برای بررسی فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف یک نمونه‌ای استفاده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای بررسی فرض نرمال بودن یا غیرنرمال بودن (منبع: نگارنده)

متغیرها	حجم نمونه	آماره آزمون	P-value
کارکرد خانواده	۳۵۰	۱,۴۱۱	۰,۱۱۲
حل مشکل	۳۵۰	۱,۹۰۰	۰,۱۸۷
ارتباط	۳۵۰	۱,۱۸۹	۰,۲۳۱
نقشها	۳۵۰	۱,۶۰۹	۰,۱۸۰
همراهی عاطفی	۳۵۰	۲,۴۴۰	۰,۱۵۵
آمیزش عاطفی	۳۵۰	۱,۷۸۹	۰,۲۲۰
کنترل رفتار و عملکرد خانواده	۳۵۰	۱,۲۴۶	۰,۱۱۷
تکانشگری	۳۵۰	۱,۲۱۶	۰,۱۹۸
شناختی	۳۵۰	۱,۱۹۸	۰,۲۳۵
حرکتی	۳۵۰	۱,۳۲۰	۰,۱۸۸
عدم برنامه ریزی	۳۵۰	۱,۹۰۸	۰,۲۱۰
رفتارهای پر خطر جنسی	۳۵۰	۱,۱۸۱	۰,۱۶۵

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، برای هیچ یک از متغیرهای کارکرد خانواده و رفتارهای پرخطر جنسی معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است ($P > 0/05$).

فرضیه اول: بین ابعاد کارکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) با رفتارهای پرخطر جنسی در دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول زیر اگر مقدار سطح معنا داری بزرگتر از مقدار خطا باشد فرض صفر را نتیجه می‌گیریم و در صورتیکه مقدار سطح معنا داری از مقدار خطا کوچکتر باشد فرض صفر رد می‌شود.

با توجه به نتایج جدول فوق چون سطح معنا داری کوچکتر از $0,05$ است و نتیجه آن این است که فرضیه h_0 رد شده و فرض h_1 پذیرفته می‌شود.

همانگونه که مشاهده می‌شود در سطح 95% رابطه معنا داری بین کارکرد خانواده و ابعاد آن (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) با رفتارهای پرخطر جنسی وجود دارد و ضریب همبستگی برای ابعاد کلی کارکرد خانواده برابر با $-0,118$ ، برای حل مشکل $-0,020$ ، ارتباط $-0,115$ ، نقش‌های خانواده $-0,025$ ، همراهی عاطفی $-0,096$ ، آمیزش عاطفی $-0,126$ و

کنترل رفتار و عملکرد ۰،۱۴۷- می‌باشد. جهت بررسی میزان تأثیر به صورت برازش مدل رگرسیون مدل تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

مؤلفه‌ها	نمونه	میزان همبستگی	مقدار معنی داری
ابعاد کلی کارکرد خانواده	۳۵۰	-۰،۱۱۸	۰،۰۰۰
حل مشکل	۳۵۰	-۰،۰۲۰	۰،۰۰۱
ارتباط	۳۵۰	-۰،۱۱۵	۰،۰۰۰
نقش‌های خانواده	۳۵۰	-۰،۰۲۵	۰،۰۰۰
همراهی عاطفی	۳۵۰	-۰،۰۹۶	۰،۰۰۰
آمیزش عاطفی	۳۵۰	-۰،۱۲۶	۰،۰۰۰
کنترل رفتار و عملکرد	۳۵۰	-۰،۱۴۷	۰،۰۰۴

جدول ۳. همبستگی بین متغیرها (شاخص‌های کفایت رگرسیون)

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل رفتارهای پرخطر جنسی (Y) و کارکرد خانواده و ابعاد آن (X) پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل پردازش یافته پرداخته می‌شود.

همبستگی بین متغیر مستقل و متغیرهای وابسته و برای ابعاد کلی کارکرد خانواده ۰،۱۱۸-، حل مشکل - ۰،۰۲۰، ارتباط ۰/۱۱۵-، نقش‌های خانوادگی ۰،۰۲۵-، همراهی عاطفی ۰،۰۹۶-، آمیزش عاطفی ۰،۱۶ و کنترل رفتار و عملکرد ۰،۱۴۷- است. ضرایب تعیین برای هر یک از متغیرها به ترتیب ۰،۱۴۷، ۰،۰۰۰، ۰/۰۱۷، ۰،۰۰۱، ۰،۰۰۹، ۰،۱۶ و ۰،۲۲ درصد بدست آمده و این مقادیر نشان می‌دهند که هر یک از این درصدها تغییرات رفتارهای پرخطر جنسی به کارکرد خانواده مربوط می‌شود چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می‌شود. با توجه به شاخص‌هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون به وسیله آزمون F

مؤلفه‌ها	دوربین واتسون	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا
ابعاد کلی کارکرد خانواده	۱،۷۷۸	-۰،۱۱۸ [□]	۰،۱۴	۰،۰۸	۱،۱۰۰۴۰
حل مشکل	۱،۷۴۵	-۰،۰۲۰ [□]	۰،۰۰	-۰،۰۰۵	۱،۱۰۷۸۸
ارتباط	۱،۹۸۹	-۰/۱۱۵	۰/۰۱۷	۰/۰۰۶	۱،۱۰۰۴۸
نقش‌های خانواده	۱،۷۹۴	-۰،۰۲۵ [□]	۰،۰۱	-۰،۰۰۵	۱،۱۰۷۷۶
همراهی عاطفی	۱،۷۷۸	-۰،۰۹۶ [□]	۰،۰۹	۰،۰۴	۱،۱۰۳۰۰
آمیزش عاطفی	۱،۹۱۲	-۰،۱۲۶ [□]	۰،۱۶	۰،۱۰	۱،۰۹۹۳۰
کنترل رفتار و عملکرد	۱،۹۸۵	-۰،۱۴۷ [□]	۰،۲۲	۰،۱۶	۱،۰۹۶۰۷

محاسبه شده است.

می توان گفت با ارتقا یک واحد از هر متغیر مستقل به میزان ضریب نوشته شده متغیر وابسته کاهش پیدا خواهد کرد. یا به عبارتی با ارتقا یک واحد کارکرد خانواده ۰,۳۵۷ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۱,۴۷۲ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین کارکرد خانواده با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش کارکرد خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «حل مشکل» ارتقا یک واحد از حل مشکل ۰,۰۱۲ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۲۹۴ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین حل مشکل با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش حل مشکل، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «ارتباط خانواده» با ارتقا یک واحد از ارتباط خانواده ۰,۰۸۹- انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۴۵۵ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین ارتباط خانواده با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش ارتباط خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «نقش های خانواده» با ارتقا یک واحد از نقشهای خانواده ۰,۰۱۵ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۳۰۱ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین نقشهای خانواده با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش نقشهای خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «همراهی عاطفی» با ارتقا یک واحد از همراهی عاطفی ۰,۰۶۰ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۴۱۴ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین همراهی عاطفی با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش همراهی عاطفی، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «آمیزش عاطفی» با ارتقا یک واحد از آمیزش عاطفی ۰,۰۸۱ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۴۶۱ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین آمیزش عاطفی با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش آمیزش عاطفی، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

در مؤلفه «کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده» با ارتقا یک واحد کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده ۰,۰۹۴ انحراف معیار رفتارهای پرخطر جنسی ۲,۴۹۳ کاهش پیدا خواهد کرد. پس بین کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی و معکوس وجود دارد. با افزایش کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی کاهش می یابد و بالعکس.

فرضیه دوم: بین ابعاد کارکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) با تکانش گری شناختی، تکانش گری حرکتی و عدم برنامه ریزی در دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول زیر اگر مقدار سطح معنا داری بزرگتر از مقدار خطا باشد فرض صفر را نتیجه می گیریم و در صورتیکه مقدار سطح معنا داری از مقدار خطا کوچکتر باشد فرض صفر رد می شود.

جدول ۵. نتیجه آزمون همبستگی پیرسون کارکرد خانواده با تکانشگری شناختی، حرکتی و عدم برنامه ریزی

مؤلفه ها	دوربین واتسون	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا
تکانشگری شناختی	۱,۷۴۹	$-.۱۲۱^{\square}$	.۰۱۵	.۰۰۹	۱.۱۰۰۰۳
تکانشگری حرکتی	۱,۹۵۰	$-.۱۲۸^{\square}$	.۰۱۶	.۰۱۱	۱.۱۳۳۴۰
عدم برنامه ریزی	۱,۹۰۸	$-.۰۳۳^{\square}$	.۰۰۱	$-.۰۰۴$	.۹۶۷۱۶

همانگونه که مشاهده می‌شود در سطح ۹۵٪ رابطه معنا داری بین کارکرد خانواده با تکانشگری شناختی و مؤلفه های آن یعنی تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی و به ترتیب با ضرایب همبستگی ۰,۱۲۱، -۰,۱۲۸ و -۰,۰۳۳- رابطه منفی و معناداری وجود دارد. جهت بررسی میزان تأثیر به صورت برازش مدل رگرسیون مدل تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تکانشگری شناختی (Y) و کارکرد خانواده (X) پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل پردازش یافته پرداخته می‌شود.

جدول ۶. همبستگی بین متغیرها (شاخص‌های کفایت رگرسیون)

مؤلفه ها	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	T	سطح معنا داری
	B	Std. Error	Beta		
ثابت	۲.۴۴۲	.۱۳۹		۱۷.۵۴۵	.۰۰۰
کارکرد خانواده	$-.۰۷۵$	.۰۴۷	$-.۱۱۸$	-۱.۵۹۹	.۰۰۰
ثابت	۲.۲۹۴	.۱۴۶		۱۵.۷۵۵	.۰۰۰
حل مشکل	$-.۰۱۲$	.۰۴۶	$-.۰۲۰$	$-.۲۷۱$	.۰۰۰
ثابت	۲.۴۵۵	.۱۳۰		۱۷.۵۹۸	.۰۰۰
ارتباط خانواده	$-.۰۸۹$	.۰۴۰	$-.۱۱۵$	-۱.۵۹۰	.۰۰۰
ثابت	۲.۳۰۱	.۱۴۴		۱۶.۰۰۹	.۰۰۰
نقش های خانواده	$-.۰۱۵$	.۰۴۵	$-.۰۲۵$	$-.۳۳۹$	.۰۰۰
ثابت	۲.۴۱۴	.۱۴۳		۱۶.۸۵۰	.۰۰۰
همراهی عاطفی	$-.۰۶۰$	.۰۴۶	$-.۰۹۶$	-۱.۲۹۹	.۰۰۰
ثابت	۲.۴۶۱	.۱۴۲		۱۷.۲۹۲	.۰۰۰
آمیزش عاطفی	$-.۰۸۱$	.۰۴۷	$-.۱۲۶$	-۱.۷۱۱	.۰۰۰
ثابت	۲.۴۹۳	.۱۴۱		۱۷.۶۷۸	.۰۰۰
کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده	$-.۰۹۴$	.۰۴۷	$-.۱۴۷$	-۲.۰۰۵	.۰۰۰

در مؤلفه «تکانشگری شناختی» همبستگی بین متغیر مستقل و متغیر وابسته برابر با ۰,۱۲۱- است. ضریب تعیین ۰,۱۵ درصد بدست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۱۵٪ تغییرات تکانشگری شناختی به کارکرد خانواده مربوط می‌شود چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای

این منظور استفاده می‌شود که آن هم در این آزمون برابر ۹ درصد است با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۱,۵ تا ۲,۵ قرار دارد در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم. با توجه به شاخص‌هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

در مؤلفه «تکانشگری حرکتی» نیز همبستگی بین متغیر مستقل و متغیر وابسته برابر با ۰,۱۲۸- است. ضریب تعیین ۰,۱۶ درصد بدست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۱۶٪ تغییرات تکانشگری حرکتی به کارکرد خانواده مربوط می‌شود چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می‌شود که آن هم در این آزمون برابر ۱۱ درصد است با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۱,۵ تا ۲,۵ قرار دارد در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم. با توجه به شاخص‌هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

در مؤلفه «عدم برنامه ریزی» همبستگی بین متغیر مستقل و متغیر وابسته برابر با ۰,۰۳۳- است. ضریب تعیین ۰,۰۰۱ درصد بدست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۱٪ تغییرات عدم برنامه‌ریزی به کارکرد خانواده مربوط می‌شود چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می‌شود که آن هم در این آزمون برابر ۴ درصد است با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در فاصله استاندارد ۱,۵ تا ۲,۵ قرار دارد در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم. با توجه به شاخص‌هایی که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تعیین رابطه‌ی بین ابعاد کارکرد خانواده با رفتارهای پرخطر جنسی و تکانشگری در بین دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان بود. یافته‌ها نشان داد که بین ابعاد کارکرد خانواده از قبیل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه منفی معنادار وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش مؤلفه‌های کارکرد خانواده و عملکرد کی خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و این نتیجه با نتایج یافته‌های غفوری و حاجبی (۱۳۹۶)، کیزوکی و همکاران (۲۰۱۸)، هان و همکاران استردا و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

خانواده به‌عنوان اولین بستری که جوانان در آن رشد یافته و تربیت می‌شوند، نقش ویژه‌ای در چگونگی شکل‌دهی تعاملات با جنس مخالف و رابطه جنسی ایفل می‌کند. مثلاً اگر خانواده، به‌خصوص پدر و مادر، ارزش‌ها و مدل‌های رفتاری را حمایت کنند که به نفع رفتار جنسی پرخطر باشد، احتمال دارد فرزندان بیشتر به رابطه جنسی پرخطر مبادرت ورزند.

گرمی روابط و عواطف و همچنین پیوند و تعهد عاطفی موجود در بین اعضای خانواده که از ویژگی‌های اصلی خانواده‌های منسجم محسوب می‌شود، در فرزندان آن‌ها این احساس را به وجود می‌آورد که موردپذیرش والدین هستند و والدین نسبت به خواسته‌های آن‌ها حساس هستند. بنابراین فرزندی که تحت تأثیر عواطف گرم و صمیمی والدین هستند با گرایش به رفتارهای پرخطر که عواقب منفی و یا درگیری و تعارض با والدین را به همراه دارد، آرامش خود را به خطر نمی‌اندازند؛ و نیازی نمی‌بینند که برای کاهش تنش و یا کسب محبت به جنس مخالف گرایش پیدا کنند.

از طرفی دوره نوجوانی دوران رشد سریع جسمی و تحولات عاطفی و روانی و در واقع دوره انتقال بین کودکی به بزرگسالی است. این دوره یکی از بحرانی‌ترین سال‌های زندگی است که در آن آرامش فرد به‌طور کامل به‌هم‌ریخته و تعادل انسان مختل می‌شود. رفتارهای پرخطر جنسی پاسخی به شرایط دشوار و عدم توانایی فرد خانواده در حل مسائل است. این‌گونه خانواده‌ها در مقایسه با خانواده‌های عادی در ابراز عواطف و هیجانات مثبت و منفی متناسب با موقعیت کفایت ندارند و به‌اندازه کافی به هم علاقه و توجه نشان نمی‌دهند. نهایتاً در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت رابطه گرم بین اعضای خانواده و خصوصاً با فرزندان امکان جذب آن‌ها را به خانواده بیشتر می‌کند. بنابراین، والدین نقش بسیار کلیدی و بااهمیتی در بروز و یا پیشگیری از رفتارهای پرخطر فرزندان را به عهده‌دارند. آماده ساختن فرد برای زندگی در خارج از محیط خانوادگی یکی از بزرگ‌ترین وظایف اجتماعی والدین است و کیفیت روابط خانوادگی، تأثیر عمیق و پایداری بر تحول روانی افراد بر جای می‌گذارد.

یافته‌ها همچنین نشان داد که بین ابعاد کارکرد خانواده از قبیل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده با تکانش‌گری شناختی، تکانش‌گری حرکتی و عدم برنامه‌ریزی رابطه منفی معنادار وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش مؤلفه‌های کارکرد خانواده و عملکرد کی خانواده، رفتارهای پرخطر جنسی دانش‌آموزان کاهش می‌یابد و این نتیجه با نتایج یافته‌های اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۳)، خزاعلی و مکوندی (۱۳۹۵)، پیلارز و هیل (۲۰۱۷)، هانینقوفر و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که عملکرد خوب خانواده یعنی برقراری ارتباط عاطفی، روابط بین فردی توأم با احترام و اطمینان و تخصیص بهینه نقش‌ها و وظایف در خانواده که این‌ها سبب بهبود روابط بین فردی و افزایش سلامت روان و همچنین کاهش نشانه‌های تکانش‌گری در فرزندان می‌شود. خانواده به‌عنوان نخستین و مهم‌ترین کانون رشد و تربیت نوجوانان، اهمیت فوق‌العاده‌ای در شکل‌گیری و تکامل رفتاری دارد. نوجوانانی که تجربه‌های کودکی خود را در محیط‌های نامساعد خانوادگی کسب کرده‌اند، نابهنجاری‌های رفتاری را در دوران رشد بعدی خود نشان داده‌اند. اگر محیط خانواده دستخوش تنش، دگرگونی، و سردی روابط بین اعضا گردد و نیازهای نوجوانان ارضا نشود، احتمال بروز اختلالاتی مانند تکانش‌گری افزایش می‌یابد.

اگرچه محیط اجتماعی گوناگون مانند مدرسه می‌توانند در شکل‌گیری رفتارهای فرزندان موثر باشند، بی‌گمان، خانواده به‌عنوان مهم‌ترین عامل محیطی در این زمینه دارای اهمیت است و عملکرد نامطلوب خانواده به گونه‌ای معنادار بر مشکلات رفتاری و روانی نوجوانان تأثیر دارد و بین تعامل افراد در درون خانواده با سلامت روان نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد. چگونگی روابط والدین و فرزندان با یکدیگر نشان دهنده میزان سلامت روانی نوجوانان است. همچنین در خانواده‌های متعادل و دارای عملکرد مطلوب نوجوانان امید و رضایت مندی بیشتری از زندگی خود دارند و کمتر به اختلالات دچار می‌شوند (فرهمند و رضایی، ۱۳۹۸). در خانواده‌هایی که نوجوانان آن‌ها سابقه مراجعات مکرر به مراکز روانپزشکی داشتند، در کارکردهای خانواده چون حل مسئله، ابراز عواطف و نقش‌ها بین نوجوانان والدین آن‌ها هماهنگی لازم وجود ندارد. توصیف‌های بالینی از اشخاص با ویژگی‌های تکانش‌گری به گونه منظم بر عملکرد نامطلوب خانواده تأکید می‌کنند. لذا به نظر می‌رسد که اختلالات رفتاری و مشکلات روانی افراد از نظام خانوادگی ناصحیح سرچشمه می‌گیرد. خانواده‌هایی که فرزندان آن‌ها مبتلا به اختلالاتی همچون تکانش‌گری هستند دارای روابط بین فردی بسیار آسیب دیده می‌باشند و فضای خشم آلود بر زندگی خانوادگی آن‌ها حاکم است. در غالب این خانواده‌ها، حمایت عاطفی اندکی وجود دارد و نقش‌ها و وظایف افراد آشکار و مشخص نیست، به گونه‌ای که ساخت خانوادگی در این خانواده‌ها بسیار آشفته و بهم تنیده است.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود. از جمله محدودیت‌ها این است که یافته‌ها مربوط به دانش‌آموزان مربوط به مدارس منتخب شهر علی‌آباد کتوب بوده است و در تعمیم‌دهی نتایج به سایر مدارس دیگر شهر علی‌آباد کتوب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد که با توجه به نقش عوامل کارکرد خانواده در بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان، مراکز مشاوره آموزش و پرورش برنامه‌های پیگیرانه‌ای در جهت غنی‌سازی عملکرد خانواده اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود در برنامه ریزی آموزش‌های عمومی والدین در رسانه‌ها و مدارس مهارت‌های ارتباط موثر با نوجوانان و کنترل صحیح آن‌ها مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- (۱) ثنایی، باقر؛ امینی، فرید. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده در دو گروه دانش‌آموزان دختر مستقل و وابسته به دیگران. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره. - شماره ۷ و ۸ (۲۰۸) صفحه - از ۹ تا ۲۸
- (۲) رجبی، غلامرضا؛ امان‌الهی، عباس؛ خجسته‌مهر، رضا؛ حسینی، محمدعلی؛ عطاری، یوسفعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. مشاوره و روان‌درمانی، ۴(۲): ۱۸۵-۲۲۷.
- (۳) زاده محمدی، علی؛ و احمدآبادی، زهره (۱۳۸۷). هم و قوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان. فصلنامه خانواده‌پژوهی دانشگاه شهیدبهبشتی، سال چهارم، شماره سیزده ۱۰۰-۸۷.

- ۴) سلیگمن، مارتین و رایویچ، کارن (۱۳۸۳). کودک خوش‌بین. ترجمه فروزنده داور پناه، تهران: رشد.
- ۵) غفوری، رویا و احمد حاجبی، (۱۳۹۶). تعیین ارتباط سلامت روان مادران با مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان در خانواده‌های تک‌والد تحت سرپرستی مادر در کمیته امداد امام خمینی (ره)، اولین کنفرانس بین‌المللی فرهنگ، آسیب‌شناسی روانی و تربیت، تهران، دانشگاه الزهرا.
- ۶) فرهمند، مهناز؛ رضوانی، زهره. (۱۳۹۸). ساختار و عملکرد خانوادگی در خانواده‌های تک‌همسری و چند همسری. جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۰(۳): ۱۳۵-۱۵۴.
- ۷) قائد نیای جهرمی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش راهبردهایی نظم‌جویی فرایندی هیجان در وسوسه، مقابله شناختی، طرحواره‌های هیجانی و زودانگیختگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه‌ی تک‌آزمودنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه خوارزمی تهران.
- ۸) مش، اریک؛ وولف، دیوید. (۱۳۹۳). روانشناسی مرضی کودک. ترجمه محمد مظفری مکی آبادی. تهران: انتشارات رشد.
- ۹) میرمادزهی، س و محمود شیرازی، م. (۱۳۹۷). آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت شغلی و عملکرد شغلی معلمان شهر زاهدان، اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی ایران، تهران، مرکز بین‌المللی همایشها و سمینارهای توسعه پایدار علوم جهان اسلام.
- ۱۰) Campbell, S.B. (1998). Development perspective. in T.H ollendick & M. Hersen (Eds), Handbook of child psychopathology (3rd ed, pp.3-3۵). □□□□□□□□: □□□□□□ □□□□□□.
- ۱۱) Estrada, Y., Molleda, L., Murray, A., Drumhiller, K., Tapia, M., Sardinas, K., ... & Prado, G. (2017). eHealth Familias Unidas: pilot study of an internet adaptation of an evidence-based family intervention to reduce drug use and sexual risk behaviors among Hispanic adolescents. International journal of environmental research and public health, 14(3), 264.
- ۱۲) Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ & et al. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. Psychological services. 13(2):156-61.
- ۱۳) Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ & et al. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. Psychological services. 13(2):156-61.
- ۱۴) Kizuki, M., Ochi, M., Isumi, A., Kato, T., & Fujiwara, T. (2018). Parental Time of Returning Home From Work and Child Mental Health Among First-Year Primary School Students in Japan: Result From A-CHILD Study. Frontiers in pediatrics, 6, ۱۷۹. □□□:۱۰,۳۳۸۹/□□□□.۲۰۱۸,۰۰۱۷۹. Lawrence Erlbaum associates.pub.
- ۱۵) Padilla-Frausto, D. I., Grant, D., Aydin, M., & Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Three out of four children with mental health needs in California do not receive treatment despite having health care coverage. In Policy brief (UCLA Center for Health Policy Research) (PB2014-۵ □□., □□. ۱-۱۰).
- ۱۶) Tombson CHL, Rodlf LB. (2012). Counseling with children. Translated by; Tahorian J. 2nd ed. Tehran: Roshd. pp:188-9.